



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2015**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3710–3750, 5572 og 5631



## Innhold

<b>Del I</b>	<b>Innledende del</b> .....	7	Kap. 723	Pasientskadenemnda .....	68
<b>1</b>	<b>Helse- og omsorgspolitikken</b> ...	9	Kap. 3723	Pasientskadenemnda .....	69
<b>2</b>	<b>Profilen i budsjettforslaget</b> .....	12	Kap. 724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell .....	69
<b>3</b>	<b>Oversiktstabeller</b> .....	20	Kap. 3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell .....	70
<b>Del II</b>	<b>Budsjettforslaget</b> .....	23	Kap. 725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten .....	71
<b>4</b>	<b>Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.</b> .....	25	Kap. 3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten .....	73
	<b>Programområde 10 Helse og omsorg</b> ....	29	Kap. 726	Statens helsepersonellnemnd mv. ..	73
			Kap. 728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjons- diagnostikknemnda .....	74
			Kap. 729	Pasient- og brukerombud .....	75
	<i>Programkategori 10.00</i>				
	<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i> .....	29		<i>Programkategori 10.30</i>	
	Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet ..	29		<i>Spesialisthelsetjenester</i> .....	76
	Kap. 701 IKT i helse- og omsorgssektoren ...	30		Kap. 732 Regionale helseforetak .....	78
	Kap. 702 Beredskap .....	35		Kap. 3732 Regionale helseforetak .....	121
	Kap. 703 Internasjonalt samarbeid .....	37		Kap. 733 Rehabilitering og rehabilitering .....	124
				Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak .....	125
	<i>Programkategori 10.10 Folkehelse</i> .....	39		<i>Programkategori 10.50 Legemidler</i> .....	130
	Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt .....	40		Kap. 750 Statens legemiddelverk .....	130
	Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt .....	43		Kap. 3750 Statens legemiddelverk .....	133
	Kap. 711 Ernæring og mattrygghet .....	44		Kap. 751 Legemiddeltiltak .....	133
	Kap. 712 Bioteknologirådet .....	45		Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet .....	135
	Kap. 713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet .....	46			
	Kap. 3713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet .....	46		<i>Programkategori 10.60</i>	
	Kap. 715 Statens strålevern .....	47		<i>Helse- og omsorgstjenester i kommunene</i> .....	136
	Kap. 3715 Statens strålevern .....	48		Kap. 761 Omsorgstjeneste .....	140
	Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning .....	49		Kap. 762 Primærhelsetjeneste .....	159
	Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning .....	49		Kap. 763 Rustiltak .....	170
	Kap. 718 Rusmiddelforebygging .....	50		Kap. 764 Psykisk helse .....	171
	Kap. 3718 Rusmiddelforebygging .....	51		Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid .....	174
	Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet .....	52		Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv. ....	185
	Kap. 719 Annet folkehelsearbeid .....	53		<i>Programkategori 10.70 Tannhelse</i> .....	188
				Kap. 770 Tannhelsetjenester .....	190
	<i>Programkategori 10.20 Helseforvaltning</i> .....	56			
	Kap. 720 Helsedirektoratet .....	57		<i>Programkategori 10.80</i>	
	Kap. 3720 Helsedirektoratet .....	62		<i>Kunnskap og kompetanse</i> .....	194
	Kap. 721 Statens helsetilsyn .....	62		Kap. 780 Forskning .....	195
	Kap. 3721 Statens helsetilsyn .....	65		Kap. 781 Forsøk og utvikling mv. ....	199
	Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning .....	66		Kap. 782 Helseregistre .....	207
	Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning .....	67		Kap. 783 Personell .....	209

<b>Programområde 30</b>	
<b>Stønad ved helsetjenester .....</b>	<b>214</b>
<i>Programkategori 30.10</i>	
<i>Spesialisthelsetjenester mv. ....</i>	<i>218</i>
Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv. ....	218
<i>Programkategori 30.50</i>	
<i>Legehjelp, legemidler mv. ....</i>	<i>224</i>
Kap. 2751 Legemidler mv. ....	224
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling .....	227
Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv. ..	229
Kap. 2756 Andre helsetjenester .....	233
<i>Programkategori 30.90 Andre helsetiltak .....</i>	
Kap. 2790 Andre helsetiltak .....	235

<b>Del III</b>	<b>Omtale av særlige tema .....</b>	<b>237</b>
<b>5</b>	<b>Status for helse og omsorg .....</b>	<b>239</b>
<b>6</b>	<b>Folkehelsepolitikken .....</b>	<b>242</b>
<b>7</b>	<b>Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester .....</b>	<b>260</b>
<b>8</b>	<b>HelseOmsorg21-strategien .....</b>	<b>269</b>
<b>9</b>	<b>Internasjonalt samarbeid .....</b>	<b>270</b>
<b>10</b>	<b>Administrative fellesomtaler ....</b>	<b>275</b>
<b>11</b>	<b>Anmodningsvedtak .....</b>	<b>283</b>
	<b>Forslag.....</b>	<b>286</b>



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2015**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3710–3750, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 12. september 2014,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Solberg)*



*Del I*  
*Innledning del*





# 1 Helse- og omsorgspolitikken

Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Gjennom økte bevilgninger, klare prioriteringer og nye løsninger viser regjeringen at den prioriterer helse- og omsorgssektoren. Målet er å sikre at enhver skal ha trygghet for at gode offentlig finansierte helsetjenester er der for seg og sin familie, når man trenger det.

Sentrale mål for regjeringen innenfor helse- og omsorgssektoren er:

1. Redusere unødvendig og ikke-medisinsk begrunnet venting for pasientene
2. Øke kapasiteten og styrke kvaliteten i pleie- og omsorgssektoren
3. Prioritere bedre behandling og forebygging innen psykisk helse- og rusfeltet

Gjennom plan- og reformarbeid foretar regjeringen en helhetlig nytenkning i store deler av sektoren. Regjeringen vil i 2015 starte innføringen av fritt behandlingsvalg, samt legge fram for Stortinget viktige dokumenter som nasjonal helse- og sykehusplan, melding om primærhelsetjenesten, opptrappingsplan på rusfeltet, ny folkehelsemelding og melding om legemiddelpolitikken.

Det er pasienten som skal stå i sentrum for de endringer som gjøres. Regjeringen vil styrke pasientens rettigheter. Vi skal flytte makt fra systemer til den enkelte, fordi alt vi gjør skal gjøres for å gi bedre kvalitet og mer trygghet for pasienter, brukere og pårørende.

Regjeringen vil ta alle gode krefter i bruk, og ønsker en ny kurs i synet på samhandling og samarbeid mellom det offentlige og private og ideelle aktører. Mangfold bidrar til valgfrihet, innovasjon og effektivitet. Det er pasientens behov som skal stå i sentrum.

Mye er bra i norsk helsetjeneste. Innenfor en rekke områder viser forskning og analyser at vi oppnår svært gode resultater. Dyktige ansatte i alle ledd av tjenesten gjør en uvurderlig jobb, og sørger for god kvalitet gjennom hele døgnet. Samtidig ser vi på viktige områder at det er behov for endringer og forbedringer. Dette handler særlig om behovet for bedre organisering, effektivitet og kommunikasjon. Overganger og samhandling på tvers av

nivåer og funksjoner må bli bedre. For mye variasjon i kvalitet mellom ulike sykehus, kommuner og tilbud vitner om potensial for bedring. For mange venter for lenge på hjelp. Regjeringen vil ta vare på det som er godt, og forbedre det som kan bedres.

## 1.1 Fritt behandlingsvalg

---

Norsk helsetjeneste er god på resultat av behandling på flere områder. Det skal vi bygge videre på. Det er behov for forbedringer innen samhandling internt i tjenesten, og mellom tjenesten og pasienter. Altfor mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling – ofte selv om ledig kapasitet finnes.

Regjeringen starter i 2015 innføringen av vår reform fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Pasientenes rettigheter skal styrkes. Kjøp av private gjennom anbud skal økes og offentlige sykehus skal få økt frihet til å behandle flere pasienter. Retten til fritt behandlingsvalg innføres først innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern samt innenfor enkelte områder av somatikken.

## 1.2 Nasjonal helse- og sykehusplan

---

Regjeringen vil legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget høsten 2015. Planen skal informere Stortinget om status og utfordringer i spesialisthelsetjenesten og gjøre det mulig for Stortinget å ta de viktigste beslutningene om hvordan spesialisthelsetjenesten skal utvikles. Planen vil gi oversikt over framtidige utviklings- og investeringsplaner på overordnet nivå. Den vil inneholde forslag til tiltak for å sikre tilstrekkelig personell og kompetanse. Nasjonal helse- og sykehusplan vil drøfte prinsipper for sykehusstruktur og kriterier for ulike typer sykehus, slik at Stortinget kan beslutte hvilke prinsipper som skal gjelde for en nasjonal sykehusstruktur og hvilke typer sykehus vi trenger i framtiden.

### 1.3 Bedre tilbud til kreftpasienter

---

Kreftpasienter skal oppleve god kvalitet, rask oppfølging og trygg behandling i møte med helsetjenesten. Regjeringen ønsker å supplere den nasjonale kreftstrategien (2013–2017) med en plan for arbeidet. Gode pasientforløp skal hindre unødvendig venting på utredning og behandling. I 2015 innføres standardiserte pakkeforløp for kreftbehandling. Hovedelementer i regjeringens satsing innen kreftområdet er tverrfaglige diagnosecentre i alle regioner, standardiserte pakkeforløp og bedre samarbeid med fastlegene.

### 1.4 Kunnskapsbaserte tjenester

---

Gode helsetjenester er avhengige av å skape og ta i bruk ny kunnskap, og omsette forskning til innovasjon og bedre praksis. Regjeringen vil styrke forskningen og legge bedre til rette for innovasjon, jf. bl.a. satsing på innovasjon i omsorgssektoren. Mer bruk av kvalitetsindikatorer, data og registre, samt beslutningsstøtte for ansatte, skal bidra til mer kunnskapsbasert praksis og bedre kvalitet. Pasienter må få rask tilgang til nye og innovative legemidler. Bagatellgrensen for godkjenning av forhåndsgodkjent refusjon av legemidler økes. Legemiddelpolitikken skal behandles i en egen stortingsmelding.

### 1.5 Omsorgssektoren

---

Norge venter en stor økning i antall eldre, i takt med at befolkningen lever lenger. Samtidig ser vi en vekst i behov for omsorgstjenester også blant de under 67 år. Omsorgstjenesten er til for pasienter og brukere, og skal bidra til at hver enkelt får mulighet til å leve et aktivt og godt liv. Regjeringen vil legge til rette for at flere eldre kan bo lenger hjemme, og leve aktive og selvstendige liv – med tilpassede tjenester. Samtidig må kapasiteten økes og kvaliteten i omsorgstjenestene styrkes, så alle kan få et tilbud tilpasset sitt behov. Gode tjenester er avhengig av kompetanse hos de ansatte, framtidsrettet organisering og bedre samarbeid mellom fagmiljøene.

Regjeringen vil utrede lovfestet rett til helsepleie og omsorg, og vil etablere en plan sammen med KS om årlige mål for utbygging av flere heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen vil at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å

sikre at kommunene får mulighet til å bygge ut kvalitet og kapasitet i omsorgstjenesten. Regjeringen vil ta initiativ til en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenesten.

### 1.6 Primærhelsetjenesten

---

Alle er i større eller mindre grad berørt av helsetjenestene i kommunen. Regjeringen jobber med stortingsmelding som skal beskrive framtidens primærhelsetjeneste og tydeliggjøre krav til det faglige innholdet i tjenestene. Regjeringen vil følge opp intensjonene i samhandlingsreformen. Skal reformens målsetninger nås, kreves det satsing på kvalitet og innhold i de kommunale tjenestene og drøfting av nye roller, samarbeidsformer, organisering og strategisk lederskap.

### 1.7 Rus og psykisk helse

---

Mange i de svakeste pasientgruppene får ikke god nok og rask nok hjelp. Regjeringen vil styrke tilbudet til ruspasienter og pasienter med psykiske lidelser. Allerede er bevilgningene økt i spesialisthelsetjenesten, og helseregionene er instruert om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Særlig i kommunene må tjenestene styrkes, for å sikre kvalitet og tilgjengelighet. Regjeringen vil legge fram en opptrappingsplan på rusfeltet i 2015, og styrke det psykiske helsetilbudet i kommunene. I budsjettet for 2015 får kommunene ytterligere 200 mill. kroner til å styrke deres arbeid med rus og psykisk helse, og i tillegg 200 mill. kroner til å bedre skolehelsetjenesten og helsestasjonene.

### 1.8 Helse som mestring

---

Nøkkelen til god helse ligger ikke i fravær av sykdom alene. Mange vil leve større eller mindre deler av livet med ulike former for sykdom eller andre lidelser. God helse ligger i mestring: evnen til å mestre sin situasjon, oppleve selvbestemmelse og føle verdighet. Regjeringen vil føre en politikk som bedre legger til rette for dette. Derfor vil regjeringen bedre tilbudet innen rehabilitering. Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse fra 2015 gir mer frihet og makt over egen hverdag for personer med store bistandsbehov.

## 1.9 Folkehelse

---

Det offentlige spiller en viktig rolle i å legge til rette for en god folkehelse, med flere sunne leveår og økt livskvalitet i befolkningen. Samfunnet må bli bedre på å forebygge helseproblemer. Regjeringen vil føre en bredere og mer kunnskapsbasert folkehelsepolitikk, som legger til rette for at befolkningen enklere kan ta sunne og aktive valg.

Mestringsperspektivet må styrkes i tjenestene og samfunnet for øvrig. Aktiv og sunn aldring skal gis en tydeligere plass i folkehelsearbeidet – med vekt på livskvalitet gjennom deltakelse i samfunns- og arbeidsliv. Psykiske lidelser er en av samfunnets største helseutfordringer. Psykisk helse skal bli en integrert og likeverdig del av folkehelsearbeidet.

## 1.10 IKT og digitalisering

---

En moderne helsetjeneste krever gode og brukervennlige IKT-løsninger for både helsepersonell, pasienter og innbyggere. IKT gir oss nødvendige verktøy for å skape en trygg og moderne helse- og omsorgstjeneste. En styrket satsing på IKT er en forutsetning for å oppnå helhetlige pasientforløp gjennom bedre samhandling, mer effektivitet og

økt brukervennlighet. Regjeringen støtter og jobber med flere tiltak for å realisere dette.

Å styrke pasientenes rettigheter og flytte makt til pasienten, innebærer også å satse på åpenhet, informasjon og medbestemmelse. Regjeringen vil åpne helsetjenesten. Pasienter, brukere og pårørende skal få en sterkere stemme i hele tjenesten. Endringsarbeid skal ta utgangspunkt i pasientenes behov, og kvalitetsdata må i større grad reflektere pasienter og pårørendes opplevelser og erfaringer. Data må være enkelt og åpent tilgjengelig for pasienter, brukere, personell og ledere.

## 1.11 Pasientens helsetjeneste

---

Å skape pasientens helsetjeneste handler om å sikre et godt møte med helse- og omsorgstjenesten på alle nivåer, enten man er pasient, bruker eller pårørende. Norge har og skal ha et godt offentlig helsetilbud. Skal dette ivaretas, er tjenestene avhengig av tillit fra befolkningen. Skal den tilliten ivaretas må tjenestene utvikles, mangfoldet tas i bruk og pasientene gis en sterkere stemme i utviklingen av tjenestene. Regjeringen vil i budsjettet for 2015 prioritere tiltak som styrker disse målsettingene.

## 2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 174,2 mrd. kroner. Dette er fordelt med 145,2 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 29 mrd. kroner på programområde 30, Stønad ved helsetjenester, jf. tabell side 19.

Samlet foreslås om lag 16,7 mrd. kroner, eller 10,6 pst., mer enn i saldert budsjett 2014. Forslaget tar høyde for pris- og kostnadsvekst, herunder virkning av takstoppgjøret for leger, psykologer og fysioterapeuter. Sett bort fra dette, samt overføring av om lag 5,67 mrd. kroner fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett i forbindelse med avvikling av kommunal medfinansiering og flytting av enkelte andre oppgaver mellom departementene, foreslås bevilgningsnivået økt reelt med om lag 3,2 mrd. kroner, eller om lag 2,1 pst. sammenliknet med saldert budsjett 2014. Realveksten fordeler seg med om lag 1,4 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag 1,8 mrd. kroner på programområde 30 Stønader ved helsetjenester. Bevilgningsforslaget for pro-

gramområde 10 er bl.a. påvirket av nedgang i bevilgning til investeringslån til store sykehusbygg på til sammen om lag 1 mrd. kroner som følge av prosjektframdrift og ferdigstilling samt vel 300 mill. kroner i økt investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser knyttet til tilsagn gitt tidligere år. Av realveksten på programområde 30 utgjør legemidler opp mot 1,3 mrd. kroner.

I tillegg foreslås både helsestasjons- og skolehelsetjenesten og kommunale tjenester til personer med rus- og eller/psykiske problemer styrket med 200 mill. kroner, til sammen 400 mill. kroner innenfor den foreslåtte veksten i kommunenes frie inntekter på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Videre foreslås de frie inntektene økt med 300 mill. kroner til rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med stort og langvarig behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven.

De viktigste styrkingene ut over anslag for regelstyrte ordninger går fram av boks 2.1.

### Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2014

Økt pasientbehandling .....	2 022 mill. kroner
Lånebevilgning til sykehusinvesteringer .....	90 mill. kroner
Økt kapasitet og kvalitet i omsorgstjenesten .....	568 mill. kroner
Psykisk helse og rus .....	182 mill. kroner
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten .....	200 mill. kroner
Elektronisk samhandling .....	75 mill. kroner
Økt bagatellgrense og refusjon av nye legemidler .....	20 mill. kroner
Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.....	13,5 mill. kroner
Transport av psykisk syke.....	10 mill. kroner
Kontrollkomisjonene.....	9 mill. kroner
Pasientskadenemnda.....	7 mill. kroner
Utdanning og personell.....	6,7 mill. kroner
Pasientrettighetsdirektivet .....	5,4 mill. kroner
Nasjonalt system for innføring av ny teknologi .....	4 mill. kroner
Pakkeforløp kreft .....	3,5 mill. kroner

Merknad: Styrking av helsestasjons- og skolehelsetjeneste med 200 mill. kroner og kommunale tjenester til personer med rus- og eller/psykiske problemer med 200 mill. kroner, samt 300 mill. kroner til rettighetsfesting av BPA for personer under 67 år med stort og langvarig behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven, bevilges som frie inntekter til kommunene over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

## 2.1 Økt pasientbehandling

Det foreslås å styrke sykehusenes økonomi med 2 022 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2014. For mange pasienter venter unødvendig lenge på behandling – ofte selv om ledig kapasitet finnes. Regjeringen starter i 2015 innføringen av fritt behandlingsvalgsreformen i spesialisthelsetjenesten. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Pasientenes rettigheter skal styrkes, kjøp fra private gjennom anbud skal økes og offentlige sykehus skal få økt frihet til å behandle flere pasienter. Retten til fritt behandlingsvalg innføres først innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte områder av somatikken. Utgiftene i 2015 til bruk av retten til fritt behandlingsvalg er anslått til 150 mill. kroner. I tillegg kommer 20 mill. kroner til administrasjon av ordningen, til sammen 170 mill. kroner, som inngår i den samlede styrkingen. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal fortsatt prioriteres høyt.

Regjeringen forutsetter at alle statlige virksomheter gjennomfører årlige tiltak for å øke produktiviteten. For å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer innføres det en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Deler av gevinstene fra mindre byråkrati og mer effektiv bruk av pengene overføres i de årlige budsjettene til fellesskapet. Denne innhenting settes til 0,5 pst. av virksomhetenes driftsutgifter, som for helseforetakene utgjør 625 mill. kroner i 2015. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Parallelt med avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen foreslår regjeringen derfor å tilføre vel 590 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i 2015 for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2015.

Det er fortsatt for mange som uten gyldig grunn ikke møter til avtalt time ved poliklinikk, noe som medfører dårlig ressursutnyttelse i sykehus og lengre ventetider. For å understøtte de regionale helseforetakenes arbeid med å redusere antall pasienter som ikke møter til poliklinisk konsultasjon, foreslås det å øke gebyret ved manglende oppmøte fra 320 til 640 kroner fra 1. januar 2015. For å skjerme rusavhengige og mennesker med psykiske lidelser for gebyret i de tilfeller dette vurderes nødvendig, vil departementet spe-

sifisere overfor de regionale helseforetakene at det skal utvises et skjønn for disse pasientgruppene. Det legges til grunn at flere vil møte til avtalt time ved poliklinikk, men også at helseforetakene vil få noe økte inntekter knyttet til manglende oppmøte. Denne inntektsøkningen motsvares av tilsvarende redusert bevilgning med 30 mill. kroner.

Utgiftene til laboratorietjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering foreslås det at refusjonstakstene for offentlige og private laboratorietjenester ikke prisjusteres i 2015, svarende til om lag 60 mill. kroner.

I 2013 og i 2014 er det bevilget 110 mill. kroner til forskningsstudie av nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning, til sammen om lag 220 mill. kroner. Den femårige studien startet opp i januar 2014. Kostnader knyttet til behandling av 100 pasienter som inngår i studien og forskning vil være fullfinansiert av bevilget beløp disse to årene. For 2015 forutsettes det at ev. bruk av legemiddelet i pasientbehandling dekkes innenfor den foreslåtte veksten.

Bevilgningene er pris- og lønnsjustert med 3,1 pst. Det foreslås i tillegg bevilget midler for å dekke anslått økte pensjonskostnader, slik at det samlet foreslås bevilget vel 4 mrd. kroner til håndtering av økte pensjonskostnader.

Budsjettforslaget legger med dette til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2,15 pst. inkludert 0,15 pst. aktivitetsvekst til fritt behandlingsvalg. Dette er en høy vekst sammenliknet med tidligere år. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2014, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2014. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2015. Det er da ikke tatt hensyn til forbedringen fra år til år i befolkningens helsetilstand.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2014 til 2015. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandling omfattet av ISF. Kommunal medfinansiering avvikes fra 2015, og det overføres om lag 5,7 mrd. kroner fra kommune-

nes inntektsrammer til ISF-bevilgningen. Det er budsjettert med en vekst på 6 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi.

Departementet vil fra 2015 gå bort fra dagens system med streng aktivitetsstyring. Slik vil det bli lagt til rette for at sykehusene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon. Det skal samtidig stilles krav om økonomisk balanse og langsiktig økonomisk bærekraft.

Ut over ovennevnte bevilgning til fritt behandlingsvalg, foreslås følgende tiltak dekket innenfor den foreslåtte styrkingen på 2 022 mill. kroner:

De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentene bedt om å kjøpe mer døgnkapasitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra ideelle virksomheter i løpet av 2014. Det er en målsetting å øke antall plasser med om lag 200 totalt i de fire helseregionene. Resterende helårsvirkning av økt kapasitet vil komme i 2015.

Langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander kan gi betydelige plager og funksjonssvikt. En rekke kliniske tilstander befinner seg i denne gruppen, bl.a. de mange såkalt medisinsk uforklarte tilstandene som f.eks. fibromyalgi, utmattelsessyndrom og el-overfølsomhet. Det foreslås 20 mill. kroner til et pilotprosjekt der det opprettes tverrfaglige poliklinikker /diagnosesentre for pasienter med relativt likeartede symptomer som langvarige smerte- og utmattelsestilstander.

I Prop. 70 L (2013–2014) ble det foreslått å lovfeste at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter. Det ble videre foreslått at det skal kreves egenbetaling dersom inngrepet utføres i regi av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Stortinget har sluttet seg til forslaget i proposisjonen, jf. Innst. 290 L (2013–2014). Det foreslås en egenbetaling på 4000 kroner per inngrep. Egenbetalingen dekker om lag halvparten av kostnaden. Resterende 9,1 mill. kroner foreslås dekket av basisbevilgningene.

## 2.2 Lånebevilgning til sykehusinvesteringer

Det foreslås å gi lån til to nye byggeprosjekter med til sammen 90 mill. kroner. Sykehuset i Vestfold skal gjennomføre Tønsbergprosjektet innen

2020. Det innebærer fullføring av somatikkutbyggingen i Tønsberg, samt erstatningsbygg for sykehuspsykiatrien, inklusive alderspsykiatrien. Det foreslås en låneramme på 1,87 mrd. 2014-kroner og en lånebevilgning på 70 mill. kroner i 2015. Helse Bergen skal i gang med fase 2 av nytt barne- og ungdomssenter ved Haukeland universitetssjukehus. Nybygget skal tas i bruk i 2022 og vil samle behandlingen av barn og unge, og øke kvaliteten og behandlingsskapasiteten. Det foreslås en låneramme på 2,084 mrd. 2014-kroner og en lånebevilgning på 20 mill. kroner i 2015.

## 2.3 Økt kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene

For å bedre kvaliteten, kapasiteten og valgfriheten i omsorgstjenesten foreslås det en samlet netto styrking på 568 mill. kroner i 2015.

Bevilgningen til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser foreslås økt med 199 mill. kroner til å dekke første års utbetaling av innvilgede tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser.

Med utgangspunkt i oppdatert anslag for antall dagaktivitetsplasser i 2014 for personer med demens, legger budsjettforslaget til rette for 1070 nye dagaktivitetsplasser i 2015, svarende til om lag 60 mill. kroner.

Det foreslås 30 mill. kroner til å utvikle et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er i dag betydelige mangler i kunnskapsgrunnlaget om disse tjenestene, både knyttet til aktivitet og kvalitet.

Det foreslås 20 mill. kroner til utredning av en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenesten. Forsøksordningen skal inkludere et begrenset antall kommuner, vare over tid og evalueres. Utredningsprosjektet skal skissere ulike modeller for forsøket. Regjeringen vil vektlegge god dialog med kommunene og KS i utformingen av ordningen.

Over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett foreslås 300 mill. kroner i 2015 til oppfølging av endring i pasient- og brukerrettighetsloven. Endringen innebærer rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med stort og langvarig behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven. Opplæringstiltak knyttet til BPA foreslås samtidig redusert med om lag 30 mill. kroner, bl.a. i lys av mindreforbruk av ordningen.

Øvrige tilskudd til kommunale omsorgstjenester foreslås redusert med 10 mill. kroner til styrking av andre prioriterte tiltak.

## 2.4 Psykisk helse og rus

---

Regjeringen vil ha en ny og forsterket innsats for mennesker med rus- og eller psykiske problemer, og vil derfor legge fram en ny opptrappingsplan for rusfeltet i 2015 og en melding til Stortinget om framtidens primærhelsetjeneste. Stortingsmeldingen vil bl.a. drøfte psykologenes rolle i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Det foreslås derfor å videreføre rekrutteringstilskuddet i 2015, som gir rom for å nyrekruttere om lag nye 40 psykologstillinger i 2015.

Kommunale tjenester til personer med rus- og/eller psykiske problemer foreslås styrket med 200 mill. kroner som del av veksten i kommunenes frie inntekter over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Øvrige øremerkede bevilgninger til kommunale tjenester til personer med rus- og/eller psykiske problemer foreslås redusert med 18 mill. kroner til styrking av andre prioriterte tiltak. Innenfor de samlede bevilgningene til psykisk helse og rus foreslås omdisponert 18 mill. kroner til brukerstyrking, herunder 4,8 mill. kroner til bruker- og pårørendeorganisasjoner.

I tillegg styrkes psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennom den foreslåtte inntektsveksten på 2,15 pst. i spesialisthelsetjenesten omtalt under avsnitt 2.1. Regelen om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg skal ha årlig vekst som er større enn somatikk videreføres og innebærer at disse fagområdene gis høy prioritet. Videre innføres retten til fritt behandlingsvalg innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern i 2015.

Det foreslås å styrke tilskudd til utleieboliger på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett med 50 mill. kroner, for bl.a. å skaffe bolig til personer med rus og psykiske problemer og andre vanskeligstilte på boligmarkedet.

## 2.5 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

---

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten foreslås styrket med 200 mill. kroner som del av veksten i kommunenes frie inntekter over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Dette kommer i tillegg til styrkingen i 2014 på 180 mill. kroner, til sammen 385 mill. 2015-kroner.

Regjeringen vil styrke det forebyggende arbeidet til familievern, arbeid rettet mot familier med høy konflikt og familier og barn som er utsatt

for vold i nære relasjoner. Styrkingen av det forebyggende arbeidet er svært viktig og har som mål å bedre relasjonen og samhandlingen mellom foreldre og styrke omsorgskompetansen deres for å gi barn gode, trygge og utviklingsfremmende oppvekstvilkår. Det vil bli satt i gang et arbeid med økt satsing på forebygging og samarbeid med andre tjenester som f.eks. helsestasjonene. Helsestasjonene møter de aller fleste barn til kontroller i de første leveårene og er derfor en ideell arena for å kunne fange opp barn og familier i risikozonen. Et nærmere samarbeid mellom familievernkontorene og helsestasjonene vil kunne gjøre det lettere å fange opp familier som trenger samlivshjelp, på et tidlig stadium.

## 2.6 Elektronisk samhandling

---

Det foreslås til sammen 75 mill. kroner mer til elektronisk samhandling.

Det foreslås 55 mill. kroner til informasjonssikkerhet og helseadministrative registre. Det skal etableres en felles sikkerhetsinfrastruktur for identitets- og tilgangsstyring for samhandling og informasjonsdeling på tvers av virksomheter i helse- og omsorgssektoren. En nasjonal sikkerhetsinfrastruktur er avhengig av koordinerte registre over helseadministrative opplysninger, som er oppdaterte og kvalitetssikrede. Register som adresseregisteret, helsepersonellregisteret, legestillingsregisteret mv. skal videreutvikles og samordnes. Samordningen skal sikre at de er tilgjengelige og har god datakvalitet. Samordning av drift og forvaltning vil gi betydelig økt kvalitet i registrene.

Det foreslås 20 mill. kroner til det videre arbeidet med forstudien i konseptvalgutredningen En innbygger – én journal. Målet er at nødvendige helseopplysninger kan følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Utredningen skal vurdere helsefaglige behov og foreslå ulike konsepter for mer integrerte og helhetlige nasjonale løsninger. Konseptvalgutredningen inkluderer kvalitetssikring av forstudien gjennom KS-ordningen for store statlige investeringer.

## 2.7 Økt bagatellgrense og refusjon av nye legemidler

---

Iht. dagens regelverk skal ikke forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel innvilges uten Stortingets samtykke dersom det vil lede til en utgiftsvekst for folketrygden som overstiger 5

mill. kroner etter fem år. Det foreslås å heve denne grensen til 25 mill. kroner. En slik heving av den såkalte bagatellgrensen vil innebære utvidet fullmakt for Statens legemiddelverk til å innvilge forhåndsgodkjent refusjon, herunder fullmakt til å innvilge refusjon for tre legemiddelsaker som er oversendt departementet fordi kostnadene er anslått å overstige 5 mill. kroner.

Per i dag har Helse- og omsorgsdepartementet fem refusjonssaker der Legemiddelverket har vurdert de faglige kriteriene for refusjon som oppfylt, men der refusjon overstiger gjeldene grense på 5 mill. kroner. Ved å heve grensen fra 5 til 25 mill. kroner vil tre av disse sakene falle inn under Legemiddelverkets utvidede fullmakt til å kunne innvilge forhåndsgodkjent refusjon. Dette gjelder legemidler til behandling av diabetes type 2 og legemidler til behandling av hhv. hørsnue og alvorlig håndeksem. En heving av bagatellgrensen til 25 mill. kroner er anslått å gi en ekstra kostnad for folketrygden på 20 mill. kroner i 2015.

## 2.8 Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

---

Det foreslås 13,5 mill. kroner til videreføring og styrking av tilleggsbevilgninger ifm. Prop. 93 S (2013–2014) til å gjennomføre vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Stortinget har vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. behandling av Prop. 118 L (2012–2013). Med de vedtatte endringene skal det ikke lenger være den enkelte pasient sitt ansvar å skaffe behandling når fristen er utløpt, men sykehuset sitt ansvar å sørge for dette. Midlene skal i hovedsak gå til planlegging og nødvendig IKT-utvikling, revisjon av prioriteringsveiledere og forvaltning. Konsekvensene for Helfo vil være at de skal motta sykehusenes automatiske henvendelser om fristbrudd, samt bistå pasienter. Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven trer i kraft ila. andre halvår 2015.

## 2.9 Transport av psykisk syke

---

Helsetjenesten har ansvar for transport av psykisk syke personer. Det er et mål å etablere en verdig og helsefaglig god transporttjeneste, hvor politi kun bistår når det er nødvendig av sikkerhetsmessige årsaker. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014) ble det bevilget 10 mill. kroner over Justis- og beredskapsdepartementets

budsjett til å la spesialistutdannet helsepersonell gjennomføre transport av psykisk syke. Midlene ble foreslått flyttet til Helse- og omsorgsdepartementet i Prop. 93 S (2013–2014). De fire regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere prosjekter i tre år under forutsetning av Stortingets årlige budsjettvedtak. Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner i 2015, til sammen 20 mill. kroner til prosjektet i 2015.

## 2.10 Kontrollkommisjonene

---

Det foreslås å styrke landets kontrollkommisjoner med 9 mill. kroner til dekning av utgiftene til kommisjonenes arbeid.

Landet har 56 kontrollkommisjoner som skal ivareta rettssikkerheten til pasienter i møte med det psykiske helsevernet. Driftsutgiftene for kontrollkommisjonene har økt de siste årene. Det er flere årsaker til utgiftsutviklingen. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) har det bl.a. vært en utbygging av tjenestetilbudet og en økning av antall pasienter også for kommisjonene.

## 2.11 Pasientskadenemnda

---

Det har vært en vekst i antall nye saker i Pasientskadenemnda, og det forventes ytterligere økning i 2015. Det foreslås 7 mill. kroner til økt saksbehandlingsskapasitet i Pasientskadenemnda.

## 2.12 Utdanning og personell

---

Det foreslås en styrking på til sammen 6,7 mill. kroner innenfor området utdanning og personell. Helsetjenesten har mange viktige roller inn mot det formelle utdanningssystemet. Det foreslås 2,7 mill. kroner til Helsedirektoratet for å ivareta det helhetlige myndighetsansvaret for legenes spesialistutdanning, hvor endringer er til vurdering. Utdanningen skal innrettes mot dagens og morgendagens pasienter, teknologi og der hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet er førende. I 2015 tas det bl.a. sikte på å etablere en ny spesialitet i mottaks- og indremedisin. Det foreslås videre 4 mill. kroner til ny godkjenningssordning for helsepersonell utdannet i land utenfor EØS-området. Departementet tar sikte på å sende forslag til lov- og forskriftsendringer på høring ila. høsten 2014.



### 2.13 Pasientrettighetsdirektivet

---

Norske pasienter vil fra første halvår 2015 få refundert utgifter til sykehusbehandling i andre EU/EØS-land uten at det stilles krav om forhåndsgodkjenning, jf. innlemming av pasientrettighetsdirektivet i norsk rett. Forutsetningen er at helsehjelpen tilsvarer helsehjelp pasienten ville ha fått bekostet av det offentlige i Norge. Det foreslås 5,4 mill. kroner til administrasjon av ordningen i Helsedirektoratet/Helfo. De regionale helseforetakene finansierer behandlingskostnadene av sin basisbevilgning.

### 2.14 Nasjonalt system for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten

---

Det foreslås 4 mill. kroner til nasjonalt system for innføring av nye metoder for å styrke kapasiteten når det gjelder utarbeidelse av metodevurderinger, informasjonstiltak rettet mot helsetjenesten, samt evaluering av systemet. Internasjonale studier viser at den medisinskteknologiske utviklingen er blant de viktigste årsakene til kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten. Det er behov for mer kunnskapsbaserte beslutninger om innføring av ny teknologi og legemidler og utfasing av eksisterende metoder i spesialisthelsetjenesten. Systemets formål er å sikre likeverdig tilgang til nye metoder som er trygge, som har dokumentert effekt og som er kostnadseffektive. Systemet bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten og er et viktig virkemiddel for å understøtte kunnskapsbaserte prioriteringsbeslutninger i tjenesten.

### 2.15 Pakkeforløp kreft

---

Det foreslås å videreføre tilleggsbevilgning ifm. Prop. 93 S (2013–2014) med 3,5 mill. kroner til utvikling av pakkeforløp kreft, inkludert diagnoseveiledere til fastlegene og en implementeringsplan av pakkeforløp i sykehusene. Pakkeforløp innebærer en nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i et behandlingsforløp skal ta, og vil bidra til at pasientenes forløp gjennom sykehuset – fra utredning til behandling – blir mer ensartet og strømlinjeformet. Tverrfaglige grupper skal utarbeide pakkeforløp bygd på dansk erfaring og de behandlingsretningslinjene som allerede er utarbeidet i Norge. Pakkeforløpene skal integreres med de eksisterende handlingspro-

grammene for kreft, og vil supplere den nasjonale kreftstrategien som kom i 2013 med en plan der raskere diagnose og kortere ventetid er sentrale mål.

### 2.16 Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform

---

Den årlige produktivitetsveksten er viktig for velstandsøkningen i et land. Regjeringen følger dette opp i Sundvolden-erklæringen og har nedsett en egen produktivitetskommisjon. Regjeringen vil bygge sin politikk på en effektiv bruk av fellesskapets ressurser. Regjeringen forutsetter at alle statlige virksomheter gjennomfører årlige tiltak for å øke produktiviteten. For å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer innføres det en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Deler av gevinstene fra mindre byråkrati og mer effektiv bruk av pengene overføres i de årlige budsjettene til fellesskapet. Denne innhenting settes til 0,5 pst. av virksomhetenes driftsutgifter. For å sikre forutsigbarhet i ordningen er beregningsgrunnlaget saldert budsjett året før. Ordningen er nærmere omtalt i Gul bok 2015. For Helse- og omsorgsdepartementet foreslås å redusere bevilgningene med om lag 0,65 mrd. kroner knyttet til reformen, hvorav 625 mill. kroner for regionale helseforetak. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Parallelt med innføring av det statlige effektiviseringskravet foreslår regjeringen derfor å tilføre vel 590 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i 2015 for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at det statlige effektiviseringskravet ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2015.

Ut over bevilgningsreduksjonen knyttet til reformen omtalt ovenfor, foreslås det i tillegg å redusere driftsbevilgninger til sentral helseadministrasjon, herunder spesielle driftsutgifter, med til sammen 34 mill. kroner.

### 2.17 Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden

---

#### *Egenandeler*

En ordinær prisomregning av egenandelene under egenandelstakene utgjør om lag 92 mill. kroner i 2015 når det tas hensyn til helårsvirkning

av økte egenandeler fra 1. juli 2014. Det foreslås at en slik prisomregning i sin helhet gjennomføres ved at tak 1 økes med 80 kroner fra 2105 kroner i 2014 til 2185 kroner i 2015. Egenandelstak 2 og øvrige egenandeler foreslås ikke endret.

#### *Prisreduksjon på inhalasjonspulver for astma og kols*

Etter høring av forslag om å gjøre legemidlet Seretide (inhalasjonspulver for astma og kols) byttbart i apotek med generisk alternativ, konkluderte Legemiddelverket med at dette legemidlet ikke skal tas opp på den såkalte byttelisten. Dette skyldes ulikheter mht. inhalasjonsteknikk og mulig feilbruk. Selv om patenttiden har utløpt for legemidlet, innebærer det at dette legemiddelet ikke omfattes av de prisreduksjoner som følger av den såkalte trinnprismodellen. Prisen på legemidlene er imidlertid redusert med virkning fra 1. august i år og reduseres ytterligere 1. januar 2015, svarende til om lag 68 mill. kroner i reduserte utgifter for folketrygden i 2015.

#### *Redusert trinnpris for virkestoffet atorvastatin*

Statiner er en legemiddelgruppe som benyttes av pasienter med hjerte/karsykdom og individer med økt risiko for utvikling av hjerte/karsykdom. Virkestoffene simvastatin og atorvastatin utgjør størstedelen av salget av statiner i Norge. Statens legemiddelverk anser at simvastatin og atorvastatin er likverdige preparater, men prisen på atorvastatin er høyere enn prisen på simvastatin. Det foreslås å redusere trinnpris for virkestoffet atorvastatin, svarende til om lag 23 mill. kroner i reduserte utgifter for folketrygden.

#### *Nominell videreføring av takster for tannbehandling og omdisponering til tannhelsetjenester*

Folketrygden yter stønad, basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, til undersøkelse og behandling som utføres av tannlege og tannpleier ved angitte diagnoser eller tilstander. Trygdens utgifter til stønad til tannbehandling har økt med mer enn 60 pst. fra 2008 til 2013. Dette er en betydelig vekst ut over politiske satsinger og takstjusteringer basert på forventet kostnadsutvikling. Utgiftsveksten så langt i 2014 er betydelig, og det anslås en fortsatt vekst i utgiftene framover. Det foreslås på denne bakgrunn at takstene ikke oppjusteres for 2015, svarende til om lag 74 mill. kroner i reduserte utgifter for folketrygden. Videre foreslås å styrke prioriterte tiltak innenfor tannhelsetjenesten med 22 mill. kro-

ner ved å omdisponere fra folketrygdens stønadsordning til tannlegehjelp. Det foreslås en reduksjon på 10,4 mill. kroner i tilskudd til Den norske tannlegeforening sin sykehjelpsordning for tannleger og 11,6 mill. kroner ved nedjustering av enkelte takster, bl.a. takster for behandling av periodontitt og for enkelte andre sykdomstilstander.

#### *Medisinsk forbruksmateriell*

Helfo har påbegynt en nærmere gjennomgang av de største produktområdene med sikte på å vurdere hvilke produkter det gis støtte til, prisfastsettning, avanseregulering, utleveringsmetode, antallsbegrensning samt vilkår for å få medisinsk forbruksmateriell på blå resept. Formålet er å sikre rett prioritering og god kostnadskontroll. Det foreslås på denne bakgrunn å fjerne hudfilmprodukter fra produkt- og prislisten for urinretensjon, ultra mini/micro bleier, natriumklorid og kompresser fra produkt- og prislisten for inkontinens og bommullstruser fra blåreseptordningen for alle brukere. Dette innebærer at brukere med lett inkontinens ikke lenger vil få dekket utgifter til produkter som selges i dagligvarehandelen – utgifter de har på linje med andre personer. Natriumklorid og kompresser brukes i stor grad til forebygging og vask framfor behandling, i strid med formålet med blåreseptforskriften. Videre foreslås det å redusere avansesatsen til utleverer for urinretensjon fra 25 pst. til 22 pst. og avansesatsen til utleverer for inkontinens fra 40 pst. til 37 pst. Bakgrunnen for reduksjonen er at forbruket har endret seg til en dyrere produktgruppe som har medført høyere avanse for utleverer. Tiltakene innebærer en samlet innsparing for folketrygden med anslagsvis 41,7 mill. kroner.

## **2.18 Nøytral merverdiavgift**

Fra 2015 innføres nøytral merverdiavgift for ordinære statlige forvaltningsorganer. Denne ordningen innebærer at betalt merverdiavgift som hovedregel ikke lenger skal føres som en driftsutgift på virksomhetenes egne budsjettkapitler, men i stedet belastes sentralt på kap. 1633 Nettoordning, statlig betalt merverdiavgift, post 01, Driftsutgifter. Driftspostene 01–49 budsjetteres fra 2015 uten merverdiavgift.

Ordningen fjerner en konkurranseulempe for private aktører. For å unngå nye konkurransevidninger som går ut over private aktører holdes enkelte forvaltningsorgan utenfor ordningen.

Ordringen er nærmere omtalt i Gul bok 2015. For Helse- og omsorgsdepartementet foreslås å flytte 234,6 mill. kroner til kap. 1633, post 01, jf. tabell innledningsvis i kap. 4, Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Det innføres ikke nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 2015, men det vil bli sendt på høring et slikt forslag med sikte på innføring fra 1. januar 2016. Se nærmere omtale i Prop. 1 LS (2014–2015) Skatter, avgifter og toll 2015.

### 3 Oversiktstabeller

Utgifter fordelt på programområde

Betegnelse	mill. kr		
	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	633,6	679,8	7,3
10.10 Folkehelse	1 877,2	1 893,0	0,8
10.20 Helseforvaltning	1 868,3	1 932,8	3,5
10.30 Spesialisthelsetjenester	118 885,7	132 046,3	11,1
10.50 Legemidler	307,3	315,8	2,8
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	6 516,7	7 386,2	13,3
10.70 Tannhelse	204,2	231,6	13,4
10.80 Kunnskap og kompetanse	692,4	750,8	8,4
Sum før lånetransaksjoner	130 985,5	145 236,4	10,9
Lånetransaksjoner	2,5	0,0	-100,0
<b>Sum Helse og omsorg</b>	<b>130 988,0</b>	<b>145 236,4</b>	<b>10,9</b>
<i>Programområde 30 Stønad ved helsetjenester</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	4 686,0	5 176,8	10,5
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	21 645,6	23 604,9	9,1
30.90 Andre helsetiltak	220,0	192,2	-12,6
<b>Sum Stønad ved helsetjenester</b>	<b>26 551,6</b>	<b>28 973,9</b>	<b>9,1</b>
<b>Sum Helse- og omsorgsdepartementet</b>	<b>157 539,6</b>	<b>174 210,2</b>	<b>10,6</b>

## Årsverk

Kap.	Virksomhet	2013	2014
700	Helse- og omsorgsdepartementet	204,3	200,3
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	730,1	798,3
715	Statens strålevern	114,5	116,4
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	42,0	43,2
720	Helsedirektoratet	1222,8	1290,2
	herunder: Helseøkonomiforvaltningen	547,0	538,2
721	Statens helsetilsyn	106,3	104,7
722	Norsk pasientskadeerstatning	142,9	147,0
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	43,1	49,5
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	159,5	170,6
729	Pasientombudene	67,5	68,1
750	Statens legemiddelverk	236,8	241,8
	Nemndssekretariater mv.	82,8	93,9

Merknader: Veksten i antall årsverk ved Folkehelseinstituttet er særlig knyttet til helseregisterområdet, helseanalyser, formidling, barnevaksineprogrammet, influensaovervåking, rettsmedisinske fag og administrasjon. Veksten i antall årsverk i Helsedirektoratet er hovedsakelig knyttet til e-helse og IKT. Nemndssekretariater mv. omfatter sekretariatene for Bioteknologinemnda (nå Bioteknologirådet), Klagenemnda for behandling i utlandet, Pasientskadenemnda, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda, Statens helsepersonellnemnd og Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Kilde: Statens sentrale tjenestemannsregister per 1. mars.

### Anmodningsvedtak

Anmodningsvedtak er omtalt i del III, kap. 11.

Nr.	Dato	Vedtak
189 (2007–2008)	3. desember 2007	«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»
556 (2008–2009)	19. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»
408 (2011–2012)	1. mars 2012	«Stortinget ber regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene.»
26 (2013–2014)	26. november 2013	«Stortinget ber regjeringen vurdere rammevilkårene for ideelle organisasjoner som leverer helsetjenester i henhold til avtale med regionale helseforetak, herunder forhold knyttet til pensjon.»
485 (2013–2014)	16. juni 2014	«Stortinget ber regjeringen utrede behovet for flere leger med sosialpediatrisk kompetanse og hvilke tiltak som kan iverksettes for å styrke kapasiteten for medisinske undersøkelser av barn som mistenkes for å ha vært utsatt for seksuelle overgrep.»
503 (2013–2014)	17. juni 2014	«Stortinget ber regjeringen legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget, der Stortinget kan behandle de overordnede prinsipper for utvikling og struktur for sykehus og spesialisthelsetjenesten i planperioden.»
506 (2013–2014)	17. juni 2014	«Stortinget ber regjeringen utrede en opptrapping for førstelinjen innen psykiske helsetjenester med fokus på kvalitet, forebygging og samhandling med spesialisthelsetjenesten og med en særlig prioritering av barn og unge.»

*Del II*  
*Budsjettforslaget*





## 4 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Alle forslag er endringer sammenliknet med saldert budsjett 2014 så langt som annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2014 og uten bevilgningsforslag for 2015, er ikke omtalt.

Forslag til endringer knyttet til avbyråkratisering- og effektiviseringsreform og nettoordning for statlig betalt merverdiavgift, er oppsummert i tabellene nedenfor. For nærmere omtale vises det til del I, avsnitt 2.16 og 2.18.

Kap.	Post	Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform, 1000 kr
700	01 Helse og omsorgsdepartementet / Driftsutgifter	-1 042,3
701	21 IKT i helse- og omsorgssektoren / Spesielle driftsutgifter	-1 121,8
701	70 IKT i helse- og omsorgssektoren / Norsk Helsenett HF	-504,1
702	21 Beredskap / Spesielle driftsutgifter	-188,0
703	21 Internasjonalt samarbeid / Spesielle driftsutgifter	-293,4
710	01 Nasjonalt folkehelseinstitutt / Driftsutgifter	-3 113,9
710	21 Nasjonalt folkehelseinstitutt / Spesielle driftsutgifter	-3 196,1
711	21 Ernæring og mattrygghet / Spesielle driftsutgifter	-110,5
712	01 Bioteknologirådet / Driftsutgifter	-45,4
713	01 Vitenskapskomiteen for mattrygghet / Driftsutgifter	-113,9
715	01 Statens strålevern / Driftsutgifter	-392,0
715	21 Statens strålevern / Spesielle driftsutgifter	-182,8
716	01 Statens institutt for rusmiddelforskning / Driftsutgifter	-236,9
718	21 Rusmiddelforebygging / Spesielle driftsutgifter	-448,3
719	21 Annet folkehelsearbeid / Spesielle driftsutgifter	-435,9
720	01 Helsedirektoratet / Driftsutgifter	-5 240,6
720	21 Helsedirektoratet / Spesielle driftsutgifter	-105,4
721	01 Statens helsetilsyn / Driftsutgifter	-640,1
722	01 Norsk pasientskadeerstatning / Driftsutgifter	-831,3
723	01 Pasientskadenemnda / Driftsutgifter	-310,9
724	01 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell / Driftsutgifter	-189,0
725	01 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten / Driftsutgifter	-924,1
726	01 Statens helsepersonellnemnd / Driftsutgifter	-42,3
729	01 Pasient- og brukerombud / Driftsutgifter	-318,0

Kap.	Post	Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform, 1000 kr	
732	21	Regionale helseforetak / Spesielle driftsutgifter	-96,1
732	70	Regionale helseforetak / Særskilte tilskudd	-3 251,8
732	71	Regionale helseforetak / Kvalitetsbasert finansiering	-2 562,0
732	72	Regionale helseforetak / Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF	-241 641,7
732	73	Regionale helseforetak / Basisbevilgning Helse Vest RHF	-85 053,4
732	74	Regionale helseforetak / Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	-64 427,2
732	75	Regionale helseforetak / Basisbevilgning Helse Nord RHF	-57 837,0
732	76	Regionale helseforetak / Innsatsstyrt finansiering	-119 207,3
732	77	Regionale helseforetak / Poliklinisk virksomhet mv.	-17 269,3
732	78	Regionale helseforetak / Forskning og nasjonale kompetansetjenester	-5 583,9
733	21	Habilitering og rehabilitering / Spesielle driftsutgifter	-68,2
734	01	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak / Driftsutgifter	-202,6
734	21	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak / Spesielle driftsutgifter	-77,5
750	01	Statens legemiddelverk / Driftsutgifter	-1 168,2
751	21	Legemiddeltiltak / Spesielle driftsutgifter	-63,0
761	21	Omsorgstjeneste / Spesielle driftsutgifter	-1 106,3
762	21	Primærhelsetjeneste / Spesielle driftsutgifter	-156,0
762	50	Primærhelsetjeneste / Samisk helse	-26,9
765	21	Psykisk helse og rusarbeid / Spesielle driftsutgifter	-653,9
769	21	Utredningsvirksomhet mv. / Spesielle driftsutgifter	-169,4
770	21	Tannhelsetjenester / Spesielle driftsutgifter	-126,0
780	50	Forskning / Norges forskningsråd	-1 670,4
781	21	Forsøk og utvikling mv. / Spesielle driftsutgifter	-366,7
782	21	Helseregistre / Spesielle driftsutgifter	-88,8
783	21	Personell / Spesielle driftsutgifter	-151,9
<i>Sum utgifter</i>		<i>-623 052,5</i>	
3710	02	Nasjonalt folkehelseinstitutt / Diverse inntekter	-1 026,8
3710	03	Nasjonalt folkehelseinstitutt / Vaksinesalg	-513,4
3713	02	Vitenskapskomiteen for mattrygghet / Diverse inntekter	-1,0
3715	02	Statens strålevern / Diverse inntekter	-145,7
3715	04	Statens strålevern / Gebyrinntekter	-22,7
3715	05	Statens strålevern / Oppdragsinntekter	-7,2
3716	02	Statens institutt for rusmiddelforskning / Diverse inntekter	-9,3

Kap.	Post		Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform, 1000 kr
3718	04	Rusmiddelforebygging / Gebyrinntekter	-9,3
3720	02	Helsedirektoratet / Diverse inntekter	-14,5
3720	04	Helsedirektoratet / Gebyrinntekter	-16,5
3722	02	Norsk pasientskadeerstatning / Diverse inntekter	-7,2
3722	50	Norsk pasientskadeerstatning / Premie fra private	-95,0
3723	50	Pasientskadenemnda / Premie fra private	-13,4
3724	04	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell / Gebyrinntekter	-149,8
3725	02	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten / Diverse inntekter	-1,0
3750	02	Statens legemiddelverk / Diverse inntekter	-11,4
3750	04	Statens legemiddelverk / Registreringsgebyr	-531,0
3750	06	Statens legemiddelverk / Refusjonsgebyr	-14,5
<i>Sum inntekter</i>			<i>-2 589,7</i>

Merknad: Ved flytting av bevilgning fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til kap. 732, post 76 knyttet til avvikling av kommunal medfinansiering, er det tatt ut 0,5 pst. i tilknytning til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform, som tilsvarer om lag 28 mill. kroner.

Kap.	Post		Nøytral mva., 1000 kr
700	01	Helse og omsorgsdepartementet / Driftsutgifter	-2 279
701	21	IKT i helse- og omsorgssektoren / Spesielle driftsutgifter	-35 220
702	21	Beredskap / Spesielle driftsutgifter	-2 582
703	21	Internasjonalt samarbeid / Spesielle driftsutgifter	-71
710	01	Nasjonalt folkehelseinstitutt / Driftsutgifter	-19 977
710	21	Nasjonalt folkehelseinstitutt / Spesielle driftsutgifter	-50 900
710	45	Nasjonalt folkehelseinstitutt / Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold	-1 689
711	21	Ernæring og mattrygghet / Spesielle driftsutgifter	-952
712	01	Bioteknologirådet / Spesielle driftsutgifter	-313
713	01	Vitenskapskomiteen for mattrygghet / Driftsutgifter	-285
715	01	Statens strålevern / Driftsutgifter	-2 375
715	21	Statens strålevern / Spesielle driftsutgifter	-1 367
716	01	Statens institutt for rusmiddelforskning / Driftsutgifter	-1 224
718	21	Rusmiddelforebygging / Spesielle driftsutgifter	-4 887
719	21	Annet folkehelsearbeid / Spesielle driftsutgifter	-9 110
720	01	Helsedirektoratet / Driftsutgifter	-37 146
720	21	Helsedirektoratet / Spesielle driftsutgifter	-797

Kap.	Post		Nøytral mva., 1000 kr
721	01	Statens helsetilsyn / Driftsutgifter	-2 177
722	01	Norsk pasientskadeerstatning / Driftsutgifter	-8 133
723	01	Pasientskadenemnda / Driftsutgifter	-1 948
724	01	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell / Driftsutgifter	-1 431
725	01	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten / Driftsutgifter	-16 709
726	01	Statens helsepersonellnemnd / Driftsutgifter	-60
729	01	Pasient og brukerombud / Driftsutgifter	-446
733	21	Habilitering og rehabilitering / Spesielle driftsutgifter	-213
734	01	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak / Driftsutgifter	-21
734	21	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak / Spesielle driftsutgifter	-180
750	01	Statens legemiddelverk / Driftsutgifter	-11 274
751	21	Legemiddeltiltak / Spesielle driftsutgifter	-22
761	21	Omsorgstjenester / Spesielle driftsutgifter	-5 957
762	21	Primærhelsetjeneste / Spesielle driftsutgifter	-1 822
765	21	Psykisk helse og rusarbeid / Spesielle driftsutgifter	-3 659
769	21	Utredningsvirksomhet mv. / Spesielle driftsutgifter	-104
770	21	Tannhelsetjenester / Spesielle driftsutgifter	-719
781	21	Forsøk og utvikling mv. / Spesielle driftsutgifter	-5 920
782	21	Helseregistre / Spesielle driftsutgifter	-600
783	21	Personell / Spesielle driftsutgifter	-2 067
<i>Sum</i>			<i>-234 636</i>

## 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 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
700	Helse- og omsorgsdepartementet	203 558	206 951	209 935	1,4
701	IKT i helse- og omsorgssektoren		314 667	354 962	12,8
702	Beredskap	37 782	39 941	33 489	-16,2
703	Internasjonalt samarbeid	73 202	72 081	81 456	13,0
	Sum kategori 10.00	314 542	633 640	679 842	7,3

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
01–23	Statens egne driftsutgifter	294 954	517 286	540 152	4,4
70–89	Andre overføringer	19 588	116 354	139 690	20,1
	Sum kategori 10.00	314 542	633 640	679 842	7,3

### Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	203 558	206 951	209 935
	Sum kap. 0700	203 558	206 951	209 935

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter:

- Helsedirektoratet
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Norsk pasientskadeerstatning
- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
- Statens helsetilsyn
- Statens institutt for rusmiddelforskning
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Vitenskapskomiteen for mattrygghet
- Mattilsynet (faglig ansvar)
- Helse Midt-Norge RHF

- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Norsk Helsenett SF
- AS Vinmonopolet
- Sekretariatet for Bioteknologirådet
- Sekretariatet for Pasientskadenemnda
- Sekretariatet for Statens Helsepersonellnemnd mv

Med virkning fra 1. mai 2014 er sekretariatet for Klagenemnda for behandling i utlandet, og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda slått sammen med sekretariatet for Statens Helsepersonellnemnd.

I sesjonen 2013–2014 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 12 S (2013–2014) Endringer i statsbudsjettet 2013 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 31 L (2013–2014) Endringer i genteknologiloven og bioteknologiloven (navneendring og hjemmel til felles forskrift)
- Prop. 70 L (2013–2014) Lov om rituell omskjæring av gutter
- Prop. 71 L (2013–2014) Oppheving av lov om tilvirkning og omsetning av alkoholholdige drikkevarer på Svalbard og endringer i helsetilsynsloven, legemiddeloven og lov om medisinsk utstyr
- Prop. 72 L (2013–2014) Pasientjournalloven og helseregisterloven

- Prop. 86 L (2013–2014) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse)
- Prop. 114 S (2013–2014) Endringer i statsbudsjettet 2014 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følge av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)
- Prop. 127 L (2013–2014) Endringer i alkoholoven (åpningsdager for salg av alkoholholdig drikk)
- Meld. St. 11 (2013–2014) Tilbaketrekning av Prop. 196 L (2012–2013) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven (Avvikling av godkjenningsordningen for sykehus)

### Post 01 Driftsutgifter

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

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform.

Det foreslås å flytte 0,2 mill. kroner til kap. 510 Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, post 01 Driftsutgifter under Kommunal- og moderniseringsdepartementet knyttet til at kostnadene ved nytt lønns- og personalsystem for departementene har blitt noe høyere enn forutsatt, jf. Prop. 93 S (2013–2014).

## Kap. 701 IKT i helse- og omsorgssektoren

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter		217 150	234 731
70	Norsk Helsenett SF		97 517	120 231
	Sum kap. 0701		314 667	354 962

Det foreslås følgende styrkinger som oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal:

- 20 mill. kroner til utredning én journal
- 55 mill. kroner til sikkerhet, fordelt på 35 mill. kroner til informasjonssikkerhet og 20 mill. kroner til helseadministrative registre.

For øvrig vises det til omtale under post 21 og post 70.

Bedre IKT-løsninger er en forutsetning for å lykkes med å skape pasientenes helsetjeneste. Store nasjonale prosjekter som kjernejournal, e-resept og helsenorge-portalen er satt i gang og tilbyr stadig nye tjenester til både innbyggere og helsepersonell. Likevel er det behov for å styrke gjennomføringsevnen på IKT-området. Juridiske og organisatoriske grep skal vurderes.

Helsepersonell skal ha tilgang til relevante opplysninger uavhengig av hvor pasienten eller brukeren har vært utredet eller behandlet tidligere. Innbyggerne skal få enklere kontakt med helsetjenestene og mulighet til å delta i tilretteleggingen av egen behandling. Det gjenstår fortsatt mange utfordringer i digitaliseringen av helse- og omsorgstjenesten, og IKT-systemene som brukes i dag støtter i for liten grad opp under behovet for tilgang til nødvendig informasjon.

Ny lov om pasientjournal og ny helseregisterlov gir økte muligheter for digital informasjonsutveksling mellom virksomhetene og mellom helse-tjenesten og innbyggerne mot målet om én innbygger – én journal. Dette krever utvikling av digitale løsninger som ivaretar krav til informasjons-sikkerhet og personvern.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Hoveddelen av bevilgningen dekker oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal.

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene:

- 20 mill. kroner til styrking av utredning av én journal
- 35 mill. kroner til styrking av arbeidet med informasjonssikkerhet og helseadministrative registre
- 4,2 mill. kroner til styrking knyttet til ny pasient- og brukerrettighetslov, jf. omtale under kap. 720, post 01
- 1,35 mill. kroner til styrking knyttet til ny løsning reservasjonssaken – grønt telefonnummer. Styrkingen skal benyttes til opplæring, oppdatering av redaksjonelt innhold på helsenorge-portalen, samt midler til verktøy for håndtering av kundeforhold.
- 35,22 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift

Det foreslås videre å flytte:

- 15 mill. kroner til kap. 720, post 01 knyttet til Helsedirektoratets regulære forvaltning og drift av helsenorge-portalen, herunder applikasjonsforvaltning, lisensutgifter, vedlikehold av plattform, redaksjonelt vedlikehold av informasjon, samt administrasjon og service.
- 1,4 mill. kroner fra kap. 781, post 21 kroner knyttet til telefontjenesten 800 Helse. I 2013

byttet telefontjenesten Helsetjenestens veiledningssenter navn til 800 Helse. 800 Helse er en felles telefontjeneste hvor innbyggerne kan få veiledning og brukerstøtte ved bruk av tjenester på helsenorge-portalen.

- 0,193 mill. kroner til kap. 540 post 22 under Kommunal- og moderniseringsdepartementet knyttet til betaling for eID på nivå 4

### Nasjonal styring og koordinering

Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal peker på behovet for økt bruk av nasjonale løsninger og sterkere nasjonal styring. Regjeringen vil øke gjennomføringsevnen gjennom å sikre en helhetlig og forutsigbar IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren. Mange selvstendige aktører i sektoren gjør det nødvendig å tydeliggjøre det nasjonale ansvaret for IKT-utviklingen.

Regjeringen vil styrke gjennomføringsevnen og sikre best mulig ressursutnyttelse av IKT i helse- og omsorgssektoren. Virkemiddelbruken skal styrkes. Juridiske grep skal utredes og nye organisatoriske modeller skal vurderes for å utnytte mulighetene i teknologien bedre.

E-helsegruppen, Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (Nuit) og Nasjonalt fag- og arkitekturutvalg (Nufa) er etablert som nasjonale arenaer for styring, koordinering og faglige innspill. Roller og ansvar i en helhetlig koordinering- og prioriteringsprosess skal tydeliggjøres. De nasjonale utvalgene skal videreutvikles med riktig representasjon, kompetansesammensetning og saksinnretning. Utvalgene må ses i sammenheng med sektorens øvrige koordineringsorganer som Nasjonal IKT HF for spesialisthelsetjenesten og KommIT for kommunene.

Helsedirektoratet har i samarbeid med sektoren utarbeidet en nasjonal handlingsplan for e-helse (2014–2016). Handlingsplanen gir en samlet fremstilling av pågående og planlagte e-helsetiltak av nasjonal betydning. Handlingsplanen skal følges opp med konkrete tiltaksplaner som skal utarbeides for det enkelte år.

### Utredning av én journal

Regjeringen vil modernisere IKT-plattformen slik at nødvendige helseopplysninger kan følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Helsedirektoratet gjennomfører på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredning av én journal. Utredningen gjennomføres som en konseptvalg-utredning. Konseptvalgutredningen inkluderer gjennomføring av ekstern kvalitetssikring av for-

studien i tråd med KS-ordningen for store statlige investeringer. Når KS1 foreligger vil regjeringen kunne gi tilslutning til foreslått hovedkonsept, og ev. fremme nødvendig bevilgningsforslag for Stortinget.

#### Innbyggertjenester

Digitale tjenester skal bidra til å gi brukerne oversikt over og innflytelse på egen helse og behandling. Befolkningens økte bruk av teknologi, herunder personlige mobile helseløsninger (m-helse), legger grunnlaget for en endret pasient- og brukerrolle.

Helsenorge-portalen ble etablert i 2011 og skal være en felles inngangsport til offentlige helsetjenester på nett. Portalen er en viktig informasjonskilde og kommunikasjonskanal for pasienter og brukere. Innbyggerne besøker helsenorge-portalen for å finne informasjon om sykdom og behandling, og for å få råd og veiledning for å kunne ivareta egen helse. Ved å logge seg på Min helse, får innbyggerne tilgang til nyttige e-helsetjenester. På Min helse kan innbyggerne få oversikt over egne egenandeler, vaksiner og resepter, bytte fastlege og melde bivirkninger. Innbyggerne i Trøndelag og Rogaland kan se egen kjernejournal og har mulighet til å legge inn egne opplysninger og reservere seg. Dette er første skritt på vei mot innsyn i egen journal. Vestlandspasienter kan se egne timeavtaler på sykehus i Helse Vest-regionen.

Det arbeides med løsning for digital dialog mellom pasient og fastlege hvor innbyggerne skal få mulighet til å bestille time på nett, stille spørsmål til legen (e-kontakt og e-konsultasjon) og fornye resepter. Som den første helseregionen i landet, er Helse Nord i gang med et pilotprosjekt som gir innbyggerne mulighet til å se sin egen pasientjournal via helsenorge-portalen. Løsningene skal testes ut i 2014 og 2015.

Refusjonsordningen ved transport til og fra behandling (pasientreiser) skal forenkles med standardiserte satser og færre dokumentasjonskrav. Det legges opp til at elektronisk løsning skal etableres på helsenorge-portalen. Forslag om forenkling av refusjonsordning legges etter planen fram for Stortinget våren 2015, se også omtale under kap. 732.

Utviklingen på helsenorge-portalen skal støtte opp om vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette krever utvikling av nødvendig IKT-støtte. Det vises til omtale under kap. 720, post 01.

Helsenorge-portalen skal fungere som en integrert del av helsetilbudet og inkludere telefontje-

nester. Mer av innholdet skal oversettes til flere språk og det skal legges til rette for å informere minoritetsbefolkningen. Flere kvalitetsindikatorer skal presenteres.

Norge skal delta i et prosjekt under Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale telekommunikasjonsunion for m-helse, Be He@lthy – Be mobile. Formålet med prosjektet er å benytte mobilbaserte verktøy som et virkemiddel i arbeidet med å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. Prosjektet starter opp høsten 2014 og vil vare i 3–4 år. Helsedirektoratet skal ha et operativt ansvar for prosjektet i Norge.

#### Helsepersoneltjenester

God kvalitet og pasientsikkerhet krever at helsepersonell har rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige helseopplysninger uavhengig av hvor pasienten blir syk eller har blitt behandlet før. IKT-systemene har i liten grad vært preget av helhetstenkning. Det er behov for å videreutvikle nasjonale fellesløsninger som kan støtte helhetlige pasientforløp og samhandling på tvers av virksomheter og tjenestenivå.

Kjernejournal har vært under utprøving i pilotkommuner i Trøndelag fra høsten 2013 og Rogaland våren 2014. Formålet med en kjernejournal er økt pasientsikkerhet gjennom tilgang til viktig informasjon som legemidler (medisinkort), allergier og annen kritisk informasjon. Tilgang til slik informasjon vil være av vesentlig betydning for både fastlegene, helse- og omsorgstjenesten, legevakten, akuttmottak på sykehus, samt mellom og internt i sykehus. Utprøvingen av kjernejournal utvides etter planen til områder i Nord-Norge høsten 2014 og til områder på Østlandet i 2015. Det er lagt opp til gjenbruk av informasjon i sentrale registre som Norsk pasientregister og Reseptformidleren (databasen for elektroniske resepter). Utprøvingen av kjernejournal skal evalueres før nasjonal utrulling iverksettes.

E-resept er en elektronisk løsning for å rekvirere og ekspedere reseptpliktige legemidler, medisinsk utstyr og næringsmidler. For pasientene gir e-resept bl.a. mindre risiko for feilekspederinger og oversikt over egne resepter på helsenorge-portalen. Nasjonal utbredelse hos fastleger, apotek og bandasjister ble ferdigstilt februar 2013. Helseforetakene har startet bruk av løsningen. Det er et mål at alle helseforetak skal være i gang i løpet av 2015. E-reseptløsningen videreutvikles i 2014 for å støtte bruk av multidoser i helse- og omsorgssektoren, og skal kunne tas i bruk i kommunene i 2015.



For å understøtte grensekryssende pasientmobilitet, utreder EU-kommisjonen retningslinjer og systemer for utveksling av elektroniske journalopplysninger over landegrensene, i første omgang for sammenfattede journalopplysninger og for resepter. Norge deltar i arbeidet. Utredning av juridiske, tekniske, organisatoriske og andre vilkår for grensekryssende utveksling av norske elektroniske journalopplysninger følger disse EU-prosessene.

#### Personvern og informasjonssikkerhet

Innbyggerne skal ha tillit til at opplysninger blir behandlet på en trygg og sikker måte. Helseopplysninger skal være tilgjengelige for helsepersonell med tjenstlig behov. Samtidig skal opplysningenes konfidensialitet og integritet ivaretas.

Det er behov for en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur som bidrar til å ivareta den enkeltes personvern. Det skal utvikles tjenester for identitetsforvaltning, sporbarhet (logg) og tilgangsstyring. Slike tjenester krever helseadministrative registre med god datakvalitet og et forvaltningsapparat med tydelig ansvarsfordeling.

#### Standarder, terminologi og kodeverk

For at aktørene i helse- og omsorgssektoren skal kunne samhandle elektronisk må systemene bruke samme standarder for å definere og utveksle informasjonen. Standardisert elektronisk meldingsutveksling er utbredt på mange områder, men det er behov for styrket virkemiddelbruk for å sikre at alle tar løsningene i bruk. Det skal legges fram en forskrift med krav om at helse- og omsorgstjenesten dokumenterer helseopplysninger elektronisk, oppdaterer adresseregisteret i helsenettet og kan sende og motta elektroniske basismeldinger. Forskriften skal bidra til at helsepersonell som samarbeider om en pasient kan utveksle pasientopplysninger på en sikker måte.

Det er et mål at velferdsteknologi skal være tatt i bruk i helse- og omsorgstjenestene, jf. Meld. St. 29 (2012–2013) og Nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi 2014–2020. For å sikre en helhetlig tjeneste hvor systemer fungerer sammen, er det nødvendig å ta i bruk felles standarder for velferdsteknologi. Som en del av velferdsteknologiprogrammet er Helsedirektoratet gitt et overordnet ansvar for standardiseringsarbeidet. Helsedirektoratet har våren 2014 utredet norsk tilknytning til det internasjonale rammeverket Continua Health Alliance. Utredningen skal følges opp i 2015. Standardisering av vel-

ferdsteknologi skal sees i sammenheng med det øvrige standardiseringsarbeidet på e-helseområdet, og skal også omfatte personlig helseteknologi, telemedisin og m-helse. Se også omtale under kap. 761.

Standardisert terminologi og kodeverk vil understøtte bruk av strukturerte data i IKT-systemer og muliggjøre gjenbruk av data til kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Nye standardiseringsprosjekt skal vurdere bruk av internasjonale standarder og gjenbrukbare informasjonskomponenter der det er hensiktsmessig.

#### Nasjonalt legevaktnummer 116 117

Et nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktssentraler vil bedre tilgjengeligheten til legevakt for innbyggerne. Publikum skal raskt og enkelt komme i kontakt med kommunal legevaktssentral og legevakt i forbindelse med helsehjelp som haster, der fastlege ikke er tilgjengelig. Forberedelser skjer i regi av Helsedirektoratet og startet i 2011. Prøvedrift med EU-harmonisert telefonnummer 116 117 ble etablert i Østfold i februar 2012, og er så langt vellykket selv om brukshyppigheten for 116 117 viser moderat økning. Teknisk testing pågår i Sogn og Fjordane. Helsedirektoratet bistår, i samarbeid med landets fylkesmenn og kommunene, med å tilrettelegge organisatorisk og teknisk for en landsdekkende ordning. De fleste kommuner har nå fått på plass den grunnleggende infrastrukturen for telefoni hele døgnet. Oppstart er avhengig av at alle kommuner har gjennomført nødvendige tiltak. Det er etablert avtale mellom Helsedirektoratet og Helse-tjenestens driftsorganisasjon (HDO HF) om driftssenter. En prøveordning med svarsentre for telefontrafikk med ukjent nummer mv. er planlagt etablert i samarbeid mellom Helsedirektoratet og regionale helseforetak og AMK-sentraler.

Etablering av telefonnummeret nasjonalt avventer også arbeidet med revidert akuttmedisinforskrift, der et forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. ble sendt på høring i slutten av mai 2014. Det tas sikte på innføring i januar 2015. Det vises for øvrig til omtale av legevakt under kap. 762.

#### Post 70 Norsk Helsenett SF

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsre-

form. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 10 mill. kroner til styrking av informasjonssikkerhet
- 10 mill. kroner til styrking av helseadministrative registre mv.

Norsk Helsenett SF skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Norsk Helsenett SF har et ikke-økonomisk formål.

#### IKT-infrastruktur og drift av nasjonale tjenester

Norsk Helsenett SF har ansvaret for sektorens felles kommunikasjonsnettverk og drift av tjenester som er viktig for den elektroniske samhandlingen. Statsforetaket skal sørge for sikker, stabil og effektiv drift av helsenorge-portalen, nasjonal kjernejournal og andre løsninger og registre som statsforetaket har driftsansvar for. Statsforetaket skal fortsette arbeidet med flytting av database for elektroniske resepter (reseptformidleren).

Norsk Helsenett SF skal legge til rette for framtidrettede løsninger som understøtter effektiv elektronisk samhandling mellom aktørene i sektoren. Helsenettet skal videreutvikles med robuste tjenester og tilstrekkelig kapasitet. En framtidrettet infrastruktur må også ta høyde for etablering av én journal, jf. Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal.

Norsk Helsenett SF etablerte i 2014 et testsenter for hele helse- og omsorgssektoren. Testsenteret skal tilby bistand til aktørene for å kunne teste ut funksjonalitet i de elektroniske pasientjournal-systemene.

#### Informasjonssikkerhet

Statsforetaket har etablert Helse-CSIRT (Computer Security Incident Response Team) som skal være helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet. Senteret

skal spre kompetanse om IKT-trusler og beskyttelsesmekanismer, og kontinuerlig overvåke trafikken i helsenettet. Senteret skal samarbeide med Norcert og andre nasjonale og internasjonale enheter.

Norsk Helsenett SF skal sørge for etablering av felleskomponenter som del av den nasjonale sikkerhetsinfrastrukturen. Sentrale elementer vil være identitetshåndtering for autentisering og personlig signatur og informasjonsgrunnlag for tilgangskontroll.

Norsk Helsenett SF skal drifte og bidra i videreutviklingen av helseadministrative registre. Registerne er et fundament for den nasjonale sikkerhetsinfrastrukturen. Eksempler på slike registre er adresseregisteret, helsepersonellregisteret, fastlegeregisteret og legestillingsregisteret. Norsk Helsenett SF skal bidra i arbeidet med å etablere et forvaltningsapparat for å sikre robuste registre med høy datakvalitet. Det skal vurderes om statsforetaket skal drifte andre administrative registre enn de gjør i dag.

#### Utbredelse av elektroniske meldinger

Norsk Helsenett SF etablerte i 2012 et helhetlig program for utbredelse av elektroniske meldinger. Målet med programmet er å bistå sykehus, kommuner og fastleger med å etablere elektronisk meldingsutveksling innen utgangen av 2014. Antall elektroniske meldinger som utveksles økte betydelig i 2014. Alle sykehus, fastleger og kommuner ble tilkopleet helsenettet i 2013. Per 1. september 2014 rapporterte 386 kommuner at de er i gang med elektronisk meldingsutveksling. Dette utgjør en dekningsgrad i befolkningen på 95 pst.

En sentral oppgave i 2015 skal være å etablere et forvaltningsregime for bruk og vedlikehold av elektroniske meldinger, i samarbeid med de andre aktørene i sektoren. Kompetansen og nettverket som er etablert i arbeidet med meldingsutbredelse skal videreføres og støtte opp under behov og videre utvikling knyttet til elektronisk samhandling og IKT-tiltak i kommunesektoren.

## Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	34 502	36 402	29 833
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 280	3 539	3 656
	Sum kap. 0702	37 782	39 941	33 489

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner til kap. 732, post 70 knyttet til nasjonalt beredskapslager av legemidler for spesialisthelsetjenesten, jf. omtale under post 21.

Helseberedskapens formål er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys ved krig og kriser og katastrofer i fredstid.

Ansvar for helseberedskap følger av lov om helsemessig og sosial beredskap. Loven pålegger kommuner, regionale helseforetak, sykehus og staten å ha beredskapsplaner. Vannverk, Mattilsynet og næringsmiddelaboratorier har tilsvarende planplikt. Spesialisthelsetjenesteloven, smittevernloven, matloven, strålevernloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid har egne beredskapsbestemmelser. Helsedirektoratet, Statens strålevern og fylkesmennene gir veiledning til kommuner, regionale helseforetak og helseforetak, og bistår med øvelser og kompetansetiltak. Helsetilsynet og Mattilsynet fører tilsyn med etterlevelse av lovverket.

Terrorangrepet 22. juli 2011, terrorangrepet mot Statoil i Algerie 2013, orkanen på Vestlandet og katastrofen i Japan i 2011, samt terrortrusselsituasjonen i sommer er eksempler på hendelser hvor det er satt i verk beredskapstiltak i helsesektoren.

Helseberedskap er en del av regjeringens innsats for samfunnsikkerhet, som også omfatter gjennomføring av tiltak etter lov om forebyggende sikkerhet.

Helseberedskap er integrert i de ulike fagområdene og finansieres i hovedsak over ordinære driftsbudsjetter, kap. 703, 710, 715, 719, 720, 732, 750 og 764. Det gis her en presentasjon av hovedområdene for helseberedskapsarbeidet.

Hovedinnsatsområdene er å:

- styrke sektorens krisehåndteringsevne basert på øvelser og hendelser

- sikre god CBRNe-beredskap – god kjemikalievernberedskap, smittevern- og pandemiberedskap, strålevernberedskap og beredskap mot eksplosiver.
- sikre robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten og næringen
- sikre et godt nasjonalt og internasjonalt helseberedskapssamarbeid

Mål for 2015:

- delta på nasjonal helseøvelse HarbourEx 15
- delta i arbeidet med nasjonal CBRN-strategi
- oppgradere atomberedskapen i tråd med planer for dette
- implementere revidert nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa
- implementere nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer
- implementere forskrift om beredskap ved helseskadelige miljøhendelser
- prioritere tilsyn med, og bruke strengere virkemidler overfor, vannverk som ikke oppfyller regelverket for levering av drikkevann.

Krisehåndteringsevne

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

Sektorens innsats etter terrorangrepet 22. juli 2011 er gitt bred omtale i NOU 2012: 14, Rapport fra 22. juli-kommisjonen, jf. Meld. St. 21 (2012–2013) Terrorberedskap. Kommisjonens omtale av helsesektoren samsvarer i stor grad med Helsedirektoratets rapport. Hovedkonklusjonen er at det ikke er behov for å endre hovedinnretningen på dagens helseberedskap. Samtidig er det påpekt læringspunkter, bl.a. om oppfølging av overlevende og pårørende, systemer for varsling, kom-

munikasjon og informasjon, inkl. nødmeldetjenesten, behov for nasjonale retningslinjer f.eks. om samarbeid mellom nødetatene, samt behov for å videreutvikle planer, rutiner og kompetanse.

Helsedirektoratet følger opp anbefalte tiltak i samarbeid med regionale helseforetak, fylkesmenn, kommuner og andre berørte fagmiljøer. De regionale helseforetakene bidrar i direktoratets arbeid og følger opp tiltak som gjelder spesialisthelsetjenesten. RHFene skal sammen ha planer som bidrar til nasjonale beredskapsløsninger. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har gjort en stor innsats for å gi de som ble rammet og traumatisert et verdig og godt tilbud. Mange har fått støtte og behandling, samtidig som enkelte har opplevd å ikke få den hjelpen de trengte. Det pågår arbeid med en rekke tiltak. Rutiner for varsling og kommunikasjon i nødmeldetjenesten er under utbedring. Helsedirektoratet samarbeider med Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap om utarbeidelse av nasjonale retningslinjer og felles planverk for nødetatene på skadested, som er på høring nå. Nasjonal veileder for triagering av pasienter ved masseskader er publisert og under implementering. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (IS-1810) revideres og vil omfatte erfaringer etter 22. juli. Videre gjennomføres det tiltak i tjenesten for å heve kompetansen på oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiserende hendelser. Oppfølging av overlevende og pårørende etter 22. juli vil fortsatt være en prioritert oppgave. Det vises til omtale under kap. 764.

#### CBRNe-beredskap

Helsemyndighetene har etablert tiltak for å styrke CBRNe-beredskapen, et felt som omfatter kjemikalieberedskap, smittevern- og pandemiberedskap, strålevernberedskap og beredskap mot eksplosiver. Departementet samarbeider med Justis- og beredskapsdepartementet og Forsvarsdepartementet om en CBRN strategi.

Det er etablert en nasjonal behandlingstjeneste for personer utsatt for kjemiske og biologiske agens, radioaktiv stråling og eksplosiver (CBRNe-skader). Tjenesten har spisskompetanse på stråleskader, radiologiske skader, biologiske og kjemiske skader. Tjenesten er tillagt Helse Sør-Øst RHF og etablert ved Oslo Universitetssykehus HF. Videre er det etablert ulike overvåknings-, måle- og analysekapasiteter, innsatsteam, øvelser og kompetansetiltak for å vedlikeholde og utvikle beredskapen på området.

Statens strålevern leder Kriseutvalget for atomberedskap, jf. revidert kgl.res. av 23. august 2013 om Atomberedskap, sentral og regional håndtering. Kriseutvalget for atomberedskap oppgraderer atomberedskapen bl.a. på bakgrunn av trusselvurderinger og hendelser, som atomulykken i Fukushima, terrorangrepet 22. juli og hendelsen med brann i atomubåt romjulen 2011. Arbeidet med å styrke atomberedskapen, herunder innkjøp av nytt utstyr for å bedre målekapasitet videreføres i 2015 jf. omtale under kap. 715, post 21 og post 45.

Pandemiberedskapen følges opp i tråd med prinsippene i Meld. St. 16 (2012–2013), jf. Innst. 298 S (2012–2013). Som ledd i dette vil det bli fastsatt en revidert nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa høsten 2014.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har beredskapsgrupper med fageksperter som skal bistå ved helsekadelige miljøhendelser. Departementet vil fastsette forskrift for å gjennomføre beredskapslementene i folkehelseloven.

#### Forsyningssikkerhet av legemidler, materiell og drikkevann

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

Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere sektorens forsyningssikkerhet av legemidler og medisinsk materiell. Helsedirektoratet forvalter, som et supplement til helsetjenestens og næringens beredskap, avtaler med grossister om nasjonale beredskapslagre av materiell og legemidler. Helsedirektoratet forvalter avtaler med grossist om nasjonale beredskapslagre for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Direktoratet har anbefalt at lageret for spesialisthelsetjenesten avvikles, og at oppgaven legges til de regionale helseforetakene. Den nye ordningen for å ivareta nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten skal gjelde f.o.m. 2015. De regionale helseforetakene legger til rette for at den nye beredskapen og beredskapen i overgangsperioden høsten 2014 vil ligge på det nivået som lovverket har forutsatt.

De regionale helseforetakene vil videre gjennomgå beredskapssituasjonen for legemidler i spesialisthelsetjenesten, og utarbeide mål og strategier for hvordan den bør håndteres framover. Helsedirektoratets ros-analyse av aktuelle legemidler skal inngå i grunnlaget for hvordan ivaretagelsen skal etableres, og direktoratet og andre

sentrale aktører vil måtte bidra i de regionale helseforetakenes utviklingsarbeid for legemiddelberedskapen fram mot ev. planlagte endringer fra 2016. Lageret av legemidler hos grossist har for spesialisthelsetjenesten de senere år hatt et omfang på om lag 30 mill. kroner. De regionale helseforetakene vil vurdere omfang og organisering av lager både for 2015 og i den mer langsiktige håndtering av den nasjonale beredskapen.

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

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

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

Helseberedskapssamarbeid nasjonalt og internasjonalt

Nasjonalt deltar departementet i Kriserådet og har ansvar for samarbeidsorganer som Helsebe-

redskapsrådet, Pandemikomiteen og Kriseutvalget for atomberedskap. Internasjonalt deltar Norge i Verdens helseorganisasjon og Det internasjonale atomenergibyråets globale samarbeid om overvåking, analyse, varsling og tiltak ved utbrudd av smittsomme sykdommer og strålerelaterte hendelser. Norge samarbeider med EU og Nato på helse- og mattrygghetsområdet og har en Nordisk helseberedskapsavtale som omfatter informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer. Det vises til omtale av internasjonalt samarbeid i kapittel 9 i del III.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker særskilte beredskapstiltak, som plan- og systemutvikling, øvelser og kompetansetiltak, nasjonale beredskapslagre av legemidler og materiell, overvåknings-, måle- og varslings-systemer, laboratorieberedskap og bidrag til ulike innsatsteam.

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform.

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner til kap. 732, post 70 knyttet til beredskapslager. Helsedirektoratet forvalter i dag avtaler med grossist om nasjonale beredskapslagre av legemidler. Avtalene utløper 31. desember 2014, og fra samme tidspunkt vil lageret av legemidler som benyttes i spesialisthelsetjenesten avvikles. RHFene har fått i oppdrag å beredskapssikre legemidler som benyttes i spesialisthelsetjenesten.

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til særskilte beredskapstiltak, som nasjonal behandlingstjeneste for personer utsatt for CBRNe-skader samt Røde Kors for deres tilrettelegging av pårørendeberedskap.

## Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	56 894	56 783	65 653
70	Tilskudd, <i>kan overføres</i>	16 308	15 298	15 803
	Sum kap. 0703	73 202	72 081	81 456

Det foreslås økt bevilgning med 7 mill. kroner til årlige kontingenter til EU-programmer og -byråer der Norge deltar, jf. omtale under post 21.

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

Stadig flere helseutfordringer er grenseoverskridende. Mens infeksjonssykdommer historisk har vært hovedutfordringen, er i dag ikke-smittsomme sykdommer den globalt viktigste årsaken til for tidlig død. Det har bl.a. sammenheng med økt levealder og flere eldre. Tobakksbruk, skadelig bruk av alkohol, usunt kosthold, manglende fysisk aktivitet, overvekt og fedme er viktige faktorer for å utvikle kroniske sykdommer. Helse-systemene i Norge og andre land og verdensdeler utfordres også av økt mobilitet av helsearbeidere og pasienter. Folkehelsen utfordres videre av klimaendringer og miljøforhold verden over. Økte økonomiske forskjeller mellom land og innad i land fører til økt sosial ulikhet i helse. Samtidig er det en tendens at internasjonale normer og regler blir mer forpliktende og berører vår nasjonale helsepolitikk.

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

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

Det vises til kapittel 9 i del III for nærmere omtale av det internasjonale samarbeidet.

Mål for 2015:

- støtte gjennomføringen av styringsreformen i WHO, organisasjonens normative arbeid globalt og WHOs arbeid med ikke-smittsomme sykdommer, samt helseutfordringer knyttet til miljø, antimikrobiell resistens og klima
- fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike pro-

sesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet

- delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser
- styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd
- ivareta norsk deltakelse i Barents helse- og sosialsamarbeid, bidra til gjennomføring av Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram og videreføre helsesamarbeidet med Russland
- ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handelsavtaler og frihandelsavtaler
- videreutvikle helseavtalen med Kina
- videreutvikle helsesamarbeidet med Moldova

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker kontingenter til programmer og deltakelse i byråer under EØS-avtalen og kostnader til ekspertstillinger i internasjonale organisasjoner. Norge deltar i programmer og byråer i EU under EØS-avtalen. Bevilgningen dekker videre kontingent til Europarådet og bidrag til European Observatory on Health Systems and Policies.

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform.

Det foreslås 7,1 mill. kroner til styrking knyttet til økte årlige kontingenter til EU-programmer og -byråer der Norge deltar. Kontingentenes størrelse fastsettes av EU og varierer fra år til år med BNP, valutaforhold og programkostnader, jf. Prop. 93 S (2013–2014).

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til utdanning ved Nordic School of Public Health (NHV) for kandidater fra Norge. Nordisk Ministerråd har besluttet at Nordic School of Public Health (NHV) skal avvikles. Regjeringen vil komme tilbake til den videre oppfølgingen etter at prosessen er avsluttet i Nordisk Ministerråd.

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

## Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	1 325 164	1 254 027	1 289 217	2,8
711	Ernæring og mattrygghet	52 407	48 456	59 013	21,8
712	Bioteknologirådet	8 085	8 847	8 788	-0,7
713	Vitenskapskomiteen for mattrygghet		22 530	22 908	1,7
715	Statens strålevern	100 246	113 047	112 583	-0,4
716	Statens institutt for rusmiddel- forskning	41 548	47 075	47 229	0,3
718	Rusmiddelforebygging	216 000	216 964	212 322	-2,1
719	Annet folkehelsearbeid	159 091	166 232	140 979	-15,2
	Sum kategori 10.10	1 902 541	1 877 178	1 893 039	0,8

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 657 492	1 619 421	1 634 430	0,9
30–49	Nybygg, anlegg m.v.	20 192	18 859	21 717	15,2
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	30 918	23 156	39 563	70,9
70–89	Andre overføringer	193 939	215 742	197 329	-8,5
	Sum kategori 10.10	1 902 541	1 877 178	1 893 039	0,8

De nasjonale målene for folkehelsepolitikken er at:

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

Målene er nærmere beskrevet i Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar og Innst. 478 S (2012–2013). Levealdermålet skal nås gjennom å redusere tidlig død og utjevne sosiale helseforskjeller. Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons globale mål for forebygging og kontroll av livsstilssykdommer innen 2025. Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om folkehelsepolitikken i 2015. I

stortingsmeldingen vil regjeringen presentere ny politikk på områder som enten ikke har vært tilstrekkelig prioritert eller som krever nye løsninger. Det gjelder spesielt psykisk helse i folkehelsearbeidet, aktive eldre og helsevennlige valg. I tillegg vil forebyggende arbeid rettet mot barn og unge være prioritert. Meldingen vil bygge videre på de nasjonale målene og de overordnede rammene for folkehelsepolitikken.

Psykisk helse skal få en likeverdig plass i folkehelsearbeidet. Psykiske helseproblemer er en av de største folkehelseutfordringene vi har i dag. Det skal legges mer vekt på forhold som har betydning for helse, som sosiale nettverk, sosial støtte, mestring og trivsel.

Et av de viktigste utviklingstrekk ved samfunnet er aldringen av befolkningen. Norske eldre lever lenger og de fleste har god helse. En 65-åring kan forvente 15–20 funksjonsfriske år. Mange gamle mennesker opplever å være utenfor arbeids- og samfunnsliv. Det er uheldig for den enkelte så vel som for samfunnet at mennesker med ressurser og erfaring ikke deltar. Regjeringen vil derfor gjennom folkehelsemeldingen fremme en politikk for aktive eldre. Aldringen av befolkningen har konsekvenser for alle samfunnsområder. Å utvikle gode og trygge lokalsamfunn, boliger som er tilpasset, og innføring av ny teknologi slik at alle kan bruke den er forhold som fremmer aktive eldre. Aktivitet og arbeid er viktig for å sikre eldre menneskers deltakelse i samfunnet. Pensjonsreformen har bidratt til å heve avgangsalderen fra arbeidslivet, men det er fortsatt et stort potensial i å få mennesker i 60-årene til å arbeide lenger. Å stimulere til at langt flere eldre står lenger i arbeid vil være sentralt i arbeidet. Samtidig som det bidrar til å sikre velferden, er det også en økt forståelse for at det er en sammenheng mellom helse og arbeid, og at det er hel-

sefremmende for mange eldre arbeidstakere å stå lenger i arbeid. En folkehelsepolitikk for aktive eldre skal bidra til å styrke eldres deltakelse i alle sektorer, og vektlegge helsefremmende forhold. Statens seniorråd, oppnevnt av Regjeringen for perioden 2014–2017, har fått i mandat å fremme aktiv og sunn aldring. Rådet skal bidra til å synliggjøre eldres ressurser, bekjempe aldersdiskriminering og være opptatt av forhold som bidrar til at eldre er lenger i arbeidslivet og er aktive i samfunnet. Helsedirektoratet har ansvar for sekretariatet for Statens seniorråd.

Videre skal arbeidet med livsstilssykdommer få en ny og positiv vinkling. Livsstilssykdommer har stor betydning for folkehelsen, og det forebyggende arbeidet mot disse sykdommene er avgjørende. Regjeringen vil legge vekt på positiv motivasjon i kombinasjon med tiltak som gjør det lettere for den enkelte å ta de sunne valgene. Tiltak for bedre folkehelse må også veies opp mot enkeltmenneskets valgfrihet. Dette dreier seg om forholdet mellom den enkeltes selvbestemmelse og samfunnsrettede tiltak, og hvordan politikken i større grad kan innrettes slik at den fremmer den enkeltes muligheter for livsutfoldelse.

Programkategorien omfatter bevilgninger til virksomhetene Nasjonalt folkehelseinstitutt, Vitenskapskomiteen for mattrygghet, Bioteknologirådet, Statens strålevern, Statens institutt for rusmiddelforskning og statens overskuddsandel og utbytte fra AS Vinmonopolet. Programkategorien omfatter spesielle driftsutgifter og tilskudd til bl.a. miljø og helse, fysisk aktivitet, kosthold og ernæring, tobakksforebygging og rusmiddelforebyggende arbeid. Kategorien dekker videre hivforebygging og annet smittevernarbeid, arbeid for mattrygghet og trygt drikkevann.

## Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	718 460	616 275	645 652
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	586 512	618 893	625 848
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	20 192	18 859	17 717
	Sum kap. 0710	1 325 164	1 254 027	1 289 217



Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 20 mill. kroner til vaksine mot rotavirusinfeksjon
- 22,9 mill. kroner knyttet til virksomhetsoverdragelse av Giftinformasjon
- 72,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift
- 6,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen
- 8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ytterligere produktivitetskrav

For øvrige endringer vises til omtale under den enkelte post.

Folkehelseinstituttet skal gjennom forskning og formidling bidra til økt kunnskap om folkehelsen. På områdene smittevern, miljømedisin, epidemiologi, psykisk helse, internasjonal helse, rettsmedisin og rusmiddelforskning har instituttet beredskapsoppgaver og bidrar med kunnskap, råd og tjenester til myndigheter, helsetjeneste, rettsapparat, påtalemyndighet, politikere, media og innbyggere. Instituttet skal drive helseovervåking og helseanalyse for å følge befolkningens helsetilstand, drive forskning og gi vitenskapelig baserte råd, og det skal formidle kunnskap om hva samfunnet kan gjøre for å skape et helsefremmende samfunn. Videre er det instituttets oppgave å sikre Norge nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Instituttet skal gi rettsmedisinsk støtte til politi- og påtalemyndigheten og domstoler i forbindelse med straffesaker og tilsvarende saker med krav til høy rettssikkerhet. Instituttet driver helseregistre, helseundersøkelser, laboratorier og biobanker. Instituttet skal ivareta norske interesser og forpliktelser internasjonalt samt bistå departementet i dette arbeidet.

#### Helseanalyse

Folkehelseinstituttet skal analysere helsetilstanden i befolkningen og forhold som påvirker den. Instituttets analyse skal være tilpasset brukerne – dvs. befolkningen, kommunene, fylkene, helseregionene, helsetjenesten, helsemyndighetene og andre aktører. Den skal ha høy kvalitet, være oppdatert, forskningsbasert, og nasjonalt og internasjonalt konkurransedyktig.

Folkehelseprofiler for fylker og kommuner er videreutviklet og publisert. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet samarbeider tett, og det pågår et kontinuerlig arbeid for å videreutvikle folkehelseprofilene.

Overvåkingssystemet Sykdomspulsen, som raskt skal gi oversikt over infeksjonspanoramaet i allmennpraksis, er etablert. Systemet vil styrke beredskapen ved at kommuneoverlegene og Folkehelseinstituttet blir i stand til å oppdage og håndtere utbrudd av smittsomme sykdommer vesentlig raskere enn i dag.

Folkehelseinstituttet har ansvar for 10 av 17 sentrale helseregistre. I april 2014 markerte Medisinsk fødselsregister at registret nå kun mottar elektroniske meldinger. Instituttet vil videreføre arbeidet i Nasjonalt helseregisterprosjekt med å forbedre de eksisterende helseregistrene, styrke personvernet og etablere nye former for datainnhenting for å få et raskere oppdatert og mer komplett bilde av helsesituasjonen.

Instituttet arbeider med å få bedre oversikt over befolkningens psykiske helse, og utreder i 2014 etablering av et register for psykisk helse og rus etter fellesregistermodellen. Instituttet skal arbeide videre med dette i 2015.

Folkehelseinstituttet har intensivert overvåkingen av antibiotikaresistens nasjonalt og internasjonalt, og fortsetter arbeidet med å iverksette og evaluere effekten av tiltak mot antibiotikaresistens.

#### Forskning

Folkehelseinstituttet skal drive forskning med høy kvalitet som er internasjonalt konkurransedyktig og har strategisk betydning for instituttets samfunnsoppdrag og mål. Instituttets helseanalyse og forskning skal gi grunnlag for forebygging og helsefremmende arbeid ved å svare på spørsmål om:

- forekomst og fordeling av risikofaktorer, sykdom og dødsårsaker i befolkningen,
- årsaker til sykdom og for tidlig død, og å studere konsekvenser av sykdom samt
- effekter av folkehelseiltak.

Folkehelseinstituttet skal etablere og videreutvikle samarbeid med forskningsgrupper som arbeider med temaer innenfor instituttets samfunnsoppdrag, og styrke forskningssamarbeid med universiteter og høyskoler, helseforetak og kunnskaps- og kompetansesentre i alle deler av landet.

Instituttet har de senere år styrket sin internasjonale konkurransedyktighet, og har nå bl.a. en

sentral partnerrolle i EU-prosjektet Helix, som vil bidra til at instituttet utvikler viktig statistisk og analytisk kompetanse til bruk i videre satsning på miljøepidemiologisk forskning.

Instituttet har styrket forskningen på diabetes, hjerte- og karsykdommer, Alzheimers sykdom og andre demenslidelser, smertelidelser, utviklingsforstyrrelser, angst og depresjon. Metoder for vurdering av sykdomstilfeller, sykdomsbyrdeanalyser, og forskning for å evaluere effekten av folkehelseiltak skal prioriteres også i 2015.

#### Beredskapsarbeid

Folkehelseinstituttet skal raskt oppdage, varsle og håndtere hendelser der det har en beredskapsrolle. Instituttet skal ha gode rutiner og høy rollebevissthet hos alle medarbeiderne i håndteringen av kriser. Beredskapsarbeidet skjer i tett samarbeid med andre aktører som Helsedirektoratet, Mattilsynet, kommunene, politi/påtalemyndighet/rettsapparat og internasjonale partnere.

Instituttet yter bistand og råd ved utbrudd av smittsomme sykdommer, mulig helseskade forårsaket av kjemiske hendelser eller legemiddelbruk, uforklarlig opphopning av ikke-smittsomme sykdommer, hasteoppdrag for politi og domstoler og hendelser som kan forårsake psykisk eller fysisk helseskade.

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i beredskapen mot smittsomme sykdommer nasjonalt, og er aktive i internasjonal beredskap mot smittsomme sykdommer. Arbeidet for å styrke influensaovervåkingen og vaksineoppfølgingen fortsetter i 2015.

Folkehelseloven (2012) ga instituttet i oppdrag å bygge opp beredskap i forbindelse med miljøhendelser som kan gi skader på mennesker. En slik beredskapsrolle er etablert og skal utvikles videre. Instituttet vil få på plass struktur og regelverk for kjemiske, radiologisk og nukleære hendelser etter mønster av det som foreligger for smittsomme sykdommer.

Rettsmedisinsk beredskap er etablert i forbindelse med hasteoppdrag for politi og domstoler, og spesielt ved større hendelser som terroraksjoner eller naturkatastrofer.

#### Råd

Folkehelseinstituttet skal gi tydelige kunnskapsbaserte råd til rett tid om rettsmedisinske fag, folkehelse og forhold som kan påvirke helsetilstanden i befolkningen. Instituttet har som oppgave å gi råd om risikofaktorer og sykdom, og om effekt

av tiltak som kan virke helsefremmende eller forebyggende (folkehelseiltak). Et bærekraftig folkehelsearbeid må bygge på et vitenskapelig fundament. Der det er relevant skal rådene bygge på systematiske kunnskapsoppsummeringer.

Folkehelseinstituttet startet i 2014 arbeidet med å styrke kompetansen og kapasiteten til å utføre kunnskapsoppsummeringer og risikoanalyser på folkehelseområdet, og vil videreføre dette arbeidet i 2015.

#### Tjenester

En vesentlig del av Folkehelseinstituttet virksomhet er tjenesteyting. Instituttet leverer en rekke tjenester, bl.a. vaksineinnkjøp og vaksinedistribusjon, publikumstjenesten Mine vaksiner på nett, rettsmedisinske oppdrag, rapporter og analysesvar på kjemiske eller biologiske prøver, utlevering av data fra sentrale helseregistre og helseundersøkelser, biobanktjenester og datainnsamling.

Tjenestene har betydning for helse og rettssikkerhet, og skal alltid ha høy kvalitet. For å oppnå dette utfører instituttet et kontinuerlig kvalitetsarbeid som dokumenteres bl.a. gjennom sertifiseringer/akkrediteringer og validering av metoder og ringtester. Instituttet skal i 2015 også jobbe med å profesjonalisere tjenesteytingen ved instituttet ytterligere gjennom mer effektiv bruk av laboratorier og bruk av kompetanse på tvers.

#### Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte:

- 22,955 mill. kroner fra kap. 720, post 01, knyttet til virksomhetsoverdragelse av Giftinformasjon fra Helsedirektoratet
- 0,7 mill. kroner til sammen fra kap. 718, post 21 og 764, post 21 til drapsregister
- 2 mill. kroner til arbeidet med oversikt og analyse av skadebildet i Norge fra kap. 719, post 21

Bevilgningen foreslås videre økt med 10 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3710, post 02. Den foreslåtte økningen er begrunnet i mer aktivitet og dermed større inntekter over tid, jf. også regnskapsførte inntekter i statsregnskapet.

Giftinformasjonen driver døgnåpen rådgivningen til befolkningen og helsetjenesten om forgiftninger/forgiftningsrisiko. I tillegg har Giftinformasjonen forebyggende virksomhet, og driver noe forskning og utredning vedrørende forgiftninger. For å styrke rollen de allerede har på

miljø-/kjemikaliefeltet og for å sikre faglig utvikling og rammevilkår, foreslås det å virksomhetsoverføre Giftinformasjon fra Helsedirektoratet til Nasjonalt folkehelseinstitutt med virkning fra 1. januar 2015.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter, bl.a. kjøp av vaksiner, Den norske mor og barn-undersøkelsen, helseregistre, Giftinformasjonen, ADHD-prosjektene og forsøksdyr.

Bevilgningen foreslås økt med:

- 14,049 mill. kroner til leveringsavtale som skal sikre leveranser av vaksine mot pandemisk

influensa. Ny avtale ble inngått med Novartis og GSK i juni 2014. Avtalen gjelder for fire år, med årlig forskuddsbetaling.

- 20 mill. kroner til vaksine mot rotavirusinfeksjon, jf. Prop. 1 S (2013–2014) og Innst. 11 S (2013–2014).
- 10 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3710, post 02. Den foreslåtte økningen er begrunnet i mer aktivitet og dermed større inntekter over tid, jf. også regnskapsførte inntekter i statsregnskapet.

### Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider.

## Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
02	Diverse inntekter	315 331	198 751	224 283
03	Vaksinesalg	109 177	99 300	98 803
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	735		
16	Refusjon av foreldrepenger	7 645		
17	Refusjon lærlinger	115		
18	Refusjon av sykepenger	10 012		
	Sum kap. 3710	443 015	298 051	323 086

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

### Post 02 Diverse inntekter

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

foreslås økt med 20 mill. kroner, jf. omtale under kap. 710, postene 01 og 21.

### Post 03 Vaksinesalg

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

**Kap. 711 Ernæring og mattrygghet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	21 427		
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	10 922	21 488	20 135
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	1 074	1 112	2 149
74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	18 984	25 856	36 729
	Sum kap. 0711	52 407	48 456	59 013

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og uttak av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 0,95 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.
- 9,7 mill. kroner til styrking av abonnementsordningen for skolefrukt i hele grunnskolen (konsekvensjustering), jf. Prop. 1 S (2013–2014) og Innst. 11 S (2013–2014).

Bevilgningen omfatter innsats for bedre kosthold i befolkningen, tilskudd til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen, til samarbeidsprosjektet Fiskesprell og til abonnementsordningen Skolefrukt. Bevilgningen omfatter også spesielle driftsutgifter til arbeid med antimikrobiell resistens, mattrygghet og drikkevann, herunder kontingenten til protokollen om vann og helse i regi av Verdens helseorganisasjons europakontor og FNs økonomiske kommisjon for Europa, samt oppfølging av norske vannmål. I tillegg omfatter kap. 719 også midler til ernæringsarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementets ansvar for områder regulert av matloven og kosmetikkloven er omtalt under programkategori 15.10, Matpolitikk og kap. 1115, Mattilsynet i Prop. 1 S (2014–2015) for Landbruks- og matdepartementet.

**Post 01 Driftsutgifter**

Bevilgningen er flyttet. Det vises til kap. 713, post 01.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner til kap. 711, post 70, øremerket til tilskudd til fylkene til samarbeidsprosjektet Fiskesprell.

Formålet med bevilgningen er å bedre kostholdet i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger, samt arbeid med mattrygghet, antimikrobiell resistens og drikkevann. Kostholdsarbeidet bygger på Verdens helseorganisasjons evaluering av handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Arbeidet ses i sammenheng med Verdens helseorganisasjons globale innsats for å forebygge og kontrollere ikke-smittsomme sykdommer, jf. WHO's handlingsplan på området for perioden 2013–2020.

Bevilgningen skal dekke utredninger og utarbeidelse av anbefalinger, evalueringer, internasjonalt samarbeid og overvåking av kostholdet samt informasjons- og holdningsskapende arbeid på ernæringsområdet. Bevilgningen skal videre dekke Mattilsynets og Helsedirektoratets videreutvikling av kostberegningsprogrammet Kostplanleggeren og gjennomføring av den landsomfattende kostholdsundersøkelsen blant barn og unge Ungkost.

Bevilgningen skal videre dekke arbeid for å bistå vannverk med å etterleve drikkevannsforskriftens krav, og understøtte de nasjonale målene på drikkevanns- og sanitærområdet som er fastsatt under Verdens helseorganisasjon/UNECEs protokoll om vann og helse i 2014. Gjennomføringsplan for mål på drikkevannsområdet legges fram høsten 2014. Planen forelegges berørte departementer i forkant.

Usunt kosthold øker risikoen for de fleste ikke-smittsomme sykdommene. Forekomsten av disse kan reduseres betydelig med et sunt kost-

hold. For å fremme et sunt kosthold er det nødvendig å samarbeide med bl.a. matvarebransjen. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor etablert en næringslivsgruppe med toppledere i matvarebransjen med formål bl.a. å gjøre de mest brukte matvarene sunnere.

Saltinntaket i befolkningen er dobbelt så høyt som anbefalt. Arbeid med saltreduksjon vil bli prioritert. Helsedirektoratets tiltaksplan for reduksjon av salt vil følges opp bl.a. gjennom invitasjon til ulike aktører om forpliktende partnerskap og kommunikasjonstiltak. Videre skal det i arbeidet med å følge utviklingen i norsk kosthold legges særlig vekt på å samle informasjon om saltinnhold i ulike matvarer, og saltinntaket i befolkningen. Tydelig merking av næringsinnholdet er et virkemiddel for å gjøre det enkelt å velge sunt. Mulighet for enkel og forbedret merking av næringsinnhold i matvarer, som kan komme i tillegg til den obligatoriske merkingen og det frivillige symbolmerket nøkkelhullet, vil bli diskutert.

Helsedirektoratet vil videreføre arbeidet med å stimulere til sunnere tilbud i kiosker og kantiner i offentlige instanser, herunder vurdere muligheten for å bruke ernæringskriterier i anbudsrunder.

Bransjens selvregulering av markedsføring av mat og drikke rettet mot barn og unge videreføres. I løpet av 2015 skal det foreligge en plan for evaluering av selvreguleringssystemet.

### Post 70 Tilskudd

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner flyttes fra kap. 711, post 21, øremerket til tilskudd til fylkene til samarbeidsprosjektet Fiskesprell.

## Kap. 712 Bioteknologirådet

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	8 085	8 847	8 788
	Sum kap. 0712	8 085	8 847	8 788

Bioteknologirådet er et frittstående, rådgivende organ oppnevnt av regjeringen, hjemlet i genteknologiloven og bioteknologiloven. Bioteknologirådet er høringsinstans for norske myndigheter i forbindelse med saker som vedrører moderne bioteknologi. Rådet skal bidra med informasjon til publikum og forvaltningen, og fremme debatt om

Formålet med bevilgningen er å gi tilskudd til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen og til samarbeidsprosjektet Fiskesprell. Ammehjelpen arbeider for å fremme amming og hjelpe mødre som trenger mer kunnskap om amming. Det skal gis tilskudd til samarbeidsprosjektet Fiskesprell. Fiskesprell er et samarbeidsprosjekt mellom Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet for å øke kunnskapen om sammenhengen mellom fisk og helse, øke praktiske ferdigheter i matlaging blant barn og øke fiskekonsumet hos barn.

### Post 74 Skolefrukt

Formålet med abonnementsordningen Skolefrukt er å stimulere til økt inntak av frukt og grønnsaker hos elever i hele grunnskolen (1–10. trinn). Skolefrukt er også et verktøy for å oppfylle myndighetenes retningslinjer for skolemåltidet. Ordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker på oppdrag fra Helsedirektoratet. Ordningen gjennomgås for å se på alternative måter å øke inntaket av frukt og grønt i hele grunnskolen, og hvordan midlene kan brukes til å understøtte lokale initiativ. Det fins allerede mange gode måltidsløsninger i skolen som bl.a. inkluderer frukt og grønt.

Bevilgningen foreslås økt med 9,7 mill. kroner (konsekvensjustering), jf. Prop. 1 S (2013–2014) og Innst. 11 S (2013–2014).

de etiske og samfunnsmessige konsekvensene av bruk av moderne bioteknologi.

Rådet endret navn fra Bioteknologinemnda til Bioteknologirådet 1. juni 2014. Det nåværende rådet ble oppnevnt av regjeringen i desember 2013 for fire år med 15 medlemmer og fem vara-medlemmer. I tillegg innkalles observatører fra

syv departementer til møtene. Bioteknologirådet arrangerer hvert år minst fire åpne debattmøter om aktuelle temaer innen moderne bioteknologi. Video fra de åpne møtene blir vanligvis lagt ut på nett i etterkant. Bioteknologirådet gir også ut temaark og tidsskriftet Genialt, som kommer ut fire ganger i året, og har et opplag på 7900 eksemplarer per utgave. Alle publikasjoner fra Bioteknologirådet er gratis. I 2014 har Bioteknologirådet fått i oppdrag å bistå med den forestående evalueringen av bioteknologiloven.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

## Kap. 713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2013	budsjett 2014	
01	Driftsutgifter		22 530	22 908
	Sum kap. 0713		22 530	22 908

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

Vitenskapskomiteen skal sikre uavhengige, vitenskapelige risikovurderinger for Mattilsynet, som grunnlag for å sikre trygg mat. Komiteen utfører også risikovurderinger på områdene dyrehelse, dyrevelferd, plantehelse og kosmetikk for Mattilsynet. Vitenskapskomiteen utfører også miljørisikovurderinger av genmodifiserte organismer på oppdrag fra Miljødirektoratet. Klima- og miljødepartementet vil nå legge flere miljørisikovurderinger til Vitenskapskomiteen for mattrygghet for en prøveperiode på 2 år.

Vitenskapskomiteen er norsk kontaktpunkt for den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (European Food Safety Authority, EFSA). Ny vitenskapskomité er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet for perioden 2014–2018.

### Post 01 Driftsutgifter

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

Klima- og miljødepartementet er ansvarlig for kostnader knyttet til arbeid innenfor deres ansvarsområde.

## Kap. 3713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2013	budsjett 2014	
02	Diverse inntekter		214	220
	Sum kap. 3713		214	220

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker betaling Vitenskapskomiteen mottar som nasjonalt kontaktpunkt for EFSA, jf. kap. 713.

**Kap. 715 Statens strålevern**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	78 682	77 715	77 635
21	Spesielle driftsutgifter	21 564	35 332	30 948
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>			4 000
	Sum kap. 0715	100 246	113 047	112 583

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 0,56 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen
- 3,7 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift

Statens strålevern er fag- og forvaltningsmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall. Strålevernet ivaretar befolkningens helse, bl.a. ved tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning og med de to forskningsreaktorene i Norge. Videre overvåker Statens strålevern naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv. Den nasjonale atomberedskapen ledes av Strålevernet. Strålevernet driver forsknings- og utviklingsvirksomhet og internasjonale prosjekter til støtte for forvaltningen.

I samsvar med internasjonale anbefalinger om økt fokus på forebygging av skadelige virkninger av stråling på menneskers helse, skal Statens strålevern i 2015 bidra til at strålevernsprisippene bygges inn i helsevesenets IKT-system og at relevante data lagret i disse systemene kan brukes som kvalitetsindikatorer. Strålevernet vil også jobbe for en fullstendig implementering av strålevern i nasjonalt system for metodevurdering.

I 2013 ble det gjennomført et prosjekt for å kartlegge innholdet av strålevern i grunnutdanningen hos helsepersonellgrupper. Undersøkelsen viser at det er behov for å styrke utdanningene, og Strålevernet skal i 2015 følge opp disse resultatene overfor aktørene. Videre skal Statens strålevern utrede behovet for en styrket kompe-

tanse i medisinsk fysikk i helsevesenet og med en nasjonal sertifiseringsordning av denne yrkesgruppen.

Regjeringens strategi for å redusere radoneksposeringen i Norge (2009–2014) er evaluert i 2014. Evalueringen viser at mye av arbeidet med å nå strategiens mål er gjort, men at det fortsatt gjenstår viktig arbeid på området. Den viser også at det er viktig med en koordinering av radonarbeidet, og at et tverrsektorielt samarbeid er positivt. Helse- og omsorgsdepartementet vil sammen med berørte departementer vurdere videre arbeid på området.

Ledelse og sekretariat for atomberedskapen er lagt til Statens strålevern. Ved kgl.res. av 23. august 2013 er det fastsatt mandat og sammensetning av Kriseutvalget for atomberedskap med rådgivere og mandat for fylkesmannen. Strålevernet skal i 2015 skape gode arenaer for samarbeid og samvirke i atomberedskapsorganisasjonen, særlig ved å følge opp trusselvurderingen på atomområdet. Dette bl.a. ved å sikre trygg mat og trygt drikkevann mht. radioaktiv forurensning i tråd med gjennomføringsplanen for strategien for forvaltning av radioaktivitet i fôr og næringsmidler som er utarbeidet av Statens strålevern og Mattilsynet. Videre skal Strålevernet følge opp arbeidet med å utvikle en CBRN-strategi ved at erfaringer fra atomberedskapsarbeidet inngår i strategiarbeidet, og at det sikres god koordinering og avstemming mot atomberedskapen.

Strålevernet er forurensningsmyndighet og miljødirektorat for Klima- og miljøverndepartementet. Strålevernet skal i 2015 videreføre og utvikle forvaltningen av regelverket for radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall, herunder forbedre kunnskapsgrunnlaget om helse- og miljøeffekter fra radioaktive stoffer og være orientert om utenlandsk tilførsel og kilder til radioaktiv forurensning av norske områder.

Strålevernet gir Utenriksdepartementet råd i internasjonalt strålevern- og atomsikkerhetsarbeid. Strålevernet er delegert forvaltning av samtlige tilskuddsmidler under atomhandlingsplanen (2013–2017) fra Utenriksdepartementet.

I 2013 ble Strålevernet en av samarbeidspartnerne i et senter for framragende forskning for radioaktivitet – mennesker og miljø (Cerad – Center for environmental radioactivity). For å styrke forskningen som er relevant for miljøforvaltningen i Cerad, vil Strålevernet fokusere sin forskningsaktivitet på effekter av stråledose på miljø, samvirkeeffekter med andre miljøgifter, effekt av avrenning fra alunskifer deponier og avfall fra gruver/petroleumsindustrien.

### Post 01 Driftsutgifter

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

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner til kap. 715, post 45, knyttet til oppgradering og fornyelse av basalt måleutstyr på atomberedskapsområdet.

### Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider.

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner fra kap. 715, post 21, jf. omtale der.

## Kap. 3715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
02	Diverse inntekter	21 174	28 280	29 068
04	Gebyrinntekter	4 334	4 486	4 611
05	Oppdragsinntekter	1 713	1 460	1 501
16	Refusjon av foreldrepenger	730		
18	Refusjon av sykepenges	905		
	Sum kap. 3715	28 856	34 226	35 180

### Post 02 Diverse inntekter

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

### Post 04 Gebyrinntekter

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

### Post 05 Oppdragsinntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra Innovasjon Norge mv.



## Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2013	budsjett 2014	2015
01	Driftsutgifter	41 548	47 075	47 229
	Sum kap. 0716	41 548	47 075	47 229

Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus) er det nasjonale kompetanseorganet på rusmiddelsituasjonen i Norge. Instituttet driver samfunnsvitenskapelig forskning som bidrar til økt kunnskap om rusmidler, doping, tobakk og avhengighet.

### Post 01 Driftsutgifter

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

Instituttet har gjennom mange tiår hatt ansvaret for overvåkingen av bruk av rusmidler i befolkningen. I 2012 startet instituttet en ny rekke av befolkningsundersøkelser for å kartlegge bruk av slike rusmidler, samt doping i befolkningen. Dette er en årlig undersøkelse som gjennomføres i samarbeid med Statistisk sentralbyrå.

Fra 2014 fikk instituttet også ansvaret for å overvåke bruk av tobakk i befolkningen. Dette vil skje i form av årlige undersøkelser som gjennomføres i samarbeid med Statistisk sentralbyrå.

I 2014 startet instituttet opp en pilotstudie for en nasjonal, longitudinell studie av ungdom. Det

planlegges å følge et utvalg på 10 000 ungdommer i alderen 13–18 år over mange år. Studien vil kartlegge bruk av rusmidler og andre avhengighetsatferder. Første ordinære datainnsamling vil foregå i 2015.

Instituttet innhenter data om omfang, kartlegger sosiale og helsemessige skadevirkninger av bruk av rusmidler, årsakene til problemene og hvordan de skal kunne løses eller reduseres gjennom offentlig og privat innsats. Instituttet skal gjøre forskningsbasert kunnskap tilgjengelig og anvendbar for offentlig forvaltning og publikum gjennom dokumentasjon og formidling.

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

## Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2013	budsjett 2014	2015
02	Diverse inntekter	2 245	1 847	1 899
16	Refusjon av foreldrepenger	361		
18	Refusjon av sykepenger	866		
	Sum kap. 3716	3 472	1 847	1 899

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker oppdragsinntekter mv.

## Kap. 718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 015
21	Spesielle driftsutgifter	94 820	86 875	79 957
63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	15 875	16 484	17 011
70	Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	105 305	113 605	115 354
	Sum kap. 0718	216 000	216 964	212 322

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 4,88 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til produktivitetskrav
- 1,95 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til flytting av oppgaver, jf. nærmere omtale under post 21
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til flytting av finansieringen av Ungdata, jf. nærmere omtale under post 70

Formålet med bevilgningen er å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader gjennom forebygging og tidlig intervensjon. Bevilgningen forvaltes i all hovedsak av Helsedirektoratet.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utredninger, evalueringer, forsøksvirksomhet, internasjonalt samarbeid, informasjon og holdningsskapende arbeid og driftsstøtte til Atferdssenteret, de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og midler til Frivillighet Norge for å arrangere Møteplass for folkehelse. Bevilgningen dekker videre fylkesmennesenes veiledning av kommunene i forvaltningen av alkoholloven.

Det foreslås å flytte:

- 0,35 mill. kroner til kap. 710, post 01, knyttet til drapsregister
- 1,6 mill. kroner til kap. 720, post 01, knyttet til lønnsutgifter

Bevilgningen foreslås videre redusert med 0,5 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon over kap.

3718, post 04. Den foreslåtte reduksjon er begrunnet i mindre aktivitet og dermed mindre inntekter.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål bistår lokalt politisk og administrativt nivå i oversiktsarbeid og utvikling og implementering av rusmiddelforebyggende virkemidler. Sentrene skal bidra til kunnskap om rusmiddelsituasjonen i kommunene og fremme kunnskapsbaserte tiltak og strategier. Kunnskapsstøtte til kommunenes forvaltning av alkoholloven og utvikling og implementering av kompetanse om tidlig intervensjon er to viktig elementer. Se nærmere omtale under kap. 765, post 74.

Ansvarlig alkoholhåndtering er en satsing for å styrke kommunenes forvaltning av alkoholloven. Målet er at kommunene i større grad skal ta ut potensialet i alkohollovgivningen som en del av arbeidet med å fremme folkehelsen og begrense rusmiddelrelaterte skader. Det er nødvendig at kommunene møter utfordringene knyttet til alkoholbruk på en helhetlig måte, fra utforming av planverk til innvilgelsespolitikk og kontroll. Satsingen har som mål å utvikle et best mulig samarbeid mellom kommune, politi og bransje, heve kompetansen om alkoholhåndtering i salgs- og skjenkebransjene, og øke kvaliteten på salgs- og skjenkekontrollene. Satsingen bidrar til å legge grunnlaget for en ansvarlig og forutsigbar alkoholhåndtering i kommunene.

Tidlig intervensjon handler om å følge opp en bekymring for et annet menneske. Det handler om å ha kompetanse til å oppdage og kjenne igjen tegn på begynnende problemutvikling og ferdigheter til gripe inn. Tidlig intervensjonsarbeid er relevant overfor alle aldersgrupper. Målet er å styrke kompetansen om og implementere tidlig intervensjon lokalt, regionalt og nasjonalt.

Frivillighet Norge og Helse- og omsorgsdepartementet har gått sammen om å etablere Møteplass for folkehelse som en fast arena for

samarbeid og erfaringsutveksling mellom frivillige organisasjoner og myndighetene. Idéutvikling og dialog mellom forvaltningen på sentralt og lokalt nivå, politikere og frivillige organisasjoner skal bidra til utvikling av frivillighets- og folkehelsepolitikken. Det foreslås satt av midler til Frivillighet Norge for å arrangere Møteplass for folkehelse.

Atferdssenteret (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS) utvikler tverrfaglig kunnskap og styrker kompetansen i arbeidet med å forebygge og behandle alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge. Resultater fra Atferdssenterets kunnskapsutvikling brukes i Helsedirektoratets arbeid med rusforebygging og tidlig intervensjon. Det foreslås 3,5 mill. kroner til driftsstøtte til Atferdssenteret.

### Post 63 Rusmiddeltiltak

Bevilgningen dekker tilskuddsordningen for lokale rusforebyggende koordinatorene. Målet er tverrfaglig rus- og kriminalitetsforebyggende samarbeid mellom aktuelle kommunale, regionale og statlige tjenester som politi, barnevern, barnehager, barne- og ungdomsskoler, videregående skoler, helsestasjon og skolehelsetjenesten, fritidsklubber, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker mv. Kriminalitetsforebyggende råd og Helsedirektoratet gjennomgår ordningen og deres vurdering vil foreligge høsten 2014.

Bevilgningen dekker videre deler av driftstilskuddet til Rustelefonen som drives av Oslo kommune ved Velferdsetaten. Det foreslås 0,7 mill. kroner til driftsstøtte til Rustelefonen.

Bevilgningen dekker videre deler av driftstilskuddet til rådgivningstjenesten Klara Klok som

drives av Nordland fylkeskommune. Det foreslås 1,7 mill. kroner til driftsstøtte til Klara klok.

### Post 70 Andre tilskudd

Det foreslås å flytte 2 mill. kroner til kap. 719, post 21, knyttet til Ungdata.

Bevilgningen dekker driftstilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner, prosjekttilskudd til utvikling av frivillige rusforebyggende prosjekter og aktivitetstilskudd til frivillige rusforebyggende tiltak.

Bevilgningen dekker videre tilskudd til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og deres arbeid med forebyggende strategier rettet mot kommunene. Tilskuddet skal bidra til bedre samordning og utnyttelse av lokale ressurser.

Bevilgningen dekker videre driftstilskudd til Dopingtelefonen som drives av Oslo universitetssykehus Aker. Det foreslås 1,4 mill. kroner til driftsstøtte til Dopingtelefonen.

Bevilgningen dekker videre driftstilskudd til Antidoping Norges arbeid mot doping som samfunnsproblem. Det foreslås 3,1 mill. kroner til driftsstøtte til Antidoping Norge.

Bevilgningen dekker videre driftstilskudd til Arbeidslivets kompetansesenter for rusmiddelspørsmål (Akan). Det foreslås 12,9 mill. kroner til driftsstøtte til Akan.

Bevilgningen dekker videre tilskuddsordning for rusmiddelforebygging i arbeidslivet.

Bevilgningen dekker videre tilskuddsordningen til utvikling og formidling av kunnskap om nasjonale folkehelseiltak, jf. også omtale under kap. 719, post 79.

## Kap. 3718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2015
		2013	budsjett 2014	
04	Gebyrinntekter	1 318	1 710	1 257
	Sum kap. 3718	1 318	1 710	1 257

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som forvaltes av Helsedirektoratet.

### Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen foreslås redusert med 0,5 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon over kap. 718, post 21. Den foreslåtte reduksjon er begrunnet i mindre aktivitet og dermed mindre inntekter.

Bevilgningen dekker bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Ordningen er selvfinansiert, og gebyrene utgjør om lag 1 mill. kroner. Bevilgningen dekker videre gebyr på stat-

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

## Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
85	Statens overskuddsandel	60 293	30 000	30 000
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	60 296	30 002	30 002

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

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

Gjennom sin enerett er Vinmonopolet et viktig tilgjengelighetsbegrensende alkoholpolitisk virkemiddel, og selskapet har et betydelig samfunnsansvar. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former og uten privatøkonomiske interesser. Det er omfattende dokumentasjon gjennom nasjonal og internasjonal forskning for at statlige detaljmonopoler er meget effektive når det gjelder å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer.

Selskapet er forpliktet til å gi leverandørene og produktene markedsadgang på like premiser. Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet i hele landet. Det ble åpnet 10 nye butikker i 2013. Ved utgangen av året hadde Vinmonopolet 288 utsalg i seks butikk-kategorier hvor utvalget varierer fra om lag 400 til om lag 2000 produkter. Bestilling kan også skje gjennom Vinmonopolets nettbutikk og kundesenter. Frakten er kostnadsfri for kunder som bor i kommuner uten vinmonopolbutikk. For å bedre tilgjengeligheten i distriktene utviklet Vinmonopolet en ny, liten butikkmodell i 2013. Denne butikk-kategorien er på snaut 50 kvadratmeter og vil ha et begrenset vareutvalg og åpningstider. Som en prøveordning ble det åpnet to kategori 1-butik-

ker i 2014. Prøveordningen vil bli evaluert i løpet av høsten 2014. Evalueringen vil danne grunnlag for om det skal etableres flere butikker i butikk-kategori 1.

Nemnda for prøving av Vinmonopolets beslutninger om innkjøp ble opprettet i 1997 som ledd i å sikre leverandørene markedstilgang på like vilkår. I 2013 avgjorde nemnda ni klager. Sju av avgjørelsene gikk i favør av Vinmonopolet. En av klagen ble avvist.

Vinmonopolet solgte totalt 80,6 mill. liter i 2013, en økning på 1 pst. fra 2012. Salget av svakvin økte med 1,1 pst. til 66,4 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker gikk ned med 3,1 pst. til 11,5 mill. liter. Salget av sterkvin gikk ned med 5 pst. til 636 000 liter, mens det ble solgt 1,8 mill. liter sterkøl, en økning på 25,5 pst. fra 2012. Salget av alkoholfrie drikker økte med 25,5 pst. til 280 000 liter.

Vinmonopolets omsetning var 12,3 mrd. kroner eksklusiv mva. i 2013, en omsetningsøkning på 335 mill. kroner fra 2012. Av dette var 6,6 mrd. kroner avgifter til staten. Driftsresultatet var 86,2 mill. kroner, som er 36,9 mill. kroner lavere enn i 2012. Resultatnedgangen skyldes i hovedsak økte lønns- og personalkostnader, og da hovedsakelig økning i pensjonskostnadene som har økt med 41,9 mill. kroner i forhold til 2012. Hovedårsaken til denne økningen er lavere avkastning på pensjonsmidlene. Resultatet før skatt er på 120,9 mill. kroner som er 46,7 mill. kroner lavere enn i 2012. Av dette er 36,2 mill. kroner beregnet til skattekostnad og 42,3 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 42,3 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2013 et resultat på 5,9 mill. kroner. Hele årsresultatet ble

tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Selskapet skal videreføre arbeidet med å kostnadseffektivisere virksomheten for å bedre lønnsomheten og soliditeten uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger.

### Post 85 Statens overskuddsandel

Statens andel av driftsoverskuddet i Vinmonopolet i 2014 er fastsatt til 50 pst. av resultatet før ekstraordinære poster i 2013. Andelen foreslås uendret i 2015. Forslaget bygger på en vurdering

av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknett, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet og ønsket kapitalstruktur. Foreslått beløp er beregnet ut fra budsjettert resultat for 2014.

### Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2014. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

## Kap. 719 Annet folkehelsearbeid

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	75 472	84 391	75 330
60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	15 043	6 672	22 552
70	Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	20 801	21 093	21 789
73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	34 575	35 385	
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	13 200	18 691	21 308
	Sum kap. 0719	159 091	166 232	140 979

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 20,9 mill. kroner flyttes til kap. 1420, post 78 knyttet til friluftslivsaktivitet
- 9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift
- 0,4 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ytterligere produktivitetskrav

For øvrige endringer vises til omtale under den enkelte post.

Formålet med bevilgningen er å styrke folkehelsearbeidet innenfor bl.a. områdene smittevern, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, kosthold og ernæring, sosiale helseforskjeller, astma og

allergi, ulykker og skader, radon og annet miljørettet helsevern. Kosthold og ernæring er også omtalt under kap. 711. Rusmiddelforebygging er omtalt under kap. 718.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utredninger, evalueringer, forsøksvirksomhet, informasjon og holdningsskape arbeid.

Det forelås å flytte:

- 3,3 mill. kroner knyttet til gjennomføring av undersøkelsen Ungdata, jf. tekst nedenunder
- 2 mill. kroner til kap. 710, post 01, knyttet til arbeidet med oversikt og analyse av skadebildet i Norge
- 1,6 mill. kroner til kap. 762, post 21 knyttet til smittevern

Det foreslås å øremerke 3,3 mill. kroner til Høgskolen i Oslo og Akershus for å sikre finansieringen av Ungdata. Ungdata er et kvalitetssikret og

standardisert system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Undersøkelsene har vært prosjektorganisert fram til 2014. Nå gjøres finansieringen mer permanent gjennom flytting av 0,8 mill. kroner fra Kunnskapsdepartementets og 0,5 mill. kroner Justis- og beredskapsdepartementets budsjettkapitler samt 2 mill. kroner fra kap. 718 Rusmiddelforebygging. En permanent finansiering av undersøkelsene ses i sammenheng med oppfølgingen av folkehelse-lovens § 5 om kommunenes oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. Gjennom kartlegging av den lokale oppvekstsituasjonen, er Ungdata godt egnet som grunnlag for kommunalt plan- og utviklingsarbeid knyttet til både rusmiddelforebyggende arbeid blant ungdom og mer generelle forebyggende virkemidler av betydning for den lokale oppvekstsituasjonen.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet som er lagt til Høgskolen i Bergen. Senteret skal være et nasjonalt ressurscenter og arbeide helhetlig og tverrfaglig med mål om å fremme betydningen av god helse hos barn og unge. Senteret skal synliggjøre og formidle betydningen av god ernæring og regelmessig fysisk aktivitet for barn og unges helse og læring, og derigjennom bidra til å styrke barnehagens og skolens rolle som helsefremmende og forebyggende arenaer for alle barn og unge, og bidra til å redusere sosial ulikhet. Senteret skal bidra til å sette søkelys på hvordan ernæring og fysisk aktivitet kan være naturlig integrert på tvers av fag og særlig være en ressurs for fagene mat og helse og kroppsøving.

### Post 60 Kommunetilskudd

Bevilgningen dekker støtte til lokalt folkehelsearbeid, bl.a. gjennom kommunebasert utviklingstiltak og lokal implementering av nasjonale prioriterte satsinger på folkehelseområdet. Det legges vekt på inkludering av minoritetsgrupper og på utjevning av sosiale helseforskjeller. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til folkehelseiltak i Groruddalssatsingen og Handlingsprogram Oslo Sør. Det foreslås også å videreføre øremerket tilskudd til sekretariat for nettverket Sunne kommuner.

Det foreslås å flytte 15,7 mill. kroner fra post 73, fysisk aktivitet i regi av frivillige organisasjoner, til utviklingsarbeid i kommuner med sikte på å styrke faktorer i miljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse. Utviklingsarbeidet knyttes

bl.a. opp mot oversiktsbestemmelsen i folkehelse-lovens, jf. § 5c. Gode steder og lokalsamfunn har positiv innvirkning på livskvalitet og helse, deltakelse og mestring. Aktivitetsvennlige bo- og nærmiljøer og god tilgjengelighet til naturområder er sentralt for å fremme fysisk aktivitet i et livsløpsperspektiv. Gode steder skal gi gode liv for alle, og de må ha kvaliteter som tar hensyn til ulike grupper i befolkningen ut fra alder, livsfaser, etnisk bakgrunn og fysisk funksjon har ulike behov. Flyttingen er ledd i regjeringens arbeid med å forenkle tilskuddsordninger og i samsvar med prioriteringer i regjeringsplattformen om tilrettelegging for gode helsevalg.

### Post 70 Smittevern mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige organisasjoner for oppfølging av Nasjonal hivstrategi og drift av tiltaket Aksept i regi av Kirkens bymisjon i Oslo. Formålet med tilskuddsordningen til frivillige organisasjoner er å redusere nysmitte med hiv i nøkkelpopulasjoner som er særlig utsatt for hiv og at alle som lever med hiv skal sikres god behandling og oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell orientering og/eller praksis, bosted, etnisk bakgrunn og økonomi. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslos tiltak Aksept. Aksept har lang erfaring med å arbeide med mennesker som lever med hiv i Norge og er et sentralt fag- og ressursmiljø for personer berørt av hiv.

### Post 73 Fysisk aktivitet

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige organisasjoner som arbeider med fysisk aktivitet.

Det foreslås å flytte 20,9 mill. kroner til kap. 1420, post 78 til friluftslivsaktivitet i regi av friluftsråd, lag og organisasjoner. Flyttingen er ledd i regjeringens arbeid med å forenkle tilskuddsordninger og søknadsprosesser. Regjeringen vil styrke friluftslivet og samarbeide med friluftsråd og frivillige organisasjoner for å bedre folkehelsen gjennom friluftsliv. Forslaget innebærer en tydelig friluftslivsprofil i samsvar med regjeringsplattformen. I lys av folks preferanser til fysisk aktivitet og mange gruppers behov for aktiviteter med lav terskel, er friluftsliv – og særlig nærfriluftslivet, egnet til å øke den samlede fysiske aktiviteten i befolkningen. Formålet med Klima- og miljødepartementets ordning er å fremme et friluftsliv for alle og bidra til å senke terskelen for å ta naturen og nærmiljøet i bruk til friluftsliv. Tiltak rettes

særlig mot grupper i befolkningen som av ulike årsaker er for lite fysisk aktive herunder også barn og ungdom som faller utenfor de ordinære aktivitetstilbudene.

Videre foreslås å flytte 15,7 mill. kroner til kap. 719, post 60, jf. omtale der.

### **Post 79 Andre tilskudd**

Bevilgningen dekker tilskudd til folkehelsearbeid bl.a. innenfor områdene smittevern, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, kosthold og ernæring, sosiale helseforskjeller, astma og allergi, ulykker og skader, radon og annet miljørettet helsevern m.v. Kosthold og ernæring, og alkohol er nærmere omtalt i hhv. kap. 711 og kap. 718.

Det foreslås å øremerke 3,75 mill. kroner til Norges astma- og allergiforbund bl.a. for å sikre at tjenesten Pollenvarsling opprettholdes.

Det foreslås å øremerke 1 mill. kroner i tilskudd til Skadebyggende forum til drift av aktivitet iht. samarbeidsavtale.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Hunt forskningssenter ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Det foreslås også å videreføre øremerket tilskudd til Rettsgenetisk senter ved Universitetet i Tromsø for å ivareta utdanning og forskning på det rettsgenetiske feltet.

Tilskuddene forvaltes av Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

## Programkategori 10.20 Helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
720	Helsedirektoratet	1 339 023	1 084 286	1 166 113	7,5
721	Statens helsetilsyn	101 742	127 255	131 567	3,4
722	Norsk pasientskadeerstatning	261 586	303 847	282 679	-7,0
723	Pasientskadenemnda	65 737	61 757	68 662	11,2
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	43 390	37 692	37 373	-0,8
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	211 423	182 294	172 158	-5,6
726	Statens helsepersonellnemnd mv.	8 434	8 234	13 225	60,6
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda	2 874	3 244		-100,0
729	Pasient- og brukerombud	63 666	59 691	61 001	2,2
	<b>Sum kategori 10.20</b>	<b>2 097 875</b>	<b>1 868 300</b>	<b>1 932 778</b>	<b>3,5</b>

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 978 780	1 703 921	1 765 944	3,6
70–89	Andre overføringer	119 095	164 379	166 834	1,5
	<b>Sum kategori 10.20</b>	<b>2 097 875</b>	<b>1 868 300</b>	<b>1 932 778</b>	<b>3,5</b>

Programkategorien omfatter virksomheter som retter seg mot spesialisthelsetjenester og helsetje-

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



## Kap. 720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	1 056 292	1 039 044	1 092 501
21	Spesielle driftsutgifter	215 093	20 402	28 612
22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	46 911		
70	Helsetjenester i annet EØS-land	20 727	24 840	45 000
	Sum kap. 0720	1 339 023	1 084 286	1 166 113

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene i bevilgningen knyttet til:

- 6 mill. kroner til dekning av Helfos kostnader ved å forvalte vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.
- 20 mill. kroner til forvaltning og IKT som følge av fritt behandlingsvalg.
- 5,4 mill. kroner til dekning av Helfos utgifter ved implementering av nytt pasientrettighetsdirektiv. Beløpet dekker bl.a. utgifter til saksbehandling, forhåndstilsagn og til oppgaven som nasjonalt kontaktpunkt.
- 1 mill. kroner knyttet til området medisinsk forbruksmateriell.
- 37,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.
- 5,3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.
- 6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ytterligere produktivitetskrav.

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

- Ha ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelse, samt å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. På dette grunnlag skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen.

- Sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder.
- Være et kompetanseorgan som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer, samt media ser det som naturlig å henvende seg til.
- Inneha spisskompetanse på helselovgivningen i Norge.

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

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

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

### Rapportering 2013 og status 2014

Omtalen av utviklingen på de forskjellige fag- og politikkområder hvor Helsedirektoratet har en rolle, er innarbeidet i teksten under de ulike bevilgninger og refusjonsordninger. Under kap.

720, post 01 begrenses omtalen til de viktigste tiltakene i direktoratet i 2013 og 2014:

- Arbeid med endringer i alkohollovgivningen og endringer i tobakkskadeloven samt kampanjer på områdene for å understøtte de strukturelle tiltakene.
- Omfattende gjennomgang av sosial ulikhet i helse som ferdigstilles i 2014.
- Forslag til organisering og gjennomføring av omsorgsplan 2020.
- Utvikling og publisering av nye kvalitetsindikatorer på helsenorge-portalen i samarbeid med helseforetakene, KS, kommunene, fag og forskningsmiljøer, yrkesorganisasjoner, brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner.
- Tiltak i samarbeid med kommunene for å forbedre omsorgstjenestene, ved å øke kapasiteten, bidra til kompetanseøkning, og iverksette prosjekter for å utvikle tjenestene iht. de prioriterte behovene.
- Som et ledd i kompetanseoppbygging gis støtte til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester som aktive pådrivere for kunnskap og kvalitet i tjenestene.
- Fremme forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgssektoren.
- Utvikle tjenester og informasjonskampanjer både for pasienter og pårørende innenfor demensomsorgen.
- Tiltak for å øke kunnskapen og statistikk om behov og tilbud av habiliterings- og rehabiliteringsområdet.
- Kartlegging av bruken av tolketjenester innenfor kommunal helse- og omsorgstjenester for å få bedre oversikt over behovet.
- Utvikling av ny strategi for å sikre den tverrettlige oppfølgingen av barn og unges psykiske helse og gi tilskudd til satsinger for barn og unge i skolealder.
- Kartlegging av behovet for et tverrfaglig behandlingstilbud for personer med tortur- og krigsskader.
- Oppfølging etter 22. juli-terroren i tråd med oppfølgingsplanen.
- Opplæringsprogram i kommunene for å følge opp gravide og småbarnsforeldre med vansker knyttet til rus, psykiske helseproblemer og vold i nære relasjoner.
- Helsedirektoratet overvåker utviklingen innenfor tannhelsetjenesten herunder kapasiteten og utviklingen i tannhelsen for barn. Et område med stor oppmerksomhet er sammenhengen mellom amalgamfyllinger og helseplager. Direktoratet har iverksatt et arbeid for å få bedre kunnskap om dette.
- Innenfor beredskap var Helsedirektoratet i 2013 involvert i 26 hendelser av ulik størrelse og alvorlighetsgrad, hvorav terroraksjonen i In Amenas var særlig krevende.
- Tiltak innenfor smittevern og utbredelsen av smittsomme sykdommer i Norge på flere ulike arenaer, herunder tiltak innenfor hivområdet. Hivstrategien er revidert og forlenget til 2015. Det er foretatt evalueringer av tilskuddordninger innenfor hivstrategien og strategier for seksuell helse og disse områdene følges opp i 2014.
- Implementering av det internasjonale helsereglementet (IHR) og oppfølgingen av arbeidet mot spredning av tuberkulose samt oppfølging av risikosituasjonen knyttet til andre smittsomme sykdommer.
- Gjennomføring av en rekke forvaltningsoppgaver på legemiddelområdet, og analyser knyttet til kritisk viktige legemidler i pandemiplan.
- Helsedirektoratet leder styringsgruppen for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som i 2014 videreføres som et femårig program. Fra og med 1. juli 2014 er sekretariatet for nasjonalt program for pasientsikkerhet lagt til Helsedirektoratet.
- I 2013 har direktoratet bl.a. gitt ut retningslinjer og veiledere innen psykose, antibiotika-bruk, CFS/ME og kreft. Det er nå ferdigstilt og publisert totalt 16 nasjonale handlingsprogrammer på ulike kreftformer. Ytterligere seks er under utvikling. En ny nasjonal kreftstrategi 2013–2017 er ferdigstilt.
- Helsedirektoratet leder Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet har jobbet med nordiske samarbeidspartnere og drøfter temaet i WHO.
- Helsedirektoratet har etablert et sekretariat som har fasilisert et nasjonalt system for innføring av nye metoder og legemidler. Det er lagt stor vekt på å forankre systemet i helsesektoren.
- E-reseptordningen bidrar til tryggere legemiddelbruk, og er nå implementert i hele landet.
- Utvikling av pilot på Kjernejournal i Trondheim- og Stavangerområdet. Pilot i Trondheimsområdet er avsluttet og løsningen er godt mottatt.
- 2013 har vært et oppstartsår for det nasjonale innføringsprosjektet for Nødnett, og nettet har blitt innført i spesialisthelsetjenesten i innlandet.
- Helsedirektoratet har levert forslag til nasjonal handlingsplan for e-helse 2014–2016. Å utvikle en journal per innbygger er et prioritert område

som direktoratet har startet. Kvalitetssikret nettinformasjon og gode elektroniske tjenester fra flere aktører i helsetjenesten utvikles på helsenorge-portalen (målgruppen befolkning) og direktoratets hjemmesider (målgruppe helsepersonell). Nettstedene har mellom 300 000–400 000 brukere i måneden og bruken av nett øker.

- Helsedirektoratet har gjort tilgjengelig både data og informasjonsartikler på helsenorge-portalen, som igjen har ført til utvikling av apper på området. Min helse ble lansert i 2013, med formål å øke brukervennligheten og få tilgang til kjernejournalen. For minoritetsbefolkningen er det utviklet en egen inngangsside til helsenorge-portalen.
- Et viktig nytt element i arbeidet med helsefinansiering er å få kunnskap om kostnad per pasient. Helsedirektoratet har tilrettelagt for å ta i bruk et slikt system og samarbeider med helseforetak som ønsker å gjøre dette.
- Arbeidet med kvalitetsbasert finansiering ble spesielt prioritert i 2013. En utvidelse av ordningen innsattsstyrt finansiering (ISF) ble gjennomført. Gjennom EØS-avtalen har norske borgere pasientrettigheter i EU og EU-borgere tilvarende rettigheter i Norge (pasientsikkerhetsdirektivet). Det er etablert et nasjonalt kontaktpunkt i Helfo for ordningen. Samarbeidet med EU om landoppgjør har vært vellykket.
- Helsedirektoratet ble i mai 2013 delegert myndighet til å behandle klager på avslag på søknader om tildeling av behandlingsreiser, behandlingshjelpemidler og avtalespesialisthjemler. Klager på tildeling av behandlingsreiser utgjør det største antallet klagesaker.

#### *Helserefusjonsområdet*

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo har om lag 550 årsverk og forvalter om lag 29 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. Følgende overordnede mål er knyttet til helseøkonomiforvaltningen:

- Finansieringsordninger som bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av riktig kvalitet
- Rett ytelse til rett tid
- Veiledning og servicetjenester med riktig kvalitet
- Effektiv ressursutnyttelse i forvaltning av helserefusjonsområdet

Helfo har i 2013 opprettholdt høy aktivitet på søknadsbehandling til brukere og utbetaling av refusjonskrav til samhandlere. Antall søknader om refusjon av utgifter til legemidler har i perioden 2010–2013 hatt en svak nedgang, men ser ut til å stabilisere seg på et nivå omkring 90 000 saker. Det er i tillegg mottatt og behandlet om lag 45 000 individuelle søknader om refusjon av utgifter til tannbehandling.

Målrettet innsats med økt elektronisk innsending og effektivisering av arbeidsprosesser har gitt gevinster. Gevinstrealiseringen har gått til kvalitetsforbedring av prioriterte områder og til dekning av drifts- og forvaltningskostnader for nye applikasjoner.

Saksinngang for refusjonsordning for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdlovens § 5-24 a, planlagt ikke-sykehusbehandling, har hatt en nedgang i 2013 i forhold til 2012. Saksinngangen var vel 8 000 saker i 2013, mens inngangen i 2012 var på 9 000 saker. Utbetalt beløp er imidlertid 28 pst. høyere i 2013.

Forordninger og forpliktelser overfor EØS innebærer fortsatt utfordringer innenfor utlandsområdet. Utlandsområdet er preget av et komplisert regelverk, begrenset systemstøtte og mangel på gode styringsdata.

Det er fortsatt en positiv utvikling i antall helseaktører som sender elektronisk oppgjør over linje, men potensialet for ytterligere økning er fortsatt stort.

Antall henvendelser til Helfo Servicesenter er nær fordoblet de siste årene – fra om lag 320 000 henvendelser i 2009 til nær 600 000 i 2012. Antall telefonhenvendelser i 2013 var om lag 557 000. Ventetid på telefon er redusert i løpet av 2012 og 2013, men ventetiden er fortsatt lengre enn målkravet. Brukerundersøkelser viser at 93,9 pst. av kundene er fornøyde med servicenivået til Helfo Servicesenter.

Telefontjenesten 800 Helse ble lansert i mai 2013 som brukerstøtte til helsenorge-portalen. Helsetjenestens veiledningssenter er lagt inn i den nye telefontjenesten. Informasjonsinnhold for de områder som Helfo forvalter er videreutviklet og tilpasset helsenorge-portalen.

Det gjennomføres årlig risikoanalyser og utarbeides tilhørende kontrollstrategier og nasjonale og regionale kontrollplaner for helserefusjonsområdet. Økt elektronisk innsending av refusjonskrav fra behandlere og tjenesteytere styrker mulighetene for automatiske kontroller.

For øvrig har 2013 for Helfo vært preget av utviklingsoppgaver som forberedelser og innføring av ny saksbehandlings- og arkivløsning,

utredninger knyttet til pasientrettighetsdirektivet samt utredninger og forberedelser til iverksettelse av ny organisasjonsløsning fra 1. januar 2014. En funksjonsdelt linjeorganisering erstatter tidligere modell med geografisk inndeling av ansvar og oppgaver. Ny organisasjonsmodell vil over tid legge til rette for økt spesialisering, effektivisering og fleksibilitet i forhold til nye oppgaver, samt bedre utnyttelse av nye arbeidsverktøy.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Det foreslås følgende flyttinger:

- 1 mill. kroner fra kap. 781, post 21 til Helsedirektoratets arbeid knyttet til fødselsomsorgen. Det vises til nærmere omtale under kap. 781, post 21.
- 2,2 mill. kroner fra kap. 781, post 21 knyttet til utredningsoppgaver for spesialisthelsetjenesten. Beløpet dekker videreføring av funksjoner som tidligere ble utført av Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten.
- 13 mill. kroner fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett kap. 605, post 01 til utvikling av nytt saksbehandlervertøy. Flyttingen er iht. avtale mellom Helsedirektoratet og Nav.
- 5 mill. kroner fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett kap. 605, post 01 som følge av at Helsedirektoratet har overtatt sekretariatsfunksjonen for Statens seniorråd i 2014, jf. omtale under programkategori 10.10 Folkehelse.
- 15 mill. kroner fra kap. 701 post 21 til drift av helsenorge-portalen. Beløpet medgår til dekning av Helsedirektoratets forvaltning og drift av portalen. Beløpet omfatter utgifter til applikasjonsforvaltning, lisenser, vedlikehold av plattform, service og redaksjonelt vedlikehold av informasjon.
- 1,6 mill. kroner fra kap. 718, post 21 til dekning av faste lønnsutgifter til arbeidet med rusmideldforebygging.
- 10,5 mill. kroner fra kap. 725, post 01. Beløpet dekker utgifter til drift av sekretariatet for programmet for pasientsikkerhet. Sekretariatsfunksjonen ble i 2014 flyttet fra Kunnskapssenteret til Helsedirektoratet.
- 2 mill. kroner fra kap. 751 post 21 for å styrke arbeidet med medisinsk utstyr som følge av EUs revisjon av regelverket. Ny regelverk stiller økte krav til tilsyn med aktører involvert i sertifisering, omsetning, produksjon, import

og produkttesting. Da dette er en fast oppgave flyttes midlene til ordinær driftspost.

- 1 mill. kroner fra kap. 2751 post 72 til Helfos arbeid med effektivisering og mulige innsparinger på området medisinsk forbruksmaterieell.
- 22,955 mill. kroner til kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt i forbindelse med virksomhetsoverføring av Giftinformasjonsentralen. Det vises til omtale under kap. 710 post 01.

Bevilgningen foreslås økt med 6 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3720, post 02. Den foreslåtte økningen er begrunnet i mer aktivitet og dermed større inntekter over tid, jf. også regnskapsførte inntekter i statsregnskapet.

### *Forvaltning og IKT som følge av fritt behandlingsvalg*

Det vil være behov for midler til forvaltning og drift av ordningen med fritt behandlingsvalg. Det er i tillegg behov for midler til utvikling av nødvendig IKT-støtte. Manglende utvikling av nødvendig IKT-løsninger vil medføre oppbygging av manuelle rutiner. Det legges opp til at Helsedirektoratet skal forvalte fritt behandlingsvalg og at ordningen skal inngå som et element i en utvidelse av eksisterende systemer, bl.a. oppgjørordningen i Helfo og fritt sykehusvalg. Ordningen skal gjøres tilgjengelig på nett via helsenorge-portalen. Det foreslås 20 mill. kroner til forvaltning og IKT som følge av ordningen med fritt behandlingsvalg.

### *Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven*

Det foreslås til sammen 13,5 mill. kroner til videreføring og styrking av tilleggsbevilgninger i forbindelse med Prop. 1 S (2013–2014) til å gjennomføre vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Forslaget på 13,5 mill. kroner skal i hovedsak gå til forvaltning i Helfo, nødvendige IKT-investeringer og revisjon av prioriteringsveiledere. Av beløpet på 13,5 mill. kroner foreslås 6 mill. kroner bevilget over Helsedirektoratets budsjett, kap 720, post 01. Det resterende beløp på 7,5 mill. kroner er fordelt med 4,2 mill. kroner over kap. 701, post 21 og 3,3 mill. kroner over kap. 781, post 21.

Konsekvensene for Helfo av vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven vil være at de skal motta sykehusenes automatiske henvendelser om fristbrudd, samt bistå pasienter. Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven krever utvikling av nødvendig IKT-støtte. Det foreslås 4,2 mill. kroner til dette formålet i

2015. Det vises til omtale under kap. 701, post 21. Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven krever revisjon av prioriteringsveilederne. Det ble i 2014, jf. Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013–2014), bevilget 5 mill. kroner til arbeidet med å revidere de 33 prioriteringsveilederne. Det skal i tillegg utarbeides en henvisningsveileder. Tilskuddet foreslås videreført i 2015 med 3,3 mill. kroner. Arbeidet med å revidere prioriteringsveilederne vil ferdigstilles i 2015. Det vises til omtale under kap. 781, post 21. Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven trer i kraft ila. andre halvår 2015.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås økt med 9 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3720, post 02. Den foreslåtte økningen er begrunnet i mer aktivitet og dermed større inntekter over tid for Helsedirektoratet, jf. også regnskapsførte inntekter i statsregnskapet.

Det ble i 2011 etablert et fireårig gjennomføringsprosjekt for samhandlingsreformen. Det foreslås 19,6 mill. kroner til gjennomføringsarbeidet knyttet til samhandlingsreformen i 2015.

Midlene til samhandlingsreformen skal dekke Helsedirektoratet sitt arbeid med å følge opp reformen, herunder drift av nasjonal tvisteløsningsnemnd. Videre skal midlene dekke drift av det nasjonale nettverket for gjennomføring av reformen, samt KS sitt arbeid knyttet til gjennomføringsprosesser lokalt og sentralt. Det er inngått en intensjonsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om gjennomføring av reformen.

I 2013 ble det bevilget til sammen 5,5 mill. kroner til Nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med kroniske lidelser og eldre, hvorav 1,5 mill. kroner over denne posten. Resterende bevilgning på 4 mill. kroner ble tildelt over kap. 761, post 67. Det tildeles ikke midler til tiltaket i 2015. Det vises

også til omtale av pasientforløp i kommunene for personer med psykisk helse- eller rusproblemer før og etter opphold på institusjon over kap. 765, post 21.

For videre omtale av samhandlingsreformen vises til omtale innledningsvis under programkategorien 10.60 og kap. 732.

### Post 22 Elektroniske resepter

Bevilgningen er flyttet. Det vises til kap. 701, post 21.

### Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land ble innført 1. januar 2011. Pasienten må selv betale alle utgifter til behandlingen, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfo skal refundere midler til pasienter innenfor bl.a. allmennlegetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen jf. tannhelsetjenesteloven, ikke-sykehusbehandling i spesialisthelsetjenesten og fysioterapi over posten. Det ble utbetalt refusjoner for 20,7 mill. kroner på posten i 2013. Helfo sender krav om dekning av utgiftene til hhv. kommunene, fylkeskommunene og regionale helseforetak. De fleste sakene og utbetalingene gjelder fysioterapibehandling i utlandet som belastes kommunene. I tillegg ble det utbetalt 7 mill. kroner over kap. 2756, post 70 under folketrygden for utgiftene til behandling i utlandet hos bl.a. kiropraktor, tannbehandling og blåreseptordningen.

Det vises til Stortingets behandling av Prop. 118 L (2012–2013) om bl.a. nødvendige lovendringer for å gjennomføre EUs pasientrettighetsdirektiv. Som ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet vil dagens forskrift utvides til å omfatte sykehusbehandling. Fra 2015 inkluderer posten utgifter til sykehusbehandling. Det foreslås bevilget 45 mill. kroner i 2015. Det er usikkerhet knyttet til omfanget av utvidelsen av forskriften.

**Kap. 3720 Helsedirektoratet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
02	Diverse inntekter	24 138	2 736	17 812
03	Helsetjenester i annet EØS-land	20 748	24 840	45 000
04	Gebyrinntekter	6 553	3 241	3 331
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.		50 000	65 000
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	201		
16	Refusjon av foreldrepenger	2 892		
17	Refusjon lærlinger	12		
18	Refusjon av sykepenger	39 138		
	Sum kap. 3720	93 682	80 817	131 143

**Post 02 Diverse inntekter**

Inntektene er knyttet til salg av trykksaker, publikasjoner og gjennomføring av prosjekter og tiltak finansiert av andre offentlige organer. Bevilgningen foreslås økt med 15 mill. kroner, jf. omtale under kap. 720, post 01 og kap. 720, post 21.

**Post 03 Helsetjenester i annet EØS-land**

Helfo skal sende krav om dekning av utgiftene for refusjoner belastet kap. 720, post 70, til kommunene, fylkeskommunene og regionale helseforetak. Dette inntektsføres på kap. 3720, post 03. Det foreslås å bevilge 45 mill. kroner i 2015.

**Post 04 Gebyrinntekter**

Helsedirektoratet har ansvar for å godkjenne enkeltsøknader om spesialistgodkjenning, jf. Kap. 783, post 79. Ordningen er gebyrbelagt og omfatter spesialistgodkjenning av leger, optikere og tannleger. Det fastsettes også gebyrer for resertifisering av allmennleger.

**Post 05 Helsehjelp i Norge**

Bevilgningen omfatter refusjon fra utlandet for pasienter som har fått medisinsk behandling i Norge etter EØS-avtalen.

**Kap. 721 Statens helsetilsyn**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	89 352	127 255	131 567
21	Spesielle driftsutgifter	12 390		
	Sum kap. 0721	101 742	127 255	131 567

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er

de viktigste endringene i bevilgningen knyttet til:

- 2,7 mill. kroner i økt bevilgning mot tilsvarende økning over kap. 3721, post 02 og 04. Den foreslåtte økningen er knyttet til at det innføres

budsjettering av inntekter på kap. 3721, post 02 og 04.

- 2,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.
- 0,6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

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

Statens helsetilsyn fører selv tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker etter lov om medisinsk og helsefaglig forskning, samt tilsyn med blodbanker og virksomheter som håndterer humane celler og vev. Basert på avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet fører også Statens helsetilsyn tilsyn med Forsvarets helsetjenester til norsk militært personell under operasjoner i utlandet på nærmere definerte områder.

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

Tilsynsmyndighetens klagebehandling, tilsyn og rådgivning skal medvirke til at:

- befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester i Nav og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenester er forsvarlige og til barnas beste
- svikt i tjenestene forebygges

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

Prioritering av områder for planlagt tilsyn bygger på vurderinger av fare for svikt i tjenestene og de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk. I risikovurderingene inngår kunnskap fra klagesaker, tilsynssaker (enkeltsa-

ker), tidligere gjennomførte tilsyn, områdeovervåkning og andre kilder. Tilsynsressursene styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet der sannsynlighet for svikt er stor, der konsekvensene av svikt er alvorlige, eller der de som trenger tjenester ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

Virksomheter som har fått påpekt brudd på lov- og forskriftskrav fra tilsynsmyndigheten skal sørge for at forholdene bringes i orden. Tilsynsmyndigheten følger med på at dette skjer.

### Resultat 2013

Presentasjon av enkelte av tilsynserfaringene er plassert i tilknytning til omtalen av de berørte tjenesteområdene. For øvrige tilsynserfaringer og bredere omtale av Helsetilsynets måloppnåelse vises det til Statens helsetilsyns hjemmeside, bl.a. tilsynsmelding, årsrapport og andre publikasjoner.

Fylkesmennenes aktivitet innen Statens helsetilsyns områder inkluderte i 2013:

- tilsyn med 189 barneverninstitusjoner og 1487 samtaler med barna i disse institusjonene
- landsomfattende tilsyn i 52 kommuner om barnevernstjenestens oppfølging av barn i fosterhjem
- 88 systemrevisjoner etter lov om sosiale tjenester i Nav, hvorav 56 var del av det landsomfattende tilsynet med tildeling og gjennomføring av kvalifiseringsprogrammet
- 232 systemrevisjoner og tilsvarende etter helse- og omsorgstjenesteloven, hvorav 78 tilsyn var ledd i det landsomfattende tilsynet med helsestasjonstjenester til barn i alderen 0–6 år
- 75 tilsyn med spesialisthelsetjenesten, hvorav 20 systemrevisjoner var del i det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern til barn og unge
- 461 klagesaker rettet mot barneverninstitusjoner
- 3435 klagesaker etter lov om sosiale tjenester (flest om stønad til mat, boutgifter, klær og andre livsoppholdsutgifter)
- godkjenning av 1259 vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og innvilging av 973 søknader om dispensasjon fra utdanningskrav
- 2983 klagesaker etter helse- og omsorgslovgivningen

Fylkesmannen oppretter tilsynssaker på grunnlag av klager fra pasienter, brukere og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenes-

tene. Det var 2905 nye tilsynssaker rettet mot helse- og omsorgstjenesten i 2013, omtrent fem pst. mer enn de foregående tre årene. Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene. I 2013 ble det behandlet 363 saker, hvorav 60 var rettet mot virksomheter. Statens helsetilsyn tilbakekalte 98 autorisasjoner. 23 helsepersonell fikk ny autorisasjon uten begrensninger og 12 fikk begrenset autorisasjon. Fylkesmannen opprettet 815 nye tilsynssaker rettet mot barneverntjenesten, herunder institusjoner, og 85 nye tilsynssaker mot kommunens virksomhet i Nav.

Statens helsetilsyn mottok 399 varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Undersøkelsesenheten gjennomførte 13 stedlige tilsyn. 176 varsler ble overført til fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging. I 36 av varslene ba Statens helsetilsyn om redegjørelse der virksomhetene selv kartlegger og analyserer hendelsen (for å identifisere områder hvor det er nødvendig med korrigerende tiltak).

Avtalen om at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med helsehjelp til norsk militærpersonell som deltar i utenlandsoperasjoner ble forlenget til utgangen av 2014. Helsetilsynet fulgte i 2013 opp Forsvarets arbeid med å rette opp påviste lovbrudd fra tilsynet som ble gjennomført i 2012, og deltok i evalueringen av det avtalebaserte tilsynet med helsetjenester til militærpersonell i utenlandsoperasjoner.

Statens helsetilsyn fikk høsten 2013 i oppdrag å gjennomføre tilsyn med samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet i Justis- og beredskapsdepartementet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Politidirektoratet og utvalgte politidistrikt. Oppdraget ble gjennomført i samarbeid med personell fra Helsedirektoratet og DSB.

#### *Satsingsområder og mål for 2015*

Statens helsetilsyn beslutter overordnede tilsynsystema for alle fagområder gjennom en prioriteringsprosess, der begrunnede og risikovurderte innspill fra departementer, direktorater, ombud og fylkesmannsembeter og egne fagavdelinger veier tungt i beslutningen. Mange tema er grundig belyst også gjennom forskning og offentlige rapporter. Tema for landsomfattende tilsyn 2015 er besluttet gjennom slik prosess høsten 2013. Helsetilsynet møter også fagfelt og brukerorganisasjoner under beslutningsprosessen for ytterligere å sikre tilsynsystema og planlagt metodikk.

Fylkesmennene skal gjennomføre landsomfattende tilsyn i 2015 med:

- hvordan tjenester til ungdom over 17 år styres av kommunen i Nav, herunder samhandling med barnevern og helse- og omsorgstjenesten
- barneverntjenestens arbeid med meldinger og tilbakemelding til melder
- samhandling om utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune

Statens helsetilsyn skal i 2015

- arbeide med hvordan tilsynsmyndighetene hensiktsmessig og konkret kan styrke bruker- og pårørendeinvolvering i de ulike tilsynsaktivitetene
- ta i mot, undersøke og håndtere alle varsler om alvorlige hendelser og gjennomføre stedlige tilsyn (utrykning) når det er nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst
- videreutvikle tilsynsmetodikken for å følge opp alvorlige hendelser, og utarbeide tydeligere kriterier for varsling
- gjennomføre årsaksanalyser med tanke på andre forhold som har betydning for pasient- og brukersikkerheten
- utarbeide årlig rapport fra Undersøkelsesenheten som utformes særlig med tanke på læring ute i tjenestene
- planlegge, gjennomføre og utvikle tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon
- følge opp forskriftens krav om å overvåke utvekslingen av organer mellom Norge og de øvrige EU- og EØS-landene
- videreføre det avtalebaserte tilsynet med helsetjenester til militærpersonell i utenlandsoperasjoner

#### *Resultatmål og saksbehandlingstid i 2015*

Krav til saksbehandlingstid eller volum går fram av lover og forskrifter. I tillegg settes følgende krav:

Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn skal være seks måneder eller mindre ved maksimalt 300 nye saker, og hos Fylkesmannen, fem måneder eller mindre ved maksimalt 2500 nye saker.

For varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a skal Statens helsetilsyn håndtere 90 pst. av varslene innen sju virkedager. Ved stedlige tilsyn skal foreløpig rapport sendes til virksomhetene



innen åtte uker og endelig rapport innen seks måneder.

Tilsynssaker etter barnevernloven og lov om sosiale tjenester i Nav skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet. Henvendelser som omfatter fare for liv, helse og overgrep skal alltid følges opp.

Av klagesakene som Fylkesmannen avslutter om helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester i Nav eller barnevern, skal minst 90 pst. ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre. Saker som gjelder dekning av nødvendige reiseutgifter til behandlingssted skal ha median behandlingstid på tre måneder eller mindre.

Fylkesmennene skal overprøve vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og behandle søknader om dispensasjon fra utdanningskrav innen tre måneder.

Fylkesmennene skal gjennomføre tilsyn i et omfang tilsvarende

- minst 100 systemrevisjoner med sosiale tjenester i Arbeids- og velferdsforvaltningen
- 370 systemrevisjoner med helse- og omsorgstjenestene (hvorav minst 70 skal rettes inn mot spesialisthelsetjenesten)
- det antall systemrevisjoner med barnevernstjenestens arbeid med meldinger som beskrives i veileder for det landsomfattende tilsynet

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser varer og tjenester. Det forelås bevilget 131,6 mill. kroner i 2014.

Bevilgningen foreslås økt med 2,7 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3721, post 02 og 04. Den foreslåtte økningen er knyttet til at det innføres budsjettering av inntekter på kap. 3721, post 02 og 04.

Bevilgningen på posten ble styrket med 18 mill. kroner i 2014, knyttet til ekstra kostnader for Statens helsetilsyn og fylkesmennene som følge av endringer i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Midlene foreslås videreført i 2015. Det er imidlertid behov for ytterligere aktiviteter for å ivareta pasienters, pårørendes og brukeres stilling i tilsynssaker, ved uønskede hendelser og planlagt tilsyn. Sentrale elementer vil være hvordan man kan bygge kunnskap om deres erfaringer og tilbakemeldinger og bruke denne kunnskapen i kommunikasjon med dem. Videre vil spørsmål om hvordan denne kunnskapen kan brukes i videreutvikling og styring av tilsynets virksomhet samt tilbakemelding til tjenestene være grunnlag for arbeidet. Fylkesmannsembetene vil bli trukket inn i arbeidet. Det foreslås å omdisponere 4 mill. kroner som finansierte Helse- tilsynets eldresatsing 2009–2013 til dette formålet. Statens helsetilsyn har ansvaret for med å forvalte tildelingen av midlene til fylkesmennene.

## Kap. 3721 Statens helsetilsyn

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
02	Salgs- og leieinntekter	479		380
04	Diverse inntekter	2 639		2 300
16	Refusjon av foreldrepenger	488		
18	Refusjon av sykepenger	1 162		
	Sum kap. 3721	4 768		2 680

Det foreslås å innføre budsjettering av inntekter på kap. 3721, post 02 og 04.

### Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntektene er i hovedsak knyttet til levering av løpende tjenester til Statens autorisasjonskontor.

### Post 04 Diverse inntekter

Inntektene skyldes i hovedsak refusjon av leie fra Statens autorisasjonskontor, samt overføring fra Forsvarsdepartementet i forbindelse med tilsyn med helsetjeneste til militært personell.

**Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	163 218	164 308	160 845
70	Advokatutgifter	37 511	34 056	35 180
71	Særskilte tilskudd	60 857	105 483	86 654
	Sum kap. 0722	261 586	303 847	282 679

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling innen helsetjenesten. Vilkårene som må være oppfylt for å få erstatning er nedfelt i pasientskadeloven. Ett av vilkårene er at det foreligger et ansvarsgrunnlag og lovens utgangspunkt er at skaden må skyldes behandlingssvikt. Det er ikke et vilkår for erstatningsansvar at den som har voldt skaden har opptrådt uaktsomt eller forsettlig, slik det er etter alminnelig erstatningsrett. Saksbehandlingen er gratis for pasienten. NPE skal innhente alle relevante opplysninger og sørge for at saken blir tilstrekkelig utredet, og har innenfor sitt saksområde en alminnelig veiledningsplikt. Utgangspunktet er at pasienten ikke skal trenge advokat for å søke erstatning. Dersom lovens vilkår for å få erstatning er oppfylt, skal NPE fastsette erstatningen etter alminnelige erstatningsrettslige regler. Erstatningsutmålingen er individuell, og skal først og fremst dekke tap eller utgifter man har fått som følge av skaden. Hvis skaden er varig og betydelig, kan man i tillegg ha rett til menerstatning.

Styret for NPE fører bl.a. tilsyn med at erstatningsordningens samlede virksomhet er organisert i tråd med lover, forskrifter og instruksjoner.

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2013 har NPE mottatt nesten 65 000 erstatningskrav. Saksmengden – eksklusive legemiddelsaker – hadde en liten nedgang fra 5124 saker i 2012 til 5026 saker i 2013. 470 av sakene knyttet seg til privat sektor. 1384 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 3362 fikk avslag i 2013. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på i overkant av 30 pst.

I 2013 ble erstatningsutbetalingene i offentlig sektor 946 mill. kroner. Dette er en økning på 34 pst. fra 2012. Det ble utbetalt i overkant av 32 mill. kroner i saker knyttet til privat sektor. Hovedårsaken til økningen i utbetalinger i 2013

var bedret kapasitet i NPE på utmålingssiden. For erstatninger hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2013, ble det i gjennomsnitt utbetalt 681 000 kroner per sak, varierende fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til ni millioner kroner.

I 2013 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker mht. om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 278 dager, mot 316 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om erstatning, var 338 dager, mot 383 dager året før.

Det har vært en prioritert oppgave å redusere saksbehandlingstiden i NPE. Med unntak for utmålingssakene i 2012, har saksbehandlingstiden gått ned for både ansvars- og utmålingssakene hvert år siden 2010. Det forventes en ytterligere nedgang i den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for begge utredningsløpene i 2014 og 2015.

Det har videre vært en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Avviklingen økte for femte år på rad i 2013.

Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. De organisatoriske grep som er gjennomført med økt spesialisering og nye arbeidsmetoder (Lean-metodikk) har gitt positive resultater. I 2014 arbeides det bl.a. videre med Lean.

NPE og Pasientskadenemnda har gjennom 2013 og 2014 arbeidet med å utvikle en felles fullelektronisk saksbehandlingsløsning. Formålet er en løsning med gjenbruk av fellesdata og en smidig overføring av saker mellom NPE og nemnda i klagesaksbehandlingen. Systemet vil også gi nye muligheter for digital kommunikasjon med erstatningssøkere og effektivisere tidligere manuelle rutiner. Den nye løsningen skal tas i bruk i 2015. Fra dette tidspunktet vil NPE også ta over driften av nemndas IKT-løsninger. Dette gir en mer effek-

tiv ressursbruk enn om etatene skulle fortsette sin IKT-utvikling hver for seg.

NPE vil utvikle arbeidet med utnyttelse av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Det er i den forbindelse ansatt en fagsjef for pasientsikkerhet og statistikk. Etaten tar med dette sikte på å styrke kontakten med helsetjenesten om bruk av erfaringsmaterialet i skadedatabasen, samt utvikle allerede etablert samarbeid med sentrale aktører innen helseforvaltningen.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Bevilgningen er redusert med 0,8 mill. kroner knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Bevilgningen er videre redusert med 8,1 mill. kroner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.

### Post 70 Advokatutgifter

Etter pasientskadeloven § 11 dekkes pasientens utgifter til advokathjelp dersom de som utreder saken har truffet vedtak om det, eller utgiftene regnes som tap som følge av skaden. Bestemmelsen gir pasienten rett til å få dekket nødvendige

og rimelige utgifter til advokatbistand både i forbindelse med behandlingen i Norsk pasientskadeerstatning og i forbindelse med en ev. klage over vedtak i Norsk pasientskadeerstatning til Pasientskadenemnda.

### Post 71 Særskilte tilskudd

Det foreslås å sette av 80 mill. kroner til dekning av erstatningsutbetalinger hvor staten har et særlig ansvar, som for vaksineskader. Det er funnet en overhyppighet av narkolepsi hos barn (4–19 år) som ble vaksinert med Pandemrix mot Influenta A (H1N1) høsten 2009. I alle avtaler mellom stater og produsenter om levering av pandemivaksiner var det forutsatt, med unntak for hendelser som skyldes ukorrekt fremstilling eller kontroll av vaksinen, at produsentene ikke er ansvarlig for finansiering av ev. framtidige erstatninger knyttet til ukjente skader eller bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasientskadeerstatning skal behandle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og ev. skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordningen. Per 1. mai 2014 hadde NPE mottatt 448 saker knyttet til Pandemrix. Det var fattet 358 ansvarsvedtak. I 89 saker ble det gitt medhold, hvorav barn med narkolepsi utgjorde 61. 14 saker er henlagt eller avvist. Ved inngangen til mai var det utbetalt 95,2 mill. kroner i erstatninger. Det er knyttet stor usikkerhet til prognosene for erstatningsutbetalinger.

## Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
02	Diverse inntekter	1 139	1 326	1 363
16	Refusjon av foreldrepenger	783		
18	Refusjon av sykepenger	1 777		
50	Premie fra private	14 779	18 400	18 308
	Sum kap. 3722	18 478	19 726	19 671

### Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til behandling av søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. NPE fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for 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. Tilskuddene skal dekke saksbehandling, advokatutgifter og

erstatningsutbetalinger. Tilskuddene, som er fastsatt i forskrift, er differensiert i grupper 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. 723 Pasientskadenemnda

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	65 737	61 757	68 662
	Sum kap. 0723	65 737	61 757	68 662

Pasientskadenemnda behandler klagesaker om erstatningskrav fra pasienter som mener at de er blitt påført skade etter behandling i offentlig og privat helsetjeneste.

Det foreslås 7 mill. kroner til styrking av driftsrammen.

Det er fortrinnsvis klagesaker som tidligere har vært behandlet i Norsk pasientskadeerstatning som behandles av Pasientskadenemnda, men i tillegg behandles også begjæringer om gjenopptak av tidligere nemndbehandlede saker. Både selve ansvarsvedtaket og erstatningsutmålingen kan påklages.

For å ha krav på erstatning må det foreligge et ansvarsgrunnlag. Vilkårene framgår av pasientskadeloven, og hovedregelen er at skaden må skyldes svikt ved behandlingen, uten at noen nødvendigvis kan lastes. Dessuten må det foreligge et økonomisk tap på minst 5 000 kroner.

Klagesakene framlegges for en nemnd med fem medlemmer. For tiden er det fem sirkulerende nemnder. Departementet tar sikte på å oppnevne et sjettest sett med nemndmedlemmer. Nemnda har et eget sekretariat som utreder klagesakene. Pga. saksøkningen som har funnet sted i de senere år, med en dobling i antall saker i løpet av fire år, har nemnda delegert deler av sin vedtaksfullmakt til sitt sekretariat. I dag behandles om lag 35 pst. av alle innkomne klagesaker – dvs. fortrinnsvis enklere saker – etter en slik delegasjonsfullmakt.

For tiden arbeider det 78 medarbeidere i sekretariatet.

Fra opprettelsen av Pasientskadenemnda i 2003 og til utgangen av 2013 har Pasientskadenemnda mottatt mer enn 13 500 saker. Flertallet av sakene gjelder offentlig helsesektor, mens rundt 10 pst. av sakene gjelder privat helsesektor. I årene 2009–2013 har saksmengden økt med over 100 pst.

Nesten 12 000 saker er behandlet av Pasientskadenemnda i perioden 2003–2013. Ansettelse av flere medarbeidere, utvidelse av delegasjonsfullmakten samt oppnevning av flere nemndmedlemmer er blant tiltakene som har vært iverksatt for å øke saksavviklingen i Pasientskadenemnda.

Til tross for iverksatte tiltak har antall saker under behandling økt, og saksbehandlingstiden har nærmet seg 14 måneder i gjennomsnitt ved utgangen av 2013.

Gjennomsnittlig fører om lag 13 pst. av klagesakene fram for pasientene. I erstatningsutmålingssakene er omgjøringsprosenten en del høyere enn i ansvarssakene. Gjennomsnittlig økes erstatningsnivået med om lag 15 pst.

Fra 1. januar 2004 ble Staten ved Pasientskadenemnda å anse som rette saksøkt i søksmål som tas ut mot ordningen. Totalt har det i perioden 2004–2013 innkommet mer enn 1140 stevninger, noe som utgjør om lag 11 pst. av alle realitetsbehandlede saker i samme periode. Antall stevninger økte fra 133 i 2011 til 190 i 2013. Det forlikes nå flere saker enn tidligere, 37 pst. av alle avsluttede saker i 2013, mot gjennomsnittlig 25 pst. i tidligere år, og færre saker ankes fra tingrett til lagmannsrett av staten. En tredjedel av alle saker staten har tapt ankes videre, mens to tredjedeler av alle saker der staten er frifunnet, ankes videre av pasientene. Dette har ført til at antall saker under behandling har holdt seg konstant det siste året.

Av de i alt 397 rettskraftige dommene som er avsagt i perioden 2004 til 2013, er Staten ved Pasientskadenemnda frifunnet i 2/3 av disse.

Det forventes vekst i både antall nye klage- og gjenopptakssaker, og antall stevninger i 2014 og 2015. Det er en målsetning at gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal reduseres, og det påregnes at oppnevning av et sjettest sett med nemndmedlemmer samt ytterligere utvidelse av

delegasjonsfullmakten vil ha gunstig effekt på denne.

### Post 01 Driftsutgifter

Pasientskadenemnda har hatt en betydelig økning i saksmengde de siste fire-fem årene. For å opprettholde saksbehandlingskapasiteten som er styrket betydelig i det siste året, finansiering av utvidelse av lokalene og dekning av utgiftene til

flere nemndsmedlemmer, er driftsrammen forelått styrket med 7 mill. kroner.

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Bevilgningen er redusert med 0,3 mill. kroner knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Bevilgningen er videre redusert med 1,9 mill. kroner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.

## Kap. 3723 Pasientskadenemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
16	Refusjon av foreldrepenger	983		
18	Refusjon av sykepenger	468		
50	Premie fra private	3 920	2 500	2 487
	Sum kap. 3723	5 371	2 500	2 487

### Post 50 Premie fra private

Det vises til omtale under kap. 3722, post 50. Overføringen fra fondet for privat helsetjeneste til Pasi-

entskadenemnda skal dekke nemndas utgifter til behandling av saker fra privat helsetjeneste.

## Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	43 390	37 692	37 373
	Sum kap. 0724	43 390	37 692	37 373

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har ansvar for å behandle søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet, samt lisens til helsepersonell over 75 år. Helsedirektoratet har etatsstyringsansvaret. Autorisasjonsordningen er viktig av hensyn til pasientsikkerhet. Saksbehandlingen skal sikre at søkere som får autorisasjon og lisens har de nødvendige kvalifikasjoner etter gjeldende lov- og rammeverk på området.

Autorisasjonskontoret har også administrative oppgaver knyttet til turnustjeneste for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer, herunder tilskuddsforvaltning av turnustjeneste og enkelte andre til-

tak. I tillegg administrerer kontoret helsepersonellregisteret på vegne av Helsedirektoratet.

Autorisasjonskontoret forvaltet 133,6 mill. kroner i tilskuddsmidler i 2013, og sto for saksbehandling og utbetaling av følgende tilskudd:

- Refusjon av reise- og flytteutgifter ifm. turnustjeneste for leger og fysioterapeuter
- Tilskudd til kommunene ifm. turnustjeneste for leger
- Tilskudd for turnusveiledning ifm. turnustjeneste for kiropraktor
- Tilskudd for veiledning ifm. allmennlegeordningen

Det er i alt 29 helseprofesjoner som omfattes av autorisasjonsordningen. Autorisasjonskontoret fatter årlig omkring 23 000 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens. 45,3 pst. av sykepleierne og 54,8 pst. av legene som får autorisasjon er utdannet utenfor Norge. I 2013 var 2472 av de autoriserte fra land utenfor EU/EØS. Dette er en økning på over 100 pst. fra 2012 hvor tallet var 1205. I 2013 ble det gitt totalt 20 441 autorisasjoner, en økning på nesten 34 pst. fra 2012. Antall søknader i 2013 var 20 833, en økning på 15,8 pst. fra 2012 hvor kontoret mottok 17 997 søknader.

Saksbehandlingstiden ved Autorisasjonskontoret varierer hovedsakelig med hvilket land søkere har utdanning fra og med profesjon. Saksbehandlingstiden starter når betaling og alle nødvendige dokumenter er mottatt, og slutter når vedtak er sendt søker. Saksbehandlingstiden med utdanning innen Norden er inntil 4–6 uker, innen EU/EØS-området 2–4 måneder og fra land utenfor EU/EØS 4–6 måneder. Kontoret har per september 2014 ikke hatt avvik på saksbehandlingstiden som er oppgitt på deres hjemmesider. Søker kan oppleve at det tar lenger tid når søknaden mangler nødvendig dokumentasjon. Det er tidkrevende for enkelte å skaffe til veie nødvendige dokumenter, f.eks. utdanningsdokumenter, for å supplere sin søknad.

Totalt 117 av Autorisasjonskontorets avgjørelser ble klaget inn til Statens helsepersonellnemnd

i 2013. Nemnda stadfestet kontorets vedtak i 93,2 pst. av sakene.

Autorisasjonskontoret har egen stikkprøvekontroll for verifisering av søknader. Kontoret samarbeider tett med profesjonsorganisasjoner, arbeidsgiverorganisasjoner, arbeidsgivere, studentorganisasjoner, utdanningsmyndigheter og andre interessenter.

Autorisasjonskontoret lanserte høsten 2012 ny hjemmeside som er mye benyttet Kundesenteret besvarer om lag 70 e-poster og svarer på om lag 150 telefonsamtaler daglig.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Det foreslås å flytte 0,057 mill. kroner til Finansdepartementets budsjett kap. 1650, post 01 knyttet til at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell ønsker å endre nåværende tjenestemodell med Direktoratet for økonomiforvaltning.

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Bevilgningen er redusert med til sammen 1,6 mill. kroner knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen og innføring av nøytral merverdiavgift.

## Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2013	budsjett 2014	2015
04	Gebyrinntekter	37 568	29 021	29 829
16	Refusjon av foreldrepenger	114		
18	Refusjon av sykepenger	1 025		
	Sum kap. 3724	38 707	29 021	29 829

### Post 04 Gebyrinntekter

Gebyrinntektene utgjør vel tre fjerdedeler av finansieringen av autorisasjonskontoret.

## Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2015
		2013	Saldert budsjett 2014	
01	Driftsutgifter	211 423	182 294	172 158
	Sum kap. 0725	211 423	182 294	172 158

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. De viktigste endringene i bevilgningen er knyttet til:

- 1 mill. kroner til nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.
- 16,7 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.
- 0,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.
- 1,1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ytterligere produktivitetskrav.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) er et selvstendig forvaltningsorgan som etatstyres av Helsedirektoratet. Kunnskapssenteret skaffer fram, analyserer, formidler og støtter bruk av kunnskap. Målet er å medvirke til gode beslutninger og riktige prioriteringer på alle nivåer i helsetjenesten, å støtte kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten og å bidra til virksomme og trygge tjenester som ivaretar brukernes behov.

### *Kunnskapsbasert praksis og policybeslutninger*

Kunnskapssenteret utarbeider systematiske oversikter og metodevurderinger om effekt og sikkerhet av tiltak i helsetjenesten og støtter utvikling av gode faglige retningslinjer og fagprosedyrer. Kunnskapssenteret utarbeider helseøkonomiske evalueringer og støtter arbeidet med de nasjonale krefthandlingsplanene. Kunnskapssenteret samarbeider med nettverket av direktører for velferdsetatene om å etablere en kunnskapssenterfunksjon for velferdstjenestene. Hensikten er å bygge kapasitet for å lage systematiske oversikter og derved bidra til bedre beslutninger om policy og praksis i velferdstjenestene.

### *System for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten*

Nasjonalt system for innføring av nye metoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2013. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har ansvar for å utføre hurtige og fullstendige metodevurderinger etter bestilling fra de fire regionale helseforetakene. Funksjonen vil bli styrket ved nasjonale metodevurderinger, metodevarslingsfunksjon og støttfunksjoner når det gjelder veiledning om metodevurderinger til helsetjenesten, jf. også omtale i kap. 750 post 01 Statens Legemiddelverk og kap. 781 post 21.

### *Kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid*

Kunnskapssenteret utvikler og formidler metoder for forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet. Kunnskapssenteret vektlegger særlig å utvikle metoder for å inkludere pasienter og brukere i kvalitetsforbedringsarbeidet, og å bidra til å utvikle helhetlige, koordinerte og sikre pasientforløp. Kunnskapssenteret bistår Helsedirektoratet med utvikling, analyse, drift og vurdering av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Kunnskapssenteret gjennomfører de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene. Dette arbeidet skal videreutvikles, med særlig vekt på områdene psykisk helse og rus. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ble etablert i Kunnskapssenteret i 2007 for å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser. Iht. endringene av 1. juli 2012 i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 tar Kunnskapssenteret imot meldinger om hendelser som har eller som kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Kunnskapssenteret behandler meldingene med mål om å redusere pasientskader gjennom å bidra til læring og forbedring i helsetjenesten, både lokalt og nasjonalt. I 2014 startet arbeidet med en felles nasjonal klassifisering av uønskede pasienthendelser. Kunnskapssenteret hadde ansvaret for sekretariatet for den nasjo-

nale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender som ble gjennomført fra 2011 til og med 2013. Kampanjen er fra og med 2014 videreført i et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet, og sekretariatet for programmet ble fra 1. juli 2014 flyttet fra Kunnskapssenteret til Helsedirektoratet.

#### *Helsebiblioteket*

Helsebiblioteket er et offentlig finansiert nettsted som gir helsepersonell og studenter innen medisin og helsefag gratis tilgang til sentrale kunnskapskilder. Formålet med Helsebiblioteket er å bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene ved å tilby fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap. Mye av innholdet er også tilgjengelig for hele befolkningen. Helsebiblioteket kjøper tilgang til lisensbelagte ressurser som oppslagsverk, databaser og tidsskrifter. I tillegg tilbys en søketjeneste for klinikere og beslutningstakere i helsetjenesten der de kan sende inn spørsmål om effekt av tiltak og få hjelp til å finne oppsummert forskning som belyser spørsmålet. Helsebiblioteket er også en delingsplattform for norske retningslinjer, veiledere, fagprosedyrer og annet stoff som utvikles i det offentlige Helse-Norge. Slik bidrar Helsebiblioteket til å redusere dobbeltarbeid, til kvalitetsforbedring og til deling og åpenhet i helsevesenet. Helsebiblioteket utjevner tilgangen til faglitteratur på tvers av institusjoner og sektorer og bidrar til kvalitet i forskning og pasientbehandling ved å sørge for enkel tilgang til kunnskap.

#### *Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer*

Helsetjenesten i Norge har i mange år laget titusenvis av fagprosedyrer. Ved å dele og koordinere kan man unngå dobbeltarbeid, og få bedre kvalitet på innholdet. Det nasjonale nettverket for fagprosedyrer har en god metode for utarbeidelse, de deler maler, verktøy og andre nyttige hjelpemidler, og når prosedyren er ferdig, publiseres den på Helsebiblioteket. Alle helseforetak og primærhelsetjenesten kan ta prosedyren i bruk hos seg, og man kan få mer standardisert behandling i hele landet. Prosedyrene blir også tilgjengelig for pasientene. Nettverket jobber for at prosedyrene som lages, skal være tverrfaglige og kunnskapsbaserte. Sekretariatet for nettverket er etablert i Kunnskapssenteret, baserte bl.a. ved hjelp av midler fra de regionale helseforetakene.

#### *Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten*

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ble etablert i 2007 og gjenoppnevnt i 2011 for en ny fireårsperiode. Rådets formål er å bidra til en helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering og en felles problem- og situasjonsforståelse, foruten å være en arena for dialog mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten. Brukerorganisasjonene er tungt representert i rådet. Sekretariatet for rådet, som er lagt til Kunnskapssenteret, er ansvarlig for å forberede, utrede, følge opp og informere om sakene som rådet behandler. På vegne av rådet driver sekretariatet omfattende utadrettet virksomhet i form av konferanser og seminarer og drifter dessuten rådets eget nettsted. Rådets oppnevningssperiode er forlenget fra 31. desember 2014 til 31. mai 2015. Rådet skal evalueres høsten 2014. Evalueringen, samt Prioriteringsutvalgets offentlig utredning om prioritering, vil være viktig grunnlag for oppnevning av nytt råd, samt ev. revisjon av mandatet.

#### *Komparative helsetjenesteanalyser og Internasjonal aktivitet*

Internasjonalt samarbeid er en del av aktiviteten til Kunnskapssenteret. Det bidrar til at det kan formidles relevant kunnskap fra internasjonale søsterorganisasjoner til norsk helseforvaltning og helsetjeneste. Kunnskapssenterets arbeid innen global helse dreier seg mest om kunnskapshåndtering, med særlig vekt på bruk av forskning ved utarbeidning av anbefalinger (WHO guidelines) og som grunnlag i politikkkutforming. Kunnskapssenteret ivaretar ansvaret for sekretariatsfunksjonen for Campbell Collaboration. Kunnskapssenteret arbeider med forskjellige typer komparative helsetjenesteanalyser, f.eks. gjennom bidrag til det nasjonale kvalitetsindikatorarbeidet. Kunnskapssenteret deltar internasjonalt i arbeidet med kvalitetsindikatorer og pasientsikkerhet bl.a. gjennom samarbeid med Commonwealth Fund, EUnetHTA Joint Action, OECD og European Observatory. Komparative helsetjenesteanalyser vil kunne avdekke variasjoner i praksis, tjenestekvalitet og pasientsikkerhet, og skal videreutvikles i Kunnskapssenteret i årene som kommer.

#### **Post 01 Driftsutgifter**

Det foreslås å flytte 10,5 mill. kroner til kap. 720, post 01 og 9,9 mill. kroner til kap. 781, post 21 knyttet til at sekretariatet for Nasjonalt program



for pasientsikkerhet er flyttet til Helsedirektoratet i 2014.

Bevilgningen foreslås økt med 22,5 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3725, post

02. Den foreslåtte økningen er begrunnet i mer aktivitet og dermed større inntekter over tid, jf. også regnskapsførte inntekter i statsregnskapet.

### Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
02	Diverse inntekter	43 733	141	22 645
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	7		
16	Refusjon av foreldrepenger	1 734		
18	Refusjon av sykepenger	937		
	Sum kap. 3725	46 411	141	22 645

Bevilgningen dekker oppdragsinntekter.

#### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås økt med 22,5 mill. kroner, jf. omtale under kap. 725, post 01.

### Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	8 434	8 234	13 225
	Sum kap. 0726	8 434	8 234	13 225

Våren 2014 ble Helsepersonellnemndas sekretariat slått sammen med sekretariatet for Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Klagenemnda for behandling i utlandet. Det foreslås en økning på 1,5 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet i helsepersonellsaker.

#### Statens Helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd behandler klager fra helsepersonell over avslag på søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning, samt administrative reaksjoner som advarsel og tilbakekall av autorisasjon. Nemnda er også Apotekklagenemnd for enkelte avgjørelser truffet av Statens legemiddelverk.

Nemndas virksomhet skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Samtidig skal nemnda ivareta helsepersonellens rettssikkerhet.

Det var i 2013 en markant økning i saksmengden. Helsepersonellnemnda mottok da 242 klagesaker til behandling, en økning på 70 pst. fra 132 klagesaker i 2012. Nemnda behandlet 201 saker i 2013 (156 i 2012), 118 klaget over vedtak fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, 77 klager over vedtak fra Statens helsetilsyn og 6 klaget over vedtak fra Helsedirektoratet. 12 saker ble helt eller delvis omgjort (om lag 6 pst.) og 2 saker ble opphevet og hjemvist til ny behandling. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var innenfor målet på fire måneder. Ved årsskifte 2013–2014 hadde

nemnda 65 klagesaker under behandling. Apotekklagenemnda hadde ingen saker til behandling i 2013.

Økningen i innkomne saker har fortsatt i 2014. Ved utgangen av august 2014 var det kommet 206 klagesaker, mot 178 klagesaker i samme periode i 2013. Nemnda har behandlet 135 klagesaker de åtte første månedene i år, mot 90 saker i samme tidsrom i 2013.

#### *Klagenemnda for behandling i utlandet*

Klagenemnda for behandling i utlandet behandler klager etter pasient- og brukerrettighetsloven. Klagen gjelder avslag på søknad om dekning av utgifter til behandling i utlandet. Nemnda har fem medlemmer med personlige varamedlemmer. Klagenemnda for behandling i utlandet behandlet 40 saker i 2013 (37 i 2012). Fem av klagen førte fram, dvs. 16 pst. I tillegg ble 4 vedtak opphevet og sendt tilbake til ny behandling i førsteinstansen. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 2,6 måneder.

#### *Preimplantasjonsdiagnostikknemnda*

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda) behandler søknader om tillatelse til preimplantasjonsdiagnostikk etter bioteknologiloven.

Nemnda har åtte medlemmer med personlige varamedlemmer. Foruten søknadsbehandling skal nemnda gi god og lett tilgjengelig informasjon til pasienter, helsetjenesten og myndighetene. PGD-nemnda behandlet 33 saker i 2013 (34 i 2012). Nemnda innvilget 30 søknader om PGD. Nemnda har i tillegg innvilget én søknad om PGD/HLA, dvs. søknad om PGD i kombinasjon med vevstyping med sikte på at et kommende barn kan bli donor for et alvorlig sykt søsken. To av søknadene ble avslått, dvs. 6 pst. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 2,1 måneder.

#### **Post 01 Driftsutgifter**

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Som følge av sammenslåing av sekretariatene til Helsepersonellnemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda er det overført 3,2 mill. kroner fra kap. 728 post 01.

Det vises til innlendingen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Bevilgningen er redusert med til sammen 0,1 mill. kroner knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen og innføring av nøytral merverdiavgift.

### **Kap. 728 Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda**

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2013	budsjett 2014	2015
01	Driftsutgifter	2 874	3 244	
	Sum kap. 0728	2 874	3 244	

Våren 2014 ble sekretariatet for Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Klagenemnda slått sammen med helsepersonellnemndas sekretariat. Det vises til omtale under kap. 726 Statens helsepersonellnemnd mv.

#### **Post 01 Driftsutgifter**

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

## Kap. 729 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2015
		2013	Saldert budsjett 2014	
01	Driftsutgifter	63 666	59 691	61 001
	Sum kap. 0729	63 666	59 691	61 001

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

Pasient- og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr 63, kapittel 8. I 2003 ble ansvaret for ordningen overført fra fylkeskommunene til staten. Fra 1. september 2009 ble ordningen utvidet til også å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er et Pasient- og brukerombud i hvert fylke. I Hedmark og Oppland er det et ombud. Det er tett kontakt og faglig samarbeid mellom ombudskontorene. Pasient- og brukerombudet er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet, men utfører sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

Antallet henvendelser har vært stigende. I 2011 mottok ombudene 13 913 nye henvendelser, i 2012 15 225, mens det i 2013 ble registrert 14 433. Ombudene tok sommeren 2012 i bruk nytt saksbehandlersystem og for 2013 er det innført kodeverk og statistikkprogram som avviker noe fra tidligere registreringssystem. Tallene fra 2012 til 2013 er derfor ikke helt sammenliknbare.

Det ble i 2012 gjort en evaluering av utvidelsen av ombudsordningen. I evalueringsrapporten ble det understreket at ombudene må ha som målsetting en økning i henvendelser som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester. For å få dette til må ombudsordningen gjøres bedre kjent i

befolkningen, f.eks. ved økt kontakt med brukerorganisasjonene, utvikling av hjemmesidene og mer aktiv bruk av sosiale medier.

De fleste henvendelser gjelder spesialisthelsetjenesten, men registreringer om kommunale helse- og omsorgstjenester er stigende og utgjør nå i enkelte fylker opp mot 40 pst.

Henvendelser til pasient- og brukerombudene handler oftest om brudd på lovfestede rettigheter, feilbehandling og pasientskader. Erfaringer etter utvidelsen av ordningen er en dreining i arbeidsoppgaver: I henvendelser fra spesialisthelsetjenesten gis det oftest bistand i etterkant av helsehjelpen mens det i forhold til kommuner er behov for bistand på et tidligere tidspunkt i forløpet, f.eks. i forbindelse med søkeprosessen og i tildelingen og utformingen av tilbudet. Ombudene tilstreber å løse saker på lavest mulig nivå og bidrar ofte i dialog med tjenestestedene.

Det utarbeides felles årsmeldinger for pasient- og brukerombudene, og de har felles nettsted.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Bevilgningen er redusert med til sammen 0,8 mill. kroner knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen og innføring av nøytral merverdiavgift.

## Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
732	Regionale helseforetak	112 005 335	118 592 944	131 732 173	11,1
733	Habilitering og rehabilitering	145 442	147 395	153 977	4,5
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	184 800	147 868	160 171	8,3
Sum kategori 10.30		112 335 577	118 888 207	132 046 321	11,1

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
01–23	Statens egne driftsutgifter	84 438	86 420	95 318	10,3
70–89	Andre overføringer	112 249 600	118 799 287	131 951 003	11,1
90–99	Utlån, statsgjeld m.v.	1 539	2 500		-100,0
Sum kategori 10.30		112 335 577	118 888 207	132 046 321	11,1

Spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som dekkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager, og fyller en viktig funksjon i en helhetlig behandlingsskjede. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for ansvaret). De fire regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de eier. Sørge for ansvaret ivaretas primært gjennom den offentlige helsetjenesten og driftsavtaler med ideelle institusjoner, supplert med ytterligere kjøp av tjenester fra andre private aktører.

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig

styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det forventes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammene som er fastsatt økonomisk og i lover og forskrifter. Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Departementet holder seg orientert om foretakenes virksomhet og om virksomhetene drives i samsvar med de krav som er stilt gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom månedlig rapportering med påfølgende oppfølgingsmøter og utvidet rapportering hvert tertial.

Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2007 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen

i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Sør-Øst består av 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 og Sykehusapotekene HF. Sykehuspartner er en egen enhet i Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst forvalter driftsavtaler med Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset. I tillegg forvalter Helse Sør-Øst avtaler med om lag 1100 avtalespesialister og om lag 80 avtaler med private institusjoner. Helse Sør-Øst har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 2,8 mill. innbyggere og hadde i 2013 om lag 77 000 medarbeidere som utførte om lag 57 000 årsverk. Helse Sør-Øst har et samlet inntektsbudsjett på om lag 72 mrd. kroner i 2014. Helse Sør-Øst RHF har om lag 170 medarbeidere. I tillegg kommer Sykehuspartner med om lag 1080 ansatte. Sykehuspartner har det overordnede ansvaret for IKT-, HR- og innkjøpstjenester til alle sykehusene i regionen.

Helse Vest RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Vest består av Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sjukehusapoteka Vest HF. I tillegg eier det regionale helseforetaket Helse Vest IKT AS. Helse Vest RHF har driftsavtale med Haraldsplass Diakonale Sykehus som en del av lokalsykehustilbudet, og forvalter avtaler med om lag 290 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner. Helse Vest har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 1,1 mill. innbyggere og hadde i 2013 om lag 27 000 medarbeidere som utførte om lag 20 000 årsverk. Helse Vest har et samlet inntektsbudsjett på 25,5 mrd. kroner i 2014. Helse Vest RHF har om lag 60 medarbeidere.

Helse Midt-Norge RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Midt-Norge gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Midt-Norge består av Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Ambulanse Midt-Norge HF. I

tillegg driver Helse Midt-Norge RHF Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IKT. Helse Midt-Norge RHF forvalter avtaler med om lag 135 avtalespesialister og 20 avtaler med private institusjoner. Helse Midt-Norge har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 700 000 innbyggere og hadde i 2013 om lag 22 000 medarbeidere som utførte om lag 15 000 årsverk. Helse Midt-Norge har et samlet inntektsbudsjett på om lag 19,3 mrd. kroner i 2014. Helse Midt-Norge RHF har om lag 70 medarbeidere. Helsebygg Midt-Norge har om lag 20 ansatte og Helse Midt-Norge IKT om lag 300 ansatte.

Helse Nord RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for at befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. De har også en særskilt oppgave i å sikre den samiske befolkningen en tilpasset og likeverdig spesialisthelsetjeneste. Helse Nord består av Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF. I tillegg eier det regionale helseforetaket Helse Nord IKT og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Helse Nord forvalter avtaler med om lag 80 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner. Helse Nord har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 475 000 innbyggere og hadde i 2013 om lag 17 000 medarbeidere som utførte om lag 13 000 årsverk. Helse Nord har et samlet inntektsbudsjett på om lag 15,8 mrd. kroner i 2014. Helse Nord RHF har om lag 56 medarbeidere, i tillegg kommer prosjektorganisasjonen for felles innføring av kliniske systemer på 24 personer. Helse Nord IKT har om lag 230 medarbeidere og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 23 medarbeidere.

Regjeringen vil legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget, der Stortinget kan behandle de overordnede prinsipper for utvikling og struktur for sykehus og spesialisthelsetjenesten i planperioden. Planen vil drøfte status og utviklingsbehov i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i pasientenes behov og perspektiver.

Programkategorien omfatter bevilgninger til drift og lån til de regionale helseforetakene (kap. 732), bevilgninger til tiltak innenfor habilitering/rehabilitering (kap. 733) og bevilgninger til tiltak innenfor psykisk helse- og rustiltak (kap. 734).

**Kap. 732 Regionale helseforetak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	9 140	18 602	19 120
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres,</i> <i>kan nyttes under post 72, 73, 74 og 75</i>	632 636	630 705	676 980
71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>		497 000	509 845
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	47 629 589	46 875 111	50 933 711
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	16 719 486	16 499 287	17 980 005
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	12 649 561	12 498 094	13 592 624
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	11 212 920	11 219 609	12 193 621
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	16 536 667	23 124 615	29 713 995
77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 056 426	3 349 908	3 634 254
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	945 952	1 083 160	1 115 410
79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	530 975	549 559	567 694
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	2 009 931	1 592 794	697 914
83	Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	70 513	142 000	97 000
86	Driftskreditter		510 000	
91	Opptreksrenter for lån t.o.m. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	1 539	2 500	
	Sum kap. 0732	112 005 335	118 592 944	131 732 173

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning (kap. 732, post 72–75) og aktivitetsbasert finansiering (kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering og kap. 732, post 77 Poliklinisk virksomhet mv.). I tillegg kommer bevilgninger til avtalespesialister (kap. 2711, post 70 og post 71) og private laboratorier og røntgeninstitut (kap. 2711, post 76). Det gis også et tilskudd til kvalitet (kap. 732, post 71) og forskning og nasjonale kompetansetjenester (kap. 732, post 78).

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bestemmes bl.a. av antall innbyggere i regionen, alderssammensetning, ulike sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata. Hvert år rapporterer de

regionale helseforetakene til departementet i årlig melding, som også inneholder en plandel. Innspillene her er en del av grunnlaget for Helse- og omsorgsdepartementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2015.

*Hovedtrekk i forslag 2015*

Det foreslås å styrke sykehusenes økonomi med 2 022 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2014. For mange pasienter venter unødvendig lenge på behandling – ofte selv om ledig kapasitet finnes. Regjeringen starter i 2015 innføringen av fritt behandlingsvalgsreformen i spesialisthelsetjenesten. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Pasientenes rettigheter skal styrkes,

kjøp fra private gjennom anbud skal økes og offentlige sykehus skal få økt frihet til å behandle flere pasienter. Retten til fritt behandlingsvalg innføres først innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte områder av somatikken. Utgiftene i 2015 til bruk av retten til fritt behandlingsvalg er anslått til 150 mill. kroner. I tillegg kommer 20 mill. kroner til administrasjon av ordningen, til sammen 170 mill. kroner, som inngår i den samlede styrkingen. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal fortsatt prioriteres høyt.

Regjeringen forutsetter at alle statlige virksomheter gjennomfører årlige tiltak for å øke produktiviteten. For å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer innføres det en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Deler av gevinstene fra mindre byråkrati og mer effektiv bruk av pengene overføres i de årlige budsjettene til fellesskapet. Denne innhenting settes til 0,5 pst. av virksomhetenes driftsutgifter, som for helseforetakene utgjør 625 mill. kroner i 2015. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Parallelt med avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen foreslår regjeringen derfor å tilføre vel 590 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i 2015 for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2015.

Det er fortsatt for mange som uten gyldig grunn ikke møter til avtalt time ved poliklinikk, noe som medfører dårlig ressursutnyttelse i sykehus og lengre ventetider. For å understøtte de regionale helseforetakenes arbeid med å redusere antall pasienter som ikke møter til poliklinisk konsultasjon, foreslås det å øke gebyret ved manglende oppmøte fra 320 til 640 kroner fra 1. januar 2015. For å skjerme rusavhengige og mennesker med psykiske lidelser for gebyret i de tilfeller dette vurderes nødvendig, vil departementet spesifisere overfor de regionale helseforetakene at det skal utvises et skjønn for disse pasientgruppene. Det legges til grunn at flere vil møte til avtalt time ved poliklinikk, men også at helseforetakene vil få noe økte inntekter knyttet til manglende oppmøte. Denne inntektsøkningen motsvares av tilsvarende redusert bevilgning med 30 mill. kroner.

Utgiftene til laboratorietjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering foreslås det at refusjonstakstene for offentlige og private laboratorier

etjenester ikke prisjusteres i 2015, svarende til om lag 60 mill. kroner.

I 2013 og i 2014 er det bevilget 110 mill. kroner til forskningsstudie av nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning, til sammen om lag 220 mill. kroner. Den femårige studien startet opp i januar 2014. Kostnader knyttet til behandling av 100 pasienter som inngår i studien og forskning vil være fullfinansiert av bevilget beløp disse to årene. For 2015 forutsettes det at ev. bruk av legemiddelet i pasientbehandling dekkes innenfor den foreslåtte veksten.

Bevilgningene er pris- og lønnsjustert med 3,1 pst. Det foreslås i tillegg bevilget midler for å dekke anslått økte pensjonskostnader, slik at det samlet foreslås bevilget vel 4 mrd. kroner til håndtering av økte pensjonskostnader.

Budsjettforslaget legger med dette til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2,15 pst. inkludert 0,15 pst. aktivitetsvekst til fritt behandlingsvalg. Dette er en høy vekst sammenliknet med tidligere år. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2014, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2014. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2015. Det er da ikke tatt hensyn til forbedringen fra år til år i befolkningens helsetilstand.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2014 til 2015. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgn-tilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandling omfattet av ISF. Kommunal medfinansiering avvikles fra 2015, og det overføres om lag 5,7 mrd. kroner fra kommunenes inntektsrammer til ISF-bevilgningen. Det er budsjettert med en vekst på 6 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi.

Departementet vil fra 2015 gå bort fra dagens system med streng aktivitetsstyring. Slik vil det bli lagt til rette for at sykehusene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon. Det skal samtidig stilles krav om økonomisk balanse og langsiktig økonomisk bærekraft.

Ut over ovennevnte bevilgning til fritt behandlingsvalg, foreslås følgende tiltak dekket innenfor den foreslåtte styrkingen på 2 022 mill. kroner:

De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentene bedt om å kjøpe mer døgnkapasitet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer fra ideelle virksomheter i løpet av 2014. Det er en målsetting å øke antall plasser med om lag 200 totalt i de fire helseregionene. Resterende helårsvirkning av økt kapasitet vil komme i 2015.

Langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander kan gi betydelige plager og funksjonssvikt. En rekke kliniske tilstander befinner seg i denne gruppen, bl.a. de mange såkalt medisinsk uforklarte tilstandene som f.eks. fibromyalgi, utmattelsessyndrom og el-overfølsomhet. Det foreslås 20 mill. kroner til et pilotprosjekt der det opprettes tverrfaglige poliklinikker /diagnosentre for pasienter med relativt likeartede symptomer som langvarige smerte- og utmattelsestilstander.

I Prop. 70 L (2013–2014) ble det foreslått å lovfeste at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter. Det ble videre foreslått at det skal kreves egenbetaling dersom inngrepet utføres i regi av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Stortinget har sluttet seg til forslaget i proposisjonen, jf. Innst. 290 L (2013–2014). Det foreslås en egenbetaling på 4000 kroner per inngrep. Egenbetalingen dekker om lag halvparten av kostnaden. Resterende 9,1 mill. kroner foreslås dekket av basisbevilgningene.

Det foreslås å gi lån til to nye byggeprosjekter med til sammen 90 mill. kroner. Sykehuset i Vestfold skal gjennomføre Tønsbergprosjektet innen 2020. Det innebærer fullføring av somatikkkutbyggingen i Tønsberg, samt erstatningsbygg for sykehuspsykiatrien, inklusive alderspsykiatrien. Det foreslås en låneramme på 1,87 mrd. 2014-kroner og en lånebevilgning på 70 mill. kroner i 2015. Helse Bergen skal i gang med fase 2 av nytt barne- og ungdomssenter ved Haukeland universitetssjukehus. Nybygget skal tas i bruk i 2022 og vil samle behandlingen av barn og unge, og øke kvaliteten og behandlingsskapasiteten. Det foreslås en låneramme på 2,084 mrd. 2014-kroner og en lånebevilgning på 20 mill. kroner i 2015.

#### *Rapportering 2013 og status 2014*

I årlig melding 2013 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp opp-

gaver og styringsparametre i oppdragsdokumentene og foretaksmøter. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning ble behandlet i foretaksmøter i mai 2014.

Oppdragsdokumentene for 2014 er forenklet sammenliknet med 2013. Det er færre mål og det må sees i sammenheng med målet om å redusere byråkratiet og frigjøre mer tid og kapasitet til pasientbehandling. I 2014 legger ressursrammen til rette for en generell aktivitetsvekst i pasientbehandlingen på om lag 2,6 pst. fra 2013. Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Det er stilt krav i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene om at de i større grad gjør bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Innenfor aktivitetsveksten skal de regionale helseforetakene øke antall plasser innen rusbehandling med om lag 200 plasser. Dette skal skje gjennom å kjøpe flere plasser fra ideelle virksomheter. De regionale helseforetakene er bedt om å øke kjøpet fra private innen psykisk helsevern, rus, rehabilitering og MR-undersøkelser. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk ble gjeninnført i 2014. Veksten måles gjennom endring i kostnader, ventetid og aktivitet. Bevilgningen til forskning ble styrket med 100 mill. kroner i 2014.

Særskilte satsingsområder i oppdragsdokument 2013 var:

- Tilgjengelighet og brukerorientering
- Kvalitetsforbedring
- Pasientsikkerhet
- System for innføring av nye metoder og teknologi
- Samhandlingsreformen
- Kreftbehandling
- Behandling av hjerneslag
- Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling
- Psykisk helsevern
- Habilitering og rehabilitering
- Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati
- Fødselsomsorg
- Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling
- Kjeveleddsdysfunksjon
- Livsstilsrelaterte tilstander
- Helseberedskap



### Aktivitet

I 2013 ble det budsjettert med en samlet vekst i pasientbehandlingen på vel 2 pst. For den delen av aktiviteten som omfattes av Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble det lagt til rette for en vekst på 1,6 pst. hensyntatt dagnad brystrekonstruksjon. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Aktiviteten i 2012 ble om lag 0,4 pst. lavere enn lagt til grunn. Samlet var det derfor budsjettmessig dekning for en aktivitetsvekst på 1,2 pst. (1,6 pst. – 0,8 pst. + 0,4 pst.). Aktivitetsveksten ble om lag 1,1 pst. Dette er 0,1 pst. lavere enn lagt til grunn i aktivitetsbestillingen til regionale helseforetak.

Innenfor det polikliniske aktivitetsområdet, dvs. psykisk helsevern, rus, laboratorie- og radiologivirksomhet var det budsjettert med en vekst på om lag 6,5 pst., mens faktisk aktivitetsvekst var nær 4 pst. Veksten var størst innen laboratorie- og radiologivirksomhet.

### Tilgjengelighet og brukerorientering

Det er et mål at reell brukermedvirkning skal ligge til grunn for lokalt utviklings- og omstillingsarbeid og forskning. Tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Dette ble i 2013 fulgt opp gjennom styringsparametre på gjennomsnittlig ventetid, andel fristbrudd, oppdatert informasjon på nettsiden fritt sykehusvalg og brukererfaringer.

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig

lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. I 2013 og 2014 er det satt som mål at ventetidene skal reduseres. Regjeringen vil gjøre mer bruk av de private der dette kan bidra til å redusere ventetidene. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, kommer til behandling uten ventetid. Om lag 70 pst. av alle døgnopphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp.

Som vist i tabell 4.1 var den gjennomsnittlige ventetiden uendret for hele landet fra 2012 til 2013. Ventetiden gikk ned i Helse Nord og Helse Vest. Andelen fristbrudd er redusert med ett prosentpoeng til 6 pst. i tredje tertial 2013. Det har vært størst reduksjon i Helse Nord og Helse Vest. I løpet av 2013 ble nær 1,37 mill. henvisninger vurdert. Dette er om lag like mange som i 2012. I første tertial 2014 var gjennomsnittlig ventetid 73 dager for hele landet, noe som er en nedgang med én dag sammenliknet med samme periode i 2013. Andelen fristbrudd var 5 pst. i første tertial 2014 mot 6 pst. i samme periode året før.

De regionale helseforetakene og sykehusene har satt i gang flere tiltak for å redusere ventetiden. Flere sykehus har bedret aktivitetsplanleggingen og bruker ventelistene aktivt i planleggingen av driften. Andre tiltak er utvidet kjøp fra private aktører, utvidede åpningstider på sykehusene, samarbeid mellom sykehusene og Kontoret for fritt sykehusvalg og kontakt med enkeltpasienter for å avklare videre behandling. For å få brukt ressursene på sykehusene optimalt er det igangsatt omfattende prosjekter for å få flere pasienter til å møte opp til time. Anslag kan tyde på at pasientene ikke møter opp til time i om lag 200 000 polikliniske konsultasjoner hvert år. Det vises til forslag om å øke gebyret for manglende oppmøte til poliklinikk fra 2015 under kap. 732, postene 72–75.

Tabell 4.1 Ventetider og fristbrudd

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten (dager)	74	74	74	72	72	73	80	76	74	74
Andel fristbrudd for rettighetspasienter <sup>1</sup> (pst.)	7	7	7	4	5	6	12	8	7	6

<sup>1</sup> Basert på tredje tertialtall fra Norsk pasientregister

Regionale helseforetak er gjennom oppdragsdokumentene pålagt å gi god og forståelig informasjon om fritt sykehusvalg. Informasjonen på nettstedet Fritt sykehusvalg i Norge skal være pålitelig, oppdatert og relevant som grunnlag for å gjøre informerte valg av behandlingssted, jf. pasient- og brukerrettighetsloven. Det ble satt som mål at 100 pst. av ventetidene på nettsiden fritt sykehusvalg innen somatikk er oppdatert siste fire uker, jf. tabell 4.2. Indikatoren brukes som et mål på hvor oppdatert informasjonen på nettstedet er. Indikatoren er også

et mål på hvor vidt helseinstitusjonene oppfyller plikten om å gi pasienter og brukere nødvendig informasjon. Helse Vest og Helse Midt-Norge har høyest andel oppdaterte ventetider i 2012 og 2013. Andelen oppdaterte ventetider sank betydelig i Helse Sør-Øst i 2013. Det var i hovedsak hovedstadsområdet som hadde nedgang. Helsedirektoratet melder imidlertid at andelen oppdaterte ventetider første halvår 2014 er godt over 90 pst. i Helse Sør-Øst.

Tabell 4.2 Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste fire uker (pst.)

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste fire uker <sup>1</sup>	92	72	96	99	98	97	90	92

<sup>1</sup> Basert på annen tertialtall rapportering fra regionale helseforetak.

Det er flere helseforetak som bruker resultatene av pasienterfaringsundersøkelser aktivt i forbedringsarbeid og de legger resultatene ut på sine hjemmesider. I tillegg arbeider flere helseforetak med lokale undersøkelser, og med system for kontinuerlig tilbakemelding fra pasienter som har vært i kontakt med sykehuset.

Et av målene i oppdragsdokumentet for 2013 var at det skulle utarbeides en behandlingsplan for pasienter som skulle gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, og at planen skulle dokumenteres i journal. Helseforetakene har kommet ulikt i dette

arbeidet. Behandlingsplan er særlig utarbeidet for kreftpasienter og andre pasientgrupper som følges opp gjennom et planlagt pasientforløp.

#### *Kvalitetsforbedring*

Tjenester av god kvalitet er sentralt mål i oppdragsdokumentet. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Tabell 4.4 viser resultater på styringsparametrene i 2013 sammenliknet med 2012.

Tabell 4.3 Styringsparametre, kvalitet 2012<sup>1</sup>(pst.)

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Total	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd	90,7	90,8	91,6	92,2	92,4	91,6	91,2	91	91,6	91,4
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt	87,6	87,2	87,3	88,1	86,9	87,8	86,6	87,1	87,1	87,6
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag	86,3	85,9	86,7	86,7	86,8	86,8	87,3	86,9	86,5	86,6
30-dagers risikojustert totaloverlevelse	94,5	94,3	94,7	95	94,8	94,9	94,4	94,6	94,6	94,7

<sup>1</sup> Årlige tall, somatikk. Data beregnet for regionene inneholder også data for private institusjoner med avtale med det offentlige. Data for 2013 er ikke tilgjengelig før november 2014.

Kilde: <https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

Tallene i tabell 4.3 viser sannsynligheten (i pst.) for å overleve 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt, hjerneslag og lårhalsbrudd. I tillegg presenteres tall for total overlevelse. Tallene representeres her på regionsnivå.

Tabell 4.4 Styringsparametre, kvalitet 2013 (pst.)

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Total	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt) <sup>1</sup>	16,9	17,1	12,8	13	16,4	15,6	16,3	17	15,9	16
Andel epikriser sendt innen 7 dager (Mål: 100 %) <sup>1</sup>	86,8	87,7	77,5	83,2	<sup>2</sup>	99,6	76,9	78,5	82,9	85,3
Andel korridorpasienter (Mål: 0 %) <sup>1</sup>	1,9	1,5	2,2	2,1	0,6	0,9	1,8	1,2	1,8	1,5

<sup>1</sup> Data for andre tertial, somatikk.

<sup>2</sup> Helse Midt-Norge, Sykehuset Telemark og Oslo universitetssykehus (med unntak av Aker) har ikke rapportert grunnet tekniske utfordringer.

Kilde: <https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

Andelen keisersnitt varierer mellom regionene. I 2013 var totalt andel keisersnitt høyest i Helse Sør-Øst med 17,1 pst., og lavest i Helse Vest med 13 pst. At Helse Vest har en betydelig lavere andel keisersnitt sammenliknet med de andre helseregionene er gjennomgående også bakover i tid.

Epikrise er en oppdatert informasjon om sykehusoppholdet som sendes til andre deler av helsetjenesten for at pasienten skal få best mulig oppføl-

ging. Kort epikrisetid gir et mer helhetlig og kontinuerlig tilbud til pasientene. Ingen av regionene nådde målet om at alle epikriser skal være sendt innen syv dager i 2013. Andelen er høyest i Helse Midt-Norge med hele 99,6 pst. i andre tertial 2013. Alle regionene økte andelen utsendte epikriser innen syv dager fra 2012 til 2013. Helse Midt-Norge leverte ikke data i 2012 pga. tekniske problemer med å eksportere data fra elektronisk pasi-

entjournal til Norsk pasientregister, og har levert manuelt i 2013. De informerer om at elektronisk rapportering skal komme i orden i 2014.

Ingen av regionene har nådd målet om ikke å ha korridorpasienter, men andel korridorpasienter ble redusert fra 1,8 til 1,5 pst. på landsbasis fra 2012 til 2013. Helse Midt-Norge har lavest andel korridorpasienter (0,9 pst.). Helse Vest har høyest andel korridorpasienter med 2,1 pst.

Når det gjelder målet om at helseforetakene skal ha planer for implementering av sentrale anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer, er det også ulikt hvordan dette er fulgt opp. Få helseforetak har utarbeidet egne planer, men har i stor grad overlatt implementeringen til de enkelte fagmiljøene. Ved utarbeidelse av pasientforløp for ulike grupper av pasienter legges faglige retningslinjer til grunn for arbeidet.

Det er et mål at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbedringsarbeid, inkludert utarbeidelse av nasjonale kvalitetsindikatorer og oppfølging av sentrale anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer. I 2013 ble det satt som mål at nasjonale medisinske kvalitetsregistre leverer offentlig tilgjengelige årsrapporter basert på en felles mal. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord har på bestilling fra de regionale helseforetakene (interregionale styringsgruppe) utarbeidet en mal for årsrapport som ble tatt i bruk høsten 2013 for rapporteringsåret 2012. Mal for årsrapporten er utarbeidet med tanke på å vise hvilken nytte registeret har hatt for helsetjenesten, og hvordan registeret kan brukes til forbedring. Alle medisinske kvalitetsregistre som hadde nasjonal status i 2012 har levert årsrapport. Med unntak av enkelte kvalitetsregistre, primært i Helse Sør-Øst, bruker alle kvalitetsregistrene felles mal utarbeidet av nasjonalt servicemiljø. Helse Sør-Øst RHF har skissert tiltak for å få alle til å rapportere etter felles mal i 2014. De medisinske kvalitetsregistrene som fikk nasjonal status i 2013, vil rapportere etter felles mal fra og med 2014.

#### *Pasientsikkerhet*

Det er et mål å redusere antall uønskede hendelser og pasientskader i spesialisthelsetjenesten. En forutsetning for dette er åpenhet om risiko og uønskede hendelser, og at virksomheten arbeider systematisk med tiltak for å forebygge svikt på risikoområder. Ledere på alle nivåer har ansvar

for å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser, at ansatte opplever det trygt å melde, at hendelsene undersøkes og følges opp med tiltak ut fra et system- og læringsperspektiv, samt involverer og følger opp pasienter og pårørende på en god måte.

Styringsparametre for pasientsikkerhet:

- Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelser etter Global Trigger Tool-metoden (GTT), i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer (mål: 100 pst.)
- Prevalens av sykehusinfeksjoner

De regionale helseforetakene har levert på målene i oppdragsdokumentet.

Alle helseforetakene har kartlagt omfang av pasientskader i 2013 ved å gå gjennom et utvalg journaler i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer. I 13 pst. av pasientoppholdene som ble undersøkt, ble det funnet minst en utilsiktet fysisk skade.

Det er en nedgang fra 14 pst. i 2012 og 16 pst. i 2011. I 8 pst. av pasientoppholdene førte skaden til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Andelen var den samme i 2012, men er redusert fra 9 pst. i 2011. Hensikten med å gjøre journalundersøkelse med GTT-metoden er at ledere i helseforetakene skal kunne følge forekomsten av pasientskader i egen virksomhet over tid, og kunne sette i verk målrettede tiltak for å redusere pasientskader. Metoden kan ikke brukes for å kunne sammenlikne resultater mellom helseforetak. De nasjonale estimatene er utarbeidet for å følge utviklingen på nasjonalt nivå i pasientsikkerhetskampanjen. Kartlegging av pasientskader videreføres i 2014 som del av nasjonalt program for pasientsikkerhet.

Det er i regi av pasientsikkerhetskampanjen utarbeidet 12 tiltakspakker på risikoområder i helse- og omsorgstjenesten, samt ledelse. Departementet har satt som mål at alle sykehus og helseforetak implementerer alle tiltakspakkene i kampanjen og rapporterer egne resultater. De regionale helseforetakene rapporterer i årlig melding at alle helseforetakene er godt i gang med å implementere tiltakspakkene for sykehus, men at implementeringen er kommet noe ulikt på de ulike områdene. Implementering av tiltakspakkene videreføres i nasjonalt program for pasientsikkerhet, og de regionale helseforetakene melder at arbeidet med implementering vil fortsette med full tyngde i 2014. Helse Vest og Helse Midt-Norge har organisert arbeidet gjennom regionale program for pasientsikkerhet.

Helseforetakene har i 2013 arbeidet med å gi informasjon om uønskede hendelser og pasientskader på egnet måte. Alle de regionale helseforetakene melder at egne helseforetak offentliggjør hendelser som er meldt til Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Enkelte foretak legger ut alle meldte hendelser på nett, mens andre legger ut utvalgte hendelser. Kun enkelte helseforetak har tilrettelagt for offentliggjøring av egne resultater fra journalundersøkelsen etter GTT-metoden. Resultatene er likevel stort sett offentlig tilgjengelige ved at resultater fra kampanjen og pasientska-deundersøkelsen rapporteres til ledelse og styre.

Det er et mål å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner. Måling av forekomst gjennomføres hvert halvår av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Landsgjennomsnittet for forekomst av sykehusinfeksjoner var 5,1 pst. høsten 2013. Andelen varierte fra 4,7 pst. til 6,2 pst. mellom de fire regionale helseforetakene. Helse Vest hadde høyest andel, mens Helse Sør-Øst hadde lavest andel. Resultatet våren 2013 var 4,8 pst., og dette er den laveste siden undersøkelsene startet i 2002.

#### *IKT og medisinskteknisk utstyr*

De regionale helseforetakene har i 2013 arbeidet med regional konsolidering av IKT-løsningene i sykehusene. Videre har de regionale helseforetakene bidratt i de nasjonale prosjektene på e-helseområdet, som bl.a. e-resept, kjernejournal, helsenorge-portalen, elektronisk meldingsutbredelse og helse- og kvalitetsregistre. De regionale helseforetakene arbeider med å ta i bruk etablerte løsninger for elektronisk meldingsutveksling i 2014.

#### *System for innføring av nye metoder*

Fra 2013 er systemet for innføring av nye metoder og ny teknologi etablert i spesialisthelsetjenesten. Systemet forutsetter at det skal utføres en metodevurdering som beskriver nytte, effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av en ny metode, teknologi eller legemiddel før det tas beslutning om den nye metoden skal tas i bruk eller ikke. Metodevurderingene utføres på lokalt eller nasjonalt nivå. De regionale helseforetakene er en av hovedaktørene i systemet, og ivaretar rollen som bestiller av metodevurderinger og rollen som beslutningstaker når det gjelder hvilke metoder som skal innføres i spesialisthelsetjenesten. For å understøtte systemet skal de regionale helseforetakene etablere en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder og ny teknologi.

Alle de regionale helseforetakene har deltatt i den nasjonale arbeidsgruppen som har som oppgave å utvikle elementene i systemet gjennom en helhetlig tilnærming. De regionale helseforetakene har videre i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten etablert de regionale helseforetakenes bestillerforum, Bestillerforum RHF. Bestillerforumet har ansvaret for å bestille metodevurderinger basert på innkomne forslag. Beslutninger om ev. innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten etter gjennomførte nasjonale metodevurderinger skal fattes innenfor eksisterende beslutningsstrukturer i de regionale helseforetakene. Disse beslutningene skal koordineres med Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer. Innholdet i beslutningsprosessen og kriteriene for beslutninger er utarbeidet av og styrebehandlet i de regionale helseforetak. Beslutningen om innføring av nye metoder tas i de regionale helseforetakenes beslutningsforum. Alle regionale helseforetak, med unntak av Helse Nord RHF, har etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av lokale metodevurderingen, såkalte minimetodevurderinger, i form av regionale kompetansemiljøer. I løpet av 2013 ble det sendt inn to minimetodevurderinger til Kunnskaps-senterets database.

#### *Samhandlingsreformen*

Målet i samhandlingsreformen er at alle innbyggere skal ha et helhetlig og sammenhengende helsetilbud på rett nivå, av høy kvalitet som er tilpasset den enkeltes behov. Alle de regionale helseforetakene er i prosess for å utarbeide planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester. Kommuner og helseforetak samarbeider om etableringen av øyeblikkelig hjelp døgnopphold som et alternativ til sykehusinnleggelse. Det pågår et kontinuerlig arbeid rundt opprettelsen av nye øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene. I Finnmark inngår dette i sykestuene, og det er ikke etablert nye plasser i fylket. Det er et pågående arbeid i alle helseforetakene for å vurdere om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet.

#### *Kreftbehandling*

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle aktører på kreftområdet. Høy kvalitet og kom-

petanse 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 (2013–2017) skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter.

Det er fastsatt målsettinger for forløpstider, og disse har vært viktige for å identifisere flaskehalser, bedre logistikk og forbedre pasientforløp. Selv om det ofte er medisinsk forsvarlig å bruke mer enn 20 virkedager på oppstart av behandling, så er det viktig for pasientens opplevelse å få en raskest mulig avklaring av ev. diagnose og behandling. Normtiden er at vurdering av henvisning skal skje innen 5 virkedager, oppstart utredning innen 10 virkedager og oppstart behandling innen 20 virkedager. Målsettingen er at normtiden skal overholdes for 80 pst. av kreftpasientene, og at dette legges til grunn i rapporteringen til departementet. Begrunnelsen er at ingen pasienter er

helt like og symptomene vil variere fra pasient til pasient.

Styringsparametre:

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

Resultatene fra første tertial 2014 viser at flere pasienter med lungekreft og tykktarmskreft får behandling innen 20 dager sammenliknet med samme periode i 2013, mens det er en liten nedgang for behandling av brystkreft. Det er små endringer for landet som helhet fra første tertial 2013 til første tertial 2014. Landsgjennomsnittet for brystkreft i første tertial 2014 er 53,9 pst., for tykktarmskreft 58,6 pst. og for lungekreft 38 pst. Det er stor variasjon i disse resultatene. Mange sykehus gir over 80 pst. av brystkreftpasientene behandling innen 20 virkedager. Tallene viser også at sykehusene må prioritere raskere og mer effektiv utredning og diagnostisering.

Tabell 4.5 Andel pasienter med behandling innen 20 virkedager (pst.)

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Tykktarmskreft	53,4	55,2	50,5	64,4	58,1	65,0	45,6	62,7	52,4	58,6
Lungekreft	31,4	31,6	48,7	42,6	40,5	41,9	42,2	52,7	37,4	38,0
Brystkreft	61,1	49,9	62,2	51,4	74,1	67,8	73,3	63,8	64,3	53,9

Basert på første tertialtall fra Norsk pasientregister.

Sykehusene skal oppnevne en egen kontaktperson som skal bidra til at kreftpasienter får nødvendig informasjon om behandlingsforløp, rettigheter og ventetider, og som bidrar til å koordinere forløpet for pasienten. Mange sykehus har opprettet egne kreftkoordinatorstillinger, og flere sykehus arbeider med å få slike stillinger på plass. Bruk av kreftkoordinatorer er et viktig tiltak i Nasjonal kreftstrategi 2013–2017.

Det blir gjennomført stadig flere primære rekonstruksjoner av bryst og det er bygd opp robuste fagmiljøer ved flere helseforetak. Ved primær rekonstruksjon gjenoppbygges et nytt bryst i samme inngrep som brystet fjernes, enten ved at det benyttes en protese, eller pasientens eget vev. Ventetiden for brystrekonstruksjon er redusert betydelig, særlig i Helse Sør-Øst, og flere pasien-

ter enn tidligere har fått tilbud om behandling. De fleste helseforetak har ikke ventetid utover ventetid som er anbefalt ut fra medisinske forhold. Rapporteringen fra de regionale helseforetakene per 1. mai 2014 viser en nedgang i antall kvinner som venter på brystrekonstruksjon. Per 1. mai 2014 ventet om lag 760 kvinner på operasjon med protese eller eget vev, sammenliknet med 1 400 kvinner per 1. mai 2012 og 913 kvinner på samme tidspunkt i 2013. Rapporteringen viser at de regionale helseforetakene samlet forventer å operere om lag 1 325 kvinner i løpet av hele 2014, sammenliknet med et måltall på 850 operasjoner for 2013.

Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF fikk i 2013 i oppdrag å sette i verk en pilot med tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand og mistanke om kreft eller annen alvorlig

sykdom. I 2014 er det stilt krav om at det etableres minst ett tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand i hver helseregion. Det ble åpnet diagnosesenter på Universitetssykehuset Nord-Norge i desember 2013 og på Akershus universitetssykehus i mars 2014. Helse Sør-Øst vurderer å etablere ytterligere ett til to diagnosesentre. I Helse Vest er det første diagnosesenteret planlagt etablert ved Helse Bergen i løpet av 2014. Helse Midt-Norge etablerte et diagnosesenter ved St. Olavs Hospital i september 2014.

Som følge av Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013) ble det gitt tilskudd på 10 mill. kroner til etablering av prostatasentre i 2013. Tilskuddet ble videreført med 15,5 mill. kroner i 2014. Helse Sør-Øst har gitt tilskudd til opprettelse av prostatasentre ved Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus. Disse tre kommer i tillegg til et etablert prostatasenter ved Oslo universitetssykehus. Helse Midt-Norge har etablert et prostatasenter ved St. Olavs Hospital. Helse Vest og Helse Nord har planlagt etablering av prostatasentre i løpet av 2014.

Det er etablert tilbud om pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, bl.a. lavterskel trenings- og aktivitetssentre (pusterom) og vardecentre ved mange helseforetak, og flere tilbud er under planlegging og etablering.

#### *Behandling av hjerneslag*

For 2013 ble det satt som mål at 20 pst. av pasientene med hjerneinfarkt under 80 år får trombolyse. På landsbasis fikk 17,3 pst. av pasienter innlagt med akutt hjerneinfarkt trombolysbehandling i tredje tertial 2013 ifølge tall fra Norsk Pasientregister/Helsedirektoratet. Dette er en økning fra 10,4 pst. i samme tertial 2012. Det var store regionale forskjeller. I Helse Sør-Øst fikk 19,8 pst. av de aktuelle pasientene trombolysbehandling, i Helse Vest 18,6 pst., i Helse Midt-Norge 10,9 pst. og i Helse Nord 10,6 pst.

#### *Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer og annen avhengighetsbehandling (TSB)*

Selv om tjenestene innen det psykiske helsevernet og TSB i økende grad samorganiseres og samlokaliseres, er det nødvendig å fortsette denne utviklingen. Dette ble også fastsatt som et overordnet mål for de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentene for 2013. «Distriktpsychiatriske sentre er lagt til grunn som nøkkelstruktur

for videre utvikling av spesialisthelsetjenester ved rus og avhengighetslidelser der lokale forhold tilsier det.» En slik utvikling vil understøtte at pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser får et helhetlig og sammensatt tilbud fra spesialisthelsetjenesten – tilpasset de behovene pasientene har. I tillegg vil et behandlingsresultat til beste for den enkelte rusavhengige også være avhengig av et godt samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene.

I 2013 ble de regionale helseforetakene bedt om følgende:

- å etablere tilbud om lavterskel-lar for den mest hjelpetrengende gruppen opiatavhengige med sammensatte sykdommer – i samarbeid med kommunene
- å etablere brukerstyrte plasser innen TSB

Begge disse tiltakene er etablert i alle helseregionene.

I 2013 ble det gjennomført en landsdekkende brukerundersøkelse innen døgninstitusjonene innen TSB. Det er første gang en slik undersøkelse er blitt gjennomført, og svarprosenten var 91. Undersøkelsen viste at de fleste pasientene var tilfreds med oppholdet og at de hadde stort utbytte av behandlingen. I tillegg oppga de aller fleste at de var blitt møtt på en god måte av behandler/personalet. Samtidig oppga mange at de måtte vente lenge før oppstart av behandlingen. Videre oppga de fleste at de i liten grad hadde fått hjelp med psykiske og fysiske plager. I tillegg oppga de fleste at de hadde fått mangelfull hjelp fra institusjonen med å forberede seg til utskrivning og oppfølging etter endt opphold.

Det legges opp til at det årlig skal gjennomføres brukerundersøkelser ved døgninstitusjoner innen TSB. Undersøkelsen understreker behov for å i større grad hjelpe pasienter med sammensatte lidelser til å forberede utskrivning – i samarbeid med kommunene.

Samdata 2013 viser at personellressursene er styrket gjennom økt kompetanse de siste 5 år. Andel årsverk med høyskole/universitetsutdanning er 70 pst. i 2013, mot 62 pst. i 2009. En tredel av årsverkene hadde spesialisering eller videreutdanning innen psykisk helsearbeid/rusproblematikk sammenliknet med en fjerdedel i 2009. Antall døgnplasser økte fra 2008 til 2011, men i de to siste årene har veksten i antall døgnplasser stoppet opp. Den offentlige tjenesten har vært preget av omorganiseringer og nyetablering av rusposter ved helseforetak som tidligere manglet døgn-tjeneste innen TSB, og samlet sett har antall døgnplasser økt. De avtalte døgnplassene med private

behandlingsenheter i 2013 ligger på samme nivå som i 2008, og i alt 55 pst. av døgnplassene er ved private avtaleinstitusjoner. Etter en svak nedgang i antall døgnplasser fra 2011 til 2012 er det en svak økning i antall døgnplasser fra 2012 til 2013. Døgnplasskapasiteten økte. I 2013 var det om lag 570 000 oppholdsdøgn i TSB, dvs. en nedgang på 2 pst. fra 2012. For 2013 var det i alt 360 661 polikliniske konsultasjoner, dvs. en økning på 3 pst. fra 2012.

Regjeringen ønsker å styrke det døgnbaserte tilbudet innen TSB og sier i den politiske plattformen at den raskt vil utvide og kjøpe ledige plasser for rusbehandling. I løpet av 2014 vil de regionale helseforetakene ha inngått avtaler med private ideelle institusjoner om 200 nye døgnplasser der også langtidsplasser er inkludert.

Helsedirektoratet har i 2014 publisert de første kvalitetsindikatorerne på TSB, bl.a. epikrise-tid ved utskrivning fra døgnbehandling, fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp og registrert hovedtilstand for pasienter innen TSB.

I 2014 skal det være høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Målene er satt i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene i 2014. Rapportering på dette vil foreligge i årlig melding for 2014.

#### *Psykisk helsevern*

I overkant av 136 000 voksne fikk behandling i psykisk helsevern i 2013. Det er en økning på 4,4 pst. fra 2012. I psykisk helsevern for voksne reduseres døgnbehandling og dagbehandling, mens poliklinisk behandling fortsetter å øke. Om lag 80 pst. av driftsutgiftene går til døgnbehandling og 20 pst. til ambulante tjenester, poliklinikk og samhandlingstiltak. I 2012 gikk 59 pst. av ressursene til sykehus og 41 pst. til DPS-sektoren. Det innebærer at omstillingen mellom sykehus og DPS går saktere enn ønsket. Ventetidene til psykisk helsevern for voksne har i en årrekke ligget rundt 55 dager. Andel fristbrudd er sterkt redusert.

55 300 barn og unge fikk behandling i 2013, som er en nedgang på 0,5 pst. fra 2012. Nedgangen gjelder hovedsakelig Helse Nord. Behandlingstilbudet for barn og unge gjelder i hovedsak poliklinisk behandling. Ventetidene for barn og unge er redusert de siste årene og er i underkant

av 60 dager. Andel fristbrudd er markant redusert de siste årene.

På landsbasis fikk 4,9 pst. av alle under 18 år behandling i psykisk helsevern. Dette nivået tilsvarer tidligere år. Omtrent halvparten av pasientene som fikk behandling innen psykisk helsevern for barn og unge er over 13 år.

Omstillingen i retning av et mer desentralisert psykisk helsevern med etablering av akutt døgnberedskap ved DPS var et sentralt styringskrav for 2013. Data for 2012 tyder på manglende sammenheng i omstillingen da aktiviteten øker sterkt i DPS som ønsket, mens tilgangen på nye psykiatere i sin helhet gikk til sykehusavdelingene. Data for 2013 foreligger høsten 2014.

De fleste DPS har etablert akuttfunksjoner, men få har organisert tjenesten på døgnbasis. Fortsatt har mange ambulante akutteam kort åpningstid. Styringskravet for 2013 er delvis innfridd.

For å sikre kvalitet i utredning og behandling i akutteamene er det for 2013 stilt krav om at lege- og psykologspesialister inngår i teamene. Data for 2012 viser at et fåtall team har psykiater. Mange mangler også psykolog. Data for 2013 foreligger høsten 2014.

For 2013 er det stilt styringskrav om en reduksjon i antall tvangsinnleggelses og tvangsbehandling på 5 pst. Med forbehold om datakvalitet viste data for 2012 en svak nedgang i antall tvangsinnleggelses sammenliknet med 2011. Data for 2013 foreligger høsten 2014. Det er fortsatt store forskjeller mellom helseregionene, innad i helseregionene og mellom helseforetak når det gjelder bruk av tvang og tvangsmidler i psykisk helsevern.

Innen psykisk helsevern for voksne rapporterer mange enheter komplette data av god kvalitet mens andre har alvorlige mangler i rapporteringen. Det er store variasjoner mellom helseforetakene, og også mellom enheter innen samme helseforetak. Helsedirektoratet mener likevel at tallene som legges fram for 2013 gir et riktig bilde av aktivitetsnivået. I regi av Helsedirektoratet og i samarbeid med de regionale helseforetakene er det nedsatt en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag for mer korrekt og enhetlig registrering av data. Arbeidsgruppen skal slutføre sitt arbeid og skal rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av høsten 2014.

Samisk nasjonal kompetansetjenester for psykisk helsevern og rus (Sanks) i Finnmarkssykehuset er fra januar 2014 godkjent som en nasjonal kompetansetjeneste.



### *Habilitering og rehabilitering*

I oppdragsdokument for 2013 ble det satt som mål at de regionale helseforetakene har lagt Helsedirektoratets modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet. Rapport IS-1947 gir en avklaring av ansvars- og oppgavedelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Rapporten ble utarbeidet på bakgrunn av samhandlingsreformen der kommunene skal få en sterkere rolle. De regionale helseforetakene rapporterer at nevnte rapport legges til grunn i videre utvikling av rehabiliteringsfeltet. Dette gjelder også ved kjøp av tjenester fra private leverandører.

### *Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati*

I oppdragsdokumentet for 2013 ble det satt som mål at det er iverksatt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME. Behandlingstilbudet og kunnskapsgrunnlaget er styrket, men det rapporteres om behov for ytterligere styrking av kunnskapsgrunnlaget, utvikling og iverksetting av konkrete tiltak. En forskningsstudie med bruk av kreftmedisinen Rituximab vil starte opp høsten 2014. Det er planlagt en studie med inklusjon av 140 pasienter, hvorav 50 pst. av disse vil få narremedisin (placebo). Studien vil gjennomføres som en multisenterstudie der alle helseregionene deltar og er finansiert av bl.a. Norges forskningsråd og gjennom Helse Vest RHF.

### *Fødselsomsorg*

Målet er høy kvalitet og dette måles gjennom redusert andel fødselsrifter. Det har vært en reduksjon i andelen kvinner som får alvorlige fødselsrifter de senere årene fra om lag 4 pst. rundt år 2000 til i overkant av 2 pst. i 2013. Denne bedringen kan i stor grad tilskrives bedre fødsels hjelp og mer skånsom forløsning av hodet. Helse Nord skiller seg fra de andre regionene med lavest andel på 1,7 pst. og uendret fra 2012. Helse Midt-Norge (2,3 pst.), Helse Sør-Øst (2,2 pst.) og Helse Vest (2 pst.) ligger stabilt i forhold til resultatet for 2012.

### *Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling*

Det er god kompetanse og gode rutiner for å ivareta barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling ved regionsyke-

husene, noe mer variabelt ved øvrige helseforetak der tilbudet er under oppbygging. I Helse Sør-Øst ble det etablert en regional kompetansetjeneste i 2013. Helse Midt-Norge RHF vurderer en regional funksjon.

### *Kjeveleddsdysfunksjon*

Oppdragsdokumentet for 2013 satte som mål at det er gitt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdysfunksjon (TMD) som er vurdert og utredet ved det tverrfaglige tilbudet i Helse Bergen. Alle de regionale helseforetakene rapporterte at pasientene i deres opptaksområde ble henvisst til utredning og ev. behandling ved tilbudet i Helse Bergen i 2013. Tiltaket med tverrfaglig utredningstilbud til pasienter med alvorlig TMD er rettet til pasienter over hele landet og er et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene. Prosjektet skal evalueres.

### *Livsstilsrelaterte tilstander*

I oppdragsdokumentet 2013 ble det satt som mål at helseforetakene skulle etablere en ernæringsstrategi. I Helse Midt-Norge har alle helseforetak en strategi. I de øvrige helseregionene er det ett helseforetak i hver region som har nådd målet. I de øvrige helseforetakene arbeides det målrettet i tråd med faglige retningslinjer og Kosthåndboken, og det forventes at målet vil være nådd i løpet av 2014.

Da det var svært varierende ventetid for fedmekirurgi ved sykehusene, satte departementet som mål i 2013 at kapasiteten på dette området skulle økes. Helse Sør-Øst og Helse Vest har økt kapasiteten, mens det har vært en nedgang i operasjoner i de to andre helseregionene. Dette skyldes mangel på personell til utredning før operasjon, mangel på kirurger og manglende kapasitet på operasjonssaler. Regionale helseforetak rapporterer at de vil iverksette tiltak for å nå målet i løpet av 2014.

Det ble satt som mål at helseforetakene skal rapportere data om skader og ulykker til Norsk pasientregister i 2013. Dette for å få mer kunnskap om skader og ulykker som kan forebygges. Det mangler fortsatt en del på registreringene. En arbeidsgruppe, ledet av Helsedirektoratet, arbeider for bedre skadedata.

### *Helseberedskap*

De regionale helseforetakene fikk i 2013 i oppdrag å oppdatere sine beredskapsplaner og tilpasse

disse erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser. Felles trening og øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner har også vært et mål. Rapporteringen viser at regionene og helseforetakene har gjennomgått og oppdatert sine beredskapsplaner. Alle regioner har planlagt og gjennomført felles øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner. Flere steder meldes det om omfattende øvingsaktivitet i 2013.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2013 en kartlegging av sykehusenes intensivkapasitet og bruk av respiratorer ved økt belastning, f.eks. som følge av en influensaepidemi eller pandemi. Kartleggingen viste variasjon i hvor godt forberedt sykehusene er på å møte en situasjon med betydelig økt pasienttilstrømming. Det er avdekket utfordringer når det gjelder samordning og koordinering lokalt og mellom regioner. De regionale helseforetakene ble derfor i revidert oppdragsdokument 2013 bedt om å gjennomgå planer og gjennomføre øvelser for å sikre en god beredskap ved ev. krisesituasjoner. Samtlige regioner har startet arbeidet med gjennomgang av sine planer og har enten gjennomført eller planlegger øvelser. Helsedirektoratet skal i samarbeid med de regionale helseforetakene innhente status for de områder som gjenstår ved ev. krisesituasjoner i sykehusene, regionene og mellom regionene.

#### *Utdanning*

Overordnede mål er bl.a. å sikre tilstrekkelig helsepersonell med riktig kompetanse for å ivareta gode og trygge tjenestetilbud, og ha en god utnyttelse av personellressursene. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring skal støtte opp under samhandlingsreformen. Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjonene skal utnyttes på en god og kraftfull måte i samsvar med utviklingen av tjenestetilbudet.

Mål for 2013 var effektiv tilsettingsprosess for turnusleger og at antall turnusplasser for fysioterapeuter skal øke. Turnustjenesten for leger ble endret 1. desember 2012 og lagt om til en søknadsbasert ordning. Søknung og tilsetning av nyutdannede leger skjer av arbeidsgivere ved bruk av en webbasert portal som er etablert for formålet. Rapporteringen viser at de regionale helseforetakene har oppnådd målet om effektive tilsettingsprosesser for turnusleger. Utlysninger og tilsettinger er gjennomført i samarbeid med aktuelle kommuner og i tråd med fastsatte føringer fra Helsedirektoratet. De regionale helseforetakene har økt antall turnusplasser for fysioterapeuter noe, men

viser til at fagmiljø og veiledningskompetanse gjør det utfordrende å tilby flere plasser. Et annet mål for 2013 var at helseforetakene skulle bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet. Helseforetakene arbeider med dette kravet bl.a. som ledd i oppfølgingen av samarbeidsavtalene med kommunene. Det legges vekt på å etablere strukturer for kompetanseutveksling slik at tilbudene etableres ut fra behov innmeldt fra kommuner og helseforetak i fellesskap, og hvor utdanningsinstitusjonene også er med. Det understrekes at kunnskapsoverføring, kompetansebygging og informasjonsutveksling er en gjensidig oppgave, der det satses på faglige nettverk, ambulant virksomhet, hospiteringsordninger og konkrete samarbeid om felles kurs og konferanser. Det er likevel en erkjennelse at det fortsatt er mye å hente på å utvikle og styrke et tett faglig samarbeid mellom kommuner og helseforetak, der en spesielt løfter fram felles fagområder som geriatri, nevrologi og psykisk helse.

#### *Forskning*

De regionale helseforetakene har levert på alle mål i oppdragsdokumentet for 2013, med unntak av målsetningen om felles retningslinjer for fordeling av ansvar og finansiering ved gjennomføring av kliniske studier der flere regioner deltar. Arbeidet er påbegynt og sluttføres i 2014. Videre har Helse Midt-Norge og Helse Nord ikke fullt ut nådd målsetningen om å etablere insentiv- og/eller støttesystemer for å øke omfanget av søknader til EUs rammeprogram for forskning, begge har imidlertid lagt planer for etablering av slike i 2014.

Det er en økning på 10 pst. i publiseringspoeng fra 2012 til 2013. Det ble registrert 3 255 vitenskapelige artikler fra helseforetakene i 2013 av totalt 15 890 vitenskapelige artikler publisert i universitets-, høyskole-, institutt- og helsesektoren og rapportert inn 340 avlagte doktorgrader, som er en liten nedgang fra rekordåret 2012. Helse Sør-Øst hadde en andel på 59,1 pst. av publiseringspoengene, etterfulgt av Helse Vest med 23,1 pst., Helse Midt-Norge 9,9 pst. og Helse Nord 7,9 pst. I forbindelse med endringer i forskningsindikatoren gjennomført i 2013, ble det for første gang på bakgrunn av 2013-tallene gitt uttelling for tildeling av finansiering fra Norges forskningsråd og EU. Beregningen inngår i de endelige forskningspoengene, sammen med publiseringspoengene. Helse

Sør-Øst hadde en andel på 60 pst. av de totale forskningspoengene, etterfulgt av Helse Vest med 22,1 pst., Helse Midt-Norge med 9,2 pst. og Helse Nord med 8,7 pst.

I 2013 hadde 45,4 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap (mål: over 40 pst.) og 22,3 pst. var publisert i ledende tidsskrifter (mål: over 20 pst.), jf. tabell 4.6.

Tabell 4.6 Internasjonalt medforfatterskap og publisering i ledende tidsskrifter, høyeste nivå i målesystemet (pst.)

	2013		2012	
	Int.	Nivå 2/2a	Int.	Nivå 2/2a
Helse Sør-Øst	45,5	24,4	43,1	22,5
Helse Vest	48,8	22,3	48,4	23,4
Helse Midt-Norge	36,9	19,8	32,9	21,3
Helse Nord	40,9	22,4	43,2	19,9
Totalt	45,5	22,3	43,7	21,9

Det er samlet sett en klar økning i andelen av forskningen som er internasjonalt sampublisert. Andelen artikler i ledende tidsskrifter har økt fra de foregående år, til tross for at det fra og med 2011 er et større antall tidsskrifter som inngår i målingen.

Det var forskningsaktivitet ved alle helseforetak. Universitetssykehusene stod for 82 pst. av rapporterte driftskostnader til forskning og 80 pst. av forskningsårsverkene i sektoren. Hovedtyngden av forskningen er pasientrettet forskning for å utvikle ny diagnostikk og behandling, og for å kvalitetssikre behandlingstilbudet. Den totale ressursbruken til forskning inkl. personell, infrastruktur og eksterne finansieringskilder i de regionale helseforetakene tilsvarte om lag 2,6 pst. av totale driftskostnader i 2013, mot 2,5 pst. i 2012. Av forskningsmidlene gikk om lag 13 pst. til psykisk helseforskning og 1,4 pst. til rusforskning.

Det er fortsatt et potensial for å øke omfanget av søknader til Norges forskningsråd og EUs rammeprogram for helseforskning. For å øke omfanget av søknader fra helseforetakene til EUs rammeprogram for forskning er det i to av de regionale helseforetakene etablert insentiv- og/eller støttesystemer, i de to øvrige helseregionene er det lagt planer for 2014 om å etablere slike. Samtlige regionale helseforetak samarbeider med universitetene i regionen om dette tiltaket.

For første gang har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport som beskriver forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten Forskning og innovasjon til pasientens beste, Fellesrapport fra spesialisthelsetjenesten 2013. De regionale helseforetakene har i sam-

beid utarbeidet retningslinjer for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser og lagt utkast til en plan for implementering av disse. Arbeidet ferdigstilles i 2014.

Videre er det utarbeidet en rapport i samarbeid med Norges forskningsråd og CRISTin (Current Research Information System In Norway) om videreutvikling av klassifiseringssystemet for helseforskning (Health Research Classification System).

Det er påbegynt et arbeid med å utvikle retningslinjer for fordeling av ansvar og finansiering ved gjennomføring av kliniske studier der flere regioner deltar. Arbeidet sluttføres i 2014 og er forankret i forskningsinfrastrukturnettverket for kliniske studier, NorCRIN. De regionale helseforetakene har i 2013 gjennom ulike aktiviteter støttet opp om det nordiske samarbeidet om kliniske studier, Nordic Trials Alliance. Fra Helse Midt-Norge deltar eksempelvis flere forskere i arbeidsgrupper initiert av samarbeidet og regionen har en klinisk studie tilknyttet samarbeidet.

Alle de fire regionale helseforetakene har iverksatt tiltak for å øke forskning på pasientsikkerhet. Det er lyst ut midler til forskning på pasientsikkerhet. I Helse Vest er det også lyst ut stimuleringsmidler for forskning på kvalitetsregistre, og Helse Sør-Øst RHF er i dialog med et helseforetak om å opprette et kompetansemiljø for forskning på pasientsikkerhet. Alle de regionale helseforetakene har tildelt midler til samhandlings- og tjenesteforskning iht. krav i oppdragsdokumentet.

Statens helsetilsyn fører tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av

forskningsbiobanker ved helseinstitusjoner, universiteter, høyskoler og andre forskningsinstitusjoner. Det ble i 2013 behandlet to tilsynssaker om medisinsk og helsefaglig forskning, det ble ikke funnet brudd på helseforskningsloven i noen av sakene.

#### *Innovasjon*

De regionale helseforetakene har levert på alle tre målsetninger i oppdragsdokumentet for 2013. Det har vært en betydelig innovasjonsaktivitet i sykehusene. Rapporten Forskning og innovasjon til pasientens beste, Fellesrapport fra spesialisthelsetjenesten 2013 presenterer innovasjonsprosjekter og nasjonale nøkkeltall for innovasjonsaktiviteten. Det har vært en økning i antall gjennomførte bedriftsetableringer, antall undertegnede lisensavtaler, antall kommersialiseringsprosjekter i arbeid og antall forskningsbaserte forretningsideer vurdert som interessante fra 2012 til 2013. I 2013 ble det inngått en historisk lisensavtale mellom Sørlandet sykehus, teknologioverføringskontoret Inven2 og farmasiselskapet Merck etter en oppdagelse gjort av tre kreftleger ved sykehuset.

De regionale helseforetakene har videreført Nasjonal samarbeidsavtale og tiltaksplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Mht. etablering av en nasjonal database for innovasjonsindikatorer er dette arbeidet i samråd med departementet satt på vent mens det er pågår en utvikling av en innovasjonsindeks for helseforetakene. De regionale helseforetakene har utarbeidet en veileder for før-kommersielle anskaffelser som oppfølging av rapporten Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten, gjennom offentlige anskaffelser fra 2012.

#### *Økonomi og investeringer*

God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Tidligere negative resultater har ført til redusert egenkapital og bruk av driftskreditter. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2013 hatt en tett oppfølging av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har rapportert til departementet hver måned på økonomisk resultat, likviditet, aktivitet, bemanning og sykefravær, samt tertialvis på kontantstrøm og investeringer. Rapporteringen følges opp i møter mel-

lom departementet og de regionale helseforetakene.

Det ble i felles foretaksmøte i januar 2013 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle gå i økonomisk balanse i 2013, samt at det ble satt et tak for bruk av driftskreditt. Dette innebærer at drift og investeringer ved de regionale helseforetakene må håndteres innenfor bevilget ramme. Samtidig ble det tatt følgende forbehold:

«Foretaksmøtet viste til at de regionale helseforetakene i utgangspunktet må håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader. Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2013 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. Dersom det viser seg at det blir større endringer i forhold til det kostnadsnivået som er lagt til grunn i Prop. 1 S (2012–2013), vil det bli tatt stilling til om det er grunnlag for forslag om endringer i bevilgningen.»

Endelig beregning av pensjonskostnader for 2013 ga en kostnadsreduksjon på 100 mill. kroner. Ved Stortingets behandling av Prop. 12 S (2013–2014) Endringer i statsbudsjettet under Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Innst. 72 S (2013–2014), ble helseforetakenes basisbevilgning redusert i tråd med kostnadsreduksjonen på 100 mill. kroner. Styringskravet for 2013 om økonomisk balanse ble således opprettholdt.

I perioden 2002–2013 er det akkumulerte korrigerede regnskapsmessige underskuddet på 4,1 mrd. kroner og det akkumulerte ordinære regnskapsmessige årsresultatet minus 14,4 mrd. kroner for de regionale helseforetakene. Forskjellen mellom resultatbegrepene skyldes unntak for regnskapsmessige avskrivninger, som var høyere enn bevilgningen til gjenanskaffelse av bygg og utstyr på 10,3 mrd. kroner i perioden 2003–2007. Økte pensjonskostnader på til sammen 4,8 mrd. kroner ble unntatt fra resultatkravet i perioden 2006–2008 og i sin helhet kompensert i 2010.

Tabell 4.7 Akkumulert resultat 2002–2013

Akkumulert regnskapsmessig underskudd	14,4 mrd. kr
Unntak for udekkede regnskapsmessige avskrivninger	10,3 mrd. kr
Akkumulert korrigert resultat	4,1 mrd. kr

Årsregnskapene for 2013 ble godkjent i foretaks-møter i mai 2014. Alle helseregioner oppnådde positive økonomiske resultater, og for femte år på rad etter at staten overtok eierskapet for spesialisthelsetjenesten, ble det et positivt resultat for de regionale helseforetakene samlet sett. Det ble i 2013 et samlet positivt avvik fra resultatkravet på

1 906 mill. kroner. Dette er noe høyere enn i 2012 og forklares hovedsakelig med resultatforbedring i Helse Sør-Øst. De positive resultatene de senere årene må ses opp mot tidligere års underskudd og investeringsbehovene i årene framover. Helse Vest kan nå vise til et samlet positivt avvik i forhold til styringskravet for perioden 2002 til 2013.

Tabell 4.8 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2013 (mill. kr)

	Helse Sør	Helse Øst	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
2002	-514	97		-313	24	-120	-826
2003	-697	-29		-524	-461	-262	-1 973
2004	-779	58		-531	-498	-175	-1 925
2005	-498	42		-182	-572	-165	-1 375
2006 <sup>1</sup>	-307	-15		-405	-711	-433	-1 870
Perioden 2002–2006	-2 795	153	-2 642	-1 955	-2 218	-1 154	-7 969
2007 <sup>2</sup>			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
2008 <sup>3</sup>			-425	-141	86	-221	-700
2009 <sup>4</sup>			-157	156	214	100	312
2010 <sup>5</sup>			172	436	548	112	1 267
2011 <sup>4</sup>			-478	455	417	373	766
2012 <sup>4</sup>			211	565	524	437	1 737
2013 <sup>4</sup>			483	648	286	488	1 906
Akkumulert			-3 923	74	-153	-129	-4 130

<sup>1</sup> For 2006 vises korrigert årsresultat justert for økte pensjonskostnader på til sammen 1 mrd. kroner som ble unntatt fra balansekravet.

<sup>2</sup> For 2007 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål der det samlede ordinære årsresultatet ikke skulle være større enn -1,4 mrd. kroner. I tillegg er økte pensjonskostnader på til sammen 3,26 mrd. kroner unntatt fra dette resultatkravet.

<sup>3</sup> For 2008 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål der 600 mill. kroner i økte pensjonskostnader ble unntatt fra et opprinnelig krav til økonomisk balanse.

<sup>4</sup> For 2009, 2011, 2012 og 2013 vises ordinært regnskapsmessig resultat ettersom eiers styringsmål var et årsresultat i balanse.

<sup>5</sup> For 2010 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål om et positivt resultat på samlet 4,8 mrd. kroner.

Det positive resultatet i 2013 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 64 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 146 mill. kroner. Slike nedskrivninger foretas når eiendeler har et varig verdifall, og denne type engangseffekter er ikke direkte knyttet til den ordinære driften av foretakene. Tatt hensyn til disse effektene er departementets vurderingsgrunnlag for resultatoppnåelse et positivt resultat på 1 988 mill. kroner.

Tabell 4.9 Budsjettøkonomisk resultat i 2014 (mill.kr)

Helse Sør-Øst	418
Helse Vest	310
Helse Midt-Norge	535
Helse Nord	435

De regionale helseforetakene har budsjettert med positive resultater på til sammen om lag 1,7 mrd. kroner i 2014. Det er for 2014 stilt krav om at de regionale helseforetakene skal sikre en bærekraftig utvikling over tid. Videre skal de sikre en forsvarelig likviditetsstyring og håndtere driftskrediten innenfor vedtatte rammer. De budsjetterte resultatene må sees i sammenheng med de regionale helseforetakenes investeringsplaner.

Fra 2015 vil helseforetakene bli gitt økt fleksibilitet knyttet til å inngå langsiktige leieavtaler, og helseforetakenes vedtekter vil gi åpning for å inngå leieavtaler for inntil 100 mill. kroner per avtale. Departementet vil følge med på omfang og utvikling i bruken av slike avtaler.

#### *Hovedstadsprosessen*

Helse Sør-Øst hadde samlet sett et positivt resultat på nær 0,5 mrd. kroner i 2013. Det er tredje gang siden sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst at det økonomiske kravet nås. Helse Sør-Øst har imidlertid fortsatt noen utfordringer når det gjelder økonomisk balanse i hovedstadsområdet. Mens Vestre Viken leverte et positivt resultat i 2013, hadde de to universitetssykehusene i hovedstadsområdet samlet sett et regnskapsmessig underskudd på om lag 0,5 mrd. kroner i 2013. Vestre Viken forventes å få et positivt resultat også i 2014. Oslo universitetssykehus forventes å levere et resultat i balanse i 2014.

Oslo universitetssykehus tar i bruk nytt felles regionalt pasientjournalssystem høsten 2014.

Rapporten Idéfase OUS – Campus Oslo er sendt ut på høring, med frist 1. november 2014.

Oslo universitetssykehus gjennomfører et investeringsprogram knyttet til omstillingene og har også etablert et investeringsprogram knyttet til lukking av tilsynsavvik innenfor brann og arbeidsmiljø, som kommer i tillegg til ordinære investeringer.

Det er nå fem år siden Oslo universitetssykehus ble etablert, og drøyt fire år siden den nåværende organisasjonsformen ved sykehuset ble iverksatt. Oslo universitetssykehus har på den bakgrunn satt ned et prosjekt for gjennomgang og utvikling av organiseringen. Det legges opp til at denne gjennomgangen blir avsluttet i løpet av 2015.

Akershus universitetssykehus har hatt mindre utfordringer vinteren 2013/2014 enn året før knyttet til kapasitet. Dette skyldes bl.a. mindre pågang av bruddskader og færre med luftveisinfeksjoner. Akershus universitetssykehus har allikevel fortsatt en krevende driftssituasjon og har budsjettert

med et negativt resultat i 2014 i tråd med godkjent resultatkrav. Akershus universitetssykehus forventes å levere et resultat som er dårligere enn budsjettert. Akershus universitetssykehus fikk nytt styre i april 2014 og ny administrerende direktør i mai 2014.

Helse Sør-Øst har nylig lagt fram en ny rapport om aktivitets- og kapasitetsbehov for somatiske spesialisthelsetjenester i hovedstadsområdet fram til 2030. Det blir arbeidet videre med tilsvarende analyser for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer. Rapporten om behovet innen somatikken antyder at Oslo universitetssykehus og Vestre Viken har en overkapasitet på senger, mens Akershus universitetssykehus har en underkapasitet. Det blir oppgitt at det er ledig romkapasitet ved poliklinikkene for dagens virksomhet. Det planlegges utvidet bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus som bidrag for å sikre nødvendig behandlingsskapasitet i hovedstadsområdet. Det vil bli lagt fram en samlet fremstilling av kapasitetsbehovet i Helse Sør-Øst høsten 2014.

#### *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. Større prosjekter kan delvis lånefinansieres ved låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2013 kan helseforetakene få lån på inntil 70 pst. av forventet prosjektkostnad 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, slik at investeringer skjer i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Ordningen har til nå vært en prøveordning, men blir nå videreført permanent.

Kostnader som følge av slitasje og elde på bygg og utstyr kommer fram som avskrivninger i foretakenes regnskaper, og reflekterer dermed tidligere års investeringer. For å opprettholde verdien på foretakenes eiendeler må de årlige investeringene over tid være lik de årlige avskrivningene. Mens avskrivningskostnaden er en relativt stabil størrelse, vil de årlige investeringene kunne

varierte avhengig av hvilke utbygginger som pågår. I 2013 investerte helseforetakene for om lag 9,6 mrd. kroner i bygg og utstyr. Hensyntatt av- og nedskrivninger samt salg og korrigeringer i balansen, innebar dette at verdien på helseforetakenes driftsmidler økte med nær 3,1 mrd. kroner i 2013.

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr. Verdien på sykehusenes bygg og utstyr har økt med om lag 13,2 mrd. kroner fra 66,6 mrd. kroner i 2003 til 79,8 mrd. kroner i 2013. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord

er den regionen hvor verdien av bygg og utstyr har hatt den laveste økningen i perioden. Det er satt i gang og planlegges flere større byggeprosjekter i regionen og Helse Nord er den regionen hvor verdien av bygg og utstyr har økt mest i 2013.

Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til dagens drift og for å få en mer funksjonell bygningsmasse. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer. Samtidig må det settes av midler til ordinært vedlikehold.

Tabell 4.10 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2013 (mill. kr)

	2003	2012	2013	Endr. 12/13	Pst. endr. 11/12	Endr. 03/13	Pst. endr. 03/13
Helse Sør-Øst	36 913	40 074	42 393	2 322	5,8	5 480	14,8
Helse Vest	12 095	13 325	13 615	290	2,2	1 519	12,6
Helse Midt-Norge	9 001	14 713	14 190	-523	-3,6	5 189	57,6
Helse Nord	8 578	8 602	9 583	980	11,4	1 005	11,7
Sum	66 587	76 714	79 780	3 069	1,6	13 193	19,8

Kilde: Samdata, spesialisthelsetjenesten, 2013

### Økonomiske langtidsplaner

De regionale helseforetakene oppdaterer årlig økonomisk langtidsplan. De økonomiske langtidsplanene bygger på vedtatte strategier i de regionale helseforetakene, som igjen baseres på nasjonale strategier og føringer, og gjeldende økonomiske rammebetingelser.

De regionale helseforetakene forvalter betydelige beløp på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. Langsiktig planlegging og prioriteringer er en forutsetning for å sikre gode sykehus tjenester. De regionale helseforetakene legger gjennom 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.

Det er gjennom god styring og god drift at helseforetakene legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling og forbedring av behandlingstilbudet. De regionale helseforetakene har ansvar både for drift og investeringer og må planlegge langsiktig og se dette i sammenheng.

Tabell 4.11 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2015–2018 (mill. kr)

	2015	2016	2017	2018	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 100 mill. kroner	3 512	3 283	4 089	6 205	17 090
Øvrige bygningsmessige investeringer	1 806	1 296	1 387	2 027	6 517
Sum bygg	5 318	4 579	5 476	8 233	23 606
Medisinskteknisk utstyr	1 338	1 510	1 485	1 628	5 961
IKT	1 970	2 435	2 267	2 155	8 826
Annet	466	456	419	513	1 853
Sum totale investeringer	9 092	8 979	9 647	12 528	40 246

Helseforetakenes langtidsplaner viser at de planlegger investeringer for mer enn 40 mrd. kroner i perioden 2015–2018. Planen forutsetter årlige effektiviseringskrav i helseforetakene og god økonomisk kontroll i helseregionene. Ev. overskridelser av budsjettene medfører utsettelse av nye investeringer og redusert handlingsrom. Selv med et betydelig investeringsomfang er det utfordringer med å fornye bygningsmassen og medisinskteknisk utstyr samt gjennomføre nødvendige IKT satsinger.

#### *Helse Sør-Øst*

I perioden 2015–2018 planlegger Helse Sør-Øst å investere for 20,2 mrd. kroner, herav 3,1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 5,6 mrd. kroner til IKT.

Prosjekter under gjennomføring:

- nytt østfoldsykehus ferdigstilles etter planen
- Oslo universitetssykehus viderefører samlokalisering fase I
- ny sykehusfløy ved Sunnaas sykehus slutføres
- vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus inkl. medisinskteknisk utstyr

Prosjekter under planlegging:

- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold videreføres til forprosjekt og får lån i 2015 som sikrer byggestart
- prosjektet nytt sykehus i Vestre Viken videreføres til konseptfase

I tillegg pågår det planleggingsarbeid ved Oslo universitetssykehus, Sykehuset Telemark (utvidelse og ombygging), Akershus universitetssykehus, samt Sykehuset Innlandet.

#### *Helse Vest*

I perioden 2015–2018 planlegger Helse Vest å investere for 8,6 mrd. kroner, herav 1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 1 mrd. kroner til IKT.

Prosjekter under gjennomføring:

- nytt barne- og ungdomssenter fase I ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen, planlagt ferdigstilt i 2015
- ombygging i sentralblokken og av mottaksklinikk, i tillegg til nytt sengebygg sør ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen

Prosjekter under planlegging:

- nytt barne- og ungdomssenter fase II ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen, prosjektet er i forprosjektfasen og vil få lån i 2015 som sikrer byggestart
- nytt sykehus i Helse Stavanger, hvor konseptfaseutredning planlegges ferdigstilt i løpet av 2015, planlagt start på sykehusutbyggingen er i 2016/2017

I tillegg pågår det planleggingsarbeid knyttet til nybygg og rehabilitering ved Haugesund sykehus i Helse Fonna. Foreløpig framdriftsplan tilsier igangsetting av prosjektet i 2018. Helse Førde er i ferd med å utarbeide en arealplan for bygningsmassen i hele helseforetaket.

#### *Helse Midt-Norge*

I perioden 2015–2018 planlegger Helse Midt-Norge å investere for 4,9 mrd. kroner, herav 1,3 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 1,5 mrd. kroner til IKT.



Prosjekter under planlegging:

- nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal
- nybygg innen psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital, planen omfatter både akuttpsykiatri og sikkerhetsavdeling

#### *Helse Nord*

I perioden 2015–2018 planlegger Helse Nord å investere for 6,5 mrd. kroner, herav 600 mill. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 766 mill. kroner til IKT.

Prosjekter under gjennomføring:

- nytt sykehus ved Nordlandssykehuset, Vesterålen, sykehuset ble tatt i bruk i mai 2014
- nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø, prosjektet ferdigstilles i 2018, det største byggetrinnet ferdigstilles og tas i bruk i 2015
- ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, i drift 1. kvartal 2016
- nytt pasienthotell ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, ferdigstilles våren 2015
- nybygg ved Finnmarkssykehuset, klinikk Kirkenes, prosjektet hadde byggestart våren 2014
- utvikling av spesialistsenteret ved Finnmarkssykehuset, Alta
- regionalt IKT-prosjekt for felles innføring av kliniske systemer (Fiks) og tilhørende infrastruktur, ferdigstilles 2016

Prosjekter under planlegging:

- PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, planlagt byggestart 2016–2017

I tillegg pågår det planleggingsarbeid vedrørende nytt sykehus ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Narvik, nybygg ved Finnmarkssykehuset, Hammerfest og videre utvikling av Helgelandssykehuset.

#### *Særskilte satsingsområder 2015*

Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte vil for 2015 samles i følgende hovedområder:

- pasientens helsetjeneste
- kvalitet og pasientsikkerhet
- personell, utdanning og kompetanse
- forskning og innovasjon
- fornying og utvikling av organisasjonen
- samordning på tvers av regionene
- IKT
- økonomistyring

#### *Pasientens helsetjeneste*

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles så den i større grad ivaretar pasientenes behov, verdier og preferanser. Pasientenes muligheter til valg av behandlingssted skal styrkes. Pasienter og brukere skal trekkes aktivt inn i utviklingen av egen behandling, og brukernes erfaringer skal vektlegges i utformingen av tjenestetilbudet.

Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og antall fristbrudd, vil regjeringen ta i bruk flere virkemidler.

Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven trer i kraft ila. andre halvår 2015. De vedtatte lovendringene skal bidra til å sikre at pasienter får helsehjelp innen forsvarlig tid og til likeverdige tjenester i den forstand at det ikke kun er de ressurssterke pasientene som sikres helsehjelp innen fristen. Et av de nye kravene er at det er spesialisthelsetjenesten, ikke pasienten selv, som skal ta kontakt med Helfo dersom helseforetakene ser at de ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. De regionale helseforetakene må videreutvikle sine pasientadministrative systemer slik at de kan bidra til bedre pasientsikkerhet, gode pasientforløp og til å unngå fristbrudd.

Fritt behandlingsvalgreformene innføres i 2015. Pasienter kan velge fritt behandlingsvalgleverandører dersom de synes ventetiden er for lang. Regionale helseforetak kan øke kostnadseffektiviteten gjennom en ny anskaffelsesstrategi. De offentlige sykehusene får økt konkurranse og insentiver til å bli mer effektive. Fjerning av aktivitetstaket legger samtidig til rette for at mer effektive offentlige sykehus kan behandle flere pasienter.

Det skal utarbeides pakkeforløp for kreftpasienter. Pakkeforløp gir en nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i et behandlingsforløp skal ta. Når det er konkret mistanke om en type kreft skal pasienten inn i et pakkeforløp og målet er å fjerne venting som ikke er medisinsk begrunnet. Det skal utarbeides pakkeforløp for de fleste kreftformer. Målet er å innføre pakkeforløpene i løpet av 2015.

Behandlingen av pasienter med uklare tilstander bør organiseres som helhetlige tilbud, heller enn at forskjellige spesialister forholder seg til isolerte symptomer, organer eller funksjoner. Arbeidet med å etablere diagnosesentre for pasienter med mistanke om kreft eller annen alvorlig syk-

dom skal videreføres. For pasienter med langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander der årsaken er uklar, foreslås det å etablere et pilotprosjekt i form av felles tverrfaglige diagnosesentre/poliklinikker i spesialisthelsetjenesten, jf. kap. 732, post 70.

Satsingen på tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer og utvikling og omstilling av de psykiske helsetjenestene skal videreføres. Det skal også i 2015 være større vekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern enn somatisk sektor. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2015 prioriteres med sikte på økt tilgjengelighet gjennom utvikling av ambulante og polikliniske tjenester. Mål for de distriktpsikiatriske sentrene er å etablere beredskap gjennom døgnet og økt bruk av spesialister i fremste rekke. Oppgaver og ressurser forutsettes overført fra sykehus til sentrene som ledd i pågående omstilling av tjenesten.

Spesialisthelsetjenesten får hovedansvaret for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016, jf. omtale under kap. 762. De eksisterende robuste kommunale mottakene skal videreføres gjennom avtaler mellom regionale helseforetak og kommuner. Dagens praksis, der helsetjenesten utfører rettsmedisinske undersøkelser som bistand til politiets arbeid der forholdet er anmeldt, foreslås videreført. Regionale helseforetak får ansvar for å inngå avtaler med justissektoren om slik bistand. De regionale helseforetakene må forberede dette fram mot 1. januar 2016.

Avtalespesialistenes rolle og tjenesteyting må ses i sammenheng med øvrig helsetjeneste slik at ordningen kan anvendes mer målrettet og effektivt i behandlingen av prioriterte grupper og områder der det foreligger kapasitetsproblemer.

Norske pasienter vil fra første halvår 2015 få refundert utgifter til sykehusbehandling i andre EU/EØS-land uten at det stilles krav om forhåndsgodkjenning, jf. innlemming av pasientrettighetsdirektivet i norsk rett. Forutsetningen er at helsehjelpen tilsvare helsehjelp pasienten ville ha fått bekostet av det offentlige i Norge. Refusjonen er begrenset til hva helsehjelpen ville ha kostet det offentlige her i landet.

I budsjettforslag 2015 er det lagt til rette for en generell aktivitetsvekst på om lag 2,15 pst.

### *Kvalitet og pasientsikkerhet*

Et sentralt mål er å sikre høy kvalitet i diagnostikk, behandling og oppfølging og et likeverdig til-

bud nasjonalt. Det skal legges fram en årlig melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet som skal gi en overordnet beskrivelse av status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitetsforbedring forutsetter systematisk arbeid som er godt forankret hos ledelsen på alle nivåer. Det må utvikles gode mål på kvalitet, og resultatene må etterspørres på alle nivåer. Det skal være full åpenhet om kvalitet og risikonivå. Foretakene må bygge kompetanse i formidling og kommunikasjon av kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten.

Det skal legges til rette for gode og effektive pasientforløp basert på kunnskap om beste praksis. Standardiserte pasientforløp vil kunne bidra til mindre uønsket variasjon i tjenestetilbud og i behandlingsresultat.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre bør utnyttes bedre til kvalitetsforbedring. Det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet videreføres i 2015. For at programmet skal kunne føre til en målbar reduksjon i antallet uønskede hendelser, må tiltakene i programmet bli en integrert del av den daglige virksomheten.

### *Personell, utdanning og kompetanse*

For å skape pasientens helsetjeneste må regionale helseforetak og sykehusene ha kunnskap om framtidig behov for kompetanse og personell i tjenesten. Å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse og god arbeidsdeling inngår som tema i nasjonal helse- og sykehusplan og er viktige innsatsområder i helseforetakene. Samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og utdanningsinstitusjonene brukes aktivt i arbeidet med å skaffe rett kompetanse. Sykehusene skal være attraktive og utviklende arbeidsplasser. Samarbeid med kommunene om kompetanseutvikling og kompetanseoverføring er vesentlig for at pasienten skal få en helhetlig helse- og omsorgstjeneste.

### *Forskning og innovasjon*

Det er viktig å styrke tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning, helsetjenesteforskning og innovasjon. Prosjekter bør vurderes ut i fra forskningskvalitet og ut i fra nytte for tjenesten og pasientene. Brukere må involveres aktivt i utforming og gjennomføring av forsknings- og innovasjonsprosjekter. Det er behov for økt forskning på pasientsikkerhet og effekter av tiltak, gjennom

bl.a. bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det er et mål å bedre pasienters mulighet til å delta i kliniske studier. Det er også et mål å øke helseforetakenes deltakelse i EUs rammeprogram for forskning. Forslagene i HelseOmsorg21-strategien bør vurderes i forsknings- og innovasjonsarbeidet i de regionale helseforetakene. Det må utvikles bedre systemer for spredning og implementering av forskningsresultater og innovasjoner for å sikre kunnskapsbaserte og effektive tjenester. Innovasjonseffekten av anskaffelser i helseforetakene bør økes, eksempelvis innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

#### *Fornyning og utvikling av organisasjonen*

Pasientsikkerhet skal være integrert i helseforetakenes virksomhetsstyring. Å sikre god og trygg pasientbehandling er styrenes og ledelsens overordnede ansvar. Det er viktig at kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeidet inngår i helseforetakenes samlede virksomhetsstyring slik at virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerheten på en god måte. Styret for det enkelte helseforetak og styret for det regionale helseforetaket skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av virksomheten, basert på foreliggende sammenliknbar statistikk, som omfatter kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet.

#### *Samordning på tvers av regionene*

De regionale helseforetakene fortsetter sitt arbeid med å tilrettelegge for mer standardisert og effektiv oppgaveløsning bl.a. gjennom å etablere felles organisasjoner.

De regionale helseforetakene etablerte i januar 2014 det felles eide helseforetaket Nasjonal IKT HF for strategisk samarbeid på IKT-området i spesialisthelsetjenesten, i tråd med Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal. En sentral oppgave for Nasjonal IKT er å koordinere de regionale helseforetakene sitt arbeid i nasjonale IKT-prosjekter som gjennomføres av Helsedirektoratet. Det gjelder både tiltak for bedre IKT-samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten og nye IKT-løsninger for digital kommunikasjon med pasienter og innbyggere.

De regionale helseforetakene vil i løpet av 2014 etablere et felles eid helseforetak – Sykehusbygg HF. Helseforetaket skal ha ansvar for oppgaver innen analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer på området sykehusbygg, samt rådgivning og byggherrefunk-

sjoner ved gjennomføring av sykehusbyggprosjekter. Helseforetaket skal ha en desentralisert organisasjon med hovedkontor i Trondheim.

De regionale helseforetakene arbeider med å samordne og standardisere innkjøp og logistikk for å sikre effektive nasjonale løsninger, både kvalitets- og kostnadmessig. Innen 1. november 2014 skal de komme med forslag til hvordan en kan videreutvikle de nasjonale innkjøpsorganisasjonene. Helseforetakenes innkjøpsservice (Hinas) og legemiddelinnkjøpssamarbeidet (Lis) vil være viktige elementer i den nye organisasjonen.

De regionale helseforetakene har plikt til å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser og katastrofer. De regionale helseforetakene tar f.o.m. 2015 over oppgaver knyttet til legemiddelberedskap i spesialisthelsetjenesten som tidligere har ligget i Helsedirektoratet.

#### *IKT*

De regionale helseforetakene skal fortsette arbeidet med konsolidering og standardisering av regionale IKT-systemer, bidra i utviklingen av nasjonale IKT-løsninger og understøtte Helsedirektoratets myndighetsrolle på IKT-feltet. De regionale helseforetakene skal i 2015 bl.a. legge til rette for videreutvikling av elektronisk samhandling mellom sykehus og andre aktører, herunder at henvisning mellom helseforetak ferdigstilles og at forvaltningsordning for elektroniske meldinger etableres. Det skal videre legges til rette for sikker identifisering av helsepersonell og etablering av en mer kostnadseffektiv administrasjon av refusjonsordningen for transport til og fra behandling (pasientreiser). Ordningen med pasientreiser skal forenkles med standardiserte satser, elektronisk løsning og færre dokumentasjonskrav, se også omtale under kap. 701. Det skal også videreføres tiltak for bedre utnyttelse av dagens IKT-systemer og for å støtte opp under målene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal.

#### *Økonomistyring*

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammene som er fastlagt, både økonomisk og juridisk, slik at de regionale helseforetakenes ansvar oppfylles. Det skal også legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som er finansiert i 2013 eller 2014. Det foreslås bevilget 19,1 mill. kroner.

#### *Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene*

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet måler Nifu (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning) forskningsaktiviteten i helseforetakene. Måleresultatene ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning over kap. 732, post 78. Oppdraget til Nifu inkluderer også videreutvikling av målesystemet for forskning i de regionale helseforetakene, samt utarbeidelse av en innovasjonsindeks for helseforetakene, aggregert opp til hvert regionale helseforetak. Fra 2012 brukes Nasjonal vitenskapssindeks (NVI) for rapportering av vitenskapelige publikasjoner i CRISStin, et felles forskningsdokumentasjonssystem for universitets-, høyskole- og institutt- og helsesektoren.

#### *Akuttutvalget*

Det offentlige utvalget som skal utrede et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus (Akuttutvalget) ble oppnevnt 4. oktober 2013 og skal levere NOU i 2015. Utvalget skal avklare roller, se på behov for folkeopplysnings- og kompetansehevingstiltak, utrede samarbeidsformer, etablere felles strategier og tiltak på tvers av organisasjoner, og gjennomgå dagens regelverk. Det ble gitt et tilskudd på 4,4 mill. kroner til utvalget i 2014. Det foreslås 4,4 mill. kroner for 2015.

### Post 70 Særskilte tilskudd

Det foreslås å flytte:

- 1,1 mill. kroner til kap. 764, post 72 knyttet til Institutt for sjelesorg ved Modum Bad
- 10,3 mill. kroner til kap. 732, postene 72–75 knyttet til drop-out
- 16 mill. kroner til kap. 732, postene 72–75 knyttet til prostataentre
- 2 mill. kroner fra kap. 781, post 79 knyttet til nasjonal klinisk multisenterstudie på CFS/ME
- 1 mill. kroner fra kap. 781, post 21 knyttet til tematisk biobank CFS/ME

- 10 mill. kroner fra Justis- og beredskapsdepartementets kap. 440, post 01 knyttet til transport av psykisk syke
- 5 mill. kroner fra kap. 702, post 21 knyttet til beredskapslager for legemidler

Hovedregelen er at basisbevilgningen til de regionale helseforetakene budsjetteres over post 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70. Det foreslås å bevilge 677 mill. kroner i 2015 til tilskudd som er omtalt nedenfor. I forslaget er det tatt hensyn til 3,3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, jf. innledningen del I, tabell innledningsvis i del II og postene 72–75.

#### *Langvarige smerte- og utmattelsestilstander med uklar årsak*

Langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander kan gi betydelige plager og funksjonssvikt. En rekke kliniske tilstander befinner seg i denne gruppen, ikke minst de mange såkalte medisinsk uforklarte tilstandene som f.eks. fibromyalgi og utmattelsessyndrom. Forskning og behandling har tradisjonelt vært rettet mot de enkelte sykdommene og skadene. Smerter er trolig den vanligste grunnen til at pasienter oppsøker helsevesenet. I følge sykdomsbyrdestudien 2010 er rygg- og nakkesmerter, samt migrene, de tilstandene som medfører størst sykdomsbyrde. Langvarige smerter er mer utbredt blant kvinner enn blant menn. Mer enn dobbelt så mange kvinner som menn har muskel-skjelettlidelse som hoveddiagnose. En utfordring i dag er organspesialiseringen i sykehus. Denne rammer særlig pasienter med uklare symptomer som ofte blir henvist til en rekke ulike polikliniske utredninger. Ved inngangen til 2012 var om lag 130 000 personer uføretrygdet pga. ME/CFS, fibromyalgi, nakkesmerter, muskel- og skjelettlidelser, uspesifiserte ryggsmarter og uspesifisert sykdom i kjeve. Det var en økning på 3 000 fra 2010 til 2011 hvor den største prosentvise økningen var i de yngste aldersgruppene.

Det foreslås 20 mill. kroner til pilotprosjekt for utvikling og drift av tverrfaglige poliklinikker/diagnosesentre i spesialisthelsetjenesten for pasienter med relativt likeartede symptomer som langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander. Et mål er at pasientgruppen skal få et enklere møte med helsetjenestene enn det de har i dag. Prosjektet evalueres. Evalueringen vil danne grunnlag for et ev. forslag om videre satsing på landsbasis.

### *Nasjonal kreftstrategi 2013–2017*

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt fram en nasjonal kreftstrategi Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 som skal bidra til å bedre kvaliteten i norsk kreftomsorg. Strategien er utarbeidet på bakgrunn av bidrag fra fagfolk, brukere og representanter for tjenesten. Kreftforeningen har hatt en viktig rolle i arbeidet med strategien. Målene i strategien må konkretiseres og tiltakene gjennomføres av helsemyndighetene og de ulike deler av helse- og omsorgstjenestene innenfor deres økonomiske rammer og ansvarsområder.

De fem hovedmålene i kreftstrategien er:

- En mer brukerorientert kreftomsorg
- Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp
- Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging
- Flere skal overleve og leve lenger med kreft
- Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende

Etablering av standardisert pasientforløp integrert i alle handlingsprogram er et mål i kreftstrategien. Pakkeforløp for kreft vil bli etablert i løpet av 2015, jf. kap. 781, post 79.

Nedenfor følger omtale av ulike tilskudd til kreftområdet under post 70. Midlene til Prostata-sentre, Pusterom og Vardesentre foreslås videreført over postene 72–75.

### *Pilotprosjekt screening for tykk- og endetarmskreft*

Pilotprosjekt for et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft ble igangsatt i 2012 i to helseforetak i Helse Sør-Øst. Pilotprosjektet har vært planlagt som et fireårig pilotprogram som etter planen skal invitere 140 000 deltakere til screening. Målet for prosjektet er å forebygge utviklingen og dødsfall av tarmkreft. Tarmkreft kan forebygges ved å oppdage og fjerne godartede forstadier til tarmkreft. Sekundært vil dødeligheten av sykdommen kunne reduseres ved å påvise tarmkreft på et asymptomatisk tidlig stadium. På bakgrunn av erfaringene man får i pilotprosjektet, skal det ev. startes opp et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft. På sikt mener man at screeningen på landsbasis kan redde opp til 300 liv hvert år.

Sekretariatet og prosjektledelsen for prosjektet er i Kreftregisteret. Styringsgruppen for prosjektet ledes av Helsedirektoratet. To screeningsentre som utfører tarmundersøkelser er i drift i Vestre Viken HF, Bærum sykehus og Sykehuset Østfold HF, Moss. Et eget laboratorium for

analyse av avføringsprøver i prosjektet er i drift ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Prosjektet har per mai 2014 invitert 56 475 deltakere. De foreløpige driftsresultatene tilsier at oppmøtet i prosjektet blir lavere enn forventet. Følgeevaluering for å avdekke ev. negative effekter av prosjektet pågår med innsamling av data. Det vil i løpet av 2014 og 2015 foreligge betydelige mengder data som det vil være viktig å analysere for at sekretariatet og styringsgruppen skal kunne gi råd om og planlegge et ev. nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft. Det foreslås et tilskudd på 42 mill. kroner til prosjektet i 2015.

### *Partikkelterapi*

Helseregionene har, under ledelse av Helse Vest, utredet ulike muligheter for etablering av partikkelterapi som behandling i Norge. Rapporten forelå i juni 2013. En ev. etablering av partikkelterapi i Norge vil være et betydelig løft for kreftpasienter og for pasientrettet forskning. Behandling med protoner og annen type partikkelterapi som alternativ til ordinær strålebehandling gjør det mulig å gi høyere stråledoser til dyptliggende svulstvev og tilsvarende lavere doser til nærliggende normalvev. Dette reduserer risikoen for langtidsskader av behandlingen og kan også gi økt helbredelse. Risikoen for langtidsskader gjelder særlig for barn. For barn vil derfor tilgang til partikkelterapi føre til mindre risiko for senskader, noe som gjør at flere kan leve som normalt etter kreftsykdom og være i stand til å fullføre skole og delta i arbeidslivet. Det ble i statsbudsjettet for 2013 gitt et tilskudd på 15 mill. kroner til planlegging av et ev. norsk senter for partikkelterapi. Arbeidsgruppen vurderer at regionale protonanlegg er en bedre løsning enn et stort nasjonalt protonanlegg. Begrunnelsen er at kompakte anlegg er teknologisk mer framtidsrettet og gir større nærhet til pasientens bosted. Tilskuddet ble videreført i 2014 til videre utredning av regionale sentre for protonterapi gjennom et samarbeid mellom de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene vil komme tilbake til departementet med planer om regionale protonsentre i desember 2014. Tilskuddet foreslås videreført med 15,9 mill. kroner i 2015 til videre utredninger.

### *Kreftregisteret*

Kreftregisteret er en enhet i Oslo universitetssykehus HF, som har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hoved-

mål er registrering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Kreftregisterforskriften. Kreftregisteret registrerer alle krefttilfeller samt en rekke forstadier til kreft i et landsdekkende register. Et mål er å sikre komplette data med høy kvalitet som kan brukes til helseovervåking, kvalitets sikring og forskning. Kvalitetsundersøkelser har vist en kompletthet av kreftdiagnoser på 98,8 pst. Cancer in Norway publiseres årlig, og inneholder data over alle krefttyper, fordelt på bl.a. kjønn, alder og bostedsfylke.

Datamengden som Kreftregisteret bearbeider har økt over tid, både pga. økt kreftforekomst, økt overlevelse og fordi datamengden per krefttilfelle har økt. For å kunne håndtere datamengden på en trygg, effektiv og rask måte, har Kreftregisteret påbegynt utvikling av en ny IKT-infrastruktur som er planlagt ferdigstilt i slutten av 2015. Kreftregisteret har, sammen med kliniske miljøer, etablert populasjonsbaserte kvalitetsregistre for enkelte kreftformer. Disse registrene vil i tiden framover gi mer utfyllende og komplett informasjon om diagnostisk utredning, primærbehandling, sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon, metoder og resultat. Slike data er nødvendige og verdifulle for forskning, for kvalitetssikring av at norske sykehus bruker de beste behandlingsmetoder og for å sikre likt behandlingstilbud i hele landet. Åtte kvalitetsregistre har nasjonal status. Kreftregisteret driver forskning på risikofaktorer for kreftutvikling og progresjon, registerbasert klinisk forskning og forskningsbasert kvalitetssikring av diagnostikk og behandling.

Kreftregisteret har ansvar for masseundersøkelser (screening) som har til hensikt å forebygge kreftdød ved å oppdage kreftsykdom eller forstadier til kreftsykdom så tidlig som mulig. Det foreslås et tilskudd på 105,4 mill. kroner i 2015. Det vises til omtale av evaluering av Mammografiprogrammet under kap. 780 Forskning.

#### *Nasjonalt nødmeldingsprosjekt*

Nasjonalt nødmeldingsprosjekt skal ferdigstille sitt forslag til framtidig forbedring av nødmeldetjenesten innen utgangen av 2014. Hensikten med prosjektet er å komme fram til tiltak som gir publikum bedre tjenester enn i dag. Utredningen prosjektet legger fram vil inneholde anbefalinger om i hvilken grad nødmeldesentralene for brann, politi og helse bør samlokaliseres og hvilken samfunnsverdi dette ev. vil kunne gi. Dette vil være utgangspunkt for et beslutningsgrunnlag om framtidig organisering av nødmeldetjenesten. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 0,9 mill. kroner i 2015.

#### *Nødnett*

Det foreslås et tilskudd på 57 mill. kroner til å dekke de midlertidige kostnader spesialisthelsetjenesten har ved innføring av nødnett i kommunene i 2015. Det ble også gitt tilskudd til det samme formålet i 2013 og 2014. Som følge av forventede forskyvninger i framdriften i prosjektet, vil en få innføringsaktiviteter også i 2016. Nødnettene i spesialisthelsetjenesten har i tillegg betydelige egne utgifter til innføring og drift av nødnett. Disse forutsettes dekket innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære rammer. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett vil stå for mye av den praktiske innføringen i sykehusene og i kommunehelsetjenesten. Det vises for øvrig til omtale av organisering og status i prosjektet under kap. 781, post 21.

#### *Kliniske studier av bytte mellom biologiske og biotilsvarende legemidler.*

I Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014) ble det gitt et tilskudd på 20 mill. kroner til kliniske studier av bytte mellom biologiske og biotilsvarende legemidler. Studien fikk de nødvendige formelle godkjenninger i august 2014, og gjennomføres i samarbeid mellom de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Studien vil omfatte om lag 500 pasienter fra alle helseregioner. Finansiering av legemiddelbehandlingen er forutsatt ivaretatt gjennom de ordinære finansieringssystemene for pasientbehandling, mens tilskuddet på 20 mill. kroner i 2014 vil dekke kostnader knyttet til gjennomføring av selve forskningsstudien. Tilskuddet bortfaller i 2015.

#### *Forskningsstudie av kreftlegemiddelet ipilimumab*

I 2013 og i 2014 er det bevilget 110 mill. kroner til forskningsstudie av nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning, til sammen om lag 220 mill. kroner. Den femårige studien startet opp i januar 2014. Studien ledes av Helse Sør-Øst RHF, og gjennomføres i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og NorCRIN. Formålet med studien er å bedre kunnskapsgrunnlaget om hvilke pasienter med føflekkreft medisinen er særlig virksom på, slik at behandlingen kan målrettes mot de pasientene som har effekt av behandlingen. Kostnader knyttet til behandling av 100 pasienter som inngår i studien og forskning vil være fullfinansiert av bevilget beløp disse to årene. Legemiddelet ble i 2013 godkjent av de europeiske legemiddelmyndighetene (EMA) for

2. linje behandling, mens det fra 2014 er godkjent for 1. linje behandling. For 2015 forutsettes det at ev. bruk av legemiddelet i pasientbehandling dekkes innenfor den foreslåtte veksten.

#### *Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)*

Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra kap. 781, post 79 til nasjonal klinisk multisenterstudie av CFS/ME, ledet av Helse Vest RHF.

Det foreslås videre å flytte 1 mill. kroner fra kap. 781, post 21 knyttet til tematisk biobank for CFS/ME. Helsedirektoratet har i en avtalt tidsperiode gitt driftsstøtte på 1 mill. kroner årlig i 5 år til å bygge opp en tematisk biobank for CFS/ME på Oslo universitetssykehus Aker, der blodprøver lagres og kan knyttes til diagnoseverktøy. Biobanken er også viktig for forskning på CFS/ME. Det foreslås å flytte tilskuddet for å sikre permanent drift av biobanken.

#### *Transporttilbud for psykisk syke*

Det foreslås å flytte 10 mill. kroner fra Justis- og beredskapsdepartementets kap. 440, post 01. I Stortingets behandling av Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014) ble det gitt et tilskudd på 10 mill. kroner til Justis- og beredskapsdepartementet til å la spesialistutdannet helsepersonell gjennomføre transport av psykisk syke. Helsetjenesten har ansvar for transport av psykisk syke personer. Det er et mål å etablere en verdig og helsefaglig god transporttjeneste, hvor politi kun bistår når det er nødvendig av sikkerhetsmessige årsaker. Flyttingen av midler er knyttet til arbeidet Helse- og omsorgsdepartementet skal gjøre med å videreutvikle transporttilbudet for psykisk syke. Det ble flyttet 10 mill. kroner også i 2014, jf. Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013–2014). Helårsvirkningen for 2015 vil være 20 mill. kroner.

Tilskuddet fordeler seg på følgende måte mellom de regionale helseforetakene:

- 8 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 4 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 4 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 4 mill. kroner til Helse Nord RHF

#### *Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter*

Formålet med turnustjenesten for fysioterapeuter er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. Det vises også til

kap. 783, post 61 for omtale av bl.a. turnustjeneste for leger.

Det ansettes om lag 475 leger i turnusstillinger i sykehus hvert halvår. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i sykehus dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, post 72–75).

Om lag 300 kandidater hadde turnustjeneste innen fysioterapi i 2013. Ved valg av turnusplass for 2014 fikk alle 320 søkere turnusplass. Estimater tilsier at økningen av søkere til turnustjeneste i fysioterapi fortsetter i 2015.

Det årlige tilskuddet per turnusplass er 28 200 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med.

Det foreslås et tilskudd på 32,8 mill. kroner i 2015. Tilskuddet vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene i Oppdragsdokument for 2015.

#### *Pensjon*

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 av de regionale helseforetakene på linje med egne helseforetak. Oppdaterte anslag tilsier at pensjonskostnadene til disse institusjonene øker med om lag 200 mill. kroner i 2015. For å sette Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF i stand til å håndtere denne kostnadsøkningen, foreslås det 200 mill. kroner i 2015 til pensjonskostnader. Midlene foreslås fordelt mellom de to regionene etter faktiske økte kostnader. Endrede pensjonskostnader for private institusjoner som har kjøpsavtale med regionale helseforetak etter anbuds konkurranse forutsettes dekket innenfor avtaleprisene.

#### *Omlægging av arbeidsgiveravgift*

Omlæggingen av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004 innebar fortsatt nullsats i Nord-Troms og Finnmark, mens det i øvrige soner skulle brukes høyeste sats (14,1 pst.). Samtidig ble det innført en kompensasjonsordning for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift. Fra 2007 ble differensiert arbeidsgiveravgift gjeninnført i Nord-Norge og i mange enkeltkommuner i landet for øvrig. Kompensasjonen til de regionale helseforetakene ble derfor redusert fra 2007. Det er ikke tatt hensyn til endringer i arbeidsgiveravgiften fra 1. juli 2014 i

kompensasjonsbeløpet. Kompensasjonen foreslås videreført i 2015 med 156,9 mill. kroner, med følgende fordeling:

- 23,1 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 27,1 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 27,6 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 79 mill. kroner til Helse Nord RHF

#### *Skadelig bruk av doping*

I 2014 fikk Helse Sør-Øst RHF 4,1 mill. kroner til å styrke kunnskapen om behandling av personer med skadelig bruk av doping. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 4,2 mill. kroner i 2015.

#### *Narkolepsi hos barn*

Det er behov for å sikre god oppfølging av barn og unge som blir identifisert med narkolepsi som mulig følge av bruk av influensavaksinen Pandemrix. Det er etablert et prosjekt ved Oslo universitetssykehus for å utvikle tjenestetilbudet til barn og unge med narkolepsi med flere konkrete tiltak for familier og kurs for helseinstitusjoner og skoler. Det er utarbeidet en retningslinje for utredning og behandling av barn og unge med narkolepsi for målgruppen fastleger og barnehager. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 3,2 mill. kroner i 2015.

#### *Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling*

I Helse Sør-Øst er det opprettet en koordineringsenhet for dom til behandling. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 1,6 mill. kroner i 2015.

#### *Sykestuefinansiering*

Det foreslås å videreføre tilskuddet til sykestuene i Finnmark med 9,1 mill. kroner i 2015. Kravene til registrering og rapportering av pasientbehandlingen til Norsk pasientregister videreføres i 2015. Det er behov for desentraliserte spesialisthelsetjenester ved sykestuene i Finnmark.

#### *Beredskapslager for legemidler*

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra kap. 702, post 21 til dekning av de regionale helseforetakenes kostnader for å ivareta legemiddelberedskapen fra 2015. De regionale helseforetakene har iht. helseregulverket allerede ansvaret for forsyning av legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser og katastrofer. Helsedirektoratet har ivaretatt nasjonale beredskapsoppgaver og hatt

avtaler med grossist om nasjonale beredskapslager for legemidler, men disse avtalene avsluttes i 2014. Direktoratet har anbefalt at dette nasjonale lageret avvikles, og oppgaven legges til de regionale helseforetakene. Dette innebærer ingen endring av de regionale helseforetakenes formelle ansvar, men betyr at helseforetakene må heve nivået på lagerbeholdning og beredskapssikring av legemidler som benyttes i spesialisthelsetjenesten. Ansvarsoverføringen omfatter ikke ansvar for primærhelsetjenestens beredskap på dette området. Den nye ordningen vil gjelde fra 1. januar 2015. De regionale helseforetakene er også bedt om å gjennomgå dagens beredskapssituasjon for legemidler i spesialisthelsetjenesten, og utarbeide mål og strategier for hvordan denne bør håndteres framover. Tilskuddet vil fordeles mellom de regionale helseforetakene når ny nasjonal organisering av legemiddelberedskapen for spesialisthelsetjenesten er nærmere avklart.

#### **Post 71 Kvalitetsbasert finansiering**

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene. Det foreslås bevilget 509,8 mill. kroner i 2015. I forslaget er det tatt hensyn til 2,6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, jf. innledningen del I, tabell innledningsvis i del II og postene 72–75.

Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer. Det foretas en helhetlig evaluering av ordningen etter tre år. Forsøksordningen bruker indikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. De fleste indikatorene (33 i alt) oppdateres årlig eller oftere. En bred tilnærming gjør ordningen mer robust og reduserer risiko for uønskede tilpasninger. Forsøksordningen inkluderer både resultatindikatorer, prosessindikatorer og brukererfaringsindikatorer. Resultatindikatorer (i hovedsak femårs- og 30 dagers overlevelseshastighet) gir mest direkte uttrykk for effekten av behandlingen på pasientens helse. Det er viktig å fange opp brukererfaringer i en kvalitetsbasert modell. Ved også å inkludere prosessindikatorer, som beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløpet (f.eks. andel korridorpatienter, epikriser innen 7 dager og strykninger fra planlagt operasjonsprogram), vil ordningen stimulere til atferdsendringer som kan måles på kort sikt. Høy måloppnåelse på disse indikatorene vil for mange pasienter oppleves som behandling av god kvalitet. I 2015 er antall indikatorer økt fra 29 til 33. Det er inkludert fire nye prosessindikatorer



innenfor psykisk helsevern og rus som vil bidra til å balansere oppmerksomheten rundt kvalitet mellom de ulike fagområdene.

Det brukes ulike typer prestasjonsmål, dvs. både absolutte og relative prestasjonsmål. Ved å kombinere ulike typer prestasjonsmål blir fordelingen av den økonomiske rammen mellom helse-regionene mindre følsom for utvikling i enkeltindi-

katorer. Data for de fleste indikatorene foreligger på sykehusnivå. Dette innebærer at helseregionene kan identifisere sykehusene som bidrar til å heve eller senke inntektene til helseregionene.

Fordelingen av tilskuddet mellom de regionale helseforetakene vil bli oppdatert i hvert års statsbudsjett. Fordelingen for 2015 følger av tabell 4.12.

Tabell 4.12 Fordeling av tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering (mill. kr)

	Fordeling 2015	Fordeling 2014	Endring fra 2014 til 2015	Endring fra 2014 til 2015 i pst.	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst	253,0	241,9	11,1	4,6 %	-21,2
Helse Vest	104,7	93,9	10,8	11,5 %	7,9
Helse Midt-Norge	80,8	95,1	-14,3	-15,0 %	7,6
Helse Nord	71,3	66,2	5,1	7,7 %	5,6
Sum	509,8	497,0	12,7	2,6 %	0,0

Ved å sammenlikne tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering med fordelingen av basisbevilgningen, kan en se hvilke helseregioner som gjør det godt eller dårlig, jf. tabell 4.12. Helse Sør-Øst taper om lag 21 mill. kroner mens de andre helseregionene vinner mellom 6 (Helse Nord) og 8 mill. kroner (Helse Vest og Helse Midt-Norge).

Den største endringen fra 2014 til 2015 er i fordelingen av forbedringspoeng. Helse Sør-Øst og Helse Vest har størst forbedring. Helse Midt-Norge har minst forbedring. Dette gjør at midler omfordeles mellom Helse Midt-Norge og de andre helseregionene.

### 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 ble innført et nytt inntektssystem i 2009 som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Inntektssystemet er bygd opp av såkalte behovs- og kostnadsindekser, slik det er i inntektstjenvningen i kommunesektoren. Nedenfor følger forslag med bevilgningsmessige konsekvenser for basisbevilgningene samt oppdatering av inntektssystemet i 2015.

#### Aktivitetsvekst om lag 2,15 pst.

Det foreslås å styrke sykehusenes økonomi med 2 022 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2014. For mange pasienter venter unødvendig lenge på behandling – ofte selv om ledig kapasitet finnes. Regjeringen starter i 2015 innføringen av fritt behandlingsvalgsreformen i spesialisthelsetjenesten, jf. omtale nedenfor. Retten til fritt behandlingsvalg innføres først innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte områder av somatikken. Utgiftene i 2015 til bruk av retten til fritt behandlingsvalg er anslått til 150 mill. kroner. I tillegg kommer 20 mill. kroner til administrasjon av ordningen, til sammen 170 mill. kroner, som inngår i den samlede styrkingen. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal fortsatt prioriteres høyt.

Regjeringen forutsetter at alle statlige virksomheter gjennomfører årlige tiltak for å øke produktiviteten. For å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer innføres det en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Deler av gevinstene fra mindre byråkrati og mer effektiv bruk av pengene overføres i de årlige budsjettene til fellesskapet. Denne innhenting settes til 0,5 pst. av virksomhetenes driftsutgifter, som for helseforetakene utgjør 625 mill. kroner i 2015. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Parallelt med avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen

foreslår regjeringen derfor å tilføre vel 590 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i 2015 for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2015.

Utgiftene til laboratorietjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering foreslås det at refusjonstakstene for offentlige og private laboratorietjenester ikke prisjusteres i 2015, svarende til om lag 60 mill. kroner.

I 2013 og i 2014 er det bevilget 110 mill. kroner til forskningsstudie av nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning, til sammen om lag 220 mill. kroner. Den femårige studien startet opp i januar 2014. Kostnader knyttet til behandling av 100 pasienter som inngår i studien og forskning vil være fullfinansiert av bevilget beløp disse to årene. For 2015 forutsettes det at ev. bruk av legemiddelet i pasientbehandling dekkes innenfor den foreslåtte veksten.

Budsjettforslaget legger med dette til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2,15 pst. inkludert 0,15 pst. aktivitetsvekst til fritt behandlingsvalg. Dette er en høy vekst sammenliknet med tidligere år. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2014, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2014. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2015. Det er da ikke tatt hensyn til forbedringen fra år til år i befolkningens helsetilstand.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2014 til 2015. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandling omfattet av ISF. Kommunal medfinansiering avvikles fra 2015, og det overføres om lag 5,7 mrd. kroner fra kommunenes inntektsrammer til ISF-bevilgningen. Det er budsjettert med en vekst på 6 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi.

Departementet vil fra 2015 gå bort fra dagens system med streng aktivitetsstyring. Slik vil det bli lagt til rette for at sykehusene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon. Det skal samtidig stilles krav om økonomisk balanse og langsiktig økonomisk bærekraft.

Ut over ovennevnte bevilgning til fritt behandlingsvalg, foreslås følgende tiltak dekket innenfor den foreslåtte styrkingen på 2 022 mill. kroner:

- De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentene bedt om å kjøpe mer døgnkapasitet innen TSB fra ideelle virksomheter i løpet av 2014. Det er en målsetting å øke antall plasser med om lag 200 totalt i de fire helseregionene. Resterende helårsvirkning av økt kapasitet vil komme i 2015.
- 20 mill. kroner til et pilotprosjekt der det opprettes tverrfaglige poliklinikker/diagnosesentre for pasienter med relativt likeartede symptomer som langvarige smerte- og utmattelses-tilstander, jf. omtale under kap. 732, post 70.
- 9,1 mill. kroner til rituell omskjæring av gutter, jf. innføring av egenbetaling på 4000 kroner per inngrep omtalt under kap. 732, postene 72–75.

Den generelle veksten i pasientbehandlingen er beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helseforetakene, og gjelder derfor all pasientbehandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2015 med 1 320,4 mill. kroner med følgende fordeling:

- 710,7 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 250,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 189,5 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 170,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

For å understøtte en vridning fra døgntilbud til poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern, foreslås det å flytte til sammen 50 mill. kroner fra basisbevilgningene til kap. 732, post 77, med følgende fordeling:

- 26,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 9,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 7,2 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 6,4 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *Fritt behandlingsvalg*

Reformen fritt behandlingsvalg skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Fritt behandlingsvalg er en reform med tre søyler.

For det første innføres retten til fritt behandlingsvalg. Virksomheter som blir godkjent for å levere helsetjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen, gis mulighet til å levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. Dette vil gi pasientene økt valgfrihet, mobilisere kapasitet hos private leverandører og stimulere de offentlige sykehusene til å drive mer effektivt. Retten til fritt behandlingsvalg skal være en sikkerhetsventil for pasientene. Gjennom ordningen får pasienter som ikke er fornøyd med tilbudet i de offentlige sykehusene rett til å bli behandlet hos godkjente private institusjoner på helseforetakets regning.

For det andre legger departementet opp til økte kjøp gjennom anbud. Anskaffelser gjennom anbudskonkurranse legger til rette for kostnads-effektive kjøp fra private, samtidig som det kan legges vekt på kvalitet i tillegg til pris. Anbud skal fortsatt være hovedkanalen for kjøp fra private. All aktivitet som omfattes av ISF på de offentlige sykehusene, utløser også ISF til de regionale helseforetakene gjennom bruk av retten til fritt behandlingsvalg og anskaffelser gjennom anbud.

For det tredje får helseforetakene mulighet til å behandle flere pasienter enn i dag. Det store volumet av pasientbehandling vil fortsatt skje i de offentlige sykehusene. Det er her de største gevinstene av fritt behandlingsvalgsreformen i form av reduserte ventetider må realiseres. Med dagens aktivitetsstyring vil imidlertid økt aktivitet innen somatikk hos fritt behandlingsvalgleverandører i prinsippet måtte motsvares av redusert aktivitet hos de offentlige sykehusene. Dagens system for aktivitetsstyring avvikles derfor fra og med 2015. Å flytte ventelisten fra offentlig til privat sektor gir ikke kortere ventetider samlet sett og motvirker et viktig mål med fritt behandlingsvalg – nemlig å stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre. I tillegg vil en slik flytting av aktivitet trolig endre prioriteringene siden det neppe vil være sammenfall mellom pasientgruppene som omfattes av hhv. aktivitetsøkningen i privat sektor og aktivitetsnedgangen i de offentlige sykehusene.

Gjennomsnittlig ventetid for somatisk sektor har økt med fem dager fra 2006 til 2013, og fra 2008 til 2012 holdt den budsjetterte aktivitetsveksten bare så vidt følge med utviklingen i behovet for spesialisthelsetjenester som følge av demografiske endringer. Etter departementets vurdering har styringen på aktivitet de siste årene bidratt til at foretak med effektiviseringsmuligheter ikke har kunnet øke behandlingen og redusere ventetider. Samtidig gikk alle de regionale helseforetakene med overskudd i 2013 og det er etablert god kostnadskontroll. Det er utarbeidet

bærekraftige langtidsplaner for investeringer og drift som gir sterke insentiver til effektivisering og ansvarlig drift. Flere sykehus kan framover ha potensial til å øke aktiviteten uten å gå med underskudd eller avvike fra langtidsplanene sine. Ved å gå bort fra dagens system med streng aktivitetsstyring legges det til rette for at sykehusene kan møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Samtidig gir dette også rom for at de regionale helseforetakene kan styre aktivitetsøkningen mot de mest effektive behandlingseenhetene.

Staten vil påta seg større økonomisk risiko ved å styre på denne måten. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon. Departementet understreker samtidig at det fortsatt skal stilles tydelige krav til sykehusene om økonomisk balanse og langsiktig økonomisk bærekraft. Det er nødvendig for å redusere risikoen for at sykehusene øker aktiviteten på bekostning av nødvendige årlige avsetninger til investeringer. I tillegg innførte regjeringen i 2014 regelen om at det skal være høyere vekst i aktivitet innenfor psykisk helsevern og rus enn innenfor somatikk. Dette vil redusere risikoen for utilsiktede prioriteringer bort fra tjenester som i dag ikke omfattes av aktivitetsbaserte tilskudd.

Endring av aktivitetsstyring skal videre gå hånd i hånd med fortsatt styring på mål for kvalitet og resultater som fastsettes i styringsdokumentene. Utviklingen i aktiviteten som følge av endringene i aktivitetsstyringen, innføring av fritt behandlingsvalg og økt ISF-andel, skal følges nøye av beregningsgruppen for ISF og poliklinikk. Beregningsgruppens vurderinger skal inngå i grunnlaget for framtidig aktivitetsstyring og senere utvidelser av fritt behandlingsvalg.

Psykisk helsevern og rus er finansiert over basisbevilgningene, og omfattes ikke av aktivitetsstyringen. For disse områdene vil derfor de regionale helseforetakene fortsatt bære risikoen dersom aktiviteten blir høyere enn anslått. For å unngå flytting av pasienter på venteliste fra offentlig til privat sektor innen disse områdene, er det derfor avgjørende at utgiftene til fritt behandlingsvalg for psykisk helsevern og rus budsjetteres realistisk, og kommer i tillegg til den aktivitetsveksten som ellers ville blitt lagt til grunn for bevilgningene til spesialisthelsetjenesten. Etter departementets vurdering vil imidlertid brorparten av volumet i ordningen med fritt behandlingsvalg på sikt komme innen somatikk, og det er her behovet for å avlaste de regionale helseforetakene for risiko er størst.

Fritt behandlingsvalg skal budsjetteres og dekkes over bevilgningene til de regionale helse-

foretakene. Utgiftene skal budsjetteres realistisk i de årlige budsjettene, og skal budsjetteres i tillegg til den aktivitetsveksten som ellers ville blitt lagt til grunn for bevilgningene til spesialisthelsetjenesten.

Det tas sikte på å innføre fritt behandlingsvalg i 2015 innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte områder av somatikken. Utgiftene i 2015 er anslått til 150 mill. kroner. Anslått nivå på kjøp av rusbehandling i 2014 er om lag 1,5 mrd. kroner. For 2015 legges det til grunn at fritt behandlingsvalg innenfor rus gir en aktivitetsvekst på 10 pst. Gitt at ordningen iverksettes 1. juli 2015, tilsvarer en halvårseffekt 75 mill. kroner. Det er videre lagt til grunn en halvårseffekt på 25 mill. kroner innenfor psykisk helsevern. Innenfor somatikk er det anslått en halvårseffekt på 50 mill. kroner. Det er knyttet usikkerhet til anslagene og departementet vil komme tilbake til Stortinget med en nærmere vurdering av beløpene i revidert budsjett i lys av utredningsarbeidet og eksakt tidspunkt for iverksetting. Det foreslås 20 mill. kroner til forvaltning av fritt behandlingsvalg. Det vises til omtale under kap. 720 Helsedirektoratet.

De budsjettmessige konsekvensene av reformen fritt behandlingsvalg vil i sum avhenge både av hvor mange pasienter som velger å benytte fritt behandlingsvalg og av sykehusenes evne til å øke aktiviteten utover budsjettet aktivitetvekst. Den største kostnaden vil trolig komme som følge av økt aktivitet i den offentlige styrte spesialisthelsetjenesten. Budsjettmessige konsekvenser av å innføre fritt behandlingsvalg vil framgå av de årlige budsjettforslagene.

#### *Pensjon*

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 16 700 mill. kroner. Dette er 3 860 mill. kroner høyere enn bevilgningsnivået for 2014, vedtatt gjennom behandling av Prop. 1 S (2013–2014). Økningen foreslås fordelt på følgende måte:

- 2 077,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 731,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 553,9 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 497,2 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### *Kvaliteten på ventetidsdata i spesialisthelsetjenesten*

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper (Dok. 3:2 (2012–2013)) og Helseilsynets tilsyn med spesialisthelsetjenestens

håndtering av pasienter med kolorektalkreft viste at sykehusene registrerer ventetid slutt til Norsk pasientregister (NPR) ulikt. Ifølge Riksrevisjonen medfører dette at de reelle ventetidene ved noen helseforetak er vesentlig lenger enn det som registreres.

Departementet ba i 2013 Helsedirektoratet om å gjennomføre tiltak for å oppnå en mer enhetlig praksis for registrering av ventetider. En arbeidsgruppe med representanter fra sykehus, regionale helseforetak og Helsedirektoratet har kartlagt kvaliteten i et utvalg data og funnet følgende:

- Henvisninger registreres mer enn én gang, slik at volumtallene registrert i NPR er feilaktige høye. Dette gjelder antall ventende, nyhenviste og ordinært avviklede.
- Ventetidene for pasienter som skal til behandling kan være vesentlig høyere enn registrert i NPR (om lag 46 dager). Disse pasientene skal tas av ventelisten når behandlingen starter. Gjennomgangen viser at mange blir strøket av ventelisten når de møter til første konsultasjon, og ikke når de mottar behandling.
- Ventetidene for pasienter som skal til utredning kan være lavere enn det som er registrert i NPR (om lag 7 dager).
- Det er usikkerhet i datakvaliteten. Dette kan skyldes manglende kunnskap hos den som registrerer og manglende tilrettelegging av tekniske løsninger.

Formålet med arbeidsgruppens undersøkelse var å identifisere problemene og ikke anslå totalvolumet på feilregistreringer eller utslag på ventetidsstatistikken. Resultatene i rapporten er derfor ikke generaliserbare.

Arbeidsgruppen har identifisert flere tiltak for å forbedre kvaliteten i ventetidsstatistikken. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har ansvaret for å følge opp disse. Noen foreslåtte tiltak er:

- Revisjon av ventelisterundskriv, registreringsveiledere og prioriteringsveiledere
- Opplæring av personell som er ansvarlig for registrering
- Forbedringer av pasientadministrative systemer
- Fjerne rapporteringskrav på lite etterspurt informasjon
- Innhente ventelisteinformasjon fra private aktører og enheter innen radiologi

Effekten på ventetidene av forbedret registreringspraksis vil variere for ulike grupper av ventende, bl.a. mellom de som venter på behandling og de som venter på utredning. En forbedring av

registreringsrutinene kan føre til tidsseriebrudd i statistikken og gi et skift i nivået på ventetidene.

Helsedirektoratet har videre igangsatt et arbeid for å måle ventetider på flere målepunkter enn start utredning eller behandling. Med innføring av disse målepunktene vil vi få en bedre samlet ventetidsstatistikk. Endringen krever omlegging av pasientadministrative systemer som erfaringsmessig er tidkrevende. Når det gjelder måling av ventetider for pakkeforløp for kreftpasienter fra 2015, er det valgt en midlertidig løsning.

En arbeidsgruppe med representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene foretok i 2010 en gjennomgang av ventetidsmålene. Konklusjonen var at gjennomsnittlig ventetid er et lite presist mål og ikke gir et godt nok bilde av den faktiske situasjonen. Det ble vist til at pasienter med lange ventetider påvirker gjennomsnittet i for stor grad, mens median ventetid er mer robust, og mindre påvirket av langtidsventende. 90 percentil ventetid ble også trukket fram i rapporten som et godt uttrykk for spredning i ventetidene. I dag publiseres både median ventetid og 90 percentil ventetid av NPR, men brukes i liten grad i styring og oppfølging av departementet. Departementet vil vurdere hvilke ventetidsmål som er best egnet i sin styring av spesialisthelsetjenesten fra 2015. Ved en ev. endring forutsettes det at gjennomsnittsmål fortsatt publiseres og følges opp slik at en har den historiske utviklingen.

#### *Rituell omskjæring av gutter*

I Prop. 70 L (2013–2014) ble det foreslått å lovfeste at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter. Det ble videre foreslått at det skal kreves egenbetaling dersom inngrepet utføres i regi av den offentlige spesialisthelsetjenesten, men at departementet i budsjettsammenheng skulle komme tilbake med forslag til egenbetalingens størrelse. Stortinget har ved lovvedtak sluttet seg til forslaget i proposisjonen, jf. Innst. 290 L (2013–2014). Det tas sikte på at loven skal settes i kraft fra 1. januar 2015. I tråd med dette foreslår departementet en egenbetaling på 4000 kroner per inngrep. Egenbetalingen dekker om lag halvparten av kostnaden. ISF-refusjonen reduseres med egenbetalingen for omskjæring. Det foreslås 9,1 mill. kroner til rituell omskjæring av gutter til de regionale helseforetakenes basisbevilgning med følgende fordeling:

- 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
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### *Økt gebyr ved manglende oppmøte til poliklinikk*

Det foreslås å doble gebyret ved manglende oppmøte til poliklinikk fra 1. januar 2015. Det er fortsatt mange som ikke møter til poliklinisk behandling. Det er variasjoner mellom sykehus og mellom fagområder. Manglende oppmøte medfører dårlig ressursutnyttelse i sykehus og kan innebære lengre ventetider. De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtene i 2013 bedt om å iverksette bedre rutiner for innkalling og påminnelse, og bedre tilgjengelighet for endring av timeavtale. Etter gjeldende ordning kan pasienten avkrevs gebyr som tilsvarende ordinær egenandel (for tiden 320 kroner) for bestilt time som ikke benyttes, dvs. at pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid. Pasienten skal informeres om plikten til å betale ved uteblivelse. Gebyret kan kreves av alle pasienter, også av pasienter som er fritatt fra betaling av egenandel.

Forslaget innebærer at gebyret fastsettes til det dobbelte av ordinær egenandel. For å skjerme rusavhengige og mennesker med psykiske lidelser for gebyret i de tilfeller dette vurderes nødvendig, vil departementet spesifisere overfor de regionale helseforetakene at det skal utvises et skjønn for disse pasientgruppene. Formålet med å doble gebyret er hovedsakelig å understøtte de regionale helseforetakenes arbeid med å redusere antall pasienter som ikke møter. Det legges til grunn at flere vil møte til avtalt time ved poliklinikk, men også at helseforetakene vil få noe økte inntekter knyttet til manglende oppmøte. Denne inntektsøkningen motsvares av tilsvarende redusert bevilgning med 30 mill. kroner med følgende fordeling:

- 16,1 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 5,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 4,3 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 3,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus (Sanks)*

Det foreslås å flytte 3,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75 til kap. 732, post 78 til Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus (Sanks). Sanks ble etablert i 2001 som del av opptrappingsplanen for psykisk helsevern. I tillegg til nasjonal kompetansesenterfunksjon innen psy-

kisk helsevern for den samiske befolkningen i hele Norge, har kompetansesenteret flere kliniske funksjoner.

Sanks er fra 1. januar 2014 godkjent som en nasjonal kompetansetjeneste. Tjenesten omfatter nå også kompetansetiltak på rusbehandling, jf. omtale på kap. 732, post 78.

#### *Samordning innenfor eiendomsområdet*

Fra og med 2015 skal det være etablert et helseforetak for samordning innenfor eiendomsområdet, eid i fellesskap av de regionale helseforetakene. Det foreslås å flytte 1,8 mill. kroner fra kap. 781, post 21. Midlene har så langt vært disponert av Helsedirektoratet til Kompetansenettverk for sykehusplanlegging. Fordelingen blir som følger:

- 1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,2 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### *Prostataentre*

Det foreslås å flytte 16 mill. kroner fra kap. 732, post 70 knyttet til prostataentre. I 2014 er det bevilget midler til drift av minst to prostataentre i Helse Sør-Øst, og ett i hver av de tre andre regionale helseforetakene. Det er nå under planlegging og etablering prostataentre i alle helseregioner. Det ble lagt til grunn at tilskuddet skulle flyttes til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger fra og med 2015. Fordelingen blir som følger:

- 6,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 3,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 3,2 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 3,2 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### *Drop-out*

Det foreslås å flytte 10,3 mill. kroner fra kap. 732, post 70 til drop-out. I 2014 er det bevilget midler til de fire regionale helseforetakene til etablering av prøveprosjekter i alle helseregioner (to i Helse Sør-Øst) for å redusere drop-out innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Alle de regionale helseforetakene har etablert eller er i ferd med å etablere egne drop-out team i 2014. Det ble lagt til grunn at tilskuddet skulle flyttes til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger fra og med 2015. Fordelingen blir som følger:

- 4,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 2,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 2,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### *Tuberkuloseforebyggende arbeid*

Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60 til tuberkuloseforebyggende arbeid. Rutinene for det tuberkuloseforebyggende arbeidet er lagt om fra juli 2014, jf. Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013–2014). Omleggingen av screeningprogram for tuberkulose av asylsøkere og andre innvandrere innebærer at testing som tidligere ble gjennomført i kommunene, er erstattet av test som gjennomføres i sykehusene. BCG-vaksinering av nyfødte i risikogruppen for tuberkulose er flyttet fra nyfødtavdelingen på sykehusene til den kommunale helsetjenesten (helsestasjonene). Fordelingen blir som følger:

- 1,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### *Poliklinisk radiologi*

Det aktivitetsbaserte refusjonssystemet for poliklinisk radiologi er endret fra 1. juli 2014 slik at utgifter til radioaktive legemidler ved pet-skanning (positronemisjonstomografi) refunderes etter fastsatte satser i tråd med de etablerte prinsippene for aktivitetsbasert finansiering. Det vises til Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013–2014). Det foreslås å flytte 34,2 mill. kroner fra kap. 732, post 77. Det foreslås i tillegg å flytte 0,2 mill. kroner fra kap. 2711, post 76. Til sammen foreslås det å flytte 34,5 mill. kroner til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger, med følgende fordeling:

- 18,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 6,5 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 4,9 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 4,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### *Samhandlingsreformen*

##### *Kommunal medfinansiering*

Det ble i 2012 innført kommunal medfinansiering av utgifter til spesialisthelsetjenesten for de somatiske pasientene. I regjeringserklæringen står det at man skal «følge opp enigheten mellom partiene under Stortingets behandling av samhandlingsreformen, herunder reversere kommunal medfinansiering». Som en oppfølging av dette utvikles kommunal medfinansiering fra 1. januar 2015.

Etablert praksis ved overføring av midler mellom forvaltningsnivåene i forbindelse med oppgaveoverføringer er at dette skal baseres på faktiske

utgifter som er brukt på oppgaven. I tråd med dette vil grunnlaget for overføring av midler fra kommunene til de regionale helseforetakene baseres på beste anslag for kommunenes faktiske utgifter til kommunal medfinansiering i 2015. Som følge av dette overføres det 5 674,7 mill. kroner fra kommunene til de regionale helseforetakene, kap. 732, post 76, i 2015.

#### *Utskrivningsklare pasienter*

Tall for utskrivningsklare pasienter for hele 2013 viser at ordningen fungerer etter intensjonen. Kommunene tar i mot utskrivningsklare pasienter raskere, noe som frigjør kapasitet i sykehusene. I 2014 er betalingssatsen 4 255 kroner. Satsen for 2015 prisjusteres til 4 387 kroner.

#### *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold*

Iht. ny helse- og omsorgstjenestelov vil kommunene fra 2016 få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Tilbudet skal fases inn i kommunene over en fireårs periode fram til plikten trer i kraft. I det året tilbudet starter opp skal kommunen søke om tilskudd fra Helsedirektoratet. Dette tilskuddet dekker halvparten av de totale utgiftene til etablering og drift. Den andre halvparten tilføres konkrete prosjekter gjennom direkte bidrag i samme størrelse per kommune fra regionale helseforetak. Det er avsatt rammer for hver region og ev. ubrukte midler skal tilbakestilles de regionale helseforetak etter samme nøkkel som uttrekket. I 2013 fikk 204 kommuner tilskudd. 42 nye kommuner har søkt om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold med planlagt oppstart i 2014. Søknadsfristen gikk ut 1. mars. Av disse har 35 kommuner fått tilskudd. 75 pst. av kommunene har organisert tilbudet sitt gjennom interkommunalt samarbeid. Foreløpige resultater fra evalueringen av samhandlingsreformen viser en reduksjon på 3–10 pst. i sykehusinnleggelse for pasienter over 80 år i de kommunene som har etablert tilbud.

Det foreslås å flytte 153,8 mill. kroner fra regionale helseforetak til kap. 762, post 62 i 2015. Av disse flyttes 132,7 mill. kroner fra kap. 732, post 76 og 21,1 mill. kroner fra basisbevilgningene med følgende fordeling:

- 11,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 4 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 3 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 2,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75

I tillegg vil ordningen innebære økte kostnader til legetjenester i kommunene, som dekkes av takster over folketrygdens budsjett. Det foreslås derfor å flytte 6,8 mill. kroner fra basisbevilgningene til kap. 2755, post 70, med følgende fordeling:

- 3,7 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 1,4 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,9 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *ISF av pasientadministrert legemiddelbehandling av kreft*

I budsjettet for 2014 ble finansieringsansvaret for enkelte kreftlegemidler i folketrygden overført til de regionale helseforetakene, jf. overføringen av 300 mill. kroner fra kap. 2751, post 70 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Helsedirektoratet tilrår at det fra 2015 etableres en ISF-finansiering for pasientadministrert legemiddelbehandling av kreft, som for annen pasientadministrert legemiddelbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås å flytte 155 mill. kroner fra basisbevilgningene til kap. 732, post 76, med følgende fordeling:

- 83,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 29,4 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 22,2 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 20 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *Medisinsk bibliotek til Universitetet i Oslo*

Det medisinske bibliotek ved Rikshospitalet ble virksomhetsoverdratt til Universitetet i Oslo i 1998. For å sikre at kvaliteten og omfanget av tjenesten blir lik for alle brukere, har Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus blitt enige om virksomhetsoverdragelse av de medisinske bibliotekene ved Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Det foreslås å overføre 16,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72 og 1,6 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 260, post 50 over Kunnskapsdepartementets budsjett fra 2015.

#### *Forskning, samhandling*

Kravet om at minst 15 mill. kroner av basisbevilgningen skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, foreslås videreført i 2015.

*Narkotikaprogram med domstolskontroll*

På grunnlag av de positive resultatene fra oppfølgingsstudien til Statens institutt for rusmiddelforskning, foreslås at Narkotikaprogram med domstolskontroll videreføres ut 2015 i Bergen og Oslo. Det vil vurderes å gjøre ordningen permanent fra 2016.

*Inntektssystemet for regionale helseforetak*

Magnussenutvalgets forslag til ny fordeling av basisbevilgningene til regionale helseforetak (NOU 2008: 2) ble innført i 2009 til 2010.

Systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene er bygd opp av behovs- og kostnadsindekser, slik

det også er i inntektsutjevningen i kommunesektoren. De ulike behovs- og kostnadsindeksene samles i en ressursbehovsindeks som beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionalt helseforetak relativt til landsgjennomsnittet. Ressursbehovsindeksen endres hvert år som følge av oppdatering av nye befolkningskriterier, sosiale kriterier og kostnadsandeler. Ressursbehovsindeksen er påvirket av kostnadsandelene til somatikk, psykisk helse, rusbehandling og pre-hospitale tjenester. Departementet har oppdatert modellen med siste tilgjengelige statistikk for befolkning, alder, ulike sosiale kriterier og kostnadsandeler. Oppdateringene fører til en ny ressursbehovsindeks, andel befolkning og en fordelingsnøkkel per region for 2015 som vist i tabell 4.13.

Tabell 4.13 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2014 og 2015

	Ressursbehovsindeks		Andel befolkning per		Fordelingsnøkkel <sup>1</sup>	
	2014	2015	1.1.2013	1.1.2014	2014	2015
Helse Sør-Øst RHF	97,2	97,1	0,5585	0,5587	0,5428	0,5422
Helse Vest RHF	91,0	90,9	0,2096	0,2102	0,1907	0,1910
Helse Midt-Norge RHF	103,9	104,2	0,1379	0,1376	0,1433	0,1433
Helse Nord RHF	131,2	131,9	0,0939	0,0936	0,1233	0,1234
Norge	100,0	100,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

<sup>1</sup> Fordelingsnøkkel for inntektsgrunnlaget til regionale helseforetak. I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Endringer i fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene i 2015 skjer som følge av oppdatering av de ulike kriterieverdiene. Oppgaveendringer fra 2014 til 2015 vil også påvirke fordelingen. Tabell 4.14 viser de samlede endringene i 2015 etter pris- og lønnsjustering og oppgaveendring for 2015. Effekten av kapital og gjestepasientoppgjør er innarbeidet.

Tabell 4.14 Endring i basisbevilgning i 2015 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør (mill. kr (og andel av basisbevilgning))

Helse Sør-Øst RHF	-27 (-0,1 %)
Helse Vest RHF	36 (0,2 %)
Helse Midt-Norge RHF	-2 (0,0 %)
Helse Nord RHF	-7 (-0,1 %)
Sum	0 (0,0 %)



**Post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2013 og status 2014 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 50 933,7 mill. kroner.

**Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2013 og status 2014 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 17 980 mill. kroner.

**Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2013 og status 2014 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 13 592,6 mill. kroner.

**Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2013 og status 2014 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 12 193,6 mill. kroner.

**Post 76 Innsatsstyrt finansiering**

Det foreslås å flytte:

- 1,5 mill. kroner til kap. 2711, post 70 knyttet til leger i spesialisering, jf. omtale i Prop. 93 S (2013–2014)
- 132,7 mill. kroner til kap. 762, post 62 knyttet til døgntilbud øyeblikkelig hjelp
- 155,5 mill. kroner fra kap. 732, postene 72 til 75 knyttet til inkludering av selvadministrerte

kreftlegemidler i ISF, jf. omtale under postene 72 til 75

- 5 675 mill. kroner fra kap. 571, post 60 knyttet til reversering av kommunal medfinansiering

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er derfor rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange, og hva slags, pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Høyere aktivitet enn forutsatt blir bare kompensert gjennom innsatsstyrt finansiering. Refusjonene er i gjennomsnitt bare ment å dekke deler av kostnadene ved økt aktivitet. Resten må dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem. Prioriteringene skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter (bl.a. prioriteringsforskriften) angir. Basisbevilgningen skal brukes til å understøtte ønsket prioritering. Utbetalingene gjennom innsatsstyrt finansiering skal avspeile reell behandlingsaktivitet. Finansieringsmodellen for regionale helseforetak innebærer at helseregionene fordeler basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering til det enkelte helseforetak. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. De regionale helseforetakene skal sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Det tas sikte på å innføre fritt behandlingsvalg i 2015. Det vises til egen omtale under kap. 732, postene 72 til 75. Fritt behandlingsvalg skal budsjetteres og dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene (basisbevilgning og ISF). Innføring av fritt behandlingsvalg gir samtidig større uforutsigbarhet i de økonomiske rammene til de regionale helseforetakene. Staten avlaster imidlertid de regionale helseforetakene for en betydelig del av risikoen gjennom økte utbetalinger over ISF. Aktivitet som ikke alene kan finansieres av ISF-refusjoner må dekkes av basisbevilg-

ningen. For å stimulere de regionale helseforetakene til å inngå anbud, avlaste de regionale helseforetakene for risiko og sidestille bruk av anbud med fritt behandlingsvalg, vil all aktivitet som omfattes av ISF på de offentlige sykehusene, også utløse ISF gjennom anbud.

#### *Nærmere om finansieringsordningen*

ISF-ordningen omfatter somatisk pasientbehandling, både innleggelser og poliklinisk utredning og behandling. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen dekker 50 pst. av enhetsprisen. De øvrige kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, post 72–75.

Prisen som de regionale helseforetakene betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger eller anbud på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til ISF-refusjonen. ISF bygger på DRG-systemet (se boks 4.1). Innen-

for hver enkelt pasientgruppe (DRG) kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Årlige endringer skal sikre at finansieringsordningen i størst mulig grad avspeiler medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig, og det vil ikke være mulig å være a jour til enhver tid. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering.

Regelverket for ISF beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. Helsedirektoratet publiserer regelverket og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

#### **Boks 4.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)**

DRG er et system for å klassifisere sykehusaktivitet i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Det er i alt om lag 860 diagnoserelaterte grupper. Målsetningen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasienter medisinsk og ressursmessig. Innledningen i grupper bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 8 000 prosedyre- eller tiltakskoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt DRG har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten. Mens gjennomsnittsbehandlingen som gir DRG-poeng har en kostnadsvekt på om lag 0,2, vil de mest ressurskrevende behandlingene ha en kostnadsvekt på om lag 35. Dette gjelder stamcelletransplantasjoner. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er m.a.o. beregnet til å være om lag 175 ganger høyere enn for gjennomsnittspasienten. I 2013 ble det gjennomført 6,5 mill. behandlinger

fordelt på 1,3 mill. døgn- og dagbehandlinger og 5,2 mill. polikliniske konsultasjoner. I overkant av 1,8 mill. pasienter hadde minst en kontakt med somatiske sykehus i 2013. Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall behandlinger
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (50 pst. av enhetsprisen)

Aktivitetutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke som følge av at pasientbehandlingen er blitt mer ressurskrevende, men også at det har skjedd endringer i registreringspraksis. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke det medføre økte kostnader for sykehusene og derfor skal det heller ikke utbetales ISF-refusjon for dette. Sykehusene ville i så fall fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for reelt sett samme aktivitet. Dette er i strid med intensjonen i ISF-ordningen. Endringer i registreringspraksis håndteres gjennom underregulering av enhetsprisen.

### ISF og KPP

Kostnader per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for oppstilling av hvilken helsehjelp en pasient har mottatt og hva denne helsehjelpen har kostet, enten det er et døgnopphold, en dagbehandling eller en poliklinisk konsultasjon. Med publiseringen av en nasjonal spesifisering for kostnader per pasient (KPP) etableres en felles standard for beregning av kostnader på pasientnivå i spesialisthelsetjenesten. Spesifikasjonen skal danne grunnlaget for oppbygging av KPP-modeller i helseforetakene. I 2010 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å etablere KPP som grunnlag for god styring av sykehusene samt å få bedre beregninger av kostnadsvekter. I 2012 publiserte Helsedirektoratet en nasjonal spesifisering for KPP. KPP er et viktig verktøy for å analysere medisinsk praksis og kvalitet, for styring på ulike nivåer i helsetjenesten, og for sammenlikning mellom ulike organisatoriske enheter. I tillegg vil KPP kunne brukes i forvaltningen av ISF. Helse- og omsorgsdepartementet ba de regionale helseforetakene i foretaksmøtene i januar 2014 om å utarbeide en felles strategi med leveranser og milepæler som er nødvendig for å sikre en implementering av KPP-modeller i alle helseforetak. Målsettingen er at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy for alle helseforetak innen 1. januar 2017. Flere helseforetak har levert KPP-data i 2014. Disse KPP-dataene er tatt inn i kostnadsvektarbeidet.

### Resultat 2013

I saldert budsjett 2013 ble det lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,7 pst. fra 2012 til 2013 med utgangspunkt i anslag for 2012 basert på aktivitetstall for første tertial 2012. Endelig aktivitet i 2012 ble om lag 0,4 pst. lavere enn anslått. Dette innebærer at saldert budsjett 2013 la til rette for en vekst på 2,1 pst. fra faktisk nivå i 2012. Til fradrag fra dette kommer økt pasientbehandling som følge av opprettelse av nye døgntilbud i kommunene. I budsjettet for 2013 er dette anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

Faktisk aktivitet i 2013 viser en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1 pst. fra endelig nivå i 2012. Dette er noe lavere enn lagt til grunn i Prop. 12 S (2013–2014), jf. Innst. 72 S (2013–2014), hvor bevilgningen for 2013 ble økt med 80 mill. kroner bl.a. som følge av økt anslag for aktivitet i 2013. Foreløpig avregning for 2013 tilsier samlet økning i bevilgningsbehov for ISF i 2013 på 10 mill. kro-

ner. Dette er om lag 70 mill. kroner lavere enn lagt til grunn basert på aktivitetstall per andre tertial.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2013 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2014, inkl. ev. justeringer som følge av behandling av enkelt saker i avregningsutvalget. Ev. mer- eller mindreutbetalinger i 2013 vil på vanlig måte bli motregnet mot a kontoutbetalingene til de regionale helseforetakene for 2014. Faktisk aktivitet i 2013 tilsier at kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering er 5,31 mrd. kroner. Dette er om lag 40 mill. kroner lavere enn anslått i Prop. 12 S (2013–2014).

### Status 2014

Saldert budsjettet for 2014 legger til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,7 pst. med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2013. Som følge av at midlene til brystrekonstruksjon ikke er videreført, reduseres vekstanslaget med 0,1 pst. til 1,6 pst. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Foreløpige tall for hele 2013 viser at veksten i antall DRG-poeng i 2013 ble om lag 0,7 pst. lavere enn lagt til grunn i første tertial. Saldert budsjett 2014 legger dermed til rette for en aktivitetsvekst i sykehusene på 1,5 pst. hensyntatt faktisk vekst i 2013.

Basert på aktivitetstall for første tertial 2014 indikerer en prognose for hele året en vekst i aktiviteten på 1,6 pst. i 2014 fra faktisk nivå i 2013. Dette tilsvarer en vekst utover budsjettforutsetningene for 2014 på 0,1 pst. Når beløpet fordeles på aktivitet med hhv. 50 og 30 pst. ISF-refusjon tilsier dette et mindrebehov på ISF på 20 mill. kroner, og 5 mill. kroner i mindreinntekter fra kommunal medfinansiering. Årsaken til at det er et mindrebehov på 20 mill. kroner på ISF selv om aktiviteten er 0,1 pst. høyere enn styringsmålet, er at det er lagt inn 55 mill. kroner for å ta høyde for vridning mellom aktivitet med 30 pst. og 50 pst. ISF-refusjon i 2014.

Enhetsprisen for ett DRG-poeng i 2014 er underregulert med 0,1 pst. for å ta høyde for registreringsendring i 2013 og 2014. For 2013 er omfanget av registreringsendring anslått til å utgjøre 0,15 pst. Dette betyr at enhetsprisen for ett DRG-poeng i 2014 legger til grunn en negativ registreringsendring på 0,05 pst. Endringene i regelverket for 2014 reduserer antall DRG-poeng med 0,2 pst. Når dette motregnes mot 0,05 pst. negativ registreringsendring, tilsier dette at enhetsprisen i 2014 er underregulert med 0,15

pst. for å ta høyde for registreringsendring i 2014. Aktivitetstall for første tertial 2014 tilsier at enhetsprisen skulle vært underregulert med ytterligere 0,3 pst. pst. og at den dermed er fastsatt 0,3 pst. eller 122 kroner for høyt. Redusert enhetspris gjør at bevilgningen isolert sett kan reduseres med 70 mill. kroner for antall DRG-poeng. Den lavere enhetsprisen får også konsekvenser for kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering i 2014. Samlet sett gir dette et redusert bevilgningsbehov på ISF på 90 mill. kroner for å kunne videreføre antatt aktivitetsnivå i 2014 i 2015-budsjettet. Departementet vil komme tilbake til bevilgningsmessige konsekvenser i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet 2014.

En prognose tilsier at kommunene får utgifter til kommunal medfinansiering på 5 534 mill. kroner i 2014.

#### *Mål 2015*

For 2015 foreslås det bevilget 29 714 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2015 som ligger om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2014 basert på aktivitet per første tertial 2014. Vekstanslaget inkluderer midler til fritt behandlingsvalg. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Enhetsprisen for antall DRG-poeng i oppdragsdokumentet foreslås satt til 41 494 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2014 er fastsatt 0,3 pst. eller 122 kroner for høyt. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 3,1 pst. En enhetspris på 41 494 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,5 pst. i 2015. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som er lagt til grunn i enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2015. I forslaget er det tatt hensyn til 119,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, jf. innledningen del I, tabell innledningsvis i del II og postene 72–75. Dette innebærer at enhetsprisen er redusert med 0,5 pst.

#### **Post 77 Poliklinisk virksomhet mv.**

Det foreslås å flytte 34,2 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 knyttet til utgifter til radioaktive legemidler ved pet-skanning.

Bevilgningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomheter. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet inngår også i ordningen.

For 2015 foreslås bevilget 3634,3 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet tilsvarende en vekst på 6 pst. fra anslag basert på regnskapstall per mai 2014. I forslaget er det tatt hensyn til 17,3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, jf. innledningen del I, tabell innledningsvis i del II og postene 72–75.

Takstene eksklusive laboratorieanalyser prisomregnes med 3,1 pst. og hensyntatt avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, blir endringen 2,6 pst.

Laboratorieanalyser blir finansiert av basisbevilgningene og aktivitetsbasert refusjon (takster). Utgiftene til laboratorietjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering foreslås det at refusjonstakstene for laboratorietjenester ikke prisjusteres i 2015. Det vises til tilsvarende forslag på private laboratorietjenester under kap. 2711, post 76.

Det ble anvendt feil deflator ved prisjusteringen fra 1. januar 2014 av takstene/refusjonene bevilget på posten. For å rette opp dette vil takstene/refusjonene underreguleres tilsvarende 12,5 mill. kroner fra 1. januar 2015.

#### *Status 2014*

Alle refusjonstakstene ble prisjustert med 3,5 pst. fra 1. januar 2014. I saldert budsjett ble det samlet sett lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 6 pst. utover anslått nivå i 2013, basert på regnskapstall per mai 2013, jf. Prop. 1 S (2013–2014). Egenandelene økte med 1,5 pst. fra 1. juli 2014. Det aktivitetsbaserte refusjonssystemet for poliklinisk radiologi ble endret fra 1. juli 2014 slik at utgifter til radioaktive legemidler ved pet-skanning (positronemisjonstomografi) refunderes etter fastsatte satser i tråd med de etablerte prinsippene for aktivitetsbasert finansiering, jf. Prop. 93 S (2013–2014) og Innst. 260 S (2013–2014).

Basert på regnskapstall for perioden januar til mai 2014, er samlede utbetalinger i 2014 anslått til 3410 mill. kroner. Dette er 77 mill. kroner høyere

enn gjeldende budsjett 2014. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 1 pst. i refusjon av egenandeler i forbindelse med somatisk poliklinisk behandling, 6 pst. innenfor voksenpsykiatri/rusbehandling, 6 pst. innenfor barne- og ungdomspsykiatri, 14 pst. innenfor offentlig laboratorievirksomhet og 12 pst. innenfor offentlig radiologi.

### Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester

Alle helseforetak er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet. Forskning er viktig for å bidra til ny kunnskap, og til kompetanse og utvikling i sykehusene. Det foreslås å videreføre økningen i bevilgningen til de regionale helseforetakene på 100 mill. kroner til flerregionale kliniske forskningsprosjekter forankret i alle de regionale helseforetakene innenfor satsingsområdene hjerte- og karsykdommer (Unikard), muskel- og skjelettplager, alvorlige psykiske lidelser, helsetjenesteforskning, kreftforskning, nevrologiske sykdommer inkludert demens (Nevronor), samt smerte- og utmattelsesykdommer som CFS/ME, borreliose, fibromyalgi mv.

Det foreslås å flytte:

- 3,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75 til nasjonale kompetansetjenester i Helse Nord RHF til drift av Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 72–75
- 1,6 mill. kroner til kap. 260, post 50 over Kunnskapsdepartementets budsjett i forbindelse med virksomhetsoverdragelse av de medisinske bibliotekene ved Ullevål sykehus og Radiumhospitalet til Universitetet i Oslo

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning skal være et økonomisk bidrag og incentiv til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Basistilskuddet på 30 pst. fordeles likt mellom de fire regionale helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet på 70 pst.

fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler, avlagte doktorgrader og uttelling for tverregionalt samarbeid og for tildelinger av midler fra EU og Norges forskningsråd) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Tilskuddet fordeles av samarbeidsorganet mellom regionalt helseforetak og universiteter. Det er ikke lagt føringer for finansieringsmodell for forskning i helseforetakene

- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester skal gi et økonomisk bidrag til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å bidra til å utvikle og heve kvaliteten på tjenestene i hele behandlingsskjeden

#### Resultat 2013 og status 2014

Samlet bevilgning var 945,9 mill. kroner i 2013. Tilskudd til forskning utgjorde 504,2 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 441,7 mill. kroner, herunder 173,4 mill. kroner til Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 47 mill. kroner til Nasjonal kompetansesenter for døvblinde i Helse Nord.

#### Forskning

Tilskudd til forskning utgjør 621,8 mill. kroner i 2014. CRISTin og Norsk vitenskapsindeks (NVI) brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Justeringene i indikatorer for forskningsaktivitet som ble innført i 2014 videreføres, jf. Prop. 1 S (2013–2014), herunder prøverapportering på antall pågående kliniske studier og antall pasienter som deltar i kliniske studier i 2015. Nasjonal database for kliniske intervensjonsstudier er ventet etablert i 2014 og vil utgjøre datagrunnlaget for en slik prøverapportering.

Fordelingen av forskningsmidler over statsbudsjettet gjøres på bakgrunn av glidende gjennomsnitt i forskningspoeng over tre år (tabell 4.15). For omtale av forskningspoeng for 2013, se omtale under meldingsdelen på kap. 732.

Tabell 4.15 Gjennomsnittlig treårige beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak

Gjennomsnitt	2011–2013	2010–2012	2009–2011	2008–2010	2007–2009
Helse Sør-Øst	61,5	61,3	60,2	59,3	59,9
Helse Vest	20,6	20,6	21,7	22,8	22,3
Helse Midt-Norge	9,5	9,9	9,6	9,8	9,8
Helse Nord	8,4	8,2	8,4	8,1	8,0

### Nasjonale kompetansetjenester

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 461,3 mill. kroner i 2014, herunder 193,2 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Det er godkjent 50 nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i 2014 etter forskrift.

### Mål 2015

Det foreslås bevilget 1115,4 mill. kroner i 2015. I forslaget er det tatt hensyn til 5,6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, jf. innledningen del I, tabell innledningsvis i del II og postene 72–75.

### Forskning

Det foreslås et tilskudd på 637,7 mill. kroner til forskning i 2015, jf. tabell 4.16. Det inkluderer en videreføring av styrkning på 100 mill. kroner som skal understøtte det etablerte, nasjonale forskningssamarbeidet på tvers av de regionale helseforetakene, samt mer forskning knyttet til smerte- og utmattelsesykdommer som CFS/ME, fibromyalgi, borreliose mv. Det foreslås å flytte 1,6 mill. kroner til Kunnskapsdepartementets budsjett som følge av virksomhetsoverdragelse av Medisinsk bibliotek fra Oslo universitetssykehus HF til Universitetet i Oslo. Beløpet trekkes fra Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 4.16 Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten (mill. kroner)

	Basis (30 %)	Resultat (70 %) <sup>1</sup>	Sum
Helse Sør-Øst RHF	47,9	273,6 <sup>2</sup>	321,5
Helse Vest RHF	47,9	92,2	140,1
Helse Midt-Norge RHF	47,9	42,5	90,4
Helse Nord RHF	47,9	37,6	85,5
<b>Totalt</b>	<b>191,7</b>	<b>445,9</b>	<b>637,7</b>

<sup>1</sup> Forskningsresultater for perioden 2011–2013 ligger til grunn for fordeling av midler i 2015, jf. tabell 4.15. Departementet tar forbehold om justering av beløpene i tabellen mellom tilskuddsmottakere som følge av ytterligere kvalitetssikring av data som ligger til grunn for poengberegningen.

<sup>2</sup> Beløpet inkluderer flytting av 1,6 mill. kroner til Kunnskapsdepartementets budsjett som følge av virksomhetsoverdragelse av de medisinske bibliotekene fra Oslo universitetssykehus HF til Universitetet i Oslo.

### Nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås 477,7 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 198,6 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 50 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord.

Det vises til omtale av flyttinger innledningsvis på posten. Sanks (Samisk nasjonal kompetanse-

senter – psykisk helsevern) ble godkjent som en nasjonal kompetansetjeneste under navnet Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus. Tjenesten omfatter nå også kompetansetiltak på rusbehandling. Det foreslås at finansiering av Sanks videreføres og at det foretas en omfordeling av midler fra basisbevilgninger til øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester.

Tabell 4.17 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	312,7
Helse Vest RHF	31,6
Helse Midt-Norge RHF	32,9
Helse Nord RHF <sup>1</sup>	100,5
Sum	477,7

<sup>1</sup> Beløpet inkluderer flytting av 3,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75 til Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus.

### Post 79 Raskere tilbake

Bevilgningen dekker alle utgifter for Raskere tilbake i spesialisthelsetjenesten, bl.a. behandling og transport. Midler til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er inkludert. Samlet foreslås bevilget 567,7 mill. kroner.

Ordningen tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte ble etablert med utgangspunkt i sykefraværsutvalget, Ot. prp. nr. 6 (2006–2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006–2007), jf. Budsjett-innst. S. nr. 15 (2006–2007). Målgruppen er sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt. Det er et vilkår at personene som omfattes med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som direkte følge av behandlingen som tilbys. Det er etablert styrings- og kontrollsystemer som skal sikre at bevilgningen brukes i samsvar med ordningens formål.

I 2013 ble bevilget 531 mill. kroner til de regionale helseforetakene under denne posten. Mid-

lene i 2013 ble i hovedsak benyttet til ortopedi, annen kirurgi, rehabilitering i sykehus, rehabiliteringsopphold i private rehabiliteringsinstitusjoner, psykisk helsevern og tiltak for personer med sammensatte lidelser. Bevilgningen i 2014 er på 550 mill. kroner.

### Post 82 Investeringslån

I 2013 ble det utbetalt 2 009,9 mill. kroner i investeringslån til utbygging av nytt østfoldsykehus, investeringstiltak ved omstillingen ved Oslo universitetssykehus, nytt barne- og ungdomssenter ved Haukeland i Helse Bergen, kunnskapssenter ved St. Olavs Hospital, modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø, nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset i Vesterålen, ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø og nytt lokalsykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes. Kunnskapssenteret ved St. Olavs Hospital ble offisielt åpnet i september 2013.

Tabell 4.18 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2013 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kr)

	Lånesaldo per 31.12.12	Tildelt låneramme 2013	Påløpte opptrekkrenter 2013 jf. kap. 3732, post 83 og 91	Innbetalte avdrag 2013 jf. kap. 3732, post 85 og 90	Lånesaldo per 31.12.13
Helse Sør-Øst RHF	7 576	1 134,9	43,2	426,7	8 328
Helse Vest RHF	2 227	185	6,0	130,5	2 288
Helse Midt-Norge RHF	3 714	265	7,4	223,6	3 763
Helse Nord RHF	1 656	425	15,4	94,2	2 003
Sum	15 173	2 009,9	72,0	875,0	16 381

Ved inngangen til 2014 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene 16,4 mrd. kroner. Av dette er 12,3 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 4,1 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Lånebevilgningen for 2014 utgjør 1591,9 mill. kroner. Bevilgningen sikrer fortsatt framdrift av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø, nytt østfoldsykehus, nytt barne- og ungdomssenter ved Haukeland i Helse Bergen, ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, nytt sykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes, slutføring av nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset i Vesterålen og fase 1 av investeringstiltak ved Oslo universitetssykehus. Nytt akuttmottak ved Ullevål ble åpnet i februar 2014. Nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset i Vesterålen ble ferdigstilt i mai 2014.

#### *Budsjettforslag 2015*

Det foreslås bevilget 697,9 mill. kroner i investeringslån for 2015 og at to nye prosjekter tas inn i låneordningen i 2015. De nye prosjektene er Barne- og ungdomssenter (Busp) fase 2 ved Haukeland universitetssykehus og Tønsbergprosjektet.

Nytt senter for barn, unge og fødende (Busp fase 2) ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen, vil samle all behandling av barn og unge og gjør sykehuset i stand til å tilby pasientene langt bedre behandlingsfasiliteter enn det sykehuset har mulighet til i dagens nedslitte bygningsmasse. Prosjektet gjør det mulig å samle føde og barsel med nyfødt- og prematuravdeling og øke kvaliteten og behandlingsskapiteten til pasientgruppen. Prosjektet vil også frigjøre kapasitet i Sentralblokken slik at denne kan oppgraderes og være hovedbygget i Helse Bergen i årene framover. Forprosjekt skal være ferdigstilt januar 2015, med detaljprosjektering fra mars 2015 og ibruktaking fra 2022. Det foreslås en låneramme til prosjektet på 2 084 mill. 2014-kroner, som utgjør 70 pst. av forventede prosjektkostnader på 2 978 mill. kroner. Lånerammen utbetales i takt med utbyggingsperioden 2015–2022. Det foreslås en lånebevilgning på 20 mill. kroner i 2015.

Tønsbergprosjektet består av det 7. byggetrinnet på sykehuset i Tønsberg, Sykehuset i Vestfold, som innebærer fullføring av somatikkutbyggingen i Tønsberg, samt erstatningsbygg for sykehuspsykiatrien, inklusive alderspsykiatrien. Prosjektet vil

erstatte gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse for somatikk og akuttpsykiatri med nye tidsriktige bygg tilpasset virksomhetens behov. Byggestart forventes 3. kvartal 2015 med ferdig psykiatribygg i 2018 og ferdig somatikkbygg i 2020. Det foreslås en låneramme til prosjektet på 1 870 mill. 2014-kroner, som utgjør 70 pst. av forventede prosjektkostnader på 2 672 mill. kroner. Lånerammen vil utbetales i takt med utbyggingen i perioden 2015 til 2020. Det foreslås en lånebevilgning på 70 mill. kroner i 2015.

Lån til nytt østfoldsykehus ble vedtatt med en øvre ramme på 2 500 mill. 2009-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011). Til og med 2014 er det bevilget 2705 mill. kroner i lån til prosjektet. Resterende låneramme på 114,09 mill. kroner foreslås bevilget i 2015. Med dette blir den samlede lånerammen på 2 500 mill. 2009-kroner utbetalt.

Lån til nytt barne- og ungdomssenter (Busp) ved Haukeland i Helse Bergen ble vedtatt med en øvre ramme på 700 mill. 2009-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011). Til og med 2014 er det bevilget 638 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 105 mill. kroner i lån til prosjektet i 2015. Prosjektet var planlagt ferdigstilt i 2015, men er nå skjøvet til 2016. Den resterende låneramme vil utbetales da.

Lån til gjennomføring av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø ble vedtatt med en øvre låneramme på 1 328 mill. 2008-kroner gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009). Til og med 2014 er det bevilget 1044 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 128 mill. kroner i lån til prosjektet i 2015. Prosjektet var opprinnelig planlagt ferdigstilt i 2016, men framdriften tilsier at prosjektet ferdigstilles i 2018. Den resterende lånerammen vil utbetales i tråd med dette.

Lån til ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø ble vedtatt med en øvre låneramme på 455 mill. 2012-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2011–2012). Det er foretatt noen endringer i forprosjektet fra konseptfasen. Til og med 2014 er det bevilget 215 mill. kroner i lån til formålet. Det foreslås bevilget 110 mill. kroner i lån til prosjektet i 2015.

Lån til nytt sykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes ble vedtatt med en øvre låneramme på 600 mill. 2013-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2012–2013). Lånet utbetales i utbyggingsperioden 2013–2018. Til og med 2014 er det bevilget 80 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås utbetalt 150 mill. kroner av samlet låneramme i 2015.



### Opptreksrenter

I perioden fram til ferdigstillelse av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt låneporteføljene til de regionale helseforetakene. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartementets budsjett (kap. 5605, post 84). Endring i låneordningen fra 2008 med at investeringslån bevilges som en ordinær tilskuddspost innebærer at budsjetteringen av tilhørende opptreksrenter blir delt når det gjelder lån tatt opp før og etter 2008, jf. post 83 og post 91 nedenfor. Samlede opptreksrenter på helseforetakenes investeringslån utgjorde 72 mill. kroner i 2013.

### Post 83 Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008

I 2013 utgjorde opptreksrenter på denne posten 70,5 mill. kroner. For 2015 foreslås det budsjettert med 97 mill. kroner i opptreksrenter på lån gitt f.o.m. 2008.

### Post 86 Driftskreditter

Se omtale under kap. 3732, post 86.

### Post 91 Opptreksrenter for lån t.o.m. 2007

Bevilgningen er en teknisk håndtering av opptreksrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tok opp før 2008, jf. omtale av opptreksrenter i post 83. I 2013 utgjorde opptreksrenter på denne posten 1,5 mill. kroner. De regionale helseforetakene har konvertert alle byggelån tatt opp før 2008 slik at det ikke vil bli budsjettert med opptreksrenter på denne budsjett-posten lenger.

## Kap. 3732 Regionale helseforetak

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
80	Renter på investeringslån	430 405	404 000	383 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	186 188	212 000	257 000
86	Driftskreditter	1 050 000		2 400 000
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	688 776	676 000	670 000
	Sum kap. 3732	2 355 369	1 292 000	3 710 000

Bevilgningen dekker renter og avdrag.

### Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2013 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 430,4 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

Tabell 4.19 Oversikt over innbetalte renter i 2013 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	213,6
Helse Vest RHF	57,2
Helse Midt-Norge RHF	124,4
Helse Nord RHF	35,2
Sum	430,4

Det foreslås at renter på investeringslån budsjetteres med 383 mill. kroner i 2015.

#### 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 2013 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 875 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak.

#### **Post 85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008**

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. I 2013 utgjorde avdrag på denne posten 186,2 mill. kroner. Avdrag på investeringslån tatt opp etter 2008 foreslås budsjettert med 257 mill. kroner for 2015.

#### **Post 86 Driftskreditter**

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fordele rammen mellom de regionale helseforetakene. Som følge av at de regionale helseforetakene over år har hatt store merutbetalinger knyttet til pensjonspremier, samt tidligere års underskudd, har de fått behov for driftskreditter. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009) ble helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene. I tillegg skal pensjonskostnaden som hovedregel legges til grunn ved fastsetting av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

Opplegget innebærer at differansen mellom pensjonskostnader og -premier håndteres gjennom bevilgninger på denne posten eller på den tilhørende utgiftsposten kap. 732, post 86 avhengig av differansen mellom pensjonskostnad og pensjonspremie. Dette er størrelser som de regionale helseforetakene i liten grad kan styre. Den resterende aktiviteten ved sykehusene skal håndteres innenfor årlige bevilgninger. Driftskredittrammene er av flere årsaker ulikt fordelt mellom de regionale helseforetakene. Med utgangspunkt i at helseforetakene nå gjennomgående har god økonomisk kontroll og er gitt forutsigbare ram-

mebetingelser, er det lagt til grunn at driftskredittrammene skal fordeles iht. ordinær inntektsfordeling. Den interne omfordelingen mellom de regionale helseforetakene skjer over en periode på tre år og avsluttes i 2015.

#### *Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2013*

Ramme for driftskreditt var per 1. januar 2013 på 8 226 mill. kroner. Ved behandling av Prop. 1 S (2012–2013) ble det lagt til grunn en samlet pensjonskostnad på 12 950 mill. kroner, mens pensjonspremien ble videreført på samme nivå som i 2012, dvs. 12 580 mill. kroner. Pensjonspremien var følgelig anslått til å være 370 mill. kroner lavere enn pensjonskostnaden, og de regionale helseforetakenes ramme for driftskreditter ble redusert med tilsvarende beløp.

Endelig beregning av pensjonskostnader for 2013 ga en kostnadsreduksjon på 100 mill. kroner til 12 850 mill. kroner. Ny informasjon viste at pensjonspremien for 2013 ble på 11 800 mill. kroner hvilket var 780 mill. kroner lavere enn tidligere antatt. Ved Stortingets behandling av Prop. 12 S (2013–2014) Endringer i statsbudsjettet under Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Innst. 72 S (2013–2014), ble helseforetakenes basisbevilgning redusert i tråd med kostnadsreduksjonen på 100 mill. kroner. Rammen for driftskreditt ble samtidig nedjustert med 680 mill. kroner, slik at samlet nedjustering utgjorde 1 050 mill. kroner for 2013. Samlet ramme for driftskreditt utgjorde 7 176 mill. kroner ved utgangen av 2013. Det ble lagt til grunn at tilbakeført overskudd fra pensjonskassene fra 2012 i sin helhet skulle tilføres premiefond.

#### *Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2014*

2014-budsjettet bygger på anslag fra pensjonsleverandørene for samlede pensjonskostnader på 12 840 mill. kroner og for pensjonspremier på 13 350 mill. kroner. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 510 mill. kroner, som er foreslått håndtert gjennom en tilsvarende økning av driftskreditten.

I tillegg til anslaget fra pensjonsleverandørene er det nå kjent at fra og med regnskapsåret 2014 skal det benyttes en ny dødelighetstabell (risiko for at vi lever lenge) ved beregning av pensjonskostnader. Denne endringen er regnskapsmessig å regne som et estimatavvik, og innebærer at pensjonskostnaden for 2014 isolert sett øker med 15–20 pst., anslagsvis 2 500 mill. kroner, ut over nivået som ble lagt til grunn for 2014-budsjettet.

Den forrige dødelighetstabellen var fra 2005. For beregning av pensjonskostnaden for 2014 skal det også legges til grunn 0,25 prosentpoeng høyere antatt lønnsvekst og 0,05 prosentpoeng lavere diskonteringsrente. Isolert sett anslås denne innstrammingen å øke pensjonskostnaden med om lag 1 000 mill. kroner ut over det som er lagt til grunn i budsjettet.

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 202 L (2012–2013) Endringer i lov om Statens pensjonskasse og enkelte andre lover (ny uførepensjonsordning), jf. Innst. 126 L (2013–2014), ble det vedtatt en endret uførepensjonsordning. Dette er regnskapsmessig å regne som en planendring og hele virkningen skal tas i 2014. Hovedbildet er at dette innebærer en innsparing og foreløpige anslag fra enkelte pensjonsleverandører indikerer at dette kan bringe pensjonskostnaden for 2014 om lag på nivå med det som er lagt til grunn i 2014-budsjettet.

Norsk Regnskapsstiftelse ventes i løpet av høsten å komme med en avklaring av hvorvidt endret levealdersjustering for grupper født i 1954 eller senere skal tas inn i beregningen av pensjonskost-

nader. Dette vil i så fall være en planendring og vil gi en ytterligere reduksjon av pensjonskostnaden for 2014.

Endelig informasjon om nivået på pensjonskostnad og pensjonspremie for 2014 vil dermed først være kjent høsten 2014. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av ev. endringer.

#### *Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2015*

Budsjettforslaget for 2015 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader på 16 700 mill. kroner og pensjonspremier på 14 300 mill. kroner. Det tas forbehold om at ikke alle pensjonsleverandørene har vært i stand til å utarbeide beregninger basert ensartede forutsetninger. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 2 400 mill. kroner som foreslås håndtert gjennom en tilsvarende reduksjon av driftskredittrammen. Årsaken til det økte kostnadsanslaget i forhold til 2014 er at effekten av den nye uførepensjonsordningen i sin helhet ble hensyntatt regnskapsmessig i 2014, som en engangseffekt.

Tabell 4.20 Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kr)

	Årsslutt 2012	Prop.1 S (2012–2013)	Nysaldering 2013 <sup>1</sup>	Prop.1 S (2013–2014)	Anslag 2015
1. Innrapportert pensjonskostnad		12 950	12 950	12 840	16 700
2. Pensjonspremie		12 580	12 580	13 350	14 300
3. Endring i driftskredittramme (2–1)		-370	-680	510	-2 400
4. Endring driftskreditt (akkumulert gjennom året)		-370	-1 050	510	-2 400
5. Samlet driftskredittramme	8 226	7 856	7 106	7 856	5 286

<sup>1</sup> Jf. Prop. 12 S (2013–2014) Endringer i statsbudsjettet for 2013 under Helse- og omsorgsdepartementet

#### **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 688,8 mill. kroner i 2013. Det foreslås budsjettert 670 mill. kroner i 2015.

## Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	12 683	13 252	12 408
70	Behandlingsreiser til utlandet	111 936	115 854	119 677
72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	2 455	578	6 097
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	18 368	17 711	15 795
	Sum kap. 0733	145 442	147 395	153 977

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal være koordinerte, tverrfaglige og målrettede. Tjenester skal tilbys og ytes i eller nærmest mulig brukers vante miljø. Habilitering og rehabilitering skal gis til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Det er viktig å oppleve å kunne mestre sitt liv i størst mulig grad. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til barn, unge og voksne med medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne. Det forutsettes at både kommunene og de regionale helseforetakene kan kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Det følger av dagens pasient- og brukerrettighetslov at pasienter har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsikiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer, behandlingen skal foretas. Fra 1. januar 2014 er også private radiologiske virksomheter omfattet av denne ordningen.

Valgfrihet er positivt for pasienten, og kan bidra til å øke pasientens mulighet til medbestemmelse på helseområdet. En slik valgfrihet er viktig også for pasienter og brukere med behov for rehabilitering i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med regionalt helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å utrede organisatoriske, juridiske og økonomiske konsekvenser en slik utvidelse vil innebære. Departementet tar sikte på å sende et lovforslag på høring ila. høsten 2014.

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene i bevilgningen knyttet til:

- 5,5 mill. kroner i økt bevilgning til videreføring av livsstilsendingsprosjektet ved Feiringklinikken.
- til sammen 2,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ytterligere produktivitetskrav og styrking av andre prioriterte tiltak.

Øvrig flytting av midler er omtalt under de enkelte postene.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med bevilgningen er å stimulere til utvikling av gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester, og å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av feltet.

I samhandlingsreformen er det innført en lov-pålagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Forpliktende samarbeidsavtaler vil være et sentralt verktøy i gjennomføringen og oppfølgingen av samhandlingsreformen. For at kommunene skal kunne yte gode og helhelte tjenester innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet forutsettes det at spesialisthelsetjenesten følger opp sitt veiledningsansvar overfor kommunene.

Det ble i 2013 gitt støtte til prosjekter som forutsettes å bidra til å utvikle habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder bl.a. opplæring av tjenesteytere, kompetansespredning, kompetanseutvikling og videreutvikling av tilbud. Eksempler er et prosjekt som har som mål å øke kunnskapen om kompetansebehov hos tjenesteytere som gir tjenester til brukere med store sammensatte behov, kroniske problemer og som har langvarig nedsatt funksjonsevne, og et prosjekt som har

som mål å styrke tilbudet til små barn med hørselshemming.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte habiliteringstjenester til barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom. Spesialisthelsetjenesten har videre et ansvar for å tilby tjenester som krever særskilt og tverrfaglig kompetanse og er innrettet mot å gi råd, veiledning og opplæring til kommunene, brukere, pårørende, foreldre og foresatte. Bevilgningen på posten er redusert med 1 mill. kroner knyttet til produktivitetskrav. Det foreslås bevilget 12,4 mill. kroner i 2015.

### Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge. Ordningen innebærer behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal tilfredsstillende faglige krav etter norsk vurdering og gi dokumentert nytte. Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus har det faglige og administrative ansvaret for ordningen. Egenandelene er omfattet av egenandelstak 2. I 2013 fikk 2599 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 199 ledsagere til barn.

Ordningen er evaluert, og saken har vært behandlet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og

omsorgsdepartementet vurderer flere aspekter ved ordningen med behandlingsreiser til utlandet. Forslag til hvordan tilbudet om behandlingsreiser best kan utvikles videre vil bli forelagt Stortinget på egnet måte.

### Post 72 Kjøp av opptrening mv.

Samlet sett for årene 2013 og 2014 er det et forventet mindreforbruk når det gjelder livsstilsendingsprosjektet ved Feiringklinikken. På denne bakgrunn ble bevilgningen på posten redusert med 4,4 mill. kroner i 2014, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014) Tillegg 1. Livsstilsendingsprosjektet er planlagt videreført til 2016. Bevilgningen foreslås økt med 5,5 mill. kroner til videreføring av prosjektet i 2015.

### Post 79 Andre tilskudd

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner til kap. 847, post 70, under Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets budsjett, knyttet til tilskudd til organisasjoner for personer med nedsatt funksjonsevne. Bevilgningen på posten er redusert med 1,5 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen dekker samme formål som under post 21. Det vises til omtale under post 21, jf. ovenfor.

## Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
01	Driftsutgifter	48 754	39 650	49 639
21	Spesielle driftsutgifter	13 861	14 916	14 151
70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 905	2 411	2 491
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	75 757	74 394	76 849
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	43 523	16 497	17 041
	Sum kap. 0734	184 800	147 868	160 171

Tjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være samordnet og tilpasset pasienter med sammensatte lidelser. Det er et mål at forpliktende samhandling i tjenestene styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nært pasi-

entenes bosted. Det er et mål å ha gode rutiner for samarbeid med kommunen før, under og ved endt behandling eller behandlingsavbrudd, herunder rutiner for hurtig reinntak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette. Det legges til grunn at det fortsatt er behov for en langsiktig omstilling

av de psykiske helsetjenestene fra et tradisjonelt døgnbasert tilbud til en mer åpen og utadrettet tjeneste hvor målet er å legge til rette for et verdig og mest mulig vanlig liv for mennesker med psykiske lidelser. Det innebærer at styringskravet om styrking av distriktpspsykiatriske sentre med vekt på videre utvikling av tjenestene med bl.a. økt tilgjengelighet og beredskap gjennom døgnet videreføres.

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene i bevilgningen knyttet til:

- 9 mill. kroner til styrking av kontrollkommisjonene.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ytterligere produktivitetskrav.

Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser er omtalt under kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid og kap. 732 Regionale helseforetak.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester 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 56 kontrollkommisjoner som skal ivareta rettssikkerheten til pasienter i møtet med det psykiske helsevernet. Kommisjonen skal gjennomgå alle vedtak om tvungen psykiisk 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. I perioden fra 2002 til 2012 har antall vedtak som har blitt brakt inn for domstolene doblet seg fra om lag 100 saker til over 200 saker. Økningen forventes å fortsette. Dette antas å henge sammen med økt fokus på pasientenes rettsikkerhet og på riktig bruk av tvang i det psykiske helsevernet.

Helsedirektoratet har i 2014 revidert Rundskriv for fylkesmannen vedrørende oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonen i det psy-

kiske helsevernet. Revideringen er gjort for ytterligere å sikre en åpen og betryggende prosess ved oppnevninger. Analyser av data fra kontrollkommisjonene og fylkesmennenes klagesaksbehandling viser til dels betydelige forskjeller i medholdsprosent mellom kommisjonene og mellom fylkesmannsembetene. I nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) inneholder den statlige plandelen tiltak for å oppnå bedre kvalitetssikring av kommisjonenes arbeid og en mer enhetlig praksis nasjonalt. Helsedirektoratet startet arbeidet med disse tiltakene i 2013. I 2014 skal det ferdigstilles et eget opplæringskurs for kontrollkommisjonsmedlemmer, og den menneskerettslige kompetansen i kontrollkommisjonene og fylkesmannsembetene skal styrkes.

Helsedirektoratet har et faglig og praktisk oppfølgingsansvar overfor kommisjonene. Den økonomiske forvaltningen er delegert til landets fylkesmenn gjennom embetsoppdrag og fullmaktsbrev. Helsedirektoratet har i 2014 gjennomgått dagens rutiner for å oppnå en mer forutsigbar økonomistyring av kontrollkommisjonene. Det er nå bl.a. satt et krav om at kommisjonene sender sine salærkrav til fylkesmannen kvartalsvis. Det foreslås en styrking av kontrollkommisjonene på 9 mill. kroner i 2015 til dekning av utgiftene til kommisjonenes arbeid. Det foreslås bevilget 49,6 mill. kroner i 2015.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med posten er å følge opp nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester. Videre skal bevilgningen finansiere utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer og utviklingsarbeid innen rusområdet og psykisk helsevern, samt oppfølgingstiltak på andre områder. Se også omtale under post 72. Bevilgningen på posten er redusert med 1 mill. kroner knyttet til produktivitetskrav. Det foreslås bevilget 14,2 mill. kroner i 2015.

#### *Nasjonal strategi for økt frivillighet og bedre kvalitet i de psykiske helsetjenester*

Den statlige delen av Nasjonal strategi for økt frivillighet og bedre kvalitet i de psykiske helsetjenester omfatter 14 tiltak som skal gjennomføres i perioden 2012–2015. De nasjonale tiltakene skal understøtte tiltaksplaner på regionalt og lokalt nivå. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, helhetlige pasientforløp og alternative frivillige løsninger basert på mest mulig likeverd mellom brukere, pårørende

og helsepersonell er sentrale elementer i arbeidet med å redusere bruk av tvang. Økt frivillighet handler i stor grad om forebygging, og om å komme tidlig til med behandling slik at bruk av tvang kan unngås eller reduseres mest mulig. Flesteparten av tiltakene i den statlige delen av strategien er igangsatt.

Hovedprioriteringene for siste del av strategiperioden er å ferdigstille veiledning til ansatte i de psykiske helsetjenestene, utarbeide veiledning om frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder medisinfrie behandlingstilbud og sikre bedre datakvalitet for økt kunnskap om bruk av tvang. Det vises også til omtale under kap. 732 om årsrapportering for psykisk helsevern og kap. 765 om kommunalt psykisk helsearbeid.

#### *Særskilte oppfølgingstiltak av utilregnelige lovbrytere*

For å forebygge vedvarende og samfunnsskadelige kriminelle handlinger begått av utilregnelige personer er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å etablere et prosjekt, Mellom alle stoler, i samarbeid med politiet i Oslo, Bergen og Trondheim. Politiet har identifisert i alt 107 aktuelle personer i de tre byene som faller innenfor prosjektets kriterier. Disse tas inn i tiltaket etter hvert som de begår nye lovbrudd. Om lag 30 personer er per august 2014 inne i prosjektet. Tiltaket innebærer tilbud om utredning og oppfølging med sikte på å mestre sin hverdag uten kriminalitet. Prosjektet koordineres av Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo.

#### **Post 70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket**

Bevilgningen dekker utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 5–3. Bevilgningen skal også dekke utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet. Videre kan norske myndigheter legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utgifter til transport føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten. I 2013 ble det til sammen transportert 29 pasienter med alvorlig psykisk sykdom, hvorav 19 ble hjemhentes og 10 ble sendt ut. Ingen somatiske transporter er dekket over ordningen i 2013. Helsemyndig-

hetene arbeider med å styrke oppfølgingen av ordningen, bl.a. med bakgrunn i merforbruket på posten i 2012.

#### **Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede**

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffelovens § 39a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere. Ansvaret for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge RHF. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes særskilt over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. Det foreslås bevilget 76,8 mill. kroner i 2015. Ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernlovens kapittel 1, kapittel 4 med unntak og kapittel 6 om kontroll etterprøving så langt den passer. Ved fagenheten er det opprettet en egen kontrollkommisjon med ansvar for alle psykiske utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg. Det er anslått at kapasitetsbehovet totalt er 15 personer, basert på at en til to personer dømmes til tvungen omsorg per år. Fagenheten er organisatorisk knyttet til St. Olavs Hospital ved regional sikkerhetsavdeling.

Fagenheten inngår avtaler med berørte bostedskommuner om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der, når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhetshensyn ikke taler mot. Fra januar 2002 til mai 2014 er til sammen 21 personer dømt til tvungen omsorg. Per mai 2014 er én person innlagt i fagenhetens sengepost med gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg etter straffelovens § 39a. Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært to til tre personer. 9 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar. For 11 personer er dom til tvungen omsorg opphørt. Fra januar 2002 til mai 2014 har til sammen 25 personer vært innlagt i fagenheten etter kjennelse fra retten om gjennomføring av varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 og/eller rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167. Per mai 2014 var én person innlagt i fagenhetens sengepost for gjennomføring av varetektssurrogat og én person innlagt for gjennomføring av rettspsykiatrisk undersøkelse.

## Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

### *Prosjekt vedrørende organisering av rettspsykiatri*

Helse- og omsorgsdepartementet har ledet arbeidet med å utrede en modell for organisering og kvalitetsheving av rettspsykiatrien, i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet. Det overordnede målet er å bedre domstolenes og politi/påtalemyndighetens tilgang til sakkyndighet av høy kvalitet. En ev. framtidig landsdekkende organisasjonsmodell bør bygge på etablerte strukturer og knyttes til de tre regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Modellen prøves ut gjennom et toårig pilotprosjekt ved kompetansesenteret på Brøset i Trondheim. Prosjektet skal bl.a. bygge opp et register over rettspsykiatrisk sakkyndige som fyller nye formalkrav, utvikle rutiner for å motta henvendelser fra rekvirenter, utøve servicefunksjoner overfor sakkyndige, samt etablere et system for håndtering av dokumenter som møter lovkrav til håndtering av personopplysninger. Prosjektet skal også bidra til å styrke fagfeltets akademiske forankring. Tilskuddet til prosjektet foreslås videreført med samlet 3 mill. kroner i 2015. Det vises til omtale under Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

### *Tvang i psykisk helsevern*

Frivillighet er grunnprinsippet i all behandling, også i psykisk helsevern. Tvang er et alvorlig inngrep i et enkeltmenneskes liv og skal kun benyttes når frivillige løsninger er dokumentert ikke å føre fram. Psykisk helsevernloven åpner for at det i noen situasjoner kan brukes tvang, når dette er strengt nødvendig av hensyn til pasienten og/eller omgivelsene. Som ledd i Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) Bedre kvalitet – økt frivillighet er det i Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2014 satt som mål at omfanget av tvangsinnleggelser reduseres med 5 pst. i samarbeid med de kommunale tjenestene. Det samme kravet ble stilt i 2013, dvs. samlet et krav om 10 pst. reduksjon fra 2012-nivået. Det samme måltallet gjelder for reduksjon av andelen tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering). Som ledd i den nasjonale strategien er det nedsatt en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til hvordan korrekt registrering og rapportering av tvangsdata kan sikres ved alle behandlingssteder.

Det gjennomføres to større kartlegginger innen psykisk helsevern og rusbehandling med

relevans for bruk av tvang i psykisk helsevern: Pasienttellingen 2012–2013 som har kartlagt kjennetegn ved pasienter og brukere i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og en analyse av bruk av tvangsmidler og vedtak om bruk av skjerming i psykisk helsevern. Hittil er resultatene fra 2012-kartleggingen publisert. Tilskuddet vil bl.a. gå til videreføring av enkelte tiltak i Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015), herunder Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i psykisk helsevern og til tiltak som retter seg mot økt frivillighet og forebygging i bruk av tvang i regi av brukerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten. Det vises til omtale av strategien under kapittel 734, post 21.

### *Kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri*

Behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser som begår grove kriminelle handlinger, stiller særlig krav til kompetanse. De tre regionale kompetansesentrene og sikkerhetsavdelingene (i Oslo, Bergen og Trondheim) har spesialkompetanse innen fagområdene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som overføres både til lokale sikkerhetsavdelinger og til allmennpsykiatriske avdelinger ved behov. Driften av kompetansesentrene er forankret i de regionale helseforetakene. De regionale kompetansesentrene har etablert et nasjonalt kompetansenettverk seg imellom for å styrke de nasjonale forsknings- og fagutviklingsprosjektene innenfor de tre fagområdene (Sifer). I 2013 fikk Sifer i oppdrag å revidere rundskriv om vurdering av risiko for voldelig atferd. Det foreslås å videreføre tilskuddet til kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen og Trondheim til utviklingsprosjekter.

### *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Det er et mål å styrke kvaliteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utarbeidelse og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er et sentralt virkemiddel for å styrke kvalitet og kunnskapsbasert praksis i tjenestene.

Som del av arbeidet med retningslinjen behandling og rehabilitering av rusmiddelavhengige ble Alkoholkonferansen arrangert i 2013 med 450 deltakere fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivillige organisasjoner, kompetansemiljøer mv. Nasjonale og internasjonale foredragsholdere



med tema innen folkehelse, kommune- og spesialisthelsetjeneste deltok. Retningslinjen for behandling og rehabilitering av rusmiddelavhengige skal på ekstern høring i løpet av høsten 2014 med endelig publisering i løpet av 2015.

Nasjonalt faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende medikamenter ferdigstilles i løpet av 2014. Dette gjelder også for veileder for tilbakehold iht. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 til 10-4. Arbeidet med revisjon av lar-retningslinjen startes i 2014/2015. Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest RHF i samarbeid med andre instanser arbeider med å utvikle et nasjonalt kvalitetsregister for

tverrfaglig spesialisert rusbehandling med sikte på utprøving i løpet av 2015. Helsedirektoratet vil også delta i dette arbeidet.

*Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf)*

Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo har en omfattende virksomhet og er en viktig instans i å utvikle kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet, i særlig grad innen spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilskuddet til Seraf foreslås videreført i 2015.

## Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
750	Statens legemiddelverk	246 472	232 186	240 266	3,5
751	Legemiddeltiltak	73 579	75 159	75 554	0,5
	Sum kategori 10.50	320 051	307 345	315 820	2,8

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
01–23	Statens egne driftsutgifter	257 927	244 437	250 836	2,6
70–89	Andre overføringer	62 124	62 908	64 984	3,3
	Sum kategori 10.50	320 051	307 345	315 820	2,8

Programkategorien omfatter bevilgning til Statens legemiddelverk samt spesielle driftsutgifter og tilskudd til bl.a. Legemiddelhåndboka, tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk, kompetansenettverk legemidler til barn, driftsstøtte til apotek,

fraktrefusjon av legemidler og tilskudd til regionale legemiddelsentra og veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter. Kategorien dekker videre gebyrer og avgifter på legemiddelområdet.

### Kap. 750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	
01	Driftsutgifter	246 472	232 186	240 266	
	Sum kap. 0750	246 472	232 186	240 266	

Det foreslås følgende styrking:

- 1,95 mill. kroner til system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Det foreslås en styrking av gjennomføringen av metodevurderinger knyttet til system for innfø-

ring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, jf. også omtale i kap. 725 post 01 og kap. 781 post 21.

De overordnede målene for legemiddelpolitikken er at legemidler skal brukes riktig, både medisinsk og økonomisk. Pasienter skal ha lik tilgang til sikre og effektive legemidler, uavhengig

av betalingsevne, og legemidler skal ha lavest mulig pris.

Statens legemiddelverk er det nasjonale forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og skal bidra til at målene for legemiddelpolitikken og refusjonsområdet blir oppfylt. Legemiddelområdet omfatter legemidler til bruk både av mennesker og dyr. Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt ved godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), godkjenning av produktinformasjon (preparatomtale, pakningsvedlegg og merking), fastsettelse av maksimalpris og trinnpris for reseptpliktige legemidler til mennesker, opptak på forhåndsgodkjent refusjon, endringer og vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll og tilsyn med aktører i legemiddelforsyningskjeden. Videre inngår veiledning om riktig legemiddelbruk, godkjenning av legemiddelutprøvinger, utviklingsplaner for legemidler til barn og av avansert terapi. Legemiddelverkets oppgaver omfatter også utredning av dokumentasjon for miljøkonsekvenser av legemiddelbruk. Legemiddelverket arbeider med å tydeliggjøre tilbudet og tilrettelegge for mer 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 utenfor apotek (Lua). Videre er Legemiddelverket tilskuddsforvalter for Relis (regionale legemiddelinformasjonscentre) og Vetlis (Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter).

#### Tilgang til trygge og effektive 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 styrker kvaliteten på vedtakene som fattes og bidrar til å sikre god nasjonal forvaltning. Legemiddelverket yter særlig innsats på områdene kreftlegemidler, vaksiner, diabeteslegemidler og antibiotika. Det europeiske samarbeidet gir Norge muligheter til å påvirke godkjenning og bruk av legemidler og det europeiske regelverket.

Innen veterinærmedisin er legemidler til fisk et spesielt viktig område siden tilgangen på effektive vaksiner og andre legemidler har stor betydning for oppdrettsnæringen.

Legemiddelverket har utviklet en digital saksbehandlingsløsning for søknader om markedsføringstillatelse og endringer av markedsføringstillatelse. Denne ble lansert desember 2013. Løsningen bidrar til bedre samhandling med søker, bedre forutsigbarhet og mer effektiv håndtering av utvalgte saksbehandlingsprosesser.

Antall preparater med markedsføringstillatelse på det norske markedet er i løpet av de siste 10 årene mer enn firedoblet. Likevel er legemiddelmangel en økende nasjonal og internasjonal utfordring. I Norge skyldes dette i stor grad forhold utenfor våre grenser og utenfor vår kontroll. Det kan dreie seg om stans i markedsføring eller redusert produksjon av et legemiddel pga. endringer i produksjonslinjen, kvalitetssvikt i ferdigprodusert legemiddel eller naturkatastrofer som kan resultere i plutselig skade på produksjonsanlegg. Det er derfor viktig å ha en effektiv organisering av legemiddelberedskapen. Legemiddelverket har opprettet samarbeid med Legemiddelindustriforeningen, Apotekforeningen, Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst (OUS) og legemiddelgrossister for å håndtere utfordringen best mulig, jf. også omtale av legemiddelberedskap under kap. 702 post 21.

Bivirkningsovervåking av legemidler til mennesker er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Bivirkningsmeldinger samles i en nasjonal database ved Legemiddelverket. Data i denne databasen deles internasjonalt. Dette samarbeidet gjør at nye bivirkninger kan identifiseres raskt og at harmoniserte tiltak kan settes i verk. I 2014 startet Legemiddelverket arbeidet med å fornye og digitalisere det nasjonale systemet for bivirkningsovervåking.

Legemiddelverkets tilsynsaktivitet omfatter årlig om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg føres det tilsyn med kliniske legemiddelutprøvinger, systemer for bivirkningsrapportering, blodbanker og virksomheter som håndterer celler og vev. Som følge av Norges internasjonale forpliktelser på legemiddelområdet gjennomføres også inspeksjoner av legemiddelprodusenter og kliniske utprøvinger i land utenfor EØS.

Nytt internasjonalt regelverk skal gjøre det vanskeligere å forfalske legemidler, og dette gjelder nå også i Norge. Dette omfatter skjerpede krav til aktørene i distribusjonskjeden og til netthandel med legemidler og vil innebære en økning av Legemiddelverkets tilsynsoppgaver.

Forfalskede legemidler er en trussel for folkehelsen. Legemiddelverket arbeider sammen med politi- og tolletaten samt internasjonalt i regi av EU og Europarådet for å redusere risikoen for at forfalskede legemidler når norske utsalgssteder.

Stortinget har i 2014 vedtatt en hjemmel for at myndighetene kan beslaglegge og destruere ulovlig privatimporterte legemidler, uten at det skal være nødvendig å involvere politi- og påtalemyndigheter.

For å avdekke nye stoffer og stoffgrupper som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripos, Toll- og avgiftsdirektoratet og Statens institutt for rusmiddelforskning. Før oppføring vurderer Legemiddelverket hvor farlig og hvor vanedannende et stoff er.

Refusjonsordning som gir lik og enkel tilgang til effektive legemidler ved dokumentert behov

Legemiddelverket har fullmakt til å innvilge forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel, dersom utgiftsveksten for trygden er under bagatellgrensen, jf. legemiddelforskriften § 14-15. Legen skal vurdere om pasientene oppfyller de vilkår som Legemiddelverket har satt for refusjon.

I 2013 behandlet Legemiddelverket 70 refusjonsaker, hvorav 61 ble innvilget refusjon. Tre legemidler ble avslått da de faglige kriteriene ikke var oppfylt og seks av søknadene ble oversendt departementet da merutgiftene ved å ta opp legemidlene ble antatt å overskride bagatellgrensen.

Medisinsk og økonomisk riktig bruk av legemidler

Legemiddelverket informerer om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler. Informasjonsarbeidet er rettet mot både helsepersonell og publikum. For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet tjenesten Forskrivnings- og 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 journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Dataene i Fest inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder nå også informasjon som gjør at legene i forskrivningsprosessen kan få informasjonsvarsler for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Varsler fra Legemiddelverket er også tatt i bruk av

Felleskatalogen. Legemiddelverket jobber for bruk av varselfunksjonen også i andre informasjonskanaler.

Statens legemiddelverk har ansvar for å utføre hurtige metodevurderinger av legemidler etter bestilling fra regionale helseforetak i nasjonalt system for vurdering av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Legemiddelverket deltar i arbeidsgruppen som bidrar i arbeidet med å etablere og drifte en ny metodevarslingsfunksjon og er observatør i de regionale helseforetakenes bestillerforum. Det har kommet 20 oppdrag på hurtig metodevurdering siden oppstarten av de regionale helseforetakenes bestillerforum 26. september 2013.

Legemidler skal ha lavest mulig pris

For å sikre lavest mulig pris på reseptpliktige legemidler fastsettes det årlig en maksimal utsalgspris lik gjennomsnittet av de tre billigste av ni land i Vest-Europa. For å utnytte konkurransen i markedet for byttbare legemidler ble trinnprissystemet innført i 2005. Fra 2014 ble det innført nye kuttsatser og endret apotekavanse. Trinnprissystemet omfatter om lag 100 virkestoffer. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 1,161 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.
- 11,274 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.
- 1,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til produktivitetskrav.

Bevilgningen foreslås videre økt med 12,33 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3750, post 02. Den foreslåtte økningen er begrunnet i mer aktivitet og dermed større inntekter over tid, jf. også regnskapsførte inntekter i statsregnskapet.

## Kap. 3750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
02	Diverse inntekter	16 088	2 246	14 639
04	Registreringsgebyr	95 109	102 832	105 694
06	Refusjonsgebyr	2 020	2 829	2 908
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	338		
16	Refusjon av foreldrepenger	1 507		
18	Refusjon av sykepenger	2 201		
	Sum kap. 3750	117 263	107 907	123 241

Bevilgningen dekker ulike gebyrer industrien må betale for Legemiddelverkets arbeid med godkjenning av produkter og virksomhet.

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner, godtgjørelse og refusjoner fra EMA samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.). Bevilgningen foreslås økt med 12,33 mill. kroner, jf. omtale under kap 750 post 01.

### Post 04 Registreringsgebyr

Bevilgningen dekker gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillatelser eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel.

### Post 06 Refusjonsgebyr

Bevilgningen dekker det legemiddelfirmaene betaler for å få behandlet søknader om forhåndsgodkjent refusjon.

## Kap. 751 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 455	12 251	10 570
70	Tilskudd	62 124	62 908	64 984
	Sum kap. 0751	73 579	75 159	75 554

Bevilgningen dekker spesielle driftsutgifter og tilskudd på legemiddelområdet.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen nyttes til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboka. I tillegg nyttes bevilgning

gen til bl.a. Helsedirektoratets arbeid med tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk og til direktoratets tilsyn og tiltak på området medisinsk utstyr.

Det foreslås å flytte 2 mill. kroner til kap 720, post 01, Helsedirektoratet, for å styrke arbeidet med medisinsk utstyr.

## Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike legemiddeltiltak.

### Kompetansenettverk legemidler for barn

Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barneklubben ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen. Nettverket har en styringsgruppe som foruten ledelsen består av representanter fra de ulike helseregionene og en allmennlege. I tillegg har nettverket en stab for å ivareta administrative og faglige oppgaver. Det er etablert lokale legemiddelutvalg ved alle sykehus som har barneavdelinger. Legemiddelutvalgene er tverrfaglige og består av leger, sykepleiere og farmasøyt.

Nettverket har følgende fire prioriterte arbeidsfelt: Pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling samt vitenskapelig kompetanse og kunnskapsoppsummering. Nettverket bidrar til kvalitetssikringsarbeid i spesialist- og primærhelsetjenesten ved å støtte prosjekter faglig og økonomisk. Nettverket arrangerer også faglige seminarer.

I årene 2010–2014 har det blitt bevilget 5 mill. kroner per år til nettverket. I tillegg til etablerte oppgaver har det fra 2013 blitt bevilget en million kroner til et sekretariat for et forskningsnettverk for legemidler til bruk hos barn. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 6 mill. kroner til Haukeland Universitetssykehus for drifting av kompetansenettverket i 2015.

### Apotek

Ved utgangen av 2013 var det 767 apotek i Norge, en økning på 29 apotek sammenliknet med året før. Per 12. august 2014 var det 780 apotek i Norge.

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.

### Fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen gjelder for pasienter som har lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å oppsøke apotek. Under denne ordningen dekkes inntil 50 pst. av forsendelseskostnaden. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder.

### Regionale legemiddelsentra

Det er fire regionale legemiddelinformasjonssentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehusene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis gir viktig informasjon ved legemiddelforskriving gjennom sin spørsmål- og svartjeneste for helsepersonell, som også omfatter spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient med spesielle behov.

Relis har også en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger, vurderer årsakssammenhenger og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler.

### Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter, Vetlis, er organisert under Helse Sør-Øst, men finansiert gjennom Legemiddelverket. Vetlis har en landsdekkende funksjon og formidler produsentnøytral informasjon om bruk av legemidler til dyr. Riktig legemiddelbruk er viktig for å ivareta mattrygghet og for å hindre antibiotikaresistens. Vetlis bidrar også med å utarbeide og evaluere statistikk over forbruket av antibakterielle midler i veterinærmedisinen.

**Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
70	Legemiddelomsetningsavgift	77 545	73 000	73 000
71	Vinmonopolavgift	36 260		
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	6 508	4 900	4 900
73	Legemiddelkontrollavgift	71 466	75 322	75 322
	Sum kap. 5572	191 779	153 222	153 222

Bevilgningen dekker sektoravgifter på legemiddelområdet.

**Post 70 Legemiddelomsetningsavgift**

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist, jf. legemiddeloven § 18. Avgiftssats foreslås uendret fra 2014 på 0,55 pst. Avgiften dekker bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, Relis og tilskudd til apotek mv. jf. omtale under kap. 751, post 70, samt delfinansiere driften ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001).

**Post 71 Vinmonopolavgift**

Vinmonopolavgiften er avviklet, jf. omtale i Prop. 1 S (2013–2014).

**Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek**

Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder for legemidler utenom apotek. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader forbundet med tilsyn.

**Post 73 Legemiddelkontrollavgift**

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning, jf. legemiddeloven § 10 og legemiddelforskriften §15-3 tredje og femte ledd. Det er lagt til grunn samme avgiftssats som for 2014 på 0,6 pst. Avgiften skal bl.a. finansiere Legemiddelverkets arbeid med kvalitetskontroll, bivirkningsovervåkning, informasjonsvirksomhet mv.

## Programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
761	Omsorgstjeneste	1 766 579	3 922 431	4 587 904	17,0
762	Primærhelsetjeneste	663 926	875 673	1 057 835	20,8
763	Rustiltak	398 182	782 879		-100,0
764	Psykisk helse	793 434	902 104		-100,0
765	Psykisk helse og rusarbeid			1 721 409	
769	Utredningsvirksomhet mv.	37 009	33 604	19 039	-43,3
	<b>Sum kategori 10.60</b>	<b>3 659 130</b>	<b>6 516 691</b>	<b>7 386 187</b>	<b>13,3</b>

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
01–23	Statens egne driftsutgifter	363 196	403 766	380 682	-5,7
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	6 036	5 247	5 393	2,8
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	2 234 142	5 043 534	5 878 852	16,6
70–89	Andre overføringer	1 055 756	1 064 144	1 121 260	5,4
	<b>Sum kategori 10.60</b>	<b>3 659 130</b>	<b>6 516 691</b>	<b>7 386 187</b>	<b>13,3</b>

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 20 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til utredning av statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 133,8 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til dagaktivitetstilskudd, hvorav 62 mill. kroner til 1070 nye plasser i 2015.

- 541 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til investeringstilskuddet, hvorav 199,4 mill. kroner i 2015 til å dekke første års utbetaling av innvilgede tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser. Resterende bevilgning går til å dekke tilsagn om tilskudd gitt tidligere år, som kommer til utbetaling i 2015.
- 64,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjon for renter og avdrag, som følge av redusert rentesats.
- 28,9 mill. kroner i redusert tilskudd til vertskommuner, som følge av frafall av beboere.



- 11,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.
- 16,5 mill. kroner i økt bevilgning som følge av flytting av tilskuddsmidler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, knyttet til skolehelsetjenesten, Harry Benjaminsenter, Mot og handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading.
- 153,8 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til overføring fra regionale helseforetak til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene
- 33 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til opplæring om brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Dette må bl.a. ses i sammenheng med styrkingen av kommunenes frie inntekter med 300 mill. kroner til rettighetsfesting av BPA, og at det har vært mindreforbruk på ordningen.
- 10 mill. kroner til beslutningsverktøy for sykmeldere.

For øvrig er andre bevilgninger under kategori 10.60 redusert med til sammen om lag 55 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å sikre at tjenestene som ytes er forsvarlige, pålegger helse- og omsorgstjenesteloven kommunene å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helse- og omsorgstjenestens formål er bl.a. å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjons-evne. For å sikre en framtidsrettet og pasientorientert tjeneste, må det i sterkere grad enn i dag legges vekt på forebygging, proaktiv oppfølging og gode pasientforløp. Fra kun å yte tjenester når brukere på eget initiativ tar kontakt, må kommunene være mer proaktive overfor sin befolkning. Målet er å nå personer som i for liten grad etter-spør tjenester, og rette ressursene mot grupper der sykdomsutvikling og sykehusinnleggelse kan forebygges gjennom forebygging, tettere oppfølging, opplæring og målrettede, planlagte og strukturerte forløp og tiltak.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i dag organisert og finansiert på ulike måter. For bedre å se kommunenes samlede ansvar innenfor de ulike tjenestene, og gi en politisk retning på et bedre framtidig tilbud til befolkningen, vil regjeringen i 2015:

- legge fram en melding til Stortinget om primærhelsetjenesten.
- utvikle og gjennomføre Omsorg 2020.
- legge fram en opptrappingsplan for rusfeltet.
- legge fram en opptrappingsplan for rehabilitering.

En ny og framtidsrettet primærhelsetjeneste

Regjeringen vil i 2015 legge fram en melding til Stortinget om framtidens primærhelsetjeneste. Utfordringene i primærhelsetjenesten er mange og av ulik karakter. De er knyttet både til arbeidsformer, kompetanse, organisering, finansieringsformer, roller gitt ulike yrkesgrupper gjennom utdanning og regelverk, mangelfulle IKT-systemer og mangel på data til styring og kvalitetsarbeid. Kört oppsummert er dagens primærhelsetjeneste ikke utformet til å møte dagens og morgendagens behov med krav til god tilgjengelighet, tilstrekkelig vekt på forebygging og mestring, helhet og koordinering. Personellressursene benyttes ikke på en optimal måte.

Forventninger til kommunene er i endring, selv om det formelle ansvaret ikke er utvidet. Det skyldes både samhandlingsreformen og den kommende kommunereformen. På flere områder, framfor alt innenfor psykisk helse, rus, pasientopplæring og rehabilitering bør det presiseres hva som forventes/kreves av kommunene. Dette vil drøftes nærmere i meldingen.

Et sentralt tema i meldingen vil være å beskrive hvordan tjenestene kan utformes slik at pasienter og brukere opplever dem som koordinerte og helhetlige, samtidig som de samlede ressursene utnyttes effektivt. Fastlegenes rammebetingelser og samvirke med andre personellgrupper og tjenesteområder, er en helt sentral del av denne tematikken.

Behovet for personell i helse- og omsorgstjenesten vil øke i årene framover. Kompetansebehovet vil også øke. Samtidig vil det være knapphet på personell. Derfor må målet være en best mulig bruk av de samlede ressurser. I meldingen skal det drøftes hvordan behovet for en sterkere regulering av kravet til kompetanse bør balanseres mot kommunenes mulighet til å finne gode og effektive lokale løsninger.

Utvikling av gode helse- og omsorgstjenester forutsetter god ledelse på alle nivåer, fra ledelse på overordnet nivå til faglig ledelse i de utøvende tjenestene. For å utvikle tjenestene i tråd med endringer i demografi, sykdomsutvikling og fagutvikling, legge til rette for riktig kapasitet og for helhet og sammenheng på tvers av deltjenester, er

det behov for strategisk ledelse av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det er behov for oversikt over planer for rekruttering og kompetanseutvikling, etablering av samarbeidsrutiner mv. I meldingen vil det bli drøftet tiltak for å styrke de ulike lederfunksjonene.

Meldingen utarbeides i dialog med bruker- og pasientorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner og KS. Regjeringen tar sikte på å fremme meldingen for Stortinget i løpet av våren 2015.

#### Omsorg 2020

Omsorgstjenestene skal bidra til at hver enkelt får mulighet til å leve et aktivt og godt liv. Omsorgstjenestene skal bygges ut for å gi alle som trenger det et tilbud med kvalitet og aktivitet. Gjennom en ny politisk retning vil regjeringen sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, større valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud. Regjeringen vil legge til rette for en utvikling som sikrer god ledelse, bedre kompetanse, nødvendig fagutvikling og robuste fagmiljø i omsorgssektoren. Staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene.

Regjeringens omsorgspolitikken bygger på Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2013). For å sikre en ny og framtidig omsorgstjeneste, skal hovedsakene i Omsorgsplan 2020 videreutvikles i tråd med dagens og morgendagens behov.

#### Rus og psykisk helse

Regjeringen vil gjennomføre et særlig løft for mennesker med rusproblemer og psykiske helseproblemer. Gjennom bedre tilgjengelighet og kapasitet i lavterskeltilbud, og ved styrket oppfølging og samarbeid, skal tilbudet til disse gruppene forbedres. Tilbudet innen psykisk helse i kommunene vil være et sentralt tema i meldingen til Stortinget om primærhelsetjenesten.

Videre vil regjeringen styrke det tverrfaglige samarbeidet på tvers av psykisk helse- og rusbehandling. For å bidra til at disse feltene i større grad ses i sammenheng, foreslås det å slå sammen budsjettkapitlene for psykisk helsearbeid og rusarbeid, og at ordninger med overlappende målgruppe og formål slås sammen.

#### Opptappingsplan for rusfeltet

Regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet gjennom en ny opptappingsplan, som skal bidra til kapasitet og kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer. Planen vil i hovedsak innrettes mot personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har etablert, et rusmiddelproblem, og hvor hovedinnsatsen rettes mot kommunesektoren. Forebyggende tjenester vil derfor omfattes av planen, mens befolkningsrettede tiltak er behandlet i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!. De befolkningsrettede tiltakene vil i første rekke videreføres og følges opp innenfor den generelle folkehelsepolitikken, jf. at det skal legges fram en ny storingsmelding om folkehelsepolitikken i 2015.

Det tar noe tid å utarbeide en ny opptappingsplan, og utarbeidelse vil kreve tett dialog med fag-, interesse-, bruker- og pårørendeorganisasjoner. Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med berørte departementer startet arbeidet med å utarbeide denne planen. Det tas sikte på å fremme opptappingsplanen for Stortinget i løpet av 2015.

#### Opptappingsplan for rehabilitering

Regjeringen tar sikte på å legge fram en opptappingsplan for habilitering og rehabilitering. Planen vil ha sitt hovedfokus rettet mot kommunene.

#### Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen videreføres gjennom et bredt virkemiddelapparat, herunder betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene, innføring av øyeblikkelig hjelp døgnopphold og et forvaltningsmessig følge-med opplegg i regi av Helsedirektoratet og følgeforskningsprosjekt i regi av Norges forskningsråd. Helsedirektoratet utgir hvert år en rapport på samhandlingsstatistikk. De første endelige resultatene i følgeforskningsprosjektene vil foreligge våren 2015. Kommunal medfinansiering avvikles fra 1. januar 2015. Det vises til nærmere omtale av forslag om budsjettmessige endringer vedrørende kommunal medfinansiering, utskrivningsklare pasienter og øyeblikkelig hjelp døgnopphold under kap. 732.

### Kompetansesentre

De regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene utgjør en sentral del av nasjonale myndigheters satsning på å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. Det er i gang en samlet gjennomgang av sentrene knyttet til samfunnsoppdrag, organisering og finansiering. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har på oppdrag fra departementene utarbeidet en rapport om samfunnsoppdrag til sentrene. Rapporten har vært på høring. Departementet vil arbeide videre med løsninger som skal sikre en bedre utnytting av ressursene, og som gjør det lettere for kommunene å henvende seg for å søke bistand, råd og veiledning. Departementet vil komme nærmere tilbake til gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentrene i løpet av 2015.

Det er utarbeidet en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorg etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet. Denne har fått navnet HelseOmsorg21. Det vises til del III kap. 8 for nærmere omtale. Et forslag til innsatsområder i strategien er et kunnskapsløft for kommunene. Organisering og innretning av sentrene vil være en sentral del i oppfølgingen av strategien.

### Vold og traumatisk stress

En ny omfangundersøkelse dokumenterer at forekomsten av vold og overgrep i Norge er stor. Å utsettes for vold og traumatiske hendelser kan gi fysiske og psykiske plager og lidelser, både på kort og lang sikt. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, alvorlige og potensielt

livstruende. Vold og overgrep er et folkehelseproblem i Norge.

Det gjennomføres et omfattende tverrdepartementalt arbeid for å forebygge og bedre tilbudet til voldsutsatte, voldsutøvere og traumatiserte. Dette gjelder bl.a. traumatiserte asylsøkere og flyktninger, overgrepsofre, herunder barn og unge som er utsatt for seksuelle overgrep, selvskadere og selvmordsutsatte. Videre er personer som utsettes for menneskehandel, kjønnslemlestelse og tvangsekteskap særskilt sårbare grupper.

### Arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme

Regjeringen har lagt fram og i gangsett arbeidet med en ny handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Det er ni departementer som deltar, og som samarbeider om fellestiltakene i planen. For helsetjenestene er det nødvendig å bygge kompetanse både gjennom forskning, undervisning og veiledning generelt, og mer spesifikt for nye metoder i behandling av traumer. Planen skal rulleres hvert år, og helsemyndighetene vil vurdere ytterligere tiltak i 2015.

### Helsetjenester til personell som har tjenestegjort for Norge i utlandet

Som oppfølging av St.meld. nr. 34 (2008–2009) Fra vernepliktig til veteran, om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner, og den interdepartementale handlingsplanen I tjeneste for Norge, ble det i 2014 lansert en oppfølgingsplan kalt I tjeneste for Norge. Handlingsplanen adresserer helsetjenestens rolle gjennom ulike tiltak. Utvikling og oppfølging av tiltak i oppfølgingsplanen gjennomføres i samarbeid mellom syv departementer.

## Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	169 109	214 192	202 967
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	205 582	262 888	113 460
61	Vertskommuner	952 588	947 723	949 150
62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	61 472	81 400	220 608
63	Investeringsstilskudd, <i>kan overføres</i>		1 069 550	1 655 641
64	Kompensasjon for renter og avdrag		1 055 900	984 700
66	Brukerstyrt personlig assistanse	53 752	90 004	
67	Utviklingstiltak	120 351	75 753	71 277
68	Kompetanse og innovasjon			259 954
71	Frivillig arbeid mv.	66 245	9 839	10 164
72	Landsbystiftelsen	67 778	70 150	72 465
73	Særlige omsorgsbehov	21 060	21 497	22 206
75	Andre kompetansetiltak	9 920	9 418	10 729
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	38 722	14 117	14 583
	Sum kap. 0761	1 766 579	3 922 431	4 587 904

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 20 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til utredning av statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 133,8 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til dagaktivitetstilskudd, hvorav 62 mill. kroner til 1070 nye plasser i 2015.
- 541 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til investeringsstilskuddet, hvorav 199,4 mill. kroner i 2015 til å dekke første års utbetaling av innvilgede tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser. Resterende går til å dekke tilsagn om tilskudd gitt tidligere år, som kommer til utbetaling i 2015.
- 64,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet kompensasjon for renter og avdrag som følge av redusert rentesats.
- 28,9 mill. kroner i redusert tilskudd til vertskommuner som følge av frafall av beboere.

- 6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.
- 10 mill. kroner flyttet fra andre kapitler til nytt kompetanse- og innovasjonstilskudd.
- 4,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til flytting til kap. 762, til lønnsstilskudd til videreutdanning for sykepleiere.
- 15,4 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til opplæring innen miljøbehandling og til utvikling av tiltak for aktivitet og kultur i omsorgstjenestene, som følge av avvikling av Den kulturelle spaserstokken.
- 33 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til opplæring av BPA. Dette må bl.a. ses i sammenheng med styrkingen av kommunenes frie inntekter med 300 mill. kroner til rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og at det har vært mindreforbruk på ordningen.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med til sammen om lag 17 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

### Hovedsatsinger i regjeringens omsorgspolitik – Omsorg 2020

Regjeringen vil skape en omsorgstjeneste som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får mulighet til å leve et aktivt og godt liv. Brukere skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Regjeringen vil bygge ut de kommunale omsorgstjenestene for å gi alle som trenger det et tilbud med kvalitet og aktivitet. Staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene.

Regjeringens samlede omsorgspolitik, Omsorg 2020, omfatter tiltak som følger av Omsorgsplan 2015 og Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2013), samt øvrige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene.

Samtidig som Omsorgsplan 2015 slutføres ved utgangen av 2015, har arbeidet startet med å utvikle og innarbeide nye og framtidrettede løsninger for å møte dagens og framtidens utfordringer.

#### *Brukernes omsorgstjeneste: Mestring og mangfold*

Regjeringen vil skape brukernes helse- og omsorgstjeneste, og ta i bruk alle gode krefter for å sikre pasientene og brukerne tjenester med høy kvalitet, mer valgfrihet og større mangfold i tilbudet.

Stortinget har vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. Prop. 86 L (2013–2014) og Innst. 294 L (2013–2014). Endringen gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse. Retten omfatter også avlastningstiltak etter samme lov for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne.

De samlede merkostnadene av forslaget anslås til 300 mill. kroner i 2015, økende til 500 mill. kroner i 2016. Det foreslås på denne bakgrunn å styrke de frie inntektene til kommunene med 300 mill. kroner til oppfølging av rettighetsfestingen i 2015. Oppfølgingen av rettighetsfestingen må ses i sammenheng med andre tiltak, herunder nytt rundskriv, kompetansetilskudd, samt utarbeiding av opplæringsmaterieell og kurs. Departementet vil sørge for en følgeevaluering av

rettighetsforslaget. Det vises til nærmere omtale på post 21 og Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60.

Regjeringen vil utrede en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Forsøksordningen skal inkludere et begrenset antall kommuner, vare over tid og evalueres. For å forberede forsøket foreslås 20 mill. kroner i 2015 til et utredningsprosjekt, som skal skissere ulike modeller for forsøket. Utredningsprosjektet skal gjennomføres i nær dialog med KS, og i samarbeid med et utvalg kommuner. Det vises til post 21 for nærmere omtale.

Brukere og pårørende skal i større grad delta i utforming av tjenestene. Det foreslås å utvikle en ny handlingsplan for å styrke demensomsorgen, Demensplan 2020. Handlingsplanen skal utarbeides gjennom stor grad av brukerinvolvering, og bidra til å bedre kvaliteten og kompetansen i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Det tas sikte på å legge fram handlingsplanen i forbindelse med forslag til statsbudsjett for 2016. For å bygge ut dagaktivitetstilbudet til hjemmeboende personer med demens, foreslås det å styrke tilskuddet til dagaktivitetsplasser i 2015. Bevilgningsforslaget legger til rette for 1070 nye plasser i 2015. Bevilgningen foreslås økt med 133,8 mill. kroner i 2015, hvorav 62 mill. kroner til 1070 nye plasser. Resterende går til å dekke plasser opprettet tidligere år. Det vises til post 62 for nærmere omtale.

Mange brukere opplever at deres rettigheter til heldøgns omsorg er uklare. Det er derfor startet et arbeid med å se nærmere på dagens rettighetslovgivning knyttet til heldøgns omsorgstjenester. På bakgrunn av denne prosessen vil regjeringen vurdere ev. behov for lov- og/eller forskriftsendringer.

Regjeringen vil støtte og veilede pårørende gjennom å videreutvikle og gjennomføre program for en aktiv og framtidrettet pårørendepolitikk. For å mobilisere og ta i bruk frivillige krefter, skal det utvikles en nasjonal strategi for frivillig arbeid i omsorgssektoren. Videre skal det utvikles kvalitetsindikatorer basert på bruker- og pårørendeerfaringer.

For å sikre økt trygghet og bedre mestring, skal velferdsteknologiske løsninger videreutvikles og spres gjennom Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi. Videre skal satsingen på hverdagsrehabilitering videreføres.

### *Ledelse, kompetanse og fagutvikling*

For å bidra til rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, foreslås det å utvikle et nytt kompetanseløft for perioden 2016–2020, Kompetanseløft 2020. Planen skal bidra til å sikre at omsorgssektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Planen skal også bidra til utvikling av en faglig sterk omsorgstjeneste. Planen skal bygge videre på de gode erfaringene fra Kompetanseløftet 2015. Det planlegges å legge fram Kompetanseløft 2020 i forbindelse med forslag til statsbudsjett for 2016.

God ledelse er avgjørende for utviklingen av gode tjenester. For å bidra til økt ledelseskompetanse, foreslås det å videreføre satsingen på lederopplæring for ansatte i omsorgssektoren. Det skal også utredes innføring av normer eller veiledere for bemanning og kvalitet i omsorgssektoren, samt innføring av kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er et stort behov for å utvikle og implementere ny kunnskap i omsorgssektoren. For å bidra til kompetanse- og kvalitetsutvikling i omsorgstjenestene, er det etablert utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke og fem sentre for omsorgsforskning. Sentrene skal videreutvikles for å møte framtidens behov for forskning, innovasjon og utvikling i sektoren. For å styrke kunnskapsgrunnlaget i tjenestene, skal satsingen på omsorgsforskning videreføres. Det vises til kap. 780, post 50 for nærmere omtale.

### *Sykehjem og omsorgsboliger – økning og fornyelse*

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene knyttet til et økende antall eldre med sammensatte omsorgsbehov. Det vil være behov for utbygging og modernisering av både sykehjem og omsorgsboliger. Regjeringen mener det er behov for en langsiktig plan for utbygging av flere heldøgns omsorgsplasser, og har etablert et samarbeid med KS for å vurdere årlige mål for utbygging av flere plasser for heldøgns omsorg.

Fra 1. juli 2014 ble forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester endret, slik at langtidsbeboere på sykehjem som, uten selv å ønske det, legges på dobbeltrom, får redusert egenandel gjennom at det tilstås et fribeløp.

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å heve kvaliteten og øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser. For å stimulere kommunene ytterligere til både forny-

else og økning av tilbudet, foreslås det å legge til rette for tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser i 2015. Det foreslås 199 mill. kroner som første års utbetaling av innvilgede tilskudd i 2015. Det vises til post 63 for nærmere omtale.

### *Enklere ordninger*

Dagens finansierings- og egenbetalingsordninger er ulike avhengig av om tjenestemottakeren bor i eget hjem/omsorgsbolig eller i institusjon. Regjeringen vil utrede finansierings- og egenbetalingsordningene.

Som oppfølging av regjeringens mål om å forenkle og fornye offentlig sektor, foreslås det å slå sammen flere av tilskuddene til kommunenes kompetanse- og innovasjonsarbeid på omsorgsfeltet til et nytt samlet tilskudd. Tilskuddet skal gi rom for at kommunene setter i verk kompetanse tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov. Det skal prioriteres midler til opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse og til grunn-, etter og videreutdanning. Videre skal utvikling av nye tiltak og metoder, som bidrar til større grad av forebygging og tidlig innsats, egenmestring, aktivitet, kultur og rehabilitering, samspill med pårørende og frivillige og utvikling av velferdsteknologiske løsninger prioriteres. En sammenslåing av tilskudd vil sikre en enklere og mindre byråkratisk tilskuddsforvaltning, i tråd med kommunenes behov. Det foreslås å opprette en ny tilskuddspost. Det vises til post 68 for nærmere omtale.

### *Nye satser*

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 35 000 kroner til 36 200 kroner med virkning fra 1. januar 2015.

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester ble i 2014 endret som følge av økningen i det generelle prisnivået. For å oppdatere fribeløpet før beregning av vederlag for opphold i institusjon i samsvar med den generelle kostnadsøkningen, foreslår departementet at dette fastsettes til 7500 kroner med virkning fra 1. januar 2015. Samtidig justeres maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med inntekt under 2 G fra 180 kroner til 186 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og natt-

opphold på institusjon, endres maksimal egenandel fra 142 kroner til 147 kroner per døgn, og fra 74 kroner til 77 kroner per dag/natt.

Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem

Unge personer med nedsatt funksjonsevne bør ikke bo i institusjoner beregnet på eldre. Fylkesmennene har i 2014, som tidligere år, fulgt opp kommuner som har unge personer under 50 år bosatt i alders- eller sykehjem eller i boform med heldøgns omsorg og pleie. Helsedirektoratet rapporterer at fylkesmennene, med bakgrunn i foreløpige Iplos-tall fra 2013, har fulgt opp 145 personer under 50 år som bor i en type institusjon nevnt ovenfor. Fylkesmennenes gjennomgang viser at det var 26 personer av de 145, som ønsket et annet botilbud. Av disse opplyser fylkesmennene at 15 hadde en flytteplan. En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området.

Det vil fra 2015 bli innført endringer i rutinene for oppfølging av personer mellom 18 og 49 år som er bosatt i alders- og sykehjem eller i boform for heldøgns omsorg og pleie. Rutinen er ment spesielt å ivareta oppfølgingen av de personer som ønsker å flytte ut. Informasjonen blir som tidligere hentet fra Iplos-registeret, men i tillegg vil kommunene få ansvar for å melde til fylkesmennene hvor mange personer som er i målgruppen per 31. desember hvert år. Det vil også bli etterspurt tilleggsinformasjon, som alder og innflyttingstidspunkt, om vedkommende ønsker annen boform osv. Fylkesmennene skal så veilede kommunene for å finne en tilfredsstillende løsning. Endringen er drøftet med NHF, FFO og KS. Helse- og omsorgsdepartementet viser for øvrig til finansieringsordningen for ressurskrevende tjenester på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

Tilsynserfaringer

*Satsing på tilsyn med tjenester til eldre*

Statens helsetilsyn og fylkesmennene gjennomførte i perioden 2009–2012 en større satsing på tilsyn med tjenester til eldre. Det ble gjort mer enn 500 tilsyn i om lag tre firedele av landets kommu-

ner, og om lag 45 tilsyn med spesialisthelsetjenestens behandling av eldre med hjerneslag og hoftebrudd. Statens helsetilsyn og fylkesmennene ble bevilget en årlig ekstra bevilgning på 4 mill. kroner for å styrke satsingen. Agenda Kaupang gjennomførte i 2012 på oppdrag fra Statens helsetilsyn en undersøkelse av hva som skjedde i kommunene etter tilsyn. Om lag 90 pst. av virksomhetene som var omfattet av undersøkelsen svarte at dialogen med fylkesmennene, og rapporten fra tilsynet, samlet sett har gitt et godt grunnlag for kommunens arbeid med å forbedre tjenestetilbudet til eldre.

*Tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem*

Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven inneholder bestemmelser som skal begrense bruken av tvang og gi pasienter bedre rettssikkerhet i situasjoner hvor det ikke er mulig å unngå bruk av tvang. Statens helsetilsyn har oppsummert landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Fylkesmennene har gjennomført tilsyn med 103 kommuner, undersøkt om pasienter som mangler evne til å gi samtykke og ikke vil ta i mot hjelp, får nødvendig og forsvarlig helsehjelp. I 89 av de undersøkte kommunene ble det påvist lovbrudd (avvik fra regelverket). Tilsynet viste at lovbestemmelsene ikke er godt nok kjent og innarbeidet i praksis. Ansatte var usikre på reglene om tvungen helsehjelp, hva begrepet tvang innebærer, hvordan motstand identifiseres og håndteres, hvordan og når pasientens evne til å gi samtykke skal vurderes og hvem som er ansvarlig for å gjennomføre slike vurderinger. Videre avdekket tilsynet mangler i gjennomføring av opplæringstiltak, manglende oversikt over ansattes opplæringsbehov og sviktende rapporteringsrutiner på området. Mange av de undersøkte kommunene hadde betydelige utfordringer i å sikre tilstrekkelig styring og kontroll med bruk av tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem.

Helsedirektoratet har utviklet et omfattende opplærings- og veiledningsmateriale til bestemmelsene. Fylkesmennene driver opplæring av helsepersonell med utgangspunkt i materialet. Oxford Research AS sluttførte i 2014 på oppdrag fra Helsedirektoratet en evaluering av regelverket. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med resultater og oppfølging i egnet form.

Det vises til kap. 721, post 01 for nærmere omtale av prioriterte områder for tilsyn i 2015.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 5,2 mill. kroner knyttet til Nevroplan 2015 til post 68.
- 12,4 mill. kroner knyttet til tilskudd til hverdagsrehabilitering til post 68.
- 20,7 mill. kroner knyttet til tilskudd til velferdsteknologi til post 68.
- 2 mill. kroner fra post 67 knyttet til oppfølging av utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk hos eldre.
- 5 mill. kroner fra post 60 knyttet til ledelsesutvikling.

Bevilgningen foreslås økt med:

- 20 mill. kroner til utredning av forsøksordning for statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 5 mill. kroner knyttet til opplæring innen miljøbehandling, som følge av avvikling av Den kulturelle spaserstokken, jf. omtale under kap. 769, post 21.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 5 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

Midlene på posten kan nyttes under post 79.

### Fylkesmennene

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak som oppfølging av regjeringens samlede omsorgspolitik, Omsorg 2020, herunder tiltak som følger av Omsorgsplan 2015 og Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2103), samt øvrige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene.

Bevilgningen går til fylkesmennenes oppfølging av Kompetanseløftet 2015, investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, Demensplan 2015 mv., samt tiltak som følger av Meld. St. 29 (2012–2013). Det foreslås at fylkesmennene får ansvaret for det nye kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet, som del av sitt arbeid med å følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på utvikling og innovasjon i omsorgstjenestene.

Fylkesmennene skal ha oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser. Fylkesmennene skal også følge opp tiltak for å bedre kvaliteten i omsorgstjenestene, bl.a. i tråd med avtalen om kvalitetsutvikling som er inngått mellom staten og KS. Fylkesmennene har utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og

personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling.

Utgifter til faglige kurs og konferanser, som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen.

### FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet

Midler over denne bevilgningen nyttes til utvikling av omsorgstjenestene, tjenestetilbudet til mennesker i livets slutfase, personer med nedsatt funksjonsevne, herunder barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier, personer med psykisk utviklingshemming og andre vanskeligstilte grupper. Oppfølgingen av Omsorg 2020, inkl. Omsorgsplan 2015 skal prioriteres. Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell og bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering.

### Omsorg 2020

#### *Statlig finansiering av omsorgstjenestene*

Det foreslås 20 mill. kroner i 2015 til et utredningsprosjekt, som skal danne grunnlag for et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Prosjektet skal også utforme hvordan forsøket kan evalueres. Det vil bli lagt opp til et særskilt inntektspåslag for de kommuner som får delta i forsøket. Helsedirektoratet vil få ansvaret for gjennomføringen av utredningsprosjektet i dialog med departementet. Utredningsprosjektet skal gjennomføres i nær dialog med KS og med de kommuner som skal delta i forsøket.

#### *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*

Helsedirektoratet skal utvikle veilednings- og opplæringstilbud for arbeidsledere og assistenter som også omfatter kommunenes saksbehandlere. Videre har Helsedirektoratet igangsatt prosjekter som skal gi økt kunnskap om brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Arbeidet med utarbeidelse av en opplæringshåndbok for BPA vil ferdigstilles innen utgangen av 2014. Direktoratet jobber parallelt med utvikling av kursopplegg for arbeidsledere og assistenter.

Helsedirektoratet har gitt Høgskolen i Lillehammer (HiL) et utredningsoppdrag om kunnskapsoppsummering og forslag til forbedring av datainnhenting om BPA. Sluttrapporten skal leveres i desember 2014.

Stortinget har vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. Prop. 86 L (2013–2014)



og Innst. 294 L (2013–2014). Endringen gir rett til BPA for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse. Loven skal etter planen tre i kraft fra og med 2015. Lovendringen skal følgeevalueres, og KS skal involveres gjennom konsultasjonsordningen.

Det foreslås å videreføre midlene i 2015 til følgeevaluering av lovendringen. Oppfølgingen av rettighetsfestingen må ses i sammenheng med annet generelt arbeid som foregår på området, bl.a. nytt rundskriv, opplæringsmateriell og opplæringstilbud. Nytt rundskriv om BPA vil bli utarbeidet med formålet om å gjøre lovbestemmelsene om BPA mer tilgjengelige for brukerne, kommunene og andre som skal anvende regelverket, og bidra til å gi økt rettssikkerhet og god praksis. Det vises til post 68 for nærmere omtale.

#### *Pårørendeprogrammet*

Program for en aktiv og framtidsrettet pårørende-politikk 2014–2020 (Pårørendeprogrammet 2020) skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort, og gi økt likestilling og mer fleksibilitet. Et av målene i Pårørendeprogrammet er å bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen. Regjeringen vil legge til rette for å bruke pårørende som aktive endringsagenter til beste for sine nære, og for kvalitetsutvikling i tjenesten.

Helsedirektoratet er i gang med kunnskap-sinnhenting og et flerårig utviklingsarbeid sammen med kommuner, og er i dialog med organisasjoner for å utvikle tiltak for en aktiv og fram-tidsrettet pårørendepolitikk. Omsorgslønnsordningen er en sentral del av dette arbeidet. Helsedirektoratet vil ved årsskiftet 2014/2015 gi en tilrå-dning om en mer rettferdig og forutsigbar ordning for brukerne av omsorgslønnsordningen. Hvordan omsorgslønnsordningen skal reformeres, vil også bli sett i sammenheng med tilsvarende prosess i Arbeids- og sosialdepartementet om pleie-engeordningen.

I 2013 etablerte Helsedirektoratet en tilskuddsordning med mål om å utvikle kommunale modeller, som skal bidra til å forbedre pårørendes situasjon, synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver gjennom f.eks. fleksibel avlastning, opplæring, råd og tilpasset veiledning, sosiale nettverk, omsorgslønn mv. 21 kommuner deltar i dette arbeidet.

Helsedirektoratet er i ferd med å utarbeide en overordnet pårørendeveileder for kommunene, på tvers av alle pårørendegrupper. Opplæringstiltak rettet mot spesielle målgrupper planlegges i opp-

følgingen av veilederen. Helsedirektoratet har videre fått i oppdrag å se nærmere på potensialet og utfordringene knyttet til formalisert samspill mellom brukere/pårørende og tjenesteleverandørene.

Det foreslås bevilget 10 mill. kroner til Pårørendeprogrammet i 2015.

#### *Frivillig arbeid*

Det skal utvikles en nasjonal strategi for frivillig arbeid på omsorgsfeltet. Aktivitet ved eldresentra, livsglede for eldre og livsgledesertifisering er pågående tiltak som omhandler frivillighet, og som foreslås videreført. Helse- og omsorgsdepartementet deltar også i Kulturdepartementets forskningsprogram på sivilsamfunn og sivil sektor. Det vises til kap. 769, post 70 for nærmere omtale. Det vises også til kap. 718, post 21 for omtale av Møteplass for frivillighet.

#### *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på omsorgsfeltet*

I samarbeid med KS og Frivillighet Norge er det igangsatt et samarbeid for å utvikle en strategi for frivillig arbeid på omsorgsfeltet. Strategien skal legge til rette for godt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor, og bidra til å øke den frivillige innsatsen i omsorgssektoren. Strategien skal utformes slik at den kan danne grunnlaget for lokale strategier på kommunalt nivå.

#### *Aktivitet ved eldresentra*

Tilskuddet til aktivitet ved eldresentra skal bidra til å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketreking, og skape aktivitet og sosialt fellesskap. Ordningen er rettet mot å skape møteplasser som er åpne for alle seniorer og eldre, enten gjennom egne tilbud til gruppen eller ved å legge til rette for møteplasser på tvers av generasjonene. For 2014 er yngre seniorer og nye pensjonister, samt tiltak som styrker samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og kommuner prioritert. Det ble i 2014 bevilget 10 mill. kroner til tilskudd til aktivitet ved eldresentra. Midlene foreslås videreført i 2015.

#### *Livsglede for eldre og livsgledesertifisering*

Det ble i 2013 igangsatt en nasjonal sertifiseringsordning av livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre. Tiltaket skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det får opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode

opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer. Det er lagt opp til en gradvis spredning av tilbudet i perioden 2013–2020. Ti sykehjem har per august 2014 status som Livsgledesykehjem. Det ble i 2014 bevilget 5,5 mill. kroner til stiftelsen Livsglede for eldre og livsgledesertifisering av sykehjem. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Stiftelsen Livsglede for eldre til livsgledesertifisering av sykehjem og annet utviklingsarbeid i regi av stiftelsen i 2015.

#### *Frivillighetskoordinatorer*

For å bidra til økt kompetanse i å koordinere og lede frivillige gis det støtte til opplæring av koordinatorer for frivillig arbeid gjennom Verdighetssenteret i Bergen. Stiftelsens hovedsatsingsområder i 2014 er de nasjonale opplæringsprogrammene Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom og Frivillighetskoordinering – eldreomsorg. Målgruppene er fagpersonell ved sykehjem, frivillig sektor og helse- og omsorgssektoren.

Det ble i 2014 bevilget 7 mill. kroner til opplæring av frivillighetskoordinatorer, og spredning av opplæringsprogrammet Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Verdighetssenteret i Bergen til disse tiltakene i 2015.

#### *Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014–2020*

Det er gjennom Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi gitt støtte til ti prosjekter med formål å utvikle og utprøve velferdsteknologiske løsninger. Prosjekter knyttet til utvikling av trygghetspakker er blitt prioritert. Prosjektene dekker 32 kommuner i et tett samarbeid med FoU-miljøer og næringsliv. Utvikling og utprøving av trygghetspakker er tema i åtte av prosjektene. I tillegg er det forsøk knyttet til GPS, alarmmottak, elektroniske dørlåser, elektroniske medisindosetter, digitalt tilsyn på nattestid og verktøy for bedre ruteplanlegging i hjemmetjenesten.

Helsedirektoratet inngikk i juli 2014 en avtale med KS om videreutvikling av verktøyet Veikart for velferdsteknologi og Velferdsteknologiens ABC. Veikart for velferdsteknologi gir veiledning for kommunene i hvordan velferdsteknologiprojekter kan drives fram i praksis, og skal etter planen lanseres med nye verktøy i 2015. Velferdsteknologiens ABC vil foreligge i første versjon i 2015, og skal bli en praktisk opplæringspakke for kommunene.

I tillegg pågår et arbeid ledet av Helsedirektoratet med å utvikle en veileder innen velferdsteknologi knyttet til Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Veilederen er forventet ferdig innen utgangen av 2014.

Helsedirektoratet har i arbeidet med å etablere åpne standarder for velferdsteknologi utredet norsk tilknytning til det internasjonale rammerverket Continua Health Alliance. Utredningen ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2014. Oppfølging av utredningen er til vurdering i departementet.

Det foreslås å flytte 20,7 mill. kroner til post 68 til utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger. Fordelingen av midlene på post 68 skal ta høyde for at pågående tiltak sikres finansiering, slik at de fullføres. Det foreslås bevilget 13,3 mill. kroner på post 21 i 2015.

#### *Demensplan 2015*

Demensplan 2015 inngår i Omsorgsplan 2015. Gjennom planens tre hovedsaker om tilpasset dagaktivitetstilbud, tilrettelagte boliger og økt kunnskap og kompetanse, har kommunene iverksatt tiltak for å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet til personer med demens. Om lag 18 000 ansatte i over 90 pst. av landets kommuner får opplæring i demens gjennom Demensomsorgens ABC, og mer enn 75 pst. av kommunene har tilbud om pårørendeskoler eller samtalegrupper. Det er gjennomført kurs i opprettelse av demensteam, og informasjonsmateriale om utredning og diagnostisering av demens ble i 2013 sendt til alle landets kommuner.

Det foreslås at bevilgningen i 2015 benyttes til spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper, og implementering av opplæringspakker om demens for personell, frivillige og pårørende. Videre foreslås det at bevilgningen benyttes til drift av erfaringsbank om demens, informasjonsarbeid om demens, støtte til det lokale arbeidet som utføres av Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen og veiledningsarbeid til pårørende. Det foreslås i tillegg at deler av midlene skal benyttes til gjennomføring og slutføring av utviklingsprogrammer for yngre personer med demens, personer med innvandrerbakgrunn med demens, personer med samisk språklig og kulturell identitet med demens, samt til spredning av gode modeller for utredning og diagnostikk av demens og miljøbehandling/miljøterapi. Det foreslås videre å avsette midler til utredning av samfunnsøkonomiske konsekvenser av demens, og utvikling av retningslinjer og veiledere på demensområdet.

Helsetilsynets rapporter viser at det fortsatt er utfordringer og mangler i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Det er spesielt behov for økt oppmerksomhet om utredning og diagnostisering av demens, tidlig innsats og styrking av tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens. Basert på erfaringene fra Demensplan 2015, ny kunnskap og innspill fra brukere og pårørende, vil regjeringen utvikle en ny demensplan, Demensplan 2020. Det tas sikte på å legge fram handlingsplanen i forbindelse med forslag til statsbudsjett for 2016.

Det foreslås bevilget 40,8 mill. kroner over post 21 til Demensplan 2015 i 2015. Det vises videre til tilskudd til Demensplan 2015 over post 60, 62, 67, 71, kap. 769, post 21 og kap. 780, post 50.

#### *Nevroplan 2015*

Nevroplan 2015 inngår i Omsorgsplan 2015, og skal bidra til å styrke kompetanse og kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet til personer med nevrologiske lidelser. To kommunale treårige utviklingsprogram innen området dag- og aktivitetstilbud og tilpasset treningstilbud ble etablert i 2012. Det ble i 2013 tildelt 3 mill. kroner til ti prosjekter for utprøving av dag- og aktivitetstilbud, samt 3 mill. kroner til ti prosjekter til utprøving av tilrettelagte treningstilbud. Utviklingsprogrammene avsluttes ved utgangen av 2014.

Det ble i 2010 etablert en tilskuddsordning til informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner for personer med nevrologiske skader og sykdommer. I 2014 ble det utbetalt 3 mill. kroner til 12 organisasjoner.

Det ble i 2014 bevilget 10 mill. kroner til Nevroplan 2015. Det foreslås at tilskuddsordning til informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjonene videreføres i 2015, og at det utvikles generelle modeller for dag- og aktivitetstilbud og tilpassede treningstilbud basert på erfaringer fra utviklingsprogrammene. Det foreslås også å gjennomføre en evaluering av tilskuddsordningen. Det foreslås bevilget 4,8 mill. kroner over post 21 til Nevroplan 2015 i 2015. Videre foreslås det å flytte 5,2 mill. kroner til post 68. Midlene skal gi rom for at kommunene setter i verk kompetansetiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid, bl.a. for å styrke rehabiliterings- og aktivitetstiltak i kommunene.

#### *Ledelse, rekruttering og fagutvikling*

Det foreslås følgende tiltak for å styrke ledelse, rekruttering og fagutvikling over post 21 i 2015:

#### *Styrking av ledelseskompetanse*

Som del av Kompetanseløftet 2015 er det etablert en praktisk lederopplæringspakke for ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Lederutdanningen tilbys av Høgskolen i Hedmark i samarbeid med Ressurssenter for omstilling i kommunene og Fagakademiet. Utdanningen bestilles av en eller flere samarbeidende kommuner, og kan skreddersys etter behov. Helsedirektoratet vurderer lederutdanningen som vellykket. Det er i dag om lag 100 deltakende kommuner. Det ble i 2014 bevilget 5,7 mill. kroner til tiltaket. Midlene foreslås videreført i 2015.

I oppfølgingen av avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene mellom regjeringen og KS, er det igangsatt et arbeid med å utvikle en ny lederopplæring for ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommuner og fylkeskommuner. Satsingen finansieres med 5 mill. kroner over post 21, og 5 mill. kroner over kap. 765, post 21. Satsingen foreslås videreført i 2015.

#### *Tiltak for rekruttering: Menn i helse*

For å bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren er det etablert et nasjonalt prosjekt basert på erfaringer fra prosjektet Menn i helsevesenet i Trondheim kommune. Modellen baserer seg på et samarbeid mellom kommune og Nav lokalt. KS har mottatt tilskudd til iverksetting og gjennomføring av prosjektet, i nært samarbeid prosjektet i Trondheim. Modellen er spredt til andre kommuner i Sør-Trøndelag. Det er i 2014 arbeidet med å inngå avtaler om oppstart i kommuner i Buskerud, Hedmark, Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015.

Det ble i 2014 bevilget 4 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til KS til prosjektet Menn i helse i 2015.

#### *Hverdagsrehabilitering*

I 2013 ble det etablert et tilskudd til kommuner for utvikling og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering skal bidra til økt livskvalitet og forbedret funksjonsnivå hos brukerne gjennom å ta utgangspunkt i brukernes egne muligheter og støtte den enkeltes evner til å bidra aktivt for å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddet, og fordelte tilskudd til 39 kommuner i 2013. Disse har også fått tilskudd i 2014. I 2014 utlyste Helsedirek-

toratet 20 mill. kroner i tilskudd til videreføring av prosjektet. Så langt er det gitt tilskudd til fire nye prosjekter.

Prosjektene skal følgeevalueres for å dokumentere effekter og gevinster for kommunene og brukerne. Evalueringen skal pågå ut 2015, og prosjektrapporten skal etter planen leveres i februar 2016.

Det foreslås å flytte 12,4 mill. kroner til post 68. Fordelingen av midlene på post 68 skal ta høyde for at pågående tiltak sikres finansiering, slik at de fullføres. Det vises til kap. 762, post 62 for videre omtale av hverdagsrehabilitering.

#### *Forebyggende hjemmebesøk*

Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til en sammenstilling og videreutvikling av de modellene som har vært utprøvd i det treårige utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk. Det vises til omtale under post 67.

#### *Kompetansemiljø for kultur, helse og omsorg*

Levanger kommune skal, i samarbeid med Forsknings- og kompetansenettverk innen kultur, helse og omsorg, bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak. Det er et mål å få fram ny kunnskap, der sammenhenger mellom forskning, utdanning og praksisutvikling blir ivaretatt på en innovativ måte. Kompetansemiljøet skal etter planen starte opp høsten 2014. Det ble i 2014 bevilget 3 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Levanger kommune i samarbeid med forsknings- og kompetansenettverk, til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak i 2015.

Videre foreslås det bevilget 5 mill. kroner for å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene.

#### *Styrking av kompetansen på aktiv omsorg*

Kultur, aktivitet og trivsel er grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. For å styrke kompetansen i aktiv omsorg ble det i 2013 bevilget midler til et opplæringsprogram i aktiv omsorg for ansatte i de kommunale omsorgstjenestene. Programmet er utviklet av Senter for omsorgsforskning Sør ved Høgskolen i Telemark. Høgskolen samarbeider med Fagakademiet om gjennomføring. Opplæringsprogrammet skal gi en bred kompetanse i aktiv omsorg, og i hvordan ansatte i omsorgstjenesten kan arbeide slik at

ulike pasient- og brukergrupper får et mer meningsfylt liv. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015.

Per april 2014 har nærmere 300 deltakere gjennomført opplæringsprogrammet. Det ble i 2014 bevilget 5,7 mill. kroner til tiltaket. Midlene foreslås videreført i 2015.

#### *Fritidsaktivitet med assistanse*

Gjennom utviklingsprosjektet Støttekontakt, kultur og avlastning er det etablert et nasjonalt nettsted Fritid for alle. Nettstedet driftes av Helse-Nord gjennom Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Prosjekt Aktive muligheter skal bidra til at personer med psykisk utviklingshemming får reelle muligheter til deltakelse i ordinære fritidsorganisasjoner og aktiviteter. Dette er et kommunesamarbeid mellom flere kommuner.

Det gis tilskudd til videreutdanning i organisering og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige ved høgskolen i Bergen. Videreutdanningen arrangeres på deltid i løpet av 2014. Målet for 2014 er å gjennomføre videreutdanningen med ett studiekull i Bergen og ett i Oslo. Midlene skal bidra til å møte kompetansebehov hos yrkesutøvere som legger til rette og tilpasser tiltak og tjenester knyttet til fritiden for mennesker med spesielle behov. Studiet er tverrfaglig, og retter seg mot fagpersoner som arbeider innenfor sosial-, helse-, oppvekst- og kultursektoren i både offentlig og privat sektor.

Det ble bevilget 4,4 mill. kroner til fritidsaktivitet med assistanse i 2014. Midlene foreslås videreført i 2015.

#### *Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenestene*

Formålet med satsingen er å styrke ernæringskompetansen i helse- og omsorgssektoren. Satsingen inngår i Kompetanseløftet 2015. I 2013 mottok ti kommuner tilskudd til utvikling og implementering av kompetansetiltak innen ernæring. Gjennom satsingen har kommunene utviklet e-læringskurs, opplæringsfilm, oppskriftskort, kursopplegg mv. som skal spres til andre kommuner. Høgskolen i Østfold vil på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomføre en landsomfattende spørreundersøkelse om mat og måltider i sykehjem i 2014. Arbeidet med kompetanseheving og implementering av rutiner for god ernæringspraksis skal ses i sammenheng med utvikling og implementering av kvalitetsindikatorer. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015.

Det ble i 2014 bevilget 1,1 mill. kroner over post 21 og 3,4 mill. kroner over post 60 til satsingen. Midlene foreslås videreført i 2015.

#### *Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom*

Det ble ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014), jf. Innst. 11 S (2013–2014), bevilget 2 mill. kroner til kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom i 2014. Midlene skal tildeles frivillige organisasjoner. Midlene foreslås videreført i 2015.

#### *Kompetansehevende tiltak for tjenester til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier*

Helsedirektoratet skal utvikle opplæringsverktøy/program for barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Satsingen skal bidra til økt kompetanse om tjenester til barn med nedsatt funksjonsevne i omsorgstjenestene, og bidra til at foreldre skal kunne kombinere arbeid med omsorg for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Det ble i 2014 bevilget 4 mill. kroner til formålet. Midlene foreslås videreført i 2015.

#### *Kompetansehevende tiltak i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming*

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle kompetansehevende tiltak i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming, herunder Mitt livs ABC. Det overordnede målet med Mitt livs ABC er å bidra til at tjenestetilbudet er tilpasset den enkeltes behov, og at alle brukere med utviklingshemming blir møtt med respekt og får mulighet til å leve selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Målet er også å beholde personell og rekruttere til videre formell utdanning. Innhentning av kunnskap om kompetansesituasjonen og utredning av etiske problemstillinger, vil utgjøre en del av tiltaket. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015.

Mitt livs ABC skal utvikles etter samme mal som Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Det ble bevilget 6 mill. kroner til tiltaket i 2014, hvorav 2 mill. kroner av det samlede beløpet ble bevilget over post 21. De øvrige midlene bevilges over post 60. Midlene foreslås videreført i 2015. Det vises til post 60 for nærmere omtale.

#### *Formidling av forskning og innovasjon*

Det ble i 2014 bevilget 1 mill. kroner til omsorgsforskningssentrene arbeid med å formidle kunnskap om forskning og innovasjon i omsorgssektoren. Sentrene har i 2014 igangsatt et arbeid med å utvikle et omsorgsbibliotek, som skal samle dokumentasjon fra innovasjonsprosjekter, utviklingsarbeid og resultater fra følgeforskning. Formidlingsarbeidet er lagt til Senter for omsorgsforskning Øst, som innehar koordineringsansvaret for omsorgsforskningssentrene. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Senter for omsorgsforskning Øst til formidling av forskning og innovasjon i 2015.

#### *Andre tiltak*

##### *Oppfølging av kvalitetsavtalen*

Tiltakene i den bilaterale avtalen mellom staten og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene knytter seg til ledelsesutvikling, innovasjon, kvalitetssystemer, personell og kompetanse, mestring blant brukere, boligløsninger, psykisk helse og rus og folkehelsearbeid. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen. Det vises til omtale av avtalen under kap. 769, post 70.

##### *Noklus*

Det er i 2014 igangsatt et pilotprosjekt for å vurdere organiseringen av laboratorievirksomheten for brukere av hjemmetjenestene. Det utvikles ulike modeller som prøves ut i tre fylker i 2014 og 2015. Hjemmetjenesteprojektet må ses i sammenheng med arbeidet for å kvalitetssikre laboratorievirksomhet i sykehjem.

Det ble i 2014 bevilget 6 mill. kroner til Noklus. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Noklus til pilotprosjekt i 2015.

##### *Helse og omsorg i plan*

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011), jf. Innst. 11 S (2010–2011), sluttet Stortinget seg til at det skal utvikles et opplærings- og utviklingsprogram i langsiktig og strategisk samsfunnsplanlegging innen folkehelse og helse- og omsorgstjenestene. Målgruppen er medarbeidere som har ansvar for planlegging i kommuner og helseforetak.

For studieåret 2013–2014 fikk 174 personer til delt studieplass. Norsk institutt for by- og regions-

forskning (Nibr) har fått i oppdrag å evaluere studiet gjennom prosjektperioden (2011–2015). I tillegg til en sluttrapport, som skal ferdigstilles våren 2016, skal det utarbeides delrapporter som leveres ved avslutningen av hvert kull.

### *Iplos*

Iplos er et nasjonalt helseregister, som danner grunnlag for statistikk for pleie- og omsorgstjenesten. Registeret er pseudonymt, og inneholder ikke personidentifiserbare opplysninger om enkeltpersoner. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig, og forvalter og videreutvikler Iplos-registeret.

Helsedirektoratet samarbeider med Statistisk sentralbyrå, fylkesmennene og kommunene for å sikre komplette data av god kvalitet. Revidert veileder ble publisert i mars 2014.

Prosjekt Innsending av Iplos-data, i regi av Norsk Helsenett, hadde oppstart i februar 2014. Formålet med prosjektet er å effektivisere kommunenes innsendingsrutiner til Statistisk sentralbyrå, tilbakemeldinger av resultat til kommunene, samt kvalitetssikring av personvern og informasjonssikkerhet i innsendingsrutinene.

### **Post 60 Kommunale kompetansetiltak**

Det foreslås å flytte:

- 143,8 mill. kroner knyttet til tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning til post 68.
- 5 mill. kroner til post 21 knyttet til ledelsesutvikling.
- 4,5 mill. til kap. 762, post 63 knyttet til lønnskudd til videreutdanning.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 4,5 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

### Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 inngår i Omsorgsplan 2015, og har som hovedmål å sikre omsorgssektoren tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning, og å bidra til utvikling av kompetanse, tjenester og fagmiljø i omsorgssektoren.

Tilskudd til Kompetanseløftet 2015 gis i 2014 over post 21, 60, 67, 68 og kap. 769, post 70. Samlet foreslås det bevilget 402,7 mill. kroner til Kompetanseløftet 2015 i 2015. Dette inkluderer 143,8 mill. kroner i tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning, som foreslås overført til nytt kompetanse- og innovasjonstilskudd på post 68. Fordeelingen av midlene på post 68 skal ta høyde for at

pågående tiltak sikres finansiering, slik at de fullføres.

Kompetanseløftet 2015 ble ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014) og Prop. 1 S (2013–2014) Tillegg 1, jf. Innst. 11 S (2013–2014) styrket med 50 mill. kroner på post 60 til økt tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning, og 2 mill. kroner på post 21 til økt kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom.

Det foreslås å utvikle en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Planen skal bygge videre på de gode erfaringene fra Kompetanseløftet 2015. Planen planlegges lagt fram i forbindelse med forslag til statsbudsjett for 2016. Det vises til kapittelinnledning for nærmere omtale.

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå var veksten i antall årsverk i omsorgssektoren i 2013 på om lag 1500. Rapportering fra fylkesmennene til Helsedirektoratet viser at kommunene planlegger en vekst på i overkant av 1000 årsverk i 2014.

Årsverksveksten de siste årene har i hovedsak bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning var i 2013 om lag 70,9 pst., som er en økning på om lag 3,4 prosentpoeng siden planen ble satt i verk i 2007. Veksten i andelen personell med høgskoleutdanning har vært spesielt høy. I 2013 utgjorde sykepleiere over 56 pst. av årsverksveksten. Det var også god rekruttering av vernepleiere med om lag 18 pst. av årsverksveksten, mens helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utgjorde om lag 16 pst. av årsverksveksten.

I følge tall fra kommunene gjennomførte i overkant av 1000 personer i 2013, med midler fra Kompetanseløftet 2015, et kvalifiseringsløp som fører til fagbrev svarende til helsefagarbeider. Om lag 350 personer fullførte desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag i 2013, og tiltaket vurderes som et meget godt virkemiddel for å rekruttere høgskoleutdannet personell til distriktskommuner.

Antall fagprøvekandidater og avgangselever innen hjelpepleierutdanningen, omsorgsarbeiderfaget eller helsearbeiderfaget ble halvert etter omleggingen fra hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene til helsearbeiderfaget fra 2006. Fra et nivå på om lag 4500 kandidater årlig i perioden 2002–2007, var antallet om lag 2250 i 2013.

Nedgangen er spesielt stor blant voksne. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskaps-

departementet har siden 2011 samarbeidet om forsøk med videregående opplæring på arbeidsplass, Fagbrev på jobb. Prosjektet er avsluttet i 2014. Erfaringene fra prosjektet følges opp av Kunnskapsdepartementet i tett samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.

I de sju første årene i planperioden (2007–2013) har i overkant av 25 000 personer gjennomført grunn-, videre- eller etterutdanninger eller annen opplæring med støtte fra Kompetanseløftet 2015, hvorav om lag 12 000 var knyttet til videregående opplæring og om lag 11 000 var knyttet til høyskoleutdanning.

Følgende tiltak foreslås å inngå i Kompetanseløftet 2015 på post 60 i 2015:

#### *Fagskoletilskudd*

Det er etablert et tilskudd til finansiering av fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Gjennom fagskolene tilbys videreutdanning av personell med videregående opplæring innen helse- og sosialfag. Tilskuddet forvaltes av fylkeskommunene. I 2013 gjennomførte om lag 600 personer fagskoleutdanning i helse- og sosialfag med støtte fra Kompetanseløftet 2015. Om lag 4700 personer har fullført fagskoleutdanning de sju første årene i planperioden med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015. Det ble bevilget 84,8 mill. kroner til tiltaket i 2014. Tiltaket foreslås videreført i 2015.

#### *Styrket kompetanse i legemiddelhåndtering*

Det ble i 2013 bevilget midler til en satsing for å styrke kompetansen i legemiddelhåndtering i de kommunale omsorgstjenestene. I 2013 og 2014 er bevilgningen benyttet til gjennomføring av læringsnettverk i Pasientsikkerhetskampanjen. Det ble bevilget 2 mill. kroner til tiltaket i 2014. Tiltaket foreslås videreført i 2015. Det vises kap. 769, post 70 for nærmere omtale.

#### *Kurspakke for ufaglærte*

I 2013 har 266 ufaglærte deltatt i undervisningsopplegget Med ABC til fagbrev, som gir deltakerne mulighet til å ta eksamen i helsearbeiderfaget. 72 har bestått Vg3 tverrfaglig eksamen, og 26 har bestått fagprøven i 2012/2013. Modellen bygger på eksisterende opplæringsmodeller, som Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC. Det ble bevilget 5,8 mill. kroner til tiltaket i 2014. Tiltaket foreslås videreført i 2015.

#### *Kvalifisering av fremmedspråklige*

Det ble i 2013 etablert en tilskuddsordning som skal stimulere til opprettelse av yrkesfaglig språkopplæring innenfor helsearbeiderfaget. Det ble i 2013 også gitt tilskudd til et pilotprosjekt med kurs i nasjonale fag for helsefagarbeidere fra land utenfor EØS ansatt i omsorgstjenestene. Det ble bevilget 3,1 mill. kroner til tiltaket i 2014. Tiltaket foreslås videreført i 2015.

#### *Andre tiltak*

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle kompetansehevede tiltak i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming, herunder Mitt livs ABC. Det vises til post 21 og post 67 for nærmere omtale.

I Kompetanseløftet 2015 inngår også en satsing på styrking av ernæringskompetansen i omsorgstjenestene. Det vises til post 21 for nærmere omtale.

Gjennom ABC-modellene Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC tilbys gratis studiemateriell til kommunene beregnet på bedriftsintern tverrfaglig opplæring i studiegrupper. Det ble bevilget 4,2 mill. kroner over post 60 til tiltakene i 2014. Det vises til post 21 for nærmere omtale.

#### **Post 61 Vertskommuner**

Etter ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede, som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet, overtok 33 kommuner ansvaret for en rekke beboere hjemmehørende i andre kommuner. Formålet med den øremerkede tilskuddsordningen er å kompensere de 33 vertskommunene for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen. Tilskudd er fordelt iht. antall gjenværende vertskommunebeboere. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektreknskap for tilskuddet. Kommunene må kunne legge dette fram for Helsedirektoratet på forespørsel.

Reduksjon i det øremerkede tilskuddet som følge av frafall av beboere

En del av vertskommunene vil, pga. frafall av beboere, kunne få store endringer i inntekt fra ett år til et annet. Dette kan gi enkelte kommuner utfordringer i arbeidet med omstilling og nedbygging av tjenestetilbudet. For å sikre vertskommuner mot brå inntektsbortfall, er det innført en

skjermingsordning slik at ingen kommuner, ved frafall av beboere, trekkes mer enn et 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 tilskuddsreduksjonen som den enkelte kommune ikke blir trukket pga. skjermingsordningen, hefter ved denne kommunen de påfølgende år. Ordningen med 50 pst. uttrekk for kommuner, som ligger under dagens gjennomsnitt for vertskommunene samlet, videreføres. Telling og uttrekk av midler ved frafall av beboere vil bli gjennomført hvert år fram til alle beboere har falt fra, og tilskuddsordningen er avvirket i sin helhet. Tilskuddet til den enkelte kommune settes ned i forhold til antall beboere som faller fra. Det foreslås å redusere bevilgningen med 28,9 mill. kroner i 2015 som følge av dette.

### Post 62 Dagaktivitetstilbud

Regjeringen vil styrke satsingen på tilbudet til personer med demens, og legge til rette for økt dag- og aktivitetstilbud. De siste årene av livet må ha et meningsfylt innhold, også for eldre som rammes av demens og andre lidelser. Dag- og aktivitetstilbud gir mening, mestring og gode opplevelser for den enkelte og avlastning for pårørende, i tillegg til å bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Alle kommuner kan søke om tilskudd, og tilskuddet utgjør om lag 30 pst. av kostnadene for etablering og drift av en dagaktivitetsplass. Fra og med 2014 ble regelverket for tilskuddsordningen endret. Dette har forenklet saksbehandlingen av søknader fra kommunene.

Det er anslått et behov for 9200 dagaktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens. I 2012 og 2013 er det etablert til sammen om lag 1300 plasser. I budsjettet for 2014 ble det lagt til rette for 1200 nye plasser. Ved utgangen av august 2014 er det opprettet noe over 600 nye plasser, hvilket kan tilsi om lag 970 nye plasser i 2014.

Med dette som utgangspunkt, legger bevilgningsforslaget til rette for 1070 nye plasser i 2015. Bevilgningen foreslås økt med 133,8 mill. kroner i 2015, hvorav 62 mill. kroner til 1070 nye plasser. Resterende går til å dekke plasser opprettet tidligere år. Dersom antallet nye plasser i 2014 blir høyere enn her lagt til grunn, vil det være tilsvarende mindre rom for nye plasser i 2015.

### Post 63 Investeringstilskudd

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger ble innført i 2008. Tilskuddet skal stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Tilskuddet forvaltes av Husbanken.

Husbanken innvilger investeringstilskudd til prosjekter som kan vare over flere år. Posten har derfor et budsjetteringssystem med tilsagnsramme, tilsagnsfullmakt og bevilgning, jf. boks 4.2. Utbetalingsprofilen på posten er 5 pst. første år, 15 pst. andre år, 30 pst. tredje år, 30 pst. fjerde år og 20 pst. femte år. Det foreslås en bevilgning på 1 655,6 mill. kroner i 2015, hvorav 199,4 mill. kroner er knyttet til tilskudd som innvilges i 2015 og 1 378,7 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2015. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 7 785,2 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 3 982,5 mill. kroner i 2015. Rammen vil kunne dekke tilskudd til om lag 2500 heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsbolig. Det foreslås å heve den maksimale anleggskostnaden per enhet fra 2,885 mill. kroner til 2,972 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og fra 3,3 mill. kroner til 3,4 mill. kroner for pressområdekommuner. Som følge av økte maksimale anleggskostnader, heves dermed de maksimale tilskuddssatsene som vist i tabell 4.21.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014), jf. Innst. 11 S (2013–2014), ble investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser styrket betydelig. Den gjennomsnittlige statlige tilskuddsandelen per enhet ble økt fra 35 pst. til 50 pst. av den maksimale godkjente anleggskostnaden. Den maksimale godkjente anleggskostnaden per enhet ble i tilleggspolisjonen økt fra 2,8 mill. kroner til 3,3 mill. kroner for pressområdekommuner, og fra 2,8 mill. kroner til 2,885 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder. I tillegg ble tilsagnsrammen for ordningen økt tilsvarende 500 enheter utover forrige regjeringens forslag på 2000 plasser. Samlet tilsvarte styrkingen av ordningen i 2014 en økning på 1,85 mrd. kroner utover forrige regjeringens forslag i Prop. 1 S (2013–2014).

Regjeringen har med disse endringene sørget for at staten tar et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapa-



sitet og kvalitet i omsorgstjenesten. Medregnet momskompensasjonsordningen for kommunesektoren, som også omfatter kommunenes investeringer i omsorgsboliger og sykehjem, vil staten dermed gjennomsnittlig kunne dekke om lag 70 pst. av godkjente anleggskostnader per enhet. Det er på denne bakgrunn ikke nødvendig å etablere en særskilt rentekompensasjonsordning på toppen av investeringsordningen. Gjennom den betydelige styrkingen av investeringstilskuddet har regjeringen etablert et virkningsfullt og treffsikkert stimulerings tiltak for å gjøre kommunene bedre i stand til å fornye og øke antallet kommunale heldøgns omsorgsplasser.

Det legges til grunn at omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd er universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2015 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

#### Rapport

I 2013 innvilget Husbanken investeringstilskudd for om lag 1 316 mill. kroner. Det ble innvilget tilskudd til 1378 omsorgsplasser, fordelt på 667 omsorgsboliger og 711 sykehjemsplasser. Det ble også innvilget tilskudd til bygging av 12 430 kvm. fellesareal i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger, slik at det kan ytes heldøgnstjenester i boligene.

I perioden 2008 til utgangen av august 2014 har Husbanken mottatt søknader om investerings-

tilskudd til totalt 8942 heldøgns omsorgsplasser, innvilget tilskudd til totalt 8448 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på 3955 plasser i omsorgsbolig og 4493 plasser i sykehjem, og utbetalt tilskudd til totalt 5220 heldøgns omsorgsplasser. Det er i samme periode også innvilget tilskudd til totalt 65 366 kvadratmeter fellesareal for å kunne yte heldøgns tjenester i allerede eksisterende omsorgsboliger.

Tilsagnsrammen for 2014 er satt til 3 865,6 mill. kroner. Rammen gir rom for at det i 2014 kan innvilges tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser. Av denne rammen var det ved utgangen av august 2014 innvilget tilskudd til i alt 1035 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på 554 plasser i omsorgsbolig og 481 plasser i sykehjem. Fra årets start til utgangen av august er det fremmet søknader fra kommunene tilsvarende 1341 heldøgns omsorgsplasser.

#### Oppfølging og kontroll

Fylkesmannen gir Husbanken faglig assistanse under søknadsbehandlingen for å sikre kvaliteten på prosjektene. Bl.a. gir fylkesmannen bistand ved vurderinger av ev. spørsmål knyttet til kravet om at omsorgsplassene skal benyttes til personer med behov for heldøgns omsorg. Fylkesmannen bistår også ved ev. spørsmål om omsorgsplassene er utformet i tråd med Demensplan 2015 og formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

Tabell 4.21 Foreslåtte tilskuddssatser i 2015 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per enhet i 2015 (tusen kroner)	Pressområdekommuner	Andre kommuner
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 870	1 634,6
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 530	1 337,4
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 700	1 486
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	3 400	2 972

**Boks 4.2 Budsjetteringssystemet for poster med tilsagnsfullmakt**

Post 63 budsjetteres med tilsagnsfullmakt, fordi det kan ta flere år å gjennomføre prosjektene det gis tilsagn om tilskudd til.

Det opereres med tre begreper: Tilsagnsramme (aktivitetsnivå), bevilgning og tilsagnsfullmakt.

Tilsagnsrammen, eller aktivitetsnivået, er summen av nye tilsagn om tilskudd som kan gis i budsjettåret. Det er tilsagnsrammen som definerer hvor stor aktivitet det kan legges opp til i budsjettåret, ikke bevilgningen.

Bevilgningen på posten er beregnet ut fra en utbetalingsprofil, dvs. hvor stor prosentandel av

aktivitetsnivået som antas å komme til utbetaling de enkelte budsjettårene. Bevilgningen skal dekke den delen av tilsagn gitt i budsjettåret som antas å bli utbetalt samme år, samt tidligere års tilsagn som man antar kommer til utbetaling i dette budsjettåret.

For den delen av aktivitetsnivået som kommer til utbetaling i senere budsjettår, må det gis en tilsagnsfullmakt. Tilsagnsfullmakten viser statens utestående forpliktelser på posten ved utgangen av budsjettåret, dvs. den delen av gitte tilsagn som ennå ikke er utbetalt. Det er et eget romertallsvedtak for tilsagnsfullmaktene.

**Post 64 Kompensasjon for renter og avdrag**

Tilskuddene som bevilges over posten er knyttet til omsorgsbolig- og sykehjemsprosjekter som fikk oppstartingstilskudd under handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2003 og opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2004. For omtale av tildelingskriterier vises det til Prop. 1 S (2009–2010) Kommunal- og regionaldepartementet. Ordningen forvaltes av Husbanken.

I 2013 ble det utbetalt om lag 1 031 mill. kroner i kompensasjonstilskudd. Bevilgningen for 2014 er på 1 055,9 mill. kroner.

Som følge av at rentesatsen er redusert fra 2,5 pst. til 2 pst. for 2015, foreslås bevilgningen satt ned med 64,2 mill. kroner. Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragskompensasjon.

Det foreslås bevilget 984,7 mill. kroner i 2015.

**Post 66 Brukerstyrt personlig assistanse**

Formålet med dagens tilskuddsordning er å bidra til nødvendig og tilstrekkelig opplæring om brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for brukere, arbeidsledere og assistenter, samt ansatte i kommunens forvaltning. Det ble i 2013 gitt tilskudd til 43 kommuner, fordelt på 118 arbeidsledere, 86 kommunale saksbehandlere og 172 assistenter. Helsedirektoratet forvalter ordningen.

Stortinget vedtok i juni 2014 endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. Prop. 86 L (2013–2014) og Innst. 294 L (2013–2014). End-

ringen gir rett til BPA for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse. Kommunene har også plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven til å vurdere om det er hensiktsmessig å tilby BPA til søkere som ikke fyller vilkårene i rettighetsbestemmelsen.

Stimuleringstilskuddet ble etablert i 1994. Ordningen er godt kjent, og stimuleringsmidlene antas å ha bidratt til en vesentlig kompetanseheving. Det har vært et mindreforbruk på ordningen. Ved innføring av rett til BPA vil det fortsatt være behov for midler til opplæring. Det foreslås derfor å videreføre et betydelig beløp.

Det foreslås å overføre 33 mill. kroner til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett for å styrke kommunenes frie inntekter i forbindelse med innføring av rett til BPA. Samlet foreslås kommunenes frie inntekter styrket med 300 mill. kroner i 2015 knyttet til rettighetsbestemmelsen.

Resterende bevilgning på 59,9 mill. kroner foreslås flyttet til post 68, knyttet til opplæring om BPA. Midlene skal legges til rette for at kommunene setter i verk kompetansehevede tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid i omsorgstjenestene ut fra lokale forutsetninger og behov. Det skal prioriteres midler til opplæring knyttet til BPA.

**Post 67 Utviklingstiltak**

Det foreslås å flytte:

- 3,1 mill. kroner til post 68, knyttet til tilskudd til kommunalt kompetanse- og innovasjonsarbeid.

- 2 mill. kroner til post 21, knyttet til nasjonal veileder og oppfølging av utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk til eldre.

Bevilgningen skal gå til ulike kompetansehevende tiltak, herunder utvikling og spredning av kunnskap, samt organisasjonsfremmende tiltak. Tilskuddene skal bidra til nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren.

Det er i gang en samlet gjennomgang av de regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag, organisering og finansiering. Se omtale i innledningen til programkategori 10.60.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i alle landets fylker skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving, samt være pådrivere for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter. Utviklingssentrene skal være modeller for andre hjemmetjenester og sykehjem i fylket, og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Kommuner med utviklingssentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning. Sentrene for omsorgsforskning får midler til å følge opp utviklingssentrene i sin region. Det er utviklet en samlet strategiplan for utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester for årene 2011–2015. Utviklingssentrene skal evalueres i 2014/2015.

Ved Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 477 S (2012–2013), ble bevilgningen til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester økt med 10 mill. kroner i 2014. Midlene er benyttet til utvikling og gjennomføring av lokale prosjekter for innovasjonstiltak og velferdsteknologi. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015. Tiltaket foreslås videreført i 2015.

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Det er etablert en tilskuddsordning som skal bidra til kompetanseutvikling i landets kommuner. Formålet er å styrke kvaliteten i tilbudet til pasienter med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Tilskuddsordningen skal også bidra til å sette søkelys på tiltak for å ivareta pårørendes behov. Prosjekter skal bidra til god

fagutvikling, kompetanseheving og ha nasjonal overføringsverdi. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015.

Det ble i 2014 bevilget 16 mill. kroner til tilskuddsordningen. Midlene foreslås videreført i 2015.

For å styrke tjenestetilbudet innen palliasjon og lindrende behandling har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utforme en fagrappport om sentrale temaer ved helse- og omsorgstjenestens tilbud på dette området. Fagrappporten vil ligge til grunn for vurderinger av tiltak innenfor palliasjon og lindrende behandling. Det vises til kap. 769, post 70 for nærmere omtale.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle en opplæringspakke om grunnleggende kunnskap for ansatte i omsorgstjenestene om lindrende behandling.

Helsedirektoratet har også fått i oppdrag å utarbeide egne diagnoseuavhengige retningslinjer for lindrende behandling spesielt knyttet til barns behov fra nyfødtperiode og gjennom hele barnealderen. Arbeidet skal etter planen ferdigstilles i 2014.

Det vises også til post 21 for omtale av tilskuddsordning til styrking av frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge.

Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

For å styrke fag- og tjenesteutvikling, og sørge for kompetanseheving i tjenestene til personer med utviklingshemming, er det etablert en kommunal tilskuddsordning. Tiltakene som mottar tilskudd skal sikre god fagutvikling, tjenesteutvikling og kompetanseheving, og ha nasjonal overføringsverdi. Tilskuddsordningen ble opprettet i 2014, og inngår i Kompetanseløftet 2015. Det ble bevilget 7 mill. kroner til ordningen i 2014. Midlene foreslås videreført i 2015.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å revidere rundskriv IS-10/2004 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Revisjonen skal ferdigstilles våren 2015.

Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport om forholdet mellom reglene i kap. 9 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og kompetansesituasjonen i tjenestene til personer med utviklingshemming. Kap. 9 i loven omhandler regler om rettssikkerhet ved bruk av tvang og

makt overfor enkelte personer med utviklingshemming. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere videre oppfølging av rapporten.

#### Forebyggende hjemmebesøk

Det treårige utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk startet høsten 2011. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015. Seks utviklingsentre for hjemmetjenester, med samarbeidspartnere, fikk innvilget midler og deltar i programmet. Tilskuddsmottakerne skal utvikle verktøy og metodikk for forebyggende hjemmebesøk, og metodene som utvikles skal ha nasjonal overføringsverdi.

Det ble bevilget 5,1 mill. kroner til forebyggende hjemmebesøk i 2014. Modellforsøkene avsluttes i 2014, og det foreslås å flytte 3,1 mill. kroner til post 68. Midlene på post 68 skal legges til rette for at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid, bl.a. for å styrke det forebyggende arbeidet i omsorgstjenestene. Det foreslås videre å flytte 2 mill. kroner til post 21. Midlene skal benyttes til en sammenstilling og videreutvikling av modellene for forebyggende hjemmebesøk, som har vært utprøvd i prosjektene.

#### Post 68 Kompetanse og innovasjon

Det foreslås å flytte:

- 143,8 mill. kroner fra post 60, jf. omtale der.
- 5,2 mill. kroner fra post 21, jf. omtale der.
- 12,4 mill. kroner fra post 21, jf. omtale der.
- 20,7 mill. kroner fra post 21, jf. omtale der.
- 59,9 mill. kroner fra post 66, jf. omtale der.
- 3,1 mill. kroner fra post 67, jf. omtale der.
- 10 mill. kroner fra kap. 762, post 60 jf. omtale der.

Bevilgningen foreslås økt med 10,4 mill. kroner som følge av avvikling av Den kulturelle spaserstokken, jf. omtale under kap. 769, post 21.

Det foreslås å etablere et kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd. Tilskuddet skal understøtte regjeringens målsettinger om å utvikle en omsorgstjeneste som i større grad preges av brukerdeltakelse, aktiv omsorg, egenmestring og faglig kvalitet. Tilskuddet skal inngå i regjeringens omsorgspolitik, Omsorg 2020.

Målet med det nye kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtid utfordringene

kommunene står overfor på omsorgsfeltet. Bevilgningen skal gi rom for at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov. Det skal prioriteres midler til opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse, og til grunn-, etter og videreutdanning. Videre skal utvikling av nye tiltak og metoder, som bidrar til større grad av forebygging og tidlig innsats, egenmestring, aktivitet, kultur og rehabilitering, samspill med pårørende og frivillige, og utvikling av velferdsteknologiske løsninger, prioriteres.

Etablering av tilskuddet medfører at ulike eksisterende tilskudd samles i ett tilskudd. Formålet med dette er å forenkle tilskuddsforvaltningen, og gjøre tilskuddene mer oversiktlige, robuste og fleksible i tråd med kommunenes behov. Dette er i tråd med regjeringens mål om å forenkle og fornye offentlig sektor.

En større og mer fleksibel tilskuddsordning skal legges til rette for å se de ulike satsingene under Omsorg 2020 i sammenheng, og sikre bedre samordning med tilskudd som gis til andre kommunale tjenesteområder under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Innovasjons- og kompetansetilskuddet skal også ses i sammenheng med Kommunal- og moderniseringsdepartementets skjønnstilskudd, som også kan benyttes til kommunal innovasjon og utvikling.

Det foreslås at tilskuddet til kommunene forvaltes av fylkesmennene. Fylkesmennene har med sin nærhet og kjennskap til kommunene et svært godt utgangspunkt for å vurdere søknader, og følge opp kommunene med råd og veiledning på en enkel måte. De har også hatt et mangeårig samarbeid med Husbankens regionkontorer gjennom handlingsplan for eldreomsorgen, opptrappingsplan for psykisk helse og Omsorgsplan 2015. Fylkesmennene har lang erfaring med, og kompetanse på, tilskuddsforvaltning overfor kommunene, og forvalter i dag tilskudd til Kompetanseløftet 2015 og Kommunal- og moderniseringsdepartementets skjønnstilskudd til kommunal innovasjon og utvikling.

Helsedirektoratet skal fortsatt ha det nasjonale ansvaret for oppfølging av det helhetlige omsorgsplanarbeidet, og drive nasjonalt utviklingsarbeid.

Tilskuddet skal være søknadsbasert. Midler til fylkesmennene fordeles etter en fordelingsnøkkel basert på dagens fordeling av midlene til Kompetanseløftet 2015 og Kommunal- og moderniseringsdepartementets fordeling av innovasjonsmidlene i skjønnstilskuddsordningen til kommunene. I en overgangsfase må pågående tiltak sikres finansiering, slik at disse fullføres.

Helsedirektoratet vil ha ansvar for styringsdialogen med fylkesmennene. Det foreslås en samlet bevilgning på 259,9 mill. kroner til tiltaket i 2015.

### **Post 71 Frivillig arbeid mv.**

Formålet med tilskuddsordningen er å fremme landsdekkende organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv.

Det foreslås å videreføre tilskudd til fire særskilte tiltak:

- 1,5 mill. kroner til Hørselshemmedes Landsforbund likemannsarbeid, hørselshjelperordningen
- 1,5 mill. kroner til Demenslinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Røde kors besøkstjeneste
- Hjertelinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen

Det er også anledning for andre landsdekkende frivillige organisasjoner å søke om tilskudd. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet, som følger opp virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

### **Post 72 Landsbystiftelsen**

Camphill Landsbystiftelsen i Norge eier og driver landsbyer (også kalt Camphill-landsbyer), som fram til 1986 var en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av stiftelsens institusjoner. Stiftelsen tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Institusjonene skal gi beboerne en trygg livssituasjon hvor de kan ta egne valg, få god omsorg, et meningsfylt arbeid og et rikt kulturliv.

Følgende institusjoner omfattes av tilskuddsordningen:

- Vidaråsen landsby, Vestfold
- Hogganvik landsby, Rogaland
- Jøssåsen landsby, Sør-Trøndelag
- Solborg, Oppland
- Vallersund Gård, Sør-Trøndelag
- Kristoffertunet, Sør-Trøndelag

Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til institusjonene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap og følger opp arbeidet med fastlegging av beleggskrav knyttet til antall og type plasser. Kommuner som har psykisk utviklingshemmede beboere ved landsby-

ene får ikke tildelt midler for disse gjennom inntektssystemet.

### **Post 73 Særlige omsorgsbehov**

Bevilgningen skal delvis dekke utgifter til drift av en spesialisert fagavdeling ved Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter, Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter.

Tilskudd til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter  
Bevilgningen går til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter, som gir helsemessig og sosialmedisinsk behandlings- og omsorgstilbud til døve og døvblinde med særskilte og sammensatte behov.

Formålet med tilskuddet er å bidra til drift av en spesialisert fagavdeling ved senteret. Fag- og opplæringsseksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde internt på Signo Conrad Svendsen senter, i omsorgsboliger, arbeids- og fritidstilbud og i rehabiliteringsavdelingen. Seksjonen gir også opplæring og veiledning rundt døve og døvblinde med tilleggsvansker i landets kommuner. I tillegg til kunnskapsutvikling og -spredning gjennom flere prosjekter, har seksjonen fokus på å utvikle tegnspråkerferdigheter, samt bruk av alternativ og supplerende kommunikasjon. I 2014 ble det bevilget om lag 13 mill. kroner til senteret.

Tilskudd til Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter, og derigjennom stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Følgende vilkår for bevilgningen foreslås videreført:

- Bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn.
- Tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger.
- Tilskuddet skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for et tjenestetilbud.
- Subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak.

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene over, kan anvendes overfor medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved tiltaket. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass og hjemmebesøk mv.

Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av tilskuddet mellom de to institusjonene. I 2014 ble det samlet bevilget om lag 8 mill. kroner til de to institusjonene. Helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap.

### **Post 75 Andre kompetansetiltak**

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner fra kap. 781, post 79 knyttet til Fagnettverk Huntington.

#### **Fagnettverk Huntington**

Formålet med bevilgningen er å forbedre omsorgstilbudet for personer med Huntingtons sykdom og deres familier, og en best mulig ressursforvaltning. Midlene skal gå til administrasjon av Fagnettverk Huntington, hvor Landsforeningen for Huntington, Senter for sjeldne diagnoser (SSD)/Oslo Universitetssykehus (OUS), Helse Sør-Øst RHF (eier av SSD), NKS Kløverinstitusjon og de fem ressursentrene for Huntington er representert. Helsedirektoratet forvalter tilskuddet til Fagnettverk Huntington, og NKS Kløverinstitusjon koordinerer nettverket. Videre tildeles en del av midlene som tilskudd til de fem Huntington ressursentrene (NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Ranheim Helse- og velferdssenter, Helsesenteret Sonjatun, NKS Grefsenlia, Prestehøia omsorgssenter). Ressursentrene skal ha ansvar for drift og utvikling av hvert sitt regionale fagnettverk, samt delta i det nasjonale fagnettver-

ket. I samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser skal fagnettverk Huntington samle og spre informasjon, kunnskap og kompetanse. Det ble bevilget 4 mill. kroner til Fagnettverk Huntington i 2014. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Fagnettverk Huntington i 2015.

#### **Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (Naku)**

Naku skal utvikle og styrke tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming, og være et faglig knutepunkt for utvikling av tjenestene. Utvikling av nettbank og fagnettverket Psykisk helse og utvikling videreføres. Naku har, sammen med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, fått i oppdrag å utvikle et nasjonalt kompetansetiltak for å bedre tjenestene til mennesker med utviklingshemming, Mitt livs ABC. Det ble bevilget 6,4 mill. kroner til Naku i 2014. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Naku til utvikling og styrking av tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming i 2015. Det vises til innledning på programkategori 10.60 for nærmere omtale.

### **Post 79 Andre tilskudd**

Bevilgningen kan nyttes under post 21. Det vises til omtale på post 21.

#### **Betinget tilsagn om tilskudd**

Departementet garanterer for ev. inntektsbortfall ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern med 1 mill. kroner for inntil tre beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

**Kap. 762 Primærhelsetjeneste**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	25 150	30 196	40 314
50	Samisk helse	6 036	5 247	5 393
60	Forebyggende helsetjenester	70 669	62 113	51 101
61	Fengselshelsetjeneste	131 027	135 176	142 517
62	Øyeblikkelig hjelp, <i>kan overføres, kan nyttes under kap. 732, post 70 og 76</i>	256 047	419 108	586 319
63	Allmennlegetjenester	78 693	128 208	133 411
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	48 568	46 720	48 262
71	Frivillig arbeid mv.	6 254	6 373	6 583
73	Forebygging uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	25 614	26 309	27 177
74	Stiftelsen Amatheia	15 868	16 223	16 758
	Sum kap. 0762	663 926	875 673	1 057 835

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbryttings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene knyttet til:

- 153,8 mill. kroner foreslås overført fra de regionale helseforetak til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene.
- 3 mill. kroner til styrking av fengselshelsetjenesten.
- 10,3 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 571, post 64 under Kommunal- og moderniseringsdepartementet, knyttet til skolehelsetjenesten i videregående skole.
- 4,5 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 761, post 60 knyttet til lønnstilskudd til videreutdanning for sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester.
- 10 mill. kroner foreslås flyttet til nytt kompetanse- og innovasjonstilskudd på kap. 761.
- 10 mill. kroner til utvikling av beslutningsstøttesystem for sykmeldere.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med om lag 17 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

Primærhelsetjenestene er de helsetjenestene kommunene har ansvar for. Det omfatter forebyggende tjenester, allmennlegetjenester, habilitering og rehabilitering, helsestasjon, skolehelsetjeneste, psykisk helse, rustiltak og helsetjenester i omsorgstjenesten og i fengsel.

Regjeringen vil i 2015 legge fram en melding til Stortinget om framtidens primærhelsetjeneste. Pasienten skal oppleve helsetjenestene som koordinerte og helhetlige. Meldingen utarbeides i dialog med bruker- og pasientorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner og KS. Det vises til kategoriomtalen for nærmere omtale.

Det arbeides med å få på plass en samlet strategi for seksuell helse fra 2016. Det vises til kap. 762, post 73 for nærmere omtale.

**Forebyggende tjenester**

I 2014 ble helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket gjennom økning av de frie inntektene med 180 mill. kroner. Det foreslås å styrke disse tjenestene med ytterligere 200 mill. kroner i 2015 gjennom vekst i kommunenes frie inntekter, til sammen 385 mill. 2015-kroner.

For å oppfylle ansvaret for helse- og omsorgstjenester skal kommunen bl.a. tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. Helsetjeneste i

skoler og helsestasjonstjeneste er en lovpålagt forebyggende tjeneste.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et tilbud til gravide og barn og unge i alderen 0–19 år. Tjenesten skal arbeide både individ- og miljørettet, med mål om å fremme god helse og gode sosiale og miljømessige forhold for familier samt forebygge sykdom og skader. Tjenesten har et stort potensial for å forebygge, og for å identifisere utsatte gravide, barn og unge. Tilbudet skal omfatte helseundersøkelser, vaksinasjon, veiledning og rådgivning, opplysningsvirksomhet, samarbeid med andre etater og forebyggende arbeid.

I tillegg ytes forebyggende tjenester som en integrert del av andre tjenester, bl.a. hos fastleger og fysioterapeuter.

Det er et mål å styrke de forebyggende og helsefremmende tjenestene. Tjenestene må bli bedre på primærforebygging og tidlig diagnostikk. Når sykdom har oppstått og blitt diagnostisert, må tjenestene aktivt bidra til å hindre forverring og at komplikasjoner oppstår. Folk må få bedre hjelp til å endre livsstil og mestre livet med sykdom. For å bidra til dette har det over flere år blitt ytt tilskudd til etablering av frisklivssentraler. Disse har som mål å bidra med livsstilsendring. Det ytes også tilskudd til arbeid med å forebygge uønskede svangerskap og abort. Overordnede mål for dette arbeidet er fortsatt nedgang i abortratene, og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for et trygt seksualliv.

I 2013 ble det i nært samarbeid med sentrale brukerorganisasjoner utarbeidet en strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer – hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (UNECE-strategi 2013–2017). Det arbeides videre for å nå de målsettingene som denne angir og etter den samme hovedinnretningen som presenteres for hvordan vi skal møte utfordringene. Strategien har en bred tilnærming som tar utgangspunkt i sektorovergripende folkehelsearbeid, i tillegg til at den gir føringer for arbeidet relatert til de enkelte sykdommene. Bedre opplæring for å mestre livet med sykdom og unngå forverrelser er viktig for alle disse gruppene.

#### Habilitering og rehabilitering

Kommunenes ansvar for å sørge for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering uavhengig av diagnoser og helseprofesjoner er tydeliggjort i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. Ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter har gitt kommunene

insentiv til å styrke sitt tilbud innen habilitering og rehabilitering som en integrert del av lov om helse- og omsorgstjenester, og i større grad ta i bruk tverrfaglig kompetanse. Pasienter som skrives ut tidlig fra sykehus, vil ha behov for oppfølging i kommunene, og bedre tilbud i kommunene vil også kunne redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Habilitering og rehabilitering skjer ofte som en integrert del av de ulike deltjenester. Regjeringen tar sikte på å legge fram en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Planen vil ha sitt hovedfokus rettet mot kommunene.

#### Allmennlegetjenesten

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet og god kvalitet i allmennlegetjenesten. Denne omfatter fastlegeordningen, legevakttjenesten og legetjenester i sykehjem, helsestasjons- og skolehelsetjenesten mv.

Revidert fastlegeforskrift trådte i kraft 1. januar 2013. Formålet med den reviderte forskriften er en mer likeverdig tjeneste, og at fastlegene skal ta et mer helhetlig ansvar for tjenestene til innbyggerne på sine lister. Helse- og omsorgsdepartementet vil jobbe videre med tiltak som kan bidra til bedre kapasitet, kvalitet og integrering av allmennlegetjenesten i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vises til omtale av arbeidet med en melding til Stortinget om primærhelsetjenesten innledningsvis og omtale under kap. 762, post 63 om rekruttering og aktiviteten i fastlegeordningen.

Det arbeides med å styrke legevakttjenesten. Fastlegenes deltakelse i legevakt er lavere enn for få år siden. Vaktene dekkes i økende grad av leger med liten erfaring i allmennmedisinsk arbeid (færre spesialister deltar i vakt) og/eller av utenlandske leger med kort botid i Norge. En stor andel av øyeblikkelig hjelpinnleggelse foretas av legevaktleger. Forskning viser at uerfarne leger legger inn pasienter hyppigere på sykehus enn mer erfarne.

Helse- og omsorgsdepartementet har begynt et arbeid med å styrke kompetanse og kvalitet i kommunal legevakttjeneste. Det skal stilles krav til minimumskompetanse for å kunne ha legevakt alene og innføres et nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktsentraler. Det har pågått et arbeid med revisjon av forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. I slutten av mai 2014 ble det sendt på høring et forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)



med høringsfrist 15. september 2014. I forskriften foreslås bl.a. å stille kompetansekrav til leger og annet helsepersonell i legevakt. Legevakt vil også inngå som tema i meldingen til Stortinget om primærhelsetjenesten.

Det vises til kap. 762, post 63 for nærmere omtale. Det vises også til kap. 701, post 21 for nærmere omtale av nasjonalt legevaktnummer.

#### Overgrepsmottak

Det arbeides med å styrke helsetjenestetilbudet til volds- og overgrepsutsatte. Tilbudet må inkludere sikring av spor, skadedokumentasjon, medisinsk behandling og psykososial oppfølging. Utgangspunktet har vært Stortingets behandling av Meld. St. 15 (2012–2013) om vold i nære relasjoner, jf. Innst. 339 S (2012–2013), og Nordlandsforskning sin evaluering i 2012 og 2013 på oppdrag fra Helsedirektoratet. Evalueringen viste store variasjoner i innhold, kapasitet, kvalitet og kompetanse mellom landets mottak og avdekket uklarhet i ansvarsforhold. Medisinsk undersøkelse og behandling fungerte godt, mens det var mangler ved mange mottak når det gjelder rettsmedisinsk undersøkelse og psykososial oppfølging.

De fleste personer utsatt for vold i nære relasjoner uten at det samtidig foreligger et seksuelt overgrep, oppsøker i dag kommunal legevakt. Legevakten, ev. også fastlegen, er oftest nærmest brukeren og en inngangsport for å søke hjelp, også for personer utsatt for seksuelle overgrep. Legevakten skal håndtere akutte hendelser og ved behov henvise videre og sørge for transport av pasienten til overgrepsmottaket/sykehuset.

Tjenestene til volds- og overgrepsutsatte skal integreres i de ordinære tjenestene, og spesialisthelsetjenesten vil få hovedansvar for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep. Det foreslås at dette skjer fra 2016. Eksisterende, robuste kommunale mottak skal videreføres gjennom avtaler mellom regionale helseforetak og kommuner. Helsetjenesten skal fortsatt utføre rettsmedisinske undersøkelser som bistand til politiets arbeid der forholdet er anmeldt. Regionale helseforetak får ansvar for å inngå avtaler med justissektoren om slik bistand. Ansvarsforhold knyttet til sporsikring der anmeldelse ikke foreligger, herunder økonomiske konsekvenser, foreslås utredet nærmere av Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.

Det er viktig at både kommunene og de regionale helseforetakene øker kompetansen på respektive områder. Det vises til post 63 for omtale av kompetansehevende tiltak knyttet til legevaktjenesten. Det vises også til kap. 732 for videre omtale.

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte 1,6 mill. kroner fra kap. 719, post 21 knyttet til smittevern.

#### Smittevern

Det foreslås å flytte 1,6 mill. kroner fra kap. 719, post 21 knyttet til smittevern. Det er behov for å fokusere på antibiotikaresistens, tuberkuloseutfordringer, riktig bruk av antibiotika, smittevernkonferanser og smittevernhygiene på sykehjem og oppfølging av smittevernarbeidet i kommunene mv. Midlene skal disponeres av Helsedirektoratet.

#### 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. I 2012 ble det 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 2015. For øvrig vises til omtale av fengselshelsetjenesten under post 61.

#### Utdanningsstillinger allmennmedisin

Det er driftsoppgaver knyttet til tilskuddsordningen med utdanningsstillinger i allmennmedisin. Det foreslås 1 mill. kroner til dette formålet i 2015. Det vises for øvrig til omtale av utdanningsstillinger i allmennmedisin under post 63.

#### Nasjonalt legevaktnummer 116 117

Staten finansierer prosjektering/etablering og drift av et felles nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktssentraler. I 2014 ble det bevilget 2 mill. kroner til tiltaket på kap. 762, post 21. Midlene foreslås videreført i 2015. For øvrig vises til omtale under kap. 701, post 21.

Delegering av myndighetsansvaret for å godkjenne takstkompetanse for fysioterapeuter med videreutdanning fra utlandet

Myndighetsansvaret for å godkjenne takstkompetanse for fysioterapeuter med videreutdanning fra utlandet i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi er overtatt av Helsedirektoratet og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Oppdraget innebærer også myndighetsansvaret til å godkjenne tilleggskompetanse til å utløse særskilte rettigheter for manuellterapeutene. Det foreslås å bevilge 0,8 mill. kroner til denne oppgaven i 2015.

Kondomordningen

Det foreslås 1 mill. kroner til anskaffelser i forbindelse Kondomordningen, som er en del av handlingsplanen for uønskede svangerskap og abort. Det vises for øvrig til omtale under post 73.

Utvikling av beslutningsstøttesystem for sykmeldere

Det er dokumentert at det er variasjon i bruken av gradert sykmelding, og at fastlegene kan påvirke sin pasientgruppes sykefraværsadferd. Regjeringen ønsker å legge til rette for større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen, og vil derfor innføre veiledende, normerte sykmeldingsperioder. Det ble derfor iverksatt et utviklingsarbeid under ledelse av Helsedirektoratet og med bistand fra Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2014 med sikte på implementering så snart det er faglig forsvarlig. Verktøyet vil kunne bidra til større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen. Det ble bevilget 7 mill. kroner til tiltaket ved Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013–2014), jf. Innst. 260 S (2013–2014). Bevilgingen på posten foreslås økt med 3 mill. kroner utover tilleggsbevilgningen ifm. Prop. 93 S (2013–2014). Til sammen foreslås det å bevilge 10 mill. kroner i 2015 for å dekke kostnader knyttet til gjennomføring av et utviklingsarbeid med beslutningsstøttesystem (normerte sykmeldinger).

*Anvendelse av deler av helselovgivningen på Svalbard og Jan Mayen*

Det tas sikte på å gi deler av helselovgivningen anvendelse på Svalbard og Jan Mayen f.o.m. 2015. Iverksetting vil kunne medføre noen nye oppgaver for Fylkesmannen i Troms, f.eks. i form av behov for økt beredskap og økt tilsynsvirksomhet.

Det foreslås å øremerke 0,2 mill. kroner til Fylkesmannen i Troms knyttet til disse oppgavene.

### **Post 50 Samisk helse**

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Dette skjer bl.a. gjennom utvikling av Sametingets helsepolitiske innspill til sentrale myndigheter, dialog med helseforetakene og saksbehandling i forbindelse med tildeling av prosjektmidler til samiske helseformål og administrasjon av tilskuddsordningen. Det ble i 2014 bevilget 5,2 mill. kroner til Sametingets arbeid med samisk helse. Det foreslås 5,4 mill. kroner i 2015.

### **Post 60 Forebyggende helsetjenester**

Det foreslås å flytte:

- 10,3 mill. kroner fra kap. 571, post 64 under Kommunal- og moderniseringsdepartementet, knyttet til skolehelsetjenesten i videregående skole.
- 10 mill. kroner til kap. 761, post 68 knyttet til hverdagsrehabilitering.

For øvrig er bevilgningen på posten er redusert med 13,3 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Forebygging av og mestring av sykdom kan utføres av kommunene på mange ulike måter. Sentrale deler av tjenestene tilbys gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og frisklivssentraler. Finansieringen av forebyggende tjenester over dette kapittel går i hovedsak til disse tjenestene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I 2013 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenester til barn i alderen 0–6 år. Tilsynet omfattet utvalgte helsestasjoner i 78 kommuner og bydeler. Kommunene representerer ikke et tilfeldig utvalg, men er plukket ut på bakgrunn av en risiko- og sårbarhetsanalyse. Fylkesmennene fant lovbrudd i 56 av de 78 kommunene/bydelene. Tilsynets temaer var hvorvidt kommunen sikrer at alle barn i aldersgruppen 0–6 år får forsvarlige helsekontroller og om helsestasjonstjenesten bidrar til at barn og familier med spesielle behov mottar et helhetlig tjenestetilbud, tilbyr tjenester til barn og foreldre tilpasset egen språkbakgrunn og gir en faglig forsvarlig kostholdsveiledning for å forebygge feilernæring. Fyl-

kesmennene konstaterte at nær halvparten av kommunene hadde redusert programmet og/eller slått sammen kontroller, i mange tilfeller uten medisinskfaglig vurdering eller risikovurdering. Tilsynet avdekket også i mange kommuner mangelfull styring av helsestasjonstjenesten (Rapport fra Helsetilsynet 4/2014).

I 2014 ble helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket gjennom økning av de frie inntektene med 180 mill. kroner. Det foreslås å styrke disse tjenestene med ytterligere 200 mill. kroner i 2015 gjennom vekst i kommunenes frie inntekter, til sammen 385 mill. 2015-kroner.

Gjennom tverrfaglig og tverretatlig samarbeid kan helsestasjons- og skolehelsetjenesten bidra til å skape et godt oppvekst- og læringsmiljø for barn og ungdom. Det er viktig med en helhetlig og tverrfaglig organisering av de kommunale helsetjenestene til barn og unge. Helsesøster er en viktig aktør, men mange kommuner har behov for å styrke også andre personellgrupper knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som jordmor, fysioterapeut, psykolog og lege, for å nevne noen. Styrkingen vil bl.a. kunne bidra til en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste slik at elevene lettere kan nå tjenesten.

Tilskuddet til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer ble styrket med 10,3 mill. kroner ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014), jf. Innst. 11 S (2013–2014). Det foreslås å videreføre tilskuddsordningen i 2015 med 27,6 mill. kroner.

Det foreslås å videreføre 4,1 mill. kroner til områdesatsingen i indre Oslo øst, til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Områdesatsingen er et virkemiddel for å bedre miljø, boforhold og levekår i indre Oslo øst, et område av byen med særskilte levekårsutfordringer. Arbeidet med områdesatsingen ledes av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Flere departementer deltar i samarbeidet.

#### Friskliv og mestring av sykdom

Det er etablert to tilskuddsordninger til utvikling av kommunale tilbud for personer som står i fare for å utvikle sykdom. Ordningene skal stimulere kommunene til å utvikle modeller, som bidrar til et mer integrert og tverrfaglig kommunalt oppfølgings- og behandlingstilbud til de store gruppene med kroniske lidelser. Tilskuddsordningene forvaltes av Fylkesmannen. Det skal legges vekt på brukerinvolvering og utnyttelse av likemannsarbeid.

En ordning hadde som formål å styrke de forebyggende helsetjenester i kommunene. Det ble bevilget 23 mill. kroner i 2014, hvorav 3 mill. kroner til tiltak for lærings- og mestringsfunksjoner for voksne personer med diabetes.

Prosjekter som får tilskudd vil være forebyggende tjenester, etablering av frisklivstilbud som frisklivssentraler, lærings- og mestringstilbud og tiltak som er særlig rettet mot personer som kan utvikle kroniske lidelser. Tiltakene vil variere avhengig av organisering og kommunestørrelse. Tilskuddene skal bidra til mer tilgjengelige helse- og omsorgstjenester, økt kvalitet og bedre ressursutnyttelse i kommunene. Det ble utbetalt tilskudd på totalt 20 mill. kroner til 43 kommuner i 2013. Flere prosjekter er interkommunale der en kommune søker på vegne av flere. Tildeling av tilskudd er sett i sammenheng med øvrige tilskuddsordninger. Kommuner i samme fylke eller region er gjort oppmerksom på hvilke kommuner som har fått tilskudd fra samme tilskuddsordning og bedt om å vurdere muligheter for erfaringsutveksling og samarbeid. Siden tilskuddet ble utbetalt sent på året, har alle kommunene søkt og fått innvilget søknad om å overføre gjenværende prosjektmidler fra 2013 til budsjettåret 2014.

Den andre ordningen er forbeholdt utvikling av frisklivssentraler. Dette er et tiltak med formål å endre levevaner for personer med økt risiko for, eller begynnende utvikling av sykdommer eller lidelser som kan relateres til levevaner. Tiltakene retter seg bl.a. mot personer med overvekt, stor-røykere, et høyt alkoholforbruk eller som er i dårlig fysisk form. Frisklivssentralene har fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse. Ved utgangen av 2013 var det etablert frisklivssentraler i 202 kommuner eller gjennom interkommunalt samarbeid. De samlede tilskuddsbeløpene til tre ulike forebyggingstiltak som frisklivssentraler og funksjoner for læring og mestring av sykdom mv. er i 2014 på til sammen 30,5 mill. kroner.

Fra 2015 foreslås det at de ulike tilskuddsordningene til friskliv, læring og mestring av sykdom blir slått sammen til en tilskuddsordning. Det foreslås 19,4 mill. kroner til denne ordningen i 2015.

#### Hverdagsrehabilitering

Tilskuddet til hverdagsrehabilitering foreslås flyttet til kap. 761, post 68 og nytt kompetanse- og innovasjonstilskudd. For rapportering på bruk av midlene i 2013 vises det til samlet omtale på kap. 761, post 21.

### Post 61 Fengselshelsetjeneste

Det foreslås 142,5 mill. kroner til vertskommune og vertsfylkeskommuner for fengsler for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte. Spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer dekkes ikke av denne bevilgningen. Det er foreslått å øke soningskapasiteten i Norge, jf. Justis- og beredskapsdepartementets Prop. 1 S (2013–2014). Utvidelsen av antall fengselsplasser medfører konsekvenser for kommuner og fylkeskommuner som har ansvar for å tilby nødvendige helse- og tannhelsetjenester til de innsatte. Det foreslås å styrke bevilgningen med 0,5 mill. kroner knyttet til forslag om nye soningsplasser i 2015. Det foreslås også å videreføre tilleggsbevilgningen ifm. Prop. 93 S (2013–2014) med 2,5 mill. kroner, knyttet til at soningskapasiteten i 2014 ble økt med 70 plasser.

I tillegg foreslås det 1,5 mill. kroner over denne posten øremerket til prøveordningen med narkotikaprogram med domstolskontroll. Det vises til nærmere omtale under kap. 734, post 72.

I 2013 ble det fordelt 146,5 mill. kroner til kommuner og fylkeskommuner for å yte helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel. Av dette ble 129,5 mill. kroner fordelt til kommunene (helse- og omsorgstjenester) og 17 mill. kroner til fylkeskommunene (tannhelsetjenester). Det rapporteres om gradvis endring i populasjonen av innsatte. Fengselshelsetjenesten opplever økte utfordringer relatert til psykisk helse og rusavhengighet. Det er økt behov for tolketjenester, da rundt 30 pst. av de innsatte har utenlandsk bakgrunn. Antall årsverk sykepleiere i fengselshelsetjenesten har økt med 7 pst. fra 2012 til 2013, mens antall legeårsverk er tilnærmet uendret. For nærmere omtale, se kap. 762, post 21.

### Post 62 Øyeblikkelig hjelp

Det foreslås å flytte 153,8 mill. kroner fra kap. 732, post 72–76 knyttet til kommunal etablering av øyeblikkelig hjelp.

Iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv. tas det sikte på at kommunene fra 2016 vil få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Tilbudet innen somatikk er blitt faset inn fra 2012. I det året tilbudet starter opp skal kommunen søke om tilskudd fra Helsedirektoratet. Dette tilskuddet skal dekke halvparten av etableringskostnadene. Den andre halvparten tilføres konkrete prosjekter gjennom direkte bidrag

i tilsvarende størrelse per kommune fra regionalt helseforetak. Det er avsatt rammer for hver region og ev. ubrukte midler skal tilbakeføres de regionale helseforetak etter samme nøkkel som uttrekket. 47 pst. av landets kommuner hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud ved utgangen av 2013. 75 pst. av kommunene har organisert dette som et interkommunalt tilbud. Det er betydelig færre nyetableringer i 2014 sammenliknet med de to første årene.

### Post 63 Allmennlegetjenester

Det foreslås å flytte 4,5 mill. kroner fra kap. 761, post 60, knyttet til lønnstilskudd videreutdanning.

Det er bevilget til sammen 100 mill. kroner for å styrke fastlegeordningen som ledd i revidering av fastlegeforskriften. Revidert fastlegeforskrift trådte i kraft 1. januar 2013. Av de bevilgede midler er 49 mill. kroner benyttet til en ny takst for legemiddelgjennomgang for fastleger som ble innført 1. mai 2013.

I 2012 ble det opprettet et rekrutteringstilskudd med formål å stimulere til etablering av nye fastlegehjemler/-stillinger og redusere antallet ubesatte hjemler/stillinger. Dette har vært et engangstilskudd på 0,3 mill. kroner som tildeles kommuner etter søknad basert på spesifikke kriterier. Veksten i hjemler skal komme i tillegg til den naturlige veksten som de senere år har vært 60–80 hjemler i året. Data fra Helsedirektoratet viser at antallet fastleger i 2013 økte med 108. Rundt 40 pst. av kommunene som mottok tilskudd overførte hele eller deler av tilskuddet til 2014 fordi deres søknader ble innsendt og behandlet sent på året i 2013. Total effekt av tilskuddet i 2013 vil dermed ikke vise seg før i løpet av 2014. Kommunene melder om at tilskuddet har ført til tilfredsstillende legedekning og større valgfrihet for innbyggerne i ordningen. Det foreslås å gjøre endringer i tildelingskriteriene i 2014, jf. forslag under.

Legevakt utgjør et viktig ledd i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Det er tidligere vedtatt at det skal stilles krav til minimumskompetanse for leger som skal ha legevakt alene (uten kvalifisert bakvakt). Helse- og omsorgsdepartementet sendte i slutten av mai 2014 på høring et forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) med høringsfrist 15. september. I forskriftsutkastet foreslås bl.a. spesifikke krav til grunnkompetanse for lege som skal ha selvstendig legevakt, krav til kurs i akuttmedisin og volds-

og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i legevakt og krav til lydopptaksutstyr i kommunale legevaktsentraler som mangler dette. De foreslåtte kompetansekravene vil medføre ekstra kostnader til bakvakt for noen kommuner. Det ble bevilget 17 mill. kroner til kompensasjon for bakvakt i 2012 og 17 mill. kroner i 2013. I 2014 ble det bevilget ytterligere 50 mill. kroner for å styrke kvalitet og kompetanse i legevakt, der konkrete tiltak skulle fremmes i forslag til revidert akuttmedisinforskrift. I budsjettforslaget for 2015 foreslås 73 mill. kroner til å dekke merkostnader for kommunene ved innføring av revidert akuttmedisinforskrift. Aktuelle tilskuddsordninger vil bli forvaltet av Helsedirektoratet.

Det tas sikte på at revidert akuttmedisinforskrift kan tre i kraft i januar 2015. Forsinkelsen i arbeidet medfører at midler til kompensasjon for utgifter til bakvakt ikke kan benyttes i 2014. Helsedirektoratet kan i 2014 benytte inntil 28 mill. kroner til å utvikle og gjennomføre kompetansehevende kurs for leger og annet helsepersonell, samt utstyr til lydopptak. Direktoratet kan benytte bistand fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Rundt 2 mill. kroner i 2014 benyttes til forsterket veiledning av allmenn-/fastleger utdannet i EØS-land.

8,5 mill. kroner er i 2014 benyttet til utviklingsarbeid av elektronisk pasientjournal (EPJ) ved allmennlegekontorene. Dette er et arbeid som ledes av Helsedirektoratet og finansieres sammen med Legeforeningen. Utviklingsarbeidet skal gjøre EPJ-systemene bedre tilpasset dagens krav som hjelpemiddel til effektiv virksomhet ved legekontorene. Dette omfatter bl.a. bedre oversikter, rapportering og kommunikasjon.

Fastlegestatistikken viser at det er mange små- og utkantkommuner som over tid har rekrutterings- og stabilitetsutfordringer i fastlegetjenesten. Undersøkelser viser at det er svært sannsynlig at de samme kommunene har spesielle utfordringer knyttet til kapasitet og kompetanse i legevakt. Ut fra dette brukes øvrige midler til legevaktjenesten i 2014 sammen med midlene til rekrutteringstilskuddet til et felles tilskudd til rekruttering av fastleger og kvalitetshevende tiltak i legevakt. Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Helsedirektoratet, utarbeider kriterier for et tilskudd rettet inn mot distriktskommuner med rekrutteringsutfordringer.

Midlene, inkludert 73 mill. kroner til innføring og oppfølging av revidert akuttmedisinforskrift, foreslås videreført i 2015. For øvrige stimulerings tiltak knyttet til allmennlegetjenesten vises det til

omtale av utdanningsstillinger i allmennmedisin under, og til post 70.

Lønntilskudd til videreutdanning for sykepleiere som arbeider i kommunale helse- og omsorgstjenester

Formålet med lønntilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Sykepleierne vil kunne avlaste fastlegene for oppgaver de i dag utfører. Fylkesmennene skal forvalte ordningen. Det foreslås 12,5 mill. kroner til formålet i 2015.

Utdanningsstillinger i allmennmedisin

For å styrke rekrutteringen til og stabiliteten i allmennlegetjenesten i distriktene og innhente erfaringer om hva som bidrar til å motivere og stimulere legene og øke kommunenes evne til å legge til rette for et fullstendig utdanningsløp for leger som ønsker å bli spesialister i allmennmedisin, ble det i 2012 utviklet en tilskuddsordning som en prøveordning som vil gå over en femårsperiode. Tilskuddsmidlene kan benyttes av de utvalgte kommuner ut fra lokale behov. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. 21 kommuner mottok tilskudd i 2013. Tilskuddsmidler er i hovedsak fordelt på leger tidlig i spesialiseringsløpet. I 2014 stilles totalt til disposisjon inntil 5,5 mill. kroner til formålet på post 63. Bevilgningen foreslås videreført i 2015 med 4,1 mill. kroner over post 63 og 1 mill. kroner over post 21.

### Post 70 Tilskudd

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005 skal revideres og utgjøre en del av en felles retningslinje for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009), En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps, fødsels- og barselomsorg. Retningslinje for barselomsorgen, Nytt liv og trygg barseltid for familien, ble publisert i april 2014. Temaet vold mot gravide i eksisterende svangerskapsretningslinje er oppdatert og ble publisert i mai 2014 – Retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold. Gjennomgangen av Retningslinjer for svangerskapsomsorgen i sin helhet skal starte høsten 2014 med sikte på ferdigstillelse så raskt det lar seg gjøre. 1,1 mill. kroner foreslås videreført over kap. 762, post 21/70.

### Tidlig samtale om livsvaner i graviditet som del av svangerskapsomsorg

Som del av oppdrag knyttet til opptrappingsplan for rus (2007–2012), jf. også Meld. St. 30 (2011–2012), Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, og Innst. 207 S (2012–2013), startet Helsedirektoratet høsten 2012 opp et pilotprosjekt i svangerskapsomsorgen med tidlig samtale om livsvaner i graviditet. Formålet har vært å prøve ut tidlig samtale med rådgivning, utvikling av samtalemetode og samtalerutiner, og få erfaringer med forebygging av medfødte alkoholskader og andre skader. Direktoratet ønsket også erfaring med rekruttering av kvinner til tidlig samtale og organisering av arbeidet. Evalueringen av prosjektet er utført av forskningsinstituttet Iris. Rapporten forelå medio mai 2014. Denne viser at både gravide og jordmødre er fornøyde og mener tidlig samtale dekker et reelt behov hos gravide. utfordringer er bl.a. å etablere kontakt med gravide tidlig i svangerskapet og kapasiteten i jordmortjenesten. Utvalget er lite, men en ser at høyt utdannede kvinner oftere går til jordmor i svangerskapet og er overrepresentert i utvalget. Innvandrere er i liten grad blitt del av prosjektet. Organiseringen under helsestasjonene har fungert godt.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til gjennomgangen av Retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005 omtalt over. Mange temaer, også nye, skal gjennomgås. Et forslag til revidert retningslinje må omfatte en anbefaling om antall konsultasjoner i svangerskapet ut fra en totalvurdering basert på prioritering og utredning av økonomiske og administrative konsekvenser. Tidlig samtale i svangerskapsomsorgen har et potensial for å ta opp forskjellige temaer. Erfaringene fra pilotprosjektet må tas inn i retningslinjearbeidet. Det foreslås derfor ikke å videreføre eller utvide prosjektet. 2 mill. kroner foreslås omdisponert til de allmennt medisinske forskningsenhetene, se under.

### Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmenntjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til rekruttering og stabilisering av leger i primærhelsetjenesten, særlig i distriktskommuner.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. Det arbeides også med å etablere et nettverk for helsestasjonsleger. Slike nettverk antas å føre til at legene blir

lengre i sine stillinger/avtaler og har dermed en stabiliserende effekt. En kartlegging utført av Fylkesmannen i januar 2013 viser at det fortsatt er utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i flere kommuner. Nær 20 pst. av fastlegestillingene i fylket er ubesatte eller betjenes av vikarer.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Finnmark omfattet i 2013 kurs og veiledningssamlinger for unge leger i hele fylket, arbeid med rekruttering av turnusleger i den nye ordningen og med rekruttering av medisinerstudenter fra Universitetet i Tromsø (UiT) til Finnmark. Midler til særskilte rekrutterings- og stabiliseringsprogrammer ble tildelt kommunene Nordkapp, Måsøy, Lebesby og Gamvik etter søknad.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennt medisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge bidrar til å styrke rekruttering og stabilisering av primærleger. Resultatene har vakt oppsikt internasjonalt. Midlene skal dekke legenes utgifter i forbindelse med deltakelse i veiledningsgrupper i de to spesialitetene. Utdanningsgruppen i samfunnsmedisin har i tillegg to andre funksjoner som virker stabiliserende. I 2013 formidlet Fylkesmannen i Finnmark tilskudd til spesialisering i allmennt medisin for 76 leger (til sammenlikning var det totalt 37 i 2012). Ni leger fikk tilskudd til spesialisering i samfunnsmedisin i 2013 (15 i 2012).

Tiltakene foreslås videreført i 2015.

Det er etablert fire allmennt medisinske forskningsenheter (AFE). Formålet med dem er å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennt medisin og derigjennom kvaliteten på allmennt legetjenestene.

De fire AFE ble i 2012 innvilget midler fra Norges forskningsråd til et åtteårig prosjekt for å etablere Nasjonal forskerskole i allmennt medisin. Det er inngått forskningssamarbeid mellom AFE og de regionale odontologiske kompetansesentra. Det ble i 2013 publisert en rekke arbeider ved de fire AFE, bl.a. vitenskapelige artikler i indekserte, fagfellevurderte tidsskrift, og det ble avholdt fem disputaser for ph.d.-graden. Det ble i tillegg drevet omfattende forskningsformidling.

For 2014 ble det bevilget 14,5 mill. kroner til AFE, hvorav 4 mill. kroner til forskning med spesielt fokus på tjenester til brukere med sammensatte behov, herunder mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige. AFE-ene vil kunne gi viktige bidrag til den nylig framlagte Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg – et kunnskapssystem for bedre folkehelse (HelseOmsorg21) som er utarbeidet etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartemen-

tet. Det vises til del III kap. 8 for nærmere beskrivelse av strategien. Ett av satsningsområdene er et kunnskapsløft for kommunene. Det foreslås videreført totalt 16,5 mill. kroner til formålet i 2015, jf. omtale av svangerskapsomsorg.

Det er behov for å opprettholde forskningsaktiviteten på kiropraktikk. Norsk Kiropraktorforbund har etablert en forskningsstiftelse som i nært samarbeid med Universitetet i Stavanger vil bidra til opprettelse av forskningsaktivitet på feltet. Det planlegges utdanning i tilknytning til et etablert universitetsmiljø i Norge. Det er naturlig at midlene senere vil inngå i forskningsaktiviteten ved den aktuelle undervisningsinstitusjonen. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til formålet i 2015.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble etablert i 2004 og er organisatorisk tilknyttet Uni Research Helse og faglig forankret ved Universitetet i Bergen. Senteret skal gjennom forskning, fagutvikling og undervisning, i samarbeid med andre fagmiljø, bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin. Blant senterets hovedoppgaver er å bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet samt bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet, etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet og sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse. Senteret bidrar også i mange kartleggingsprosjekter. Virksomheten omfatter også ansvar for kompetanseutvikling mv. ved overgrepsmottakene. Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over kap. 762, post 70. Det ble bevilget 8,7 mill. kroner i 2012 og 2013 og 11 mill. kroner i 2014. Tilskuddet foreslås videreført med 11,4 mill. kroner i 2015.

I 2008 ble det innført en tilskuddsordning for etablering og/eller utvidelse av interkommunale legevaktsamarbeid (IKL-samarbeid). Det har vært få søknader de senere år. I 2013 fikk fire søknader støtte. Tiltaket foreslås avviklet fra og med 2015.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har siden 2007 vært fast etablert som et kompetansesenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Helsedirektoratet og Helse Nord RHF. Formålet med senteret er å fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger samt å bygge nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene. Senteret skal bidra til å bygge bro mellom praksis og akademi og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i distrikthelsetjenesten. Et program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling gir såkornmidler til lokale prosjekter og ph.d.-pro-

sjekter med relevans for distriktsmedisin. Utover avtalte kjerneoppgaver arrangerer senteret konferanser. Driften dekkes i hovedsak over kap. 762. I tillegg gis et mindre tilskudd fra Helse Nord RHF. Det er rapportert om stor aktivitet i 2013 når det gjelder kunnskapsoppbygging, formidling og innovasjon. Senteret har gitt bidrag til to ph.d.-prosjekter og hatt to disputaser. Det foreslås å gi tilskudd til NSDM også i 2015.

Data fra fastlegedatabasen i Helsedirektoratet ved Helfo tilrettelegges for forskere av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det er gitt tilskudd til NSD til formålet i forlengelsen av den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen. Det foreslås å avvikle støtten til NSD i 2015 da etterspørselen fra forskere har vært avtappende.

Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016)

Handlingsplanen koordineres av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Den er en videreføring av tidligere handlingsplaner mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, men er utvidet til å omfatte forebyggende tiltak mot alvorlige begrensninger av unges frihet.

Helsetjenestens hovedmål på området kjønnslemlestelse er effektivt forebyggende arbeid for å forhindre at jenter blir kjønnslemlestet, og god behandling av jenter/kvinner som allerede er kjønnslemlestet. Arbeidet er en del av regjeringens samlede arbeid på området.

I 2013 ble det tildelt midler til Nasjonal kunnskapsenhet for minoritetshelse (Nakmi), Fylkesmennene og de regionale sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) til forebyggende og holdningsskapende arbeid mot kjønnslemlestelse. Brukerundersøkelse fra 2013 (Nakmi) viser at det fortsatt er behov for mer kunnskap om helsekonsekvenser ved kjønnslemlestelse og muligheter for helsehjelp.

RVTS har som oppgave å undervise og veilede tjenester, sørge for informasjon og nettverk på vold og traumeområdet.

Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner i 2015 til arbeidet mot kjønnslemlestelse. Av disse midler tiltilles de fem sentrene 2 mill. kroner for å sørge for kompetanse hos helsepersonell og andre berørte aktører, informasjonsarbeid, utvikling av nettverks- og likemannsarbeid rettet mot kjønnslemlestelse. De resterende midlene skal gå til videreføring av et forskningsprosjekt ved Nakmi og Helsedirektoratets arbeid med kjønnslemlestelse.

### Samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkning og til at tjenestene er kunnskapsbaserte. Helsedirektoratet arbeider for å fremme samisk språk og kulturkompetanse gjennom rådgivning og nettverksvirksomhet mot kommuner, helseforetak, fylkesmenn og utdanningsinstitusjoner og andre aktører med en rolle i helse- og omsorgstjenesten. Bevilgningen dekker primært tilskudd til Senter for samisk helseforskning. Senteret startet i 2012 en oppfølgingsstudie kalt Saminor II. Studien har større bredde i problemstillingene enn tidligere gjennomført Saminor I. Den har pågått i 2012–2014 og har hatt god svarprosent. I tillegg gjennomføres en egen tannhelsestudie fra forskningssenterets side i samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten i de nordligste fylkene. Formålet med studien er å få mer kunnskap om helse- og levekårsrelaterte temaer i befolkningen i områder med samisk og norsk bosetting i Norge. Undersøkelsen baseres på epidemiologisk forskningsmetodikk og er tilrettelagt med generell relevans for befolkningen bosatt i rurale områder i nord og i relasjon til den samiske befolkningens helse og levekår spesielt. Studien vekker internasjonal oppsikt pga. størrelsen på datainnsamlingen. Direktoratet finansierer også en del enkeltprosjekter. Det ble i 2014 bevilget 7 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2015 med 7,2 mill. kroner.

### Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Per 1. januar 2014 har om lag 14 pst. av befolkningen innvandrerbakgrunn. Innvandreres helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer, etter landbakgrunn og etter årsak til innvandring. Det er store helseutfordringer i enkelte innvandrergrupper. Regjeringen er opptatt av å tilby likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen og viderefører Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017. Tjenestetilbudet skal tilpasses den enkelte, slik at tilgangen og kvaliteten blir like god uavhengig av brukerens norskkunnskaper, kulturelle tilhørighet og sosioøkonomisk bakgrunn. Tilskudd til Nasjonal kompetanseenhet for minoritets helse (Nakmi) på 8 mill. kroner videreføres. Nakmi arbeider for å utvikle og formidle kunnskap om helse og omsorg for innvandrerbefolkningen. Senteret driver flere forsknings- og utviklingsprosjekter som skal bidra

til å tilgjengeliggjøre tjenester og bedre kvalitet for innvandrerbefolkningen.

Det foreslås å videreføre midler til Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (Sohemi) i 2015. Sohemi har en viktig rolle som Helsedirektoratets rådgivende organ når det gjelder å opprettholde gode tjenester til innvandrerbefolkningen.

### Antibiotikasenter for primærmedisin

Antibiotikasenter for primærmedisin er et kompetansesenter som har som formål å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten, og på den måten redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til senteret.

### Kompetansesentre

Det vises til innledningen i programkategorien 10.60 for generell omtale av gjennomgangen av kompetansesentre.

### Post 71 Frivillig arbeid mv.

Formålet med bevilgningen er å fremme særskilt informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv. Bevilgningen tildeles Norsk pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød. Tilskuddene foreslås videreført i 2015. Norsk pasientforening gir medisinsk og juridisk bistand til pasienter og pårørende som søker hjelp. Landsforeningen uventet barnedød arbeider med forskning på og forebygging av uventet barnedød.

### Post 73 Forebygging uønskede svangerskap og abort

I 2014 er det bevilget 32,3 mill. kroner til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse. Av dette er 26,3 mill. kroner bevilget over denne posten og 6 mill. kroner over post 21. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av handlingsplanen. Som en del av handlingsplanen ble det i 2013 bevilget tilskudd til nærmere 30 ulike tilskuddsmottakere. Mottakerne representerer arbeid for bedre seksuell helse i bredt, herunder arbeid rettet minoritetsgrupper, LHBT-ungdom, arbeid for å øke prevensjonsbruk samt familieplanlegging og svangerskapsforebyggende arbeid.



Sentrale indikatorer på seksuell helse viser en positiv utvikling siste femårs periode. Forbruket av prevensjon øker, abortraten fortsetter å gå tilbake. Meldte tilfeller av klamydia viser imidlertid en økning på 6 pst. fra 2012 til 2013. Det har vært en tilsvarende økning i antall som har testet seg for klamydia fra 2012 til 2013. Det er i aldersgruppen 20–24 år det er størst potensial for å få en reduksjon i aborttallene, og det er gjennomført flere tiltak som ledd i arbeidet med å redusere aborttallene i denne aldersgruppen. Eksempler på lokale tiltak er prevensjons- og veiledningstilbud (studenthelsetjenester) ved over 20 studiesteder i landet, og helsestasjoner for ungdom som har hevet øvre aldersgrense til 25 år. Viktige satsingsområder er lett tilgjengelighet til helsetjenester og prevensjonsveiledning samt lett tilgjengelighet til prevensjon.

Det vil i løpet av høsten 2014 sendes ut et høringsutkast med forslag til endring i forskrift om rekvirering og utlevering av alle typer prevensjonsmidler. Forslaget innebærer at retten helse søstre og jordmødre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har til å rekvirere korttidsvirkende hormonelle prevensjonsmidler til kvinner i alderen 16–19 år, utvides til å gjelde alle kvinner over 16 år, uavhengig av tjenestested og for alle typer prevensjonsmidler. Dette vil øke tilgjengeligheten til prevensjon for alle kvinner.

Sentralt i arbeidet står forebygging av klamydiainfeksjoner og tilgjengelighet og bruk av kondomer. Tiltak for å øke testfrekvens og behandling blant ungdom og unge voksne videreføres. Tilgjengeligheten til kondomer er god. Gjennom ordningen med gratis kondomer får ungdom, studenter, soldater, hivpositive, menn som har sex med menn, sexarbeidere og fengslede tilbud om gratis kondomer. Distribusjon av kondomer økte med 6 pst. fra 2012 til 2013, til i overkant av 3 100 000 kondomer. Anonymitet og tilgjengelighet

er sikret gjennom helsenorger-portalen, hvor befolkningen kan bestille gratis kondomer hjem i posten. Antallet bestillinger økte med 4 pst. fra 2012 til 2013, til 105 000 forsendelser.

Det har tidligere vært varslet en samlet strategi for seksuell helse fra 2015. Det jobbes nå med å få på plass en samlet strategi for seksuell helse fra 2016. Strategien skal omfatte områder som dekkes av hhv. handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010–2015 – Strategier for bedre seksuell helse og Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009–2014) forlenget til 2015. Det skal legges vekt på samordning og målrettede virkemidler og tiltak, og vurderes om det er behov for egne delstrategier og handlingsplaner f.eks. på forebygging av uønskede svangerskap og abort samt hiv-området.

### **Post 74 Stiftelsen Amatheia**

Det foreslås 16,8 mill. kroner til Stiftelsen Amatheia. Bevilgningen dekker driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia. Stiftelsen tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide, samt tjenester som bidrar til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort. Stiftelsen ønsker å bidra til å gi kvinner et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og å imøtekomme et behov hos særlig vanskeligstilte kvinner og par. Stiftelsen har 13 veiledningskontorer. I 2013 var det 29 ansatte fordelt på 23 årsverk. Det ble gjennomført 11 122 konsultasjoner der 4340 av klientene hadde personlig frammøte. Av klientene var 97 pst. kvinner og 375 av konsultasjonene var parsamtaler. Av nyregistrerte klienter i 2013 var 18 pst. i aldersgruppen 21–25 år, 12 pst. var mellom 26 og 30 år og 19 pst. var over 30 år mens 32 pst. hadde ukjent fødselsdato.

## Kap. 763 Rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2015
		2013	Saldert budsjett 2014	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 71</i>	47 096	50 706	
61	Kommunalt rusarbeid, <i>kan overføres</i>	85 793	447 068	
71	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	173 971	191 013	
72	Kompetansesentre mv.	91 322	94 092	
	Sum kap. 0763	398 182	782 879	

Det foreslås å opprette et felles budsjettkapittel for rus- og psykisk helsearbeid, jf. omtale under kap. 765.

### Post 21 spesielle driftsutgifter

Som følge av ny kapittelinndeling foreslås bevilgningene over post 21 flyttet til kap. 765, post 21. Det vises til nærmere omtale under kap. 765, post 21.

### Post 61 kommunalt rusarbeid

Som følge av ny kapittelinndeling foreslås bevilgningene over post 61 flyttet til kap. 765, post 61, 62 og 63.

Utvikling og utprøving av samhandlingsmodeller på rusfeltet

Det ble i 2013 fordelt 61,3 mill. kroner til 82 ulike tiltak i til sammen 78 kommuner og bydel. Det er utviklet modeller som stimulerer til forpliktende samhandling både innad i kommunen og som tilrettelegger for et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Videre er det opprettet tverrfaglige behandlings- og oppfølgingsteam, samt modeller som tar i bruk egnet bolig som samhandlingsarena, f.eks. Housing First modeller.

Samarbeid om utskrivningsklare pasienter

Det ble i 2014 bevilget 10 mill. kroner til å styrke samarbeidet mellom institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og kommunene om inneliggende og utskrivningsklare pasienter. Mål for tilskuddsordningen er å etablere

forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak om pasienter i rusbehandling.

Stimuleringstilskudd til videre- og etterutdanning

Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering viser at om lag 300 personer har gjennomført enten studiepoenggivende videreutdanning ved universitet eller høgskole, eller annen form for etterutdanning i form av kurs eller veiledning. Det er i hovedsak kommunene som benytter seg av ordningen.

Tilskudd til kapasitetsvekst i kommunene

Tilskudd til kommunalt rusarbeid ble i 2013 innlemmet i inntektssystemet for kommunesektoren. I Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014), jf. Innst. 11 S (2013–2014), ble en øremerket, søknadsbasert ordning gjeninnført ved at 343 mill. kroner ble flyttet fra kap. 571, post 60 til kap. 763, post 61.

### Post 71 Frivillig arbeid mv.

Som følge av ny kapittelinndeling foreslås bevilgningene over post 71 flyttet til kap. 765, post 71 og 72.

Tilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen rusfeltet

I 2013 ble det gitt tilskudd på om lag 32 mill. kroner til 27 bruker- og pårørendeorganisasjoner, interessepolitiske foreninger og pårørendesentre. Resultatrapporteringen viser at organisasjonene bidrar positivt til å fremme brukermidvirkning på rusfeltet. Flere av tilskuddsmottakerne har bygget opp solide organisasjoner, som er synlige og aktive med å fremme brukermidvirkning.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester

Det ble bevilget om lag 104 mill. kroner i tilskudd til 20 tilskuddsmottakere i 2013. Resultatrapporteringen viser at ordningen har bidratt til å støtte opp om institusjonsbaserte tiltak i regi av frivillige og ideelle organisasjoner. Samtidig er det behov for å tydeliggjøre tildelingskriteriene, slik at ordningen sikrer mangfold.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud

I 2013 ble det gitt tilskudd til 57 tilskuddsmottakere. Resultatrapporteringen viser at ordningen oppfyller sitt formål om å støtte opp om frivillige virksomheter, og skape større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Ordningen bidrar i mindre grad til å utvikle frivillighetsfeltet videre gjennom å mobilisere nye aktører og å legge til rette for ildsjeler og innovatører.

### Post 72 Kompetansesentra mv.

Som følge av ny kapittelinndeling foreslås bevilgningene over post 72 flyttet til kap. 765, post 73, 74 og 75.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål

For 2013 har sentrene bl.a. gjennomført tiltak for å øke forståelsen av alkoholpolitiske virkemidler i kommunene. Opplæringsprogrammet innen tidlig intervensjon, og pilotprosjektet om tidlig samtale med gravide, er videreført. Sentrene har bistått Helsedirektoratet med revisjon av veileder om tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgsloven, og i arbeidet med nasjonal overdosestrategi. Sentrene har videre bistått Napha i gjennomgang av samarbeidsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten vedrørende psykisk helse og rus. Sentrene har også bistått Helse Stavanger HF i arbeidet med å gjennomføre kartlegginger ved bruk av Brukerplan.

Tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel

I 2013 var det fem tiltak som mottok tilskudd, herunder Pro Sentret og Lauras hus. En gjennomgang av rapportene fra tilskuddsmottakerne viser at tiltakene lykkes med å nå og gi et brukernært og tilpasset tilbud til sårbare og vanskeligstilte målgrupper, som kan være vanskelig for de ordinære tjenestene å nå. Tiltakene besitter høy kompetanse om målgruppene og deres behov, som i varierende grad blir overført og implementert i øvrige tjenester. Tiltakene rapporterer om at det er etablert samarbeid med andre aktører.

## Kap. 764 Psykisk helse

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	91 282	75 802	
60	Psykisk helsearbeid, <i>kan overføres</i>	218 168	268 643	
72	Utviklingstiltak, <i>kan overføres</i>	376 502	433 415	
73	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	107 482	124 244	
	Sum kap. 0764	793 434	902 104	

Det foreslås å opprette et felles budsjettkapittel for rus- og psykisk helsearbeid, jf. omtale under kap. 765.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Som følge av ny kapittelinndeling foreslås bevilgningene over post 21 flyttet til kap. 765, post 21. Det vises til nærmere omtale under kap. 765, post 21.

### Post 60 Psykisk helsearbeid

Som følge av ny kapitteinndeling foreslås bevilgningene over post 61 flyttet til kap. 765, post 60 og 61.

#### Oppsøkende behandlingsteam

Det ble i 2013 gitt midler til etablering og drift av 15 oppsøkende behandlingsteam etter ACT-team modell (Assertive community treatment), og to FACT-team, dvs. oppsøkende behandlingsteam med noe utvidet målgruppe. Samtlige team er opprettet gjennom et forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Datainnsamling til evalueringen avsluttes i 2014. Midtveisrapporten viser allerede gode resultater med reduksjon i både antall innleggelser og liggedøgn. Brukertilfredshet er en del av evalueringen.

#### Organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller

I 2013 mottok 57 samhandlingsprosjekter tilskudd over ordningen. Prosjektene har ulike målgrupper tilpasset lokale forhold og behov, og har god geografisk spredning. Samhandlingsmodellene dekker utviklingsarbeid rettet mot system-, tjeneste- og individnivå.

#### Storbysatsingen

Bevilgningen ble i 2013 fordelt på 23 tiltak, hvorav to er nye. Mange av tiltakene retter seg mot bolig og oppfølgingstjenester i bolig.

#### Lønnstilskudd til kommuner

I 2013 fullførte totalt 185 personer videreutdanning med stimuleringstilskudd. 100 personer fullførte tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid, og 85 personer fullførte tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge.

#### Rekruttering av psykologer i kommunene

I 2013 ble det innvilget tilskudd til 179 stillinger, herunder 80 nye, i totalt 115 kommuner. Dette tilsvarer en økning i antall psykologstillinger på om lag 40 pst. fra 2012 til 2013.

Tilbud til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon

Det ble i 2013 startet opp drift i 12 pilotkommuner. Alle ansatte i pilotene har gjennomført videreutdanning i kognitiv terapi. Det ble videre gitt tilskudd til fire nye piloter, som vil starte opp drift i løpet av 2014.

### Post 72 Utviklingstiltak

Som følge av ny kapitteinndeling foreslås bevilgningene over post 72 flyttet til kap. 765, post 72, 73 og 74.

#### Brukerstyrking

I 2013 ble brukerkunnskap og -innflytelse styrket gjennom f.eks. tilskudd til drift av bruker- og pårørendeorganisasjoner, Verktøykassa for brukermedvirkning, brukerstyrte sentre og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

#### Verdensdagen for psykisk helse

Hovedmålsettingen for 2013 var å øke bevisstheten om at inkludering og gode relasjoner bidrar til god psykisk helse, og bidra til at flere blir oppmerksomme på at vi alle kan gjøre en forskjell i noens liv. Det ble gjennomført nærmere 600 arrangementer rundt om i Norge. Dialogkonferansen hadde 650 deltakere. Arrangementene har i stor grad vært oppsøkende, slik at arrangørene har truffet målgruppene der de er.

#### Selvhjelp

I 2013 var det et mål at befolkningen skulle få informasjon om hvordan grupper for selvhjelp kan komme i gang. Det ble gjennomført en nasjonal informasjonskampanje på radio, og i helsides annonser i nasjonale og lokale medier. For første gang var alle syv distriktskontorene for selvhjelp i full drift i 2013, og antall lokale kontaktpunkter økte fra 70 til 90. Selvhjelp Norge arrangerte i 2013 bl.a. en nasjonal og seks regionale konferanser, gjennomførte 18 opplæringsseminarer for igangsettere av selvhjelpsgrupper og hadde drøyt 192 000 sidevisninger på sin nettjeneste.

#### Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse samler kunnskap, og sprer dette gjennom dokumentasjon ved debattinnlegg, holder innlegg i mange ulike mil-

jører og er en høringsinstans. I tillegg har Rådet gitt ut bladet Psykisk helse, gjennomført dialogkonferanser, bidratt med opplysningsarbeid i skole, barnehager, eldresenter og arbeidsplasser og gjennom en rekke andre tiltak bidratt til å sette psykisk helse på dagsorden.

#### Mental Helses hjelpetelefon og Kirkens SOS

I 2013 besvarte Hjelpetelefonen 64 064 anrop, en nedgang på om lag 4000 anrop fra 2012. Videre ble 4912 veiledningsmeldinger besvart gjennom nettjenesten Sidetmedord.no. Kirkens SOS besvarte i 2013 totalt 183 729 henvendelser, fordelt mellom krisetelefonen, SOS-meldinger og SOS-chat.

#### Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

De tre regionale kunnskapssentrene for barn og unges psykiske helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen, samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R-bup) øst og sør i Oslo, deltok i 2013 i tverrfaglige utviklingsprosjekter og i utvikling av lavterskeltiltak med kommunepsykologer.

#### Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

I 2013 videreførte senteret bl.a. arbeidet med å styrke samarbeidet mellom kompetansesentere på rus- og psykisk helsefeltet, bidro til utviklingen av faglige nettverk i samarbeid med fylkesmenene og gjennomførte den årlige nasjonale nettverkssamlingen for ACT/FACT-team.

#### Seksuelle minoriteter

Ungdomstelefonen til Skeiv Ungdom senket i 2013 terskelen for henvendelser gjennom å aktivt bruke sosiale medier, og økte antall vakter slik at tilgjengeligheten ble bedret. Vaktene fikk også opplæring i samtaleteknikk og kurs i Motiverende Intervju, samt Vivats kurs i førstehjelp ved selvmordsfare.

Rosa Kompetanse-prosjektet til Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner drev i 2013 bl.a. undervisning, kunnskapsspredning på nett og i sosiale medier og samarbeidet med ulike profesjonsorganisasjoner for å bedre kompetansen i tjenesteapparatet. I 2013 hadde Rosa Kompetanse helse og sosial totalt 52 oppdrag, nær en dobling fra 2012.

#### Post 73 Vold og traumatisk stress

Som følge av ny kapittelinndeling foreslås bevilgningene over post 73 flyttet til kap. 765, post 75.

#### Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

NKVTS har i 2013 jobbet aktivt med forsknings- og utviklingsprosjekter, formidlingsaktiviteter og studentrelatert arbeid inkludert masterutdanningen i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer. Det var 46 pågående FoU-prosjekter, og 43 publiserte artikler i nasjonale og internasjonale tidsskrift. Terrorhandlingene som rammet Norge 22. juli 2011 har preget senterets virksomhet i stor grad, og har bidratt til kapasitetsutfordringer. Tre hovedprosjekter ble satt i gang i 2011 og videreført i 2013. Formålet med forskningsprosjektene er å skaffe ny kunnskap om konsekvensene av terroraksjonen for direkte berørte på Utøya og i regjeringskvartalet, samt for befolkningen generelt. Planen er at datainnsamlingen skal avsluttes i 2014.

Prosjektet Implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi i klinikk har vært et omfattende arbeid for NKVTS i 2013. Senteret har opplevd stor etterspørsel etter deltagelse i prosjektet, og 23 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ble inkludert i opplæringen i 2013.

#### Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

RVTS-ene har i 2013 jobbet aktivt med kompetanseheving og utviklingsarbeid, veiledning og konsultasjoner for primær- og spesialisthelsetjenesten, barnevernet, Barnehusene, familievernet, krisesenter, asylmottak, Nav og andre relevante tjenester. Sentrale temaer i RVTS-enes arbeid for å understøtte tjenestene har vært selvmordsforebygging, kompetanse om traumer og sorg og psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer, flyktningehelse og tvungen migrasjon, oppfølging av beboere på asylmottak, kjønnslemlestelse og tvangsekteskap, oppfølgingstilbud til FN/Nato-veteraner, vold i nære relasjoner, seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. RVTS-ene har bidratt til implementering og spredning av sinnemestringsmodellen fra Brøset i nært samarbeid med St. Olavs Hospital, avd. Brøset. Brøset rapporterer stor etterspørsel etter Sinnemestringsutdanningen og har gjennomført utdanning etter planen, samt startet nye utdanningskull. En rekke tjenestesteder har forpliktet seg til oppstart av behandlingstilbud for voldsutøvere i 2013.

### Vold i nære relasjoner

Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014–2017) og strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) ble igangsatt i 2014. En rekke tiltak er påbegynt, bl.a. å utarbeide e-læringskurs for fastleger og en kartlegging av hvordan kommunale helsetjenester arbeider med vold i nære relasjoner. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen ble oppdatert våren 2014, slik at rutinemessige spørsmål om vold og overgrep inngår.

### Nasjonal kontakttelefon for eldre utsatt for vold

I 2013 ble det registrert 273 henvendelser til kontakttelefonen, en nedgang fra 394 i 2012. 62 pst. av henvendelsene kommer fra Oslo. De fleste som tar kontakt er private meldere (74 pst.). 50 pst. av disse er den voldsutsatte personen selv. Den nasjonale kontakttelefonen ble fra 2013 etablert

som et fast tilbud. Tjenesten har tidligere utviklet e-læringsprogram om vold mot hjemmeboende eldre, og utviklet i 2013 et nytt program om vold mot eldre i institusjon.

### Nasjonale tiltak mot selvmord og selvskading

I 2013 ble det gitt tilskudd til Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (Leve) og Vivat selvmordsforebygging. Gjennom utdanningen i dialektisk atferdsterapi som tilbys av NSSF, har det blitt utdannet om lag 140 terapeuter i en terapiform som er dokumentert effektiv mot selvskading og selvmordsproblematikk. Gjennom støtte til Vivat har kompetansen i selvmordsrisikovurderinger i helsetjenestens første linje blitt styrket. Tilskuddet til Leve bidro i 2013 til bedre støtte, informasjon og omsorg for etterlatte etter selvmord.

## Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>			119 120
60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>			309 308
61	Kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>			52 532
62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>			348 874
71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>			123 341
72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>			187 723
73	Utviklingstiltak mv.			135 499
74	Kompetansesentre			298 151
75	Vold og traumatisk stress			146 861
	Sum kap. 0765			1 721 409

Bevilgningen dekker bl.a. statlige stimuleringsmidler til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, midler til brukerstyring, prosjekter innen arbeid og psykisk helse, drift av kompetansesentre og arbeid mot vold, traumatisk stress og selvmord.

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyt-

tet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

Øvrige øremerkede bevilgninger til kommunale tjenester til personer med rus- og/eller psykiske problemer foreslås redusert med 18 mill. kroner til styrking av andre prioriterte tiltak.

Som ledd i ny kapittelinndeling foreslås det å flytte følgende bevilgninger:

- kap. 763, post 21 til kap. 765, post 21 og 71
- kap. 763, post 61 til kap. 765, post 60, 61 og 62
- kap. 763, post 71 til kap. 765, post 71 og 72
- kap. 763, post 72 til kap. 765, post 73, 74 og 75
- kap. 764, post 21 til kap. 765, post 21
- kap. 764, post 60 til kap. 765, post 60 og 61
- kap. 764, post 72 til kap. 765, post 72,73 og 74
- kap. 764, post 73 til kap. 765, post 75

Regjeringen vil ha en ny og forsterket innsats overfor mennesker med psykiske problemer og rusproblemer. Regjeringen har som overordnet mål at tjenestene til personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede. Arbeidet omfatter også volds- og traumefeltet.

Regjeringen har som målsetning å sikre pasienter med psykisk sykdom og/eller rusproblemer et verdig liv, med god tilgang på behandling og oppfølging, deltakelse i arbeid, aktivitet og sosialt liv og bedret livskvalitet. Dette skal skje bl.a. gjennom økt valgfrihet for den enkelte, reduserte ventetider, bedre oppfølging etter utskrivning og styrket lavterskeltilbud i kommunene. Regjeringen vil sørge for at brukerne og pasientene står i sentrum for tjenesteutviklingen. Brukerinnflytelse er viktig på systemnivå for å sikre at tjenestene utvikler seg til det beste for brukerne, men er minst like viktig på individnivå. At også mennesker med psykisk sykdom og/eller rusproblemer får råderett over sine egne liv og økt valgfrihet er et mål i seg selv. Gjennom å arbeide for reduksjon av tvangsbruk i psykisk helsevern, bedre tverrfaglig oppfølging, bedre samarbeid mellom tjenestenivåene og flere brukerstyrte plasser får brukerne tilbake makten i eget liv.

Samtidig vil regjeringen styrke det forebyggende arbeidet på psykisk helse- og rusområdet. En styrket satsning på forebygging av psykiske problemer og rusproblemer hos barn og unge, vil kunne gi store samfunnsmessige gevinster og gi økt livskvalitet og mulighet til livsutfoldelse for den enkelte. En hovedoppgave de kommende årene vil derfor være å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusproblemer for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet. Gjennom forebygging, tidlig intervensjon, god behandling, oppfølging og tilrettelegging kan konsekvensene av psykiske lidelser reduseres.

Kommunene er sentrale for å lykkes med alle regjeringens mål. Et godt kommunalt psykisk helse- og rusarbeid bygger på bred tverrfaglig og

tverrsektoriell tenkning. De kommunale tjenestene til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen, og fordrer således tett samarbeid både innad i kommunene, med relevante spesialisthelsetjenester og med frivillig sektor. God kunnskap hos de ansatte som jobber i helse- og omsorgstjenesten om rus- og voldsproblemer og psykisk lidelse er avgjørende for at tjenestene skal bli gode, sammenhengende og forsvarlige.

Regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet gjennom en ny opptrappingsplan som skal bidra til kapasitet og kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer. Planen vil i hovedsak innrettes mot personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har etablert, et rusmiddelproblem, og hvor hovedinnsatsen rettes mot kommunesektoren. Forebyggende tjenester vil derfor omfattes av planen, mens befolkningsrettede tiltak er behandlet i Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg!

Et viktig mål for regjeringen er å bekjempe de tabuer som fortsatt fester ved psykisk sykdom, og å styrke arbeidet mot selvmord og selvskading. Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading ble lagt fram i april 2014. Planen forankrer etablering av nye tiltak, samt videreføring og videreutvikling av pågående tiltak, og har som målsetning å redusere forekomst av selvmord og selvskading.

Regjeringen ser radikaliserings og voldelig ekstremisme som en stor utfordring for det norske samfunn, og har lansert en ny handlingsplan. For første gang har helsemyndighetene flere spesielle tiltak, og planen skal oppdateres fortløpende. Regjeringen prioriterer også arbeidet mot vold og traumer gjennom et omfattende tverrdepartementalt arbeid og flere tiltaksplaner.

Regjeringen vil styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom psykisk helse- og rusfeltet. En uhensiktsmessig budsjettstruktur kan være til hinder for godt, tverrfaglig samarbeid, både i forvaltning av tilskuddsordningene og ikke minst i kommuner som ønsker å stimulere til tverrfaglighet og samarbeid. Det foreslås derfor at det opprettes et felles budsjettkapittel for rus- og psykisk helsearbeid. Et felles kapittel for rus- og psykisk helsearbeid sikrer at både statlig forvaltning og tjenesteapparatet i større grad må se feltene i sammenheng.

Tidligere har tilskudd til rus- og psykisk helsearbeid blitt bevilget på to budsjettkapitler, kap. 763 og 764. Det er stor grad av overlappende struktur og innretning på flere av tilskuddsordningene, og i praksis også betydelig grad av overlappende for-

mål. Dette gjelder både innad i kapitler, og mellom de to kapitlene. En sammenslåing av kapitlene innebærer derfor også potensial for forenklinger både for søkere på ordninger og i forvaltningen av disse.

For 2015 foreslås det at 200 mill. kroner av veksten i kommunenes frie inntekter skal gå til å styrke kommunale tjenester til personer med rus- og/eller psykiske problemer, samt 200 mill. kroner til å bedre skolehelsetjenesten og helsestasjonene. Videre foreslås om lag 18 mill. kroner til tiltak for bruker- og pårørendestyrking (kap. 765, post 71).

For en nærmere omtale av satsingen på det rusmiddelforebyggende arbeidet vises det til kap. 718, og for satsingen innen spesialisthelsetjenesten vises det til kap. 732 og 734. Det vises også til omtale under kap. 5631 og 716.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Som ledd i ny kapittelinnledning foreslås følgende flyttinger:

- 39,7 mill. kroner fra kap. 763, post 21 til kap. 765, post 21.
- 79,2 mill. kroner fra kap. 764, post 21 til kap. 765, post 21.

Posten er for øvrig redusert med 0,6 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen dekker statlige driftsutgifter til kompetanse- og kvalitetsutvikling på rus-, volds- og psykisk helsefeltet. Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til bl.a. statistikkutvikling, anskaffelser, opplæringstiltak og evalueringer i regi av Helsedirektoratet og fylkesmannen.

Det foreslås å øremerke 17,5 mill. kroner til Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – RVTS Sørs grunnbevilgning over denne posten. I tillegg kan senteret få finansiering knyttet til særskilte oppdrag.

#### Statistikkutvikling

Helsedirektoratet har igangsatt ulike tiltak for å forbedre kunnskaps- og statistikkgrunnlaget om kommunale tjenester til personer med rus og/eller psykiske problemer. Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelproblemer i kommunen, utviklet av Helse Fonna, Iris og Korfor. I 2013 og 2014 gjennomfører Helse Stavanger HF ved Korfor på oppdrag fra Helsedirektoratet et systematisk arbeid med å tilrettelegge for Brukerplan-kartlegging blant landets kommuner.

I 2013 gjennomførte 130 kommuner Brukerplan-kartlegging, og 11 400 brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og/eller velferdstjenester med vurdert rusmiddelproblem ble kartlagt. Resultatrapport fra kartleggingen vil foreligge i 2014.

Videreutvikling av kommunenes rapportering er en prioritert oppgave, og det pågår løpende arbeid med å utvikle bedre statistikk over psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Arbeidet med kommunal statistikkutvikling videreføres. Det vises for øvrig til omtale av utviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer under kap. 781, post 21 og kap. 734 for utvikling av statistikk innen spesialisthelsetjenesten.

#### Verktøy for forbedring av pasientforløp i kommunene

Helsedirektoratet har ved Kunnskapscenteret fått i oppdrag å utvikle et verktøy for forbedring av pasientforløp i kommunene for personer med psykisk helse og eller rusproblemer før og etter opphold i institusjon, jf. Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester og Innst. 250 S (2012–2013). Tiltaket er forankret i kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS. Læringsnettverket hvor verktøyet skal utvikles kan rekrutteres fra kommuner som mottar tilskudd til samhandlingsmodeller over kap. 765, post 60. I 2014 ble det bevilget 2 mill. kroner til utviklingen av verktøyet til KS. Se for øvrig omtale av pasientforløp i kommunene for personer med kroniske lidelser og eldre, kap. 720, post 21.

#### Rådgivere i rusmiddelspørsmål og i psykisk helse

Det er ved samtlige fylkesmannsembeter etablert egne stillinger med et særlig ansvar for å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene om rus- og psykisk helse. Fylkesmannen er en viktig ressurs i styrkingen av det kommunale rus- og psykisk helsearbeidet, og belastningsfullmaktene til fylkesmannen bidrar til drift av tverrfaglige regionale fora og nettverk, samt iverksetting av ulike kompetanseutviklingstiltak. Bevilgningen foreslås videreført i 2015.

#### Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Formålet med tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er å tilby en praksisnær videreutdanning for høgskoleutdannet personell. Ti høgskoler og universiteter over hele landet tilbød videreutdanning i 2013. I 2014 ble det



bevilget 20 mill. kroner til videreutdanningen. Bevilgningen foreslås videreført i 2015.

#### Ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling

I oppfølgingen av avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene mellom regjeringen og KS, er det igangsatt et arbeid med å utvikle en ny lederopplæring for ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommuner og fylkeskommuner. Satsingen finansieres med 5 mill. kroner over kap. 761, post 21 og 5 mill. kroner over kap. 765, post 21. Midlene foreslås videreført i 2015.

#### Vold og traumatisk stress

Bevilgningen over posten kan dekke arbeid med tiltak mot vold og seksuelle overgrep, herunder ny tiltaksplan om barn og unge, arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme, arbeid med traumatiserte, og arbeid med overgripere. Bevilgningen kan dekke finansiering av handlingsplaniltak som Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og de fem Regionale kompetansesentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging skal gjennomføre.

#### Barnehusene

Barnehusene skal gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at dommeravhør, medisinsk undersøkelse og behandlingstilbud tilbys samlet. De skal også bidra til å styrke samarbeidet mellom de involverte faginstansene, og dermed sikre best mulig ivaretagelse av barnet og behandling av saken. Tilskuddet gis som belastningsfullmakt til Politidirektoratet, og er et ledd i satsningen på vold- og traumefeltet. I 2014 ble det bevilget 4,3 mill. kroner til Barnehusene. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Barnehusene i 2015.

#### Nasjonal overdosestrategi

Stortinget ga gjennom behandlingen av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!, jf. Innst. 207 S (2012–2013), tilslutning til at det skal utarbeides en egen nasjonal femårig overdosestrategi med mål om en årlig nedgang i antallet narkotikadødsfall. Det ble videre besluttet å legge til grunn en nasjonal nullvisjon for overdosedødsfall, jf. Innst. 207 S (2012–2013).

Strategien ble lansert våren 2014 for perioden 2014–2017. Målsetningen er å redusere antall overdosedødsfall. Hovedelementene i strategien er å:

- legge til rette for overgang fra inntak av rusmidler med sprøyte til mindre skadelige inntaksmåter,
- bistå i utviklingen av kommunale handlingsplaner mot overdoser gjennom et læringsnettverk i de ni kommunene med flest overdosedødsfall,
- gjøre livreddende motgift, nalokson neseppray, tilgjengelig for brukere og andre i forsøksprosjekt i Oslo og Bergen,
- styrke det overdoseforebyggende fokuset i eksisterende tiltak.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til overdosestrategien i 2015.

#### Etablering av ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

Som en oppfølging av Stortingets behandling av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!, jf. Innst. 207 S (2012–2013), vedtok Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2012 å etablere en egen spesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin. Formålet med den nye spesialiteten er å bedre pasientbehandlingen, sikre rekruttering til legestillingene innen tverrfaglig spesialisert behandling, stimulere til mer forskning på rusfeltet og styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til innretning av spesialiteten, og en plan for hvordan den kan etableres. I løpet av høsten 2014 vil det foreligge en godkjenning, og arbeidet med å utdanne de første spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin vil starte opp.

#### Post 60 Kommunale tjenester

Som ledd i ny kapittelinndeling foreslås følgende flyttinger:

- 77,6 mill. kroner fra kap. 763, post 61 til kap. 765, post 60.
- 239,6 mill. kroner fra kap. 764, post 60 til kap. 765, post 60

Posten er for øvrig redusert med 7,9 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen dekker tilskudd til utviklingstiltak og kvalitetsforbedring i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Videre er formålet med bevilgningen å stimulere til utvikling og videreutvikling av samhandlingsprosjekter mellom kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer, herunder private og ideelle behandlingstiltak.

Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester, og barn og unge med sammensatte hjelpebehov

Det foreslås at de tidligere tilskuddsordningene for oppsøkende behandlingsteam, storbymidler, gjensidig forpliktende samarbeidsmodeller og utvikling, utprøving av samhandlingsmodeller på rusfeltet og samarbeid om utskrivningsklare pasienter samles i en tilskuddsordning. Målgruppene for, og formålet med, tilskuddsordningene under tiltaket er i stor grad overlappende, og skal ses i sammenheng. Å samle disse tiltakene under en tilskuddsordning gir mer effektiv og fleksibel tilskuddsforvaltning, og oppfordrer både tilskuddssøkere og –forvalter til i større grad å se tiltakene i sammenheng.

Formålet med ordningen er å styrke tilbudet til brukere med store tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer. Formålet rommer også utvikling av tjenester til barn og unge. Det er også behov for å styrke brukerinnflytelsen i disse tjenestene. Konkrete løsninger må utvikles lokalt, men det er behov for å stimulere til økt samarbeid mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Tiltak som lavterskeltilbud, MO-sentre, behandlingsforberedende tiltak, oppsøkende behandlingsteam, tiltak rettet mot storbyproblematikk og oppfølgingstjenester i bolig vil bli prioritert.

Det foreslås til sammen 192 mill. kroner til utvikling av tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester i 2015.

#### Rekruttering av psykologer i kommunene

Regjeringen vil bygge ut et lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene, og mener økt psykologkompetanse er en forutsetning for å sikre den faglige kvaliteten i et slikt tilbud. Den kommende meldingen til Stortinget om primærhelsetjenesten vil bl.a. drøfte psykologenes rolle i kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

Det foreslås å videreføre et tilskudd til rekruttering av psykologer i 2015. Rekrutteringstilskuddet ytes over seks år. Psykologene skal arbeide med mennesker i alle aldersgrupper med risiko for å utvikle, eller som har utviklet psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Videre er målgruppen utvidet til også spesifikt å omfatte barn og unge som står i fare for å falle ut av, eller har falt ut av skolen. Det er også et mål for ordningen å styrke helsefremmende tiltak i kommunene, f.eks. gjennom lærings- og mestringstiltak i

frisklivssentraler. Det er et krav om at tilbud som opprettes gjennom ordningen skal være gratis, og ytes uten henvisning.

I 2014 ble det bevilget 100 mill. kroner til rekrutteringstilskuddet. Det foreslås bevilget 100 mill. kroner til formålet i 2015.

Tilbud til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon

Formålet med bevilgningen er å prøve ut og evaluere et lavterskel kommunalt behandlingstilbud til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon.

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å evaluere tilbudet.

I 2014 ble det bevilget 17 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 17 mill. kroner til formålet i 2015.

#### Post 61 Kompetansetiltak

Som ledd i ny kapittelinndeling foreslås følgende flyttinger:

- 20 mill. kroner fra kap. 763, post 61 til kap. 765, post 61.
- 33,8 mill. kroner fra kap. 764, post 60 til kap. 765, post 61

Posten er for øvrig redusert med 1,3 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

Det foreslås at de tidligere tilskuddsordningene for lønnstilskudd kommuner (kap. 764, post 60) og stimuleringstilskudd til videre-/etterutdanning i rusproblematikk (kap. 763, post 61) samles i en tilskuddsordning. Målgruppene for, og formålet med tilskuddsordningene under tiltaket, er i stor grad overlappende, og skal ses i sammenheng. Å samle disse tiltakene under en tilskuddsordning gir mer effektiv og fleksibel tilskuddsforvaltning, og oppfordrer både tilskuddssøkere og –forvalter til i større grad å se tiltakene i sammenheng. Det foreslås at ordningen forvaltes av fylkesmannen basert på fylkesvise fordelinger av Helse- og omsorgsdepartementet.

Formålet med bevilgningen er å øke den faglige kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten om rusproblematikk og psykisk helse. Rus- og psykiske problemer forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper, og i alle deler av befolkningen. Det er behov for å øke kompetansen om rus- og psykiske problemer i omsorgstjenesten, og spesielt blant eldre. Målgruppen er personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten

i kommunen, herunder medarbeidere med brukererfaring eller erfaringskonsulenter.

Tilskuddsordningen må ses i sammenheng med tilskudd til kompetanse og innovasjon over kap. 761, post 68.

I 2014 ble det bevilget om lag 53 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 52,5 mill. kroner til formålet i 2015.

### Post 62 Rusarbeid

Som ledd i ny kapittelinnndeling foreslås følgende flytting:

- 357,8 mill. kroner fra kap. 763, post 61 til kap. 765, post 62.

Posten er for øvrig redusert med 8,9 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

Formålet med bevilgningen er å øke kapasiteten i det kommunale rusarbeidet, slik at mennesker med rusproblemer får et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Tilskuddet skal bidra til en reell kapasitetsøkning i det samlede kommunale arbeidet på rusfeltet. Videre er det et prioritert mål for regjeringen å styrke bruker- og pårørendeperspektivet i tjenestene. Brukermedvirkning er nødvendig for å sikre at brukernes erfaringer blir hørt, og at deres behov blir ivaretatt. Medarbeidere med brukererfaring eller erfaringskonsulenter kan ansettes gjennom ordningen.

Det ble bevilget 343 mill. kroner til formålet i 2014. Det foreslås bevilget 348,8 mill. kroner i 2015.

### Post 71 Brukere og pårørende

Som ledd i ny kapittelinnndeling foreslås følgende flyttinger:

- 50,4 mill. kroner fra kap. 763, post 71 til kap. 765, post 71.
- 72,9 mill. kroner fra kap. 764, post 72 til kap. 765, post 71

Videre foreslås å flytte:

- 1 mill. kroner fra kap. 571, post 64 til kap. 765, post 71 for tilskudd til Mot og økt tilskudd til Harry Benjamin ressurscenter.

Bevilgningen dekker tilskudd til styrking av bruker- og pårørendearbeid, og videreutvikling av selvorganisert selvhjelp på rus- og psykisk helsefeltet.

### Tilskudd til bruker- og pårørendearbeid

Det foreslås at de tidligere tilskuddsordningene for tilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen rusfeltet (kap. 763, post 71) og tilskudd til brukerstyrking (kap. 764, post 72) samles i en tilskuddsordning. Målgruppene for, og formålet med tilskuddsordningene under tiltaket, er i stor grad overlappende, og skal ses i sammenheng. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide kvalitetskriterier som skal benyttes til utmåling av tilskudd, og oppfølging av bevilgede midler.

Formålet med tilskuddet er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet, slik at de kan fremme økt brukermedvirkning både individuelt og på systemnivå i utformingen av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Tilskuddet dekker videre støtte til brukerstyrte tiltak og selvhjelpsgrupper mv.

Det foreslås bevilget 96,3 mill. kroner til tilskudd til bruker- og pårørendearbeid i 2015.

Det foreslås å øremerke 1,8 mill. kroner til Harry Benjamin ressurscenter og 0,5 mill. kroner til organisasjonen Mot.

### Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse arbeider for økt kunnskap, og en helhetlig forståelse av psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering. Rådet for psykisk helse gjennomfører opplysningsarbeid innen psykisk helsefeltet på en rekke ulike arenaer. I 2014 ble det bevilget 3,5 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Rådet for psykisk helse i 2015.

### Verdensdagen for psykisk helse

Målet med Verdensdagen for psykisk helse er å øke befolkningens forståelse av egen psykiske helse, hva som bidrar til god psykisk helse, samt øke kunnskap og åpenhet om psykisk helse. Mental Helse koordinerer arrangementene som blir gjennomført for å nå målene med bevilgningen. Tilskuddet skal bidra til at flest mulig arrangementer og tiltak blir gjennomført i tiden rundt 10. oktober. Temaet for 2014 er hverdagsstress og psykisk helse. I 2014 ble det bevilget 6 mill. kroner til Verdensdagen. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2015.

### Selvhjelp

Målet med bevilgningen er å gjøre selvorganisert selvhjelp som metode tilgjengelig for flere, og fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling på rus- og psykisk helsefeltet. Selvorganisert selvhjelp er et viktig supplement for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse. I 2014 ble det bevilget 16,5 mill. kroner til selvhjelpsarbeid. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Selvhjelp Norge i 2015.

### Post 72 Frivillig arbeid mv.

Som ledd i ny kapittelinnledning foreslås følgende flyttinger:

- 155,7 mill. kroner fra kap. 763, post 71 til kap. 765, post 72
- 32 mill. kroner fra kap. 764, post 72 til kap. 765, post 72

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige og ideelle organisasjoner på rus- og psykisk helsefeltet.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester

Målet med ordningen er å støtte opp om frivillige eller ideelle organisasjoner som driver institusjonsbaserte dag- og døgntiltak med oppfølging og rehabilitering av personer med rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring.

Tiltakene det gis tilskudd til skal være et supplement til det offentlige tiltaksapparatet, og bidra til styrking og samordning av samfunnets samlede innsats overfor målgruppene. Det blir lagt vekt på at virksomhetene kan dokumentere et samarbeid med kommunen, som har hovedansvaret for tjenester til personer med rusproblemer, og at det er etablert et system for brukermedvirkning. Tilskuddsordningen kunngjøres årlig blant aktuelle ideelle leverandører.

Det ble gitt tilskudd på om lag 100 mill. kroner til 20 tilskuddsmottakere i 2013. Bevilgningen foreslås videreført i 2015. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Gatehospitalet i Oslo og 24sju i Oslo i 2015.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud

Formålet med ordningen er å støtte opp om frivillige og ideelle virksomheter som driver aktivitets- og oppfølgingstilbud overfor personer med rus-

problemer og/eller prostitusjonserfaring. Tiltakene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Tiltakene skal som en hovedregel komme i tillegg til de ordinære, lovpålagte oppgavene som utføres i regi av kommunene. Det blir lagt vekt på at virksomhetene kan dokumentere et samarbeid med kommunen, som har hovedansvaret for tjenester til personer med rusproblemer, og at det er etablert et system for brukermedvirkning.

I 2013 ble det gitt tilskudd på om lag 39 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført.

### Hjelpetelefoner

Formålet med bevilgningen er å sikre driften av den landsdekkende hjelpetelefonen og nettsiden for mennesker med psykiske vansker og deres pårørende drevet av Mental Helse og Kirkens SOS krisetjeneste. Videre er formålet også å bidra til drift av den nasjonale kontakttelefonen Vern for eldre i Oslo, et tilbud for støtte, informasjon, råd og veiledning til voldsutsatte eldre, til pårørende og til ansatte i hjelpeapparatet.

I 2014 ble det bevilget 32,1 mill. kroner til formålet. For 2015 foreslås det at bevilgningen til formålet styrkes med 2 mill. kroner. Det foreslås at 1,1 mill. kroner øremerkes den nasjonale kontakttelefonen Vern for eldre i Oslo, 16,5 mill. kroner øremerkes Mental Helses hjelpetelefon, og 16,5 mill. kroner øremerkes Kirkens SOS' krisetjeneste.

### Post 73 Utviklingstiltak mv.

Som ledd i ny kapittelinnledning foreslås følgende flyttinger:

- 2 mill. kroner fra kap. 763, post 72 til kap. 765, post 73
- 133,5 mill. kroner fra kap. 764, post 72 til kap. 765, post 73

Formålet med bevilgningen er å styrke befolkningens kunnskap om psykisk helse og rusproblematikk, øke den samlede kompetansen i helsetjenestene og bidra til utviklingsarbeid på særskilte satsningsområder. Formålet favner også økt kompetanse om vold og traumer. Kommunal sektor skal prioriteres.

### Stimuleringstiltak for psykologer

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Dobbeltkompetanse i psykologi ble etablert for å bedre tilgangen på kompetente søkere til stillinger ved

universiteter, høyskoler og i helsevesenet, som krever eller har behov for både forskningsmessig og klinisk kompetanse. Prosjektet omfatter et utdanningsløp for 28 stipendiater/ spesialistkandidater, og evalueres av Nifu Step. Evalueringen ferdigstilles i 2014. I 2014 ble det bevilget 5,3 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2015.

#### Institutter og foreninger

Det gis tilskudd over denne posten til institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning innen psykisk helse. Det gis også tilskudd til Tilskuddsordningen for videregående utdanning i psykoterapi og psykoanalyse, som er en individuell støtteordning. Administrasjon av tilskuddsordningen finansieres over post 21. Det pågår et arbeid med gjennomgang av tilskuddsordningen. I 2014 ble det bevilget 32,2 mill. kroner til formålet.

#### Arbeid og psykisk helse

Målet med bevilgningen er å styrke satsingen på arbeid og psykisk helse gjennom å videreutvikle samhandlingsmodeller mellom helsetjenesten og Nav. Bevilgningen går til tilskuddsordninger for Jobbmestrende oppfølging, utprøving av Individuell jobbstøtte og til tilskudd til drift av landets fontenehus og organisasjonen Fontenehus Norge. Støtten til Fontenehusene og Fontenehus Norge videreføres på samme nivå som totalt tilskudd i 2014.

De fleste som har et psykisk helseproblem deltar i arbeid. Samtidig har mange mennesker med psykiske lidelser svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Nyere forskning viser at arbeid kan bidra til en god helse, og at behandling samtidig med deltakelse i arbeidslivet kan bidra til å opprettholde tilknytningen til arbeidslivet. Et tiltak på området er å tilby kurslederopplæring i mestring av depresjon for å bidra til å hindre utstøting og øke inkludering i ordinært arbeidsliv. Det foreslås bevilget 2,5 mill. kroner til dette tiltaket i 2015.

I 2014 ble det bevilget 40,5 mill. kroner til tiltak innen området arbeid og psykisk helse. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2015.

#### Psykisk helse i skolen

Målet med bevilgningen er å styrke det forebyggende psykiske helsearbeidet gjennom å øke kompetansen i skolen om psykisk helse, og bidra til å styrke skolens systematiske arbeid for å

skape læringsmiljø som fremmer elevers psykiske helse.

Tilskuddsordningen Psykisk helse ble i 2013 åpnet, slik at den ikke lenger var øremerket de programmene som var med under opptrappingsplanen for psykisk helse. Aktører som kan motta støtte må ha et nasjonalt nedslagsfelt.

I 2014 ble det bevilget 18,6 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2015.

#### Arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme

Formålet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse i helsetjenestene om radikaliserings og voldelig ekstremisme. Det er videre et mål å styrke kompetansen i helsetjenesten om behandling av traumer hos voksne.

Regjeringen har i 2014 vedtatt en handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. I planen er arbeidet i helsetjenesten knyttet både til forskning og til økt kompetanse i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Planen skal rulleres fortløpende, og det er i 2015 aktuelt å oppdatere planen når ny og økt kunnskap blir tilgjengelig.

EUs Radicalization Awareness Network (RAN) har utviklet en metode som er anvendbar for ansatte i førstelinjetjenester som møter radikaliserte. Modellen implementeres i mange europeiske land.

Arbeidet med opplæring av helsepersonell i traumebehandling for barn (TF-CBT) har pågått over flere år. Det har ikke vært noen tilsvarende satsning for voksne. Denne mangelen er på ny aktualisert gjennom de særlige problemstillingene fremmedkrigere representerer for helsetjenestene. Regjeringen foreslår derfor at det bevilges midler til en satsning på traumebehandling for voksne. En slik satsning vil også komme andre traumatiserte til gode, slik som asylsøkere, flyktninger og andre voldsutsatte.

Det foreslås å øremerke 2,5 mill. kroner til RVTS-ene for implementering av ran-modellen i Norge. Det foreslås videre bevilget 5 mill. kroner til NKVTS og RVTS-ene til utvikling og implementering av traumebehandling (TF-CBT) for voksne.

#### Seksuelle minoriteter

Formålet med bevilgningen er å støtte arbeidet med å forebygge psykisk uhelse bl.a. gjennom å øke kompetansen om psykisk helse i gruppene av seksuelle minoriteter. Bevilgningen dekker tilskudd til Ungdomstelefonen til Skeiv Ungdom, og Rosa Kompetanseprosjektet til Landsforeningen

for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH).

I 2014 ble det bevilget 2,2 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Skeiv ungdom og LLH i 2015.

### **Post 74 Kompetansesentre**

Som ledd i ny kapittelinnledning foreslås følgende flyttinger:

- 91,2 mill. kroner fra kap. 763, post 72 til kap. 765, post 74
- 207 mill. kroner fra kap. 764, post 72 til kap. 765, post 74

Formålet med bevilgningen er å sikre drift av nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre innen rus- og psykisk helseområdet. Kunnskaps- og kompetansesentrene som mottar midler under 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.

Det er i gang en samlet gjennomgang av de regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag, organisering og finansiering. Se omtale i innledningen til programkategori 10.60.

#### Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Senteret skal være en brobygger i møtet mellom erfaringskompetanse og fagkunnskap innen psykisk helsefeltet gjennom å samle, gyldiggjøre og formidle bruker- og pårørendekunnskap.

Bevilgningen går til drift av Senter for erfaringskompetanse i Skien. Senteret bidrar til innovasjon i helsetjenestene, slik at disse blir mer helsefremmende og bedre treffer den enkelte brukers behov. Senteret driver den nasjonale kunnskapsbasen i erfaringskompetanse, og arrangerer konferanser, fagmøter og paneldebatter.

I 2014 ble det bevilget 9,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse i Skien.

#### 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 (R-bup) øst og sør i Oslo og sped- og små-

barnsnettverket ved R-bup øst og sør. Målet er å styrke kompetanse- og kunnskapsutvikling i arbeidet med barn og unge.

Sentrene har omfattende samarbeid med ulike fag- og kompetansemiljøer i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert samarbeid med landets fylkesmenn, og den oppsøkende virksomheten mot kommunene er styrket gjennom egne ansatte som jobber direkte mot kommunene. Regionsentrene skal fortsatt ha fokus på kommunene og det forebyggende perspektivet i kompetanseheving, forskning og formidling. I 2014 ble det bevilget totalt 170,8 mill. kroner til regionsentrene og sped- og småbarnsnettverket. Bevilgningen foreslås videreført i 2015.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til 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 (R-bup) øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved R-bup øst og sør i 2015.

#### Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Bevilgningen går til drift av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha). Senteret ble opprettet for å øke forskning og styrke kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Prioriterte oppgaver for senteret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. Videre skal senteret samarbeide med relevante fag- og kompetansemiljøer, og vurdere behov for kompetansehevende tiltak. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet.

I 2014 ble det bevilget 22,8 mill. kroner til Napha i Trondheim. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Napha i 2015.

#### De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal bidra til å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til statlige satsinger på rusområdet i den enkelte region. Sentrene skal bidra med kunnskapsstøtte til tjenestene, og i samarbeid med fylkesmannen iverksette ulike kompetanse- og utviklingstiltak og bidra til at kommunene tar i bruk kunnskap som er basert på forskning og god praksis.

Det ble i Prop. 1 S (2012–2013) avsatt 6 mill. kroner til etterutdanning og opplæring av personell som fremmer saker om tilbakehold og tvang overfor rusavhengige. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal stå for utviklingen av opplæringsprogrammet og tilby kommunene opplæring.

I 2014 ble det bevilget 84 mill. kroner til følgende sentre:

- Kompetansesenter rus – region Sør i Skien.
- Kompetansesenter rus – region Oslo i Oslo.
- Kompetansesenter rus – region Øst i Hamar/Ottestad.
- Kompetansesenter rus – region Vest Bergen i Bergen.
- Kompetansesenter rus – region Vest Stavanger i Stavanger.
- Kompetansesenter rus – region Midt-Norge i Trondheim.
- Kompetansesenter rus – region Nord i Narvik.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til overnevnte kompetansesentre i 2015.

### Post 75 Vold og traumatisk stress

Som ledd i ny kapittelinnledning foreslås følgende flyttinger:

- 8 mill. kroner fra kap. 763, post 72 til kap. 765, post 75.
- 133,7 mill. kroner fra kap. 764, post 73.

Videre foreslås å flytte:

- 5,2 mill. kroner fra kap. 571, post 64 til kap. 765, post 75 til oppfølging av tiltak i handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvska-ding.

Å utsettes for vold og traumatiske hendelser kan gi fysiske og psykiske plager og lidelser, både på kort og lang sikt. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i ulike deler av tjenesteapparatet om forebygging av vold, traumatisk stress og selvmord/selvska-ding, samt behandling av allerede oppståtte skader hos rammede. Kompetansetiltak overfor voldsutøvere er inkludert. Posten omfatter også midler til forskning på feltet. Det vises for øvrig til post 21 og post 73 hvor det ytes tilskudd til flere utrednings- og kompetansetiltak innen vold og traumefeltet.

Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Målet med bevilgningen er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på vold- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Videre er målet også å bidra til internasjonalt samarbeid på feltet. Bevilgningen dekker Helse- og omsorgsdepartementets del av grunnbevilgningen til Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Kunnskapscenteret ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. Senteret er et datterselskap av Unirand AS. Det er et frittstående og faglig uavhengig senter, som er fullfinansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold i nære relasjoner, traumatiserte flyktninger, mindreårige asylsøkere, kjønnslemlestelse, samt andre seksuelle og fysiske overgrep mot barn. Videre dekker bevilgningen også senterets arbeid med de tre hovedprosjektene som ble satt i gang etter terrorhandlinger som rammet Norge 22. juli 2011. Arbeidet i 2015 vil primært være knyttet til analyser av innsamlet datamateriale.

Grunnbevilgningen dekker også senterets oppgaver knyttet til helsemyndighetenes tiltak i flere tverrdepartementale handlingsplaner. Dette inkluderer bl.a. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017, oppfølgingsplanen I tjeneste for Norge, Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016) og en ny tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge. Videre skal NKVTS utvikle kompetanse på helsetjenestens arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

Det foreslås å øremerke 35 mill. kroner til NKVTS grunnbevilgning i 2015. I tillegg kan senteret få finansiering fra denne eller andre poster knyttet til særskilte oppdrag.

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

Målet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i regionene på områdene vold, traumer og selvmordsforebygging. Bevilgningen går til drift av de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene).

Grunnbevilgningen dekker de regionale sentrenes primære oppgaver, som er å sørge for undervisning, veiledning, informasjon og nettverksbygging på vold og traumeområdet. Sentrene har sentrale oppgaver og tiltak i alle handlingsplaner og strategier innenfor tematikken. RVTS-ene er fra 2014 gitt i oppdrag å utvikle kompetanse på helsetjenestens arbeid på området, slik at de kan veilede, ha nettverk og gi undervisning om dette.

Ny tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge kommer i løpet av 2014. RVTS vil få oppdrag å gjennomføre enkelte tiltak i planen.

Det foreslås å øremerke 70 mill. kroner til de fire sentrenes grunnbevilgning i 2015. I tillegg kan sentrene få finansiering knyttet til særskilte oppdrag. Det femte senteret ytes tilskudd over post 21. Sentrenes arbeid mot kjønnslemlestelse ytes tilskudd over kap. 762, post 21.

#### Arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme

Regjeringen har i 2014 vedtatt en handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. I planen er arbeidet i helsetjenesten knyttet både til forskning og til økt kompetanse i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. NKVTS og RVTS-ene er tillagt oppgaver med arbeidet. Det igangsettes et utviklingsprosjekt som omhandler hvordan personer som har deltatt i kamphandlinger i utlandet utenfor regulære væpnede styrker (fremmedkrigere), og deres familier, skal følges opp. Prosjektet skal omhandle skolering av kommunale psykososiale team. Videre skal traumefokusert behandling for barn og unge styrkes i spesialisthelsetjenesten. Traumekompetansen i tilbudet til voksne skal gjennomgås i samarbeid med de regionale helseforetakene. Planen skal rulleres fortløpende, og det er i 2015 aktuelt å oppdatere planen når ny og økt kunnskap blir tilgjengelig. Midler til arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme kan finansieres både over denne posten og postene 21, 60 og 73 under dette kapittelet.

#### Sinnemestring

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved Brøset Kompetansesenter. Bevilgningen går til Brøset kompetansesenter, og dekker deres bidrag til RVTS-enes arbeid med spredning av sinnemestringmodellen.

Siden 2003 har Brøsetmodellen blitt spredt til om lag 350 fagpersoner, som igjen har etablert

gode og effektive behandlingstilbud til voldsutøvere i deres hjemkommuner.

Det foreslås å øremerke 1,5 mill. kroner til Brøset Kompetansesenter i 2015.

#### Traumebehandling

Målet med bevilgningen er å spre traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), en kunnskapsbasert metode for traumebehandling, i spesialisthelsetjenesten for barn og unge. NKVTS har forsket på traumebehandling (TF-CBT) for barn og unge, og utviklet et opplæringsprogram for tjenestene. Det er behov for videre implementering og utvidelse av tjenester som får opplæring i denne traumebehandling. NKVTS og alle RVTS-ene skal arbeide videre med dette. Det foreslås å øremerke 6,5 mill. kroner i 2015 til NKVTS og RVTS-ene for å implementere traumebehandlingen.

#### Oppfølging etter 22. juli

Helsedirektoratet har i oppdrag å forestå koordinert oppfølging av helsetjenestens innsats etter 22. juli. De regionale helseforetakene har samtidig fått i oppdrag å bidra til direktoratets arbeid og følge opp tiltak som gjelder spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsministeren har i samarbeid med Kommunal- og moderniseringsministeren sendt brev til alle landets kommuner, helseforetak og fylkeskommuner med oppfordring om fortsatt oppmerksomhet på oppfølging av rammede og berørte etter terroren. Det ble i 2014 gitt 3,7 mill. kroner til en ettårig tilskuddsordning, hvor formålet er støttegruppevirksomhet etter 22. juli, over kap. 764, post 21.

Regjeringen vil i forbindelse med revidert budsjett for 2015 komme tilbake til en vurdering av tilskudd til støttegruppen etter 22. juli.

#### Helsetjenestetilbud ved legevakt og overgrepsmottak

Målet med bevilgningen er å styrke helsetjenestetilbudet til pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Dette skal skje gjennom kompetansehevede tiltak for ansatte i legevakt og overgrepsmottak. Det foreslås å øremerke 2,8 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm).

#### Selvskading og selvmord

Målet med bevilgningen er å bidra til å redusere forekomsten av selvmord og selvskading. Bevilg-



ningen går bl.a. til drift av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), videreføring av Vivat-kurs i selvmordsforebygging og til å arrangere Verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september.

Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading ble lagt fram i april 2014. Planen setter i gang nye tiltak, og viderefører og videreutvikler pågående arbeid, med mål om å redusere forekomst av selvmord og selvskading.

Ordningen foreslås styrket med 5 mill. kroner i 2015 for oppfølging av den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading. Det foreslås at kap. 571, post 64 reduseres tilsvarende.

Totalt foreslås det bevilget 23 mill. kroner til arbeid mot selvmord og selvskading i 2015.

#### Tiltak mot prostitusjon og menneskehandel

Formålet er å sikre oppfølgingen av, og tjenestetilbudet til, personer som er i prostitusjonstiltak, herunder ofre/mulige ofre for menneskehandel. I 2014 ble det bevilget 8 mill. kroner til formålet. Tiltakene inngår som del av Handlingsplan mot menneskehandel (2011–2014). Tiltakene lykkes med å gi et tilpasset tilbud til sårbare og vanskeligstilte personer, som kan være vanskelig å nå for de ordinære tjenestene. Det foreslås at tilskudd til tiltakene videreføres i 2015.

## Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	30 559	32 870	18 281
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	6 450	734	758
	Sum kap. 0769	37 009	33 604	19 039

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er den viktigste endringene knyttet til at bevilgningen foreslås redusert med 15,4 mil. kroner knyttet til Den kulturelle spaserstokken.

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til oppfølging av Omsorg 2020, inkl. oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 S (2012–2013), Omsorgsplan 2015, og andre tiltak for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt utredningsvirksomhet for å utvikle nye og innovative løsninger i omsorgssektoren.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 10,4 mill. kroner til kap. 761, post 68, jf. omtale der.
- 5 mill. kroner til kap. 761, post 21, jf. omtale der.

Det foreslås å avvikle tilskuddsordningen Den kulturelle spaserstokken. Midlene foreslås omdis-

ponert til andre tiltak innenfor Omsorg 2020, jf. omtale under post 70.

Bevilgningen kan nyttes under post 70. Det vises til nærmere omtale under post 70.

### Post 70 Utredningsvirksomhet mv.

Bevilgningen kan nyttes under post 21.

Avtalen med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Den tredje avtalen mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble inngått i 2012. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Målene i avtalen knytter seg til bærekraft og nye løsninger, tjenesteutvikling, og personell og kompetanse. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen. Målsettingene i avtalen vil bli fulgt opp gjennom tiltak knyttet til ledelsesutvikling, innovasjon, kvalitetssystemer, personell og kompetanse, mestring blant brukere, boligløsninger, psykisk helse og rus og folkehelsearbeid.

### Etikkprosjektet

Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving skal bidra til å styrke den etiske kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Over 200 kommuner deltar i prosjektet. Erfaringene viser at kommunene har etablert ulike møteplasser for systematisk etisk refleksjon, og forankret etikksatsingen i kommunens administrative ledelse. Det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid. Prosjektet videreføres ut 2015, slik at flest mulig kommuner over tid skal få mulighet til å styrke den etiske kompetanse blant ansatte i omsorgstjenestene. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015.

### Senter for medisinsk etikk

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo skal sikre et langsiktig og helhetlig arbeid med utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Midlene benyttes til veiledning og undervisning av kommuner som driver systematisk etikkarbeid, tilbud om kompetanseutvikling og bistand til pågående prosjekter. Senteret har også bidratt med undervisning og veiledning overfor kommuner som er med i prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving. I 2014 har senteret fått et oppdrag med å evaluere den nasjonale etikksatsingen i kommunene. Det ble i 2014 bevilget 2,2 mill. kroner til senteret. Det foreslås å øremerke en bevilgning på 3,2 mill. kroner til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo til disse tiltakene i 2015.

### Bevegelse fra hjertet og kreativ skriving for eldre

Prosjektene Bevegelse fra hjertet og Kreativ skriving for eldre i regi av Kirkens Bymisjon skal bidra til spredning av bevegelsesveiledning som metode i demensomsorgen, og til utvikling og spredning av kreativt skrivearbeid innenfor omsorgstjenestene. Det er i 2013 utviklet en metodebok for bruk i bevegelsesveiledningen. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Kirkens Bymisjon til prosjektene Bevegelse fra hjertet og Kreativ skriving for eldre i 2015.

### Den kulturelle spaserstokken

Formålet med tilskuddsordningen Den kulturelle spaserstokken er å sørge for kunst- og kulturformidling av høy kvalitet til omsorgstjenestens brukere, og legge til rette for økt samarbeid mellom kultur- og omsorgssektoren. Ordningen bidrar til

et tilpasset kulturtilbud til omsorgstjenestens brukere.

I 2013 fikk 361 kommuner midler fra Den kulturelle spaserstokken. Noen kommuner fikk midler til samarbeidsprosjekter som omfatter flere kommuner. Med dette ble 387 av de totalt 428 kommunene i landet dekket av ordningen i 2013.

Samlet tilskudd til kommunene fra Den kulturelle spaserstokken i 2013 utgjorde 29,8 mill. kroner, med 14,9 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 14,9 mill. kroner fra spilleoverskuddet til Norsk Tipping AS over Kulturdepartementets budsjett. Det ble bevilget 15,4 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til Den kulturelle spaserstokken i 2014. Tilskuddsordningen foreslås avvirket f.o.m. 2015.

I tråd med regjeringens målsettinger om å utvikle en omsorgstjeneste mer preget av aktivitet, mestring og kvalitet, foreslås det å benytte 15,4 mill. kroner i 2015 til tiltak for å øke kunnskap og kompetanse om bruk av kultur og kulturuttrykk i omsorgssektoren, og til utvikling av tiltak for aktivitet og kultur i omsorgstjenestene. Det er godt dokumentert at integrert bruk av sang og musikk ved stell og daglige aktiviteter, fungerer mot uro, depresjon og utagering. Andre gevinster er reduksjon av psykofarmaka, og økt tilfredshet både blant ansatte og pårørende. Det er et stort behov for opplæring og veiledning av ansatte for å bidra til at musikk og sang benyttes systematisk i omsorgstjenestene. Det forelås av den grunn å omdisponere bevilgningen til dette.

Det foreslås å omdisponere 5 mill. kroner til kap. 761, post 21 for å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene. Videre foreslås å omdisponere 10,4 mill. kroner til kap. 761, post 68. Tilskuddet skal understøtte regjeringens målsettinger om å utvikle en omsorgssektor som i større grad preges av aktivitet, egenmestring og kvalitet gjennom å legge til rette for at kommunene setter i verk kompetansetiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov.

Systematisere og lære av de gode erfaringene innenfor omsorgssektoren

For å gi brukere trygge og sikre omsorgstjenester, er det nødvendig med kunnskap om hva som kjennetegner effektive og gode tjenester. I 2012 ble det derfor satt i verk et treårig utredningsarbeid for å kartlegge og vurdere de strukturer som er etablert for erfarings- og kunnskapsutveksling mellom

kommuner, og hva som kjennetegner kommuner som driver gode omsorgstjenester. Det ble i 2014 bevilget 3 mill. kroner til dette utredningsarbeidet. Våren 2014 ble det lagt fram en rapport om effekter av læringsnettverk i kommunene.

Det foreslås bevilget 3 mill. kroner i 2015 til å iverksette et kvalitetsutviklingsarbeid basert på fem hovedområder – ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater.

#### Kommunal innovasjon i omsorg

Som en del av satsingen på kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeid, er det f.o.m. 2012 gitt støtte til et fireårig velferdsteknologiprojekt i tre fylker i Midt-Norge. Fylkene samarbeider med KS om utprøving av velferdsteknologi i 15 av regionens kommuner. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til tiltaket i 2015.

#### Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Nasjonalt program for leverandørutvikling går inn i en ny fase. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet, som er initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS. Programmet skal bidra til innovative offentlige anskaffelser og verdiskapning. Tiltaket foreslås videreført i 2015.

#### Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Fylkesmennene i Nord- og Sør-Trøndelag leder et flerårig arbeid med å utvikle en felles plattform for presentasjon og analyse av tilgjengelige styringsdata til bruk i kommunenes plan-, innovasjons- og utviklingsarbeid. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med kommuner, helseforetak og ulike fagmiljø. Prosjektet har som overordnet mål å utvikle en felles portal, hvor kommunene på en enkel måte kan finne relevante plan- og styringsdata og analyseveiledning. Verktøyet prøves nå ut i Nord- og Sør-Trøndelag. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til tiltaket i 2015.

#### Forskning på frivillighet

For å styrke kunnskapsgrunnlaget for langsiktig planlegging og systematisk samarbeid mellom det

offentlige og frivilligheten, deltar Helse- og omsorgsdepartementet i Kulturdepartementets forskningsprogram på sivilsamfunn og frivillig sektor. Det vises til kap. 719, post 21 for nærmere omtale.

#### Avtalen om Sevs og Samplan

Samarbeidsavtalen mellom KS og flere departement om etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging er fornyet. Dette samarbeidet står bl.a. for gjennomføringen av utdanningsprogrammene Samplan og Helse- og omsorg i plan. Tiltaket foreslås videreført i 2015.

#### Pasientsikkerhetsprogrammet

Det ble i 2014 bevilget midler til det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Sentralt i programmet er å videreutvikle kommuneperspektivet. Pasientsikkerhetsprogrammet har fokus på riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste, forebygge infeksjoner, trykksår og fall. Arbeidet videreføres i 2015. Det vises til kap. 781, post 21 for nærmere omtale.

#### Pensjonistforbundets bekymringstelefon

Norsk Pensjonistforbund har i flere år drevet Bekymringstelefon for eldre og uføre. Telefontjenesten er nå utvidet med fire telefonverter under faglig ledelse, som kan gi faglig kvalifisert informasjon, råd og veiledning. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Norsk Pensjonistforbund til Bekymringstelefon for eldre og uføre i 2015.

#### Fagrappport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

For å styrke tjenestetilbudet innen palliasjon og lindrende behandling, har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utforme en fagrappport om sentrale temaer ved helse- og omsorgstjenestens tilbud på dette området. Fagrappporten skal også ha et fokus på barn og unge. Rapporten skal ferdigstilles i 2014. Det ble i 2014 bevilget 1 mill. kroner til tiltaket.

## Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
770	Tannhelsetjenester	164 631	204 204	231 598	13,4
	Sum kategori 10.70	164 631	204 204	231 598	13,4

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
01–23	Statens egne driftsutgifter	25 527	24 363	23 822	-2,2
70–89	Andre overføringer	139 104	179 841	207 776	15,5
	Sum kategori 10.70	164 631	204 204	231 598	13,4

Programkategorien omfatter statlige tilskudd og virksomhet som retter seg mot hele tannhelsetjenesten.

### Brukere av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av lov om tannhelsetjenesten og av lov om folketrygd og forskrifter til disse to lovene.

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er videre pålagt et samordningsansvar for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat sektor. Videre skal den gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til defi-

nerte grupper etter lovens § 1-3. Gruppene er barn og ungdom 0–18 år, psykisk utviklingshemmede, eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, samt andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. I tillegg skal fylkeskommuner, som følge av Stortingets budsjettbevilgning, tilby gratis tannhelsehjelp til rusmiddelavhengige og til innsatte i fengsel. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan også tilby tjenester til den øvrige befolkningen etter priser fastsatt av fylkeskommunen, for dermed å sikre at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket.

Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i kjeve/munnhulen, og som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, kan få stønad til tannbehandling etter folketrygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir utført i privat sektor. Det vises til omtale av stønad ved tannbehandling under kap. 2711, post 72, under programområde 30.

Tabell 4.22 Antall personer undersøkt/behandlet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste

	2008	2012	2013
Prioriterte personer, undersøkt/behandlet	824 977	837 409	851 614
Voksne betalende personer	169 172	190 677	196 084
Sum	994 149	1 028 086	1 047 698

Tabellen viser at om lag 20 000 flere ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2013 sammenliknet med 2012. Dette er en økning på om lag 2 pst. I fylker der den private tannlegedekningen er svak, er det mange voksne som selv betaler for utgiftene til tannbehandling som oppsøker den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette er særlig tydelig i Midt-Norge og i Nord-Norge. På landsbasis utgjorde voksne 18,7 pst. av alle som ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2013.

#### Bedre tannhelse hos barn og unge

En økende andel barn og unge er uten karies (hull i tennene). Av femåringene som ble undersøkt, var det 82,9 pst. som verken hadde tenner som trengte behandling eller tenner som tidligere hadde vært behandlet. For tolvåringene som ble

undersøkt i 2013, gjaldt det samme for 56,5 pst. For 18-åringene var andelen 19,8 pst.

#### Personell

Sammenliknet med andre land har Norge god tannlegedekning. Antall tannlegeårsverk har økt med om lag 22 pst. fra 2003 til 2013. Veksten i antall tannpleierårsverk var om lag 49 pst. i samme tiårsperiode.

Sett i sammenheng med veksten i befolkningen har tannlegedekningen økt fra 0,8 avtalte tannlegeårsverk per 1000 innbyggere i 2003 til 0,88 i 2013. Fra 2012 til 2013 økte dekningsgraden fra 0,87 til 0,88 tannlegeårsverk per 1000 innbyggere, dvs. med 1,1 pst.

Fylkeskommunal og privat tannhelsetjeneste har til sammen 10 614 avtalte årsverk, hvorav 7298 avtalte årsverk i privat tannhelsetjeneste, og 3321 årsverk i fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Tabell 4.23 Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antall årsverk	9 817	9 723	9 931	10 565	10 467	10 614
Herav:						
Tannlegespesialister	384	387	386	452	519	447
Allmenntannleger	3 710	3 638	3 703	4 050	3 961	4 012
Tannpleiere	753	735	774	826	834	859
Tannhelsesekretærer	3 718	3 769	3 854	3 934	4 000	4 100

Andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er redusert fra 10,1 pst. i 2003 til 3,5 pst. i 2013. Tilgangen på tannleger i Nord-Norge er blitt betydelig bedre etter at tannlegeutdanningen i Tromsø kom i drift. Over 90 pst. av tannlegene som så langt er utdannet i Tromsø, arbeider i Nord-Norge, de fleste i fylkeskommunale stillinger. For Finnmark har ubesatte tannlegestillinger i fylkeskommunal tannhelsetjeneste gått ned fra 39,2 pst. i 2003 til

6,7 pst. i 2013. De nord-norske fylkene har ikke lenger høy andel ubesatte tannlegestillinger, sammenliknet med f.eks. fylkene i Midt-Norge. Møre og Romsdal og Sogn og Fjordane hadde i 2013 en andel av ubesatte stillinger på over 15 pst.

Om lag 1300 tannleger med utenlandsk landbakgrunn arbeidet i Norge i 2013. Disse utgjorde om lag 29 pst. av alle tannlegeårsverk. Størst er andelen i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, med om lag 44 pst. utenlandske tannleger. Andelen

utenlandske tannleger i privat sektor er om lag 24 pst. I både privat og offentlig tannhelsetjeneste er

om lag to tredeler av de utenlandske tannlegene fra europeiske land.

### Finansiering

Tabell 4.24 Fylkeskommunenes brutto og netto driftsutgifter til tannhelsetjenester

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Brutto driftsutgifter, konsern	2 464 233	2 602 675	2 749 416	2 901 437	2 937 059	3 075 724
Netto driftsutgifter, konsern	1 855 354	1 962 762	2 059 309	2 159 037	2 135 534	2 208 585

Målt i brutto driftsutgifter brukte fylkeskommunene til sammen 3,1 mrd. kroner på tannhelsetjenester i 2013. Dette omfatter også fylkeskommunenes utgifter til helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, til drift av regionale odontologiske kompetansesentre og til tannbehandling til voksne som selv betaler for behandlingen. Utgiftene i 2013 økte med om lag 4,7 pst. sammenliknet med 2012, og var om lag 24,8 pst. høyere sammenliknet med 2008. Fylkeskommunenes netto driftsutgifter utgjorde 2,2 mrd. kroner i 2013. Sammenliknet med 2008 har netto driftsutgifter økt med 19 pst. Dette betyr at fylkeskommunenes inntekter knyttet til tannhelse, som i stor grad består av egenbetaling fra voksne pasienter, har økt med 42,4 pst. i denne perioden.

Fra folketrygden ble det etter kapittel 5 i folketrygdloven utbetalt 1 876 mill. kroner i stønad til tannbehandling i 2013. Det vises til nærmere omtale under programområde 30, Stønad ved helsetjenester.

### Oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007)

Regjeringen viderefører oppfølgingen av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidens tannhelsetjenester, jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008). Meldingen skisserer fire hovedinnsatsområder: geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester, utjevning av sosial ulikhet i tannhelse, kompetanse og kvalitet, og forbrukerrettigheter og prispolitikk. I budsjettssammenheng prioriterer regjeringen geografisk tilgjengelighet og kompetanseløftet i tannhelsetjenesten.

En markedsportal med elektronisk prisopplysningstjeneste for tannbehandling ble åpnet vinteren 2013. Markedsportalen inneholder et utvalg av tannlegers og tannpleieres priser. Forbrukerrådet har ansvar for driften og utviklingen av markedsportalen.

Bevilgningene til kompetanseløftet i tannhelsetjenesten foreslås økt med 22 mill. kroner, se omtale under.

## Kap. 770 Tannhelsetjenester

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	25 527	24 363	23 822
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	139 104	179 841	207 776
	Sum kap. 0770	164 631	204 204	231 598

Det foreslås å styrke tiltakene på tannhelsefeltet under kap. 770, post 21 og post 70, med 22 mill. kroner gjennom omdisponering av 22 mill. kroner fra kap. 2711, post 72 Tannbehandling under folketrygdens stønad til tannbehandling.

Formålet med bevilgningen under kap. 770 er å bidra til likeverdig geografisk tilgjengelighet til

tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjeneste, til å bedre tilbudet til særskilte grupper med tannhelseproblemer, kunnskapsutvikling og kvalitet i tjenestetilbudet.

Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten:

- 14 mill. kroner til videre oppbygging av virksomheten ved regionale odontologiske kompe-

tansesentre, inkl. oppbygging av infrastruktur for forskning og forskningsaktivitet

- 8 mill. kroner til spesialistutdanning av tannleger, inkl. tilskudd til lønn til tannleger under spesialistutdanning i pedodonti (barnetannpleie).

For øvrige tilskuddsområder foreslås budsjettet videreført om lag på samme nivå som saldert budsjett 2014, justert for prisstigning. Forslag om flytting av bevilgning mellom kapittel og post er omtalt under aktuell post.

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Bevilgningen dekker utredningsarbeid og forsøksordningen på tannhelsefeltet.

Bevilgningen kan nyttes under post 70.

#### **Tannbehandlingstilbud**

Som del av oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007) er det fra 2012 gitt tilskudd til regionale helseforetak til forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus. Tilskuddet utgjør 14 mill. kroner i 2014. Tilskuddet foreslås videreført i 2015 med 15,5 mill. kroner. De sykehus som deltar i forsøksordningen er St. Olav i Trondheim, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg sykehus (Oslo). Formålet med forsøket er kunnskapsoppbygging av behovet for tannhelsetjenester til innlagte pasienter på sykehus. Forsøket omfatter forebyggende tjenester, undersøkelser og aktuell tannbehandling av sykehusets pasienter, og utvikling av rutiner for systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten etter utskrivning fra sykehus. Tjenestene skal bl.a. rettes inn mot pasienter hvor de odontologiske tilstander har sammenheng med eller påvirker den sykdommen pasienten er innlagt for eller er til behandling for. Dette gjelder særskilt pasienter som har sammensatte og kompliserte behov for helsehjelp. Eksempler her er medfødte lidelser/syndromer eller alvorlig sykdom, skade eller multi-handikap. Det tas sikte på at Haukeland sykehus (Bergen) inkluderes i forsøket fra 2015.

### **Post 70 Tilskudd**

Bevilgningen har som formål å forbedre tilgjengeligheten til spesialisttannlegetjenester, økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseutvikling i tannhelsetjenesten.

Det foreslås følgende omdisponering:

- 22 mill. kroner fra kap. 2711, post 72.

#### **Tannbehandlingstilbud**

Tilskudd til landets fylkeskommuner til oppbygging av tannlege-/psykologteam for utredning og nødvendig behandling av tortur- og voldsutsatte, og personer med odontofobi (stor angst for tannbehandling), foreslås videreført i 2015 på samme nivå som i 2014. Tiltaket er en oppfølging av anmodningsvedtak i Stortinget. I 2014 gis det om lag 20 mill. kroner i tilskudd til formålet. Tilskuddet dekker kostnader til opplæring av behandlersteam, kostnader til fobibehandling (behandling av angst for tannbehandling) og til kunnskapsoppbygging. Utgifter til selve tannbehandlingen blir i hovedsak dekket gjennom refusjoner fra folketrygden, ettersom de fleste vil falle inn under rettighetsbestemmelsene til stønad til tannbehandling.

#### **Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten**

Formålet med tilskuddet er å bidra til nødvendig tilgang på tannhelsepersonell, særskilt tannlegespesialister, og en god geografisk fordeling av disse. Det er videre et formål å bidra til nødvendig kunnskapsutvikling i tannhelsetjenesten gjennom oppbygging av forskningsenheter ved de regionale odontologiske kompetansesentrene som er etablert av fylkeskommunene. Utvikling av infrastruktur for forskning ved kompetansesentrene inngår i dette, i et samarbeid med statsaksjeselskapet Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS), universitetene, allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) og med andre.

Det foreslås å videreføre tilskudd til Universitetet i Bergen til kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger som er bosatt i Norge og som har utdanning fra land utenfor EØS-området, med sikte på norsk autorisasjon. Tilskudd til Hedmark fylkeskommune til praksisplasser for tannpleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark foreslås videreført. All praksis for disse studentene foregår i regi av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Hedmark fylkeskommune, i samarbeid med nabofylker.

Som oppfølging av Stortingets behandling av Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd, jf Innst. 320 S (2011–2012), har departementet igangsatt en komparativ studie av praksis i tannhelsefagutdanningene. Det er store forskjeller mellom helse- og velferdsutdanningene når det gjelder omfanget av og innholdet i praksis i tjenestesektoren. Studien vil være en viktig del av kunnskapsgrunnlaget i det videre arbeidet med oppfølgingen av Meld. St. 13 (2011–2012).

Tilskudd til oppbygging av etter- og videreutdanningstilbud for tannpleiere foreslås videreført i 2015.

Bevilgningen til spesialistutdanning av tannleger foreslås økt med 8 mill. kroner i 2015. Tilskudd til dette formålet utgjør i 2014 om lag 70 mill. kroner. Om lag 85 kandidater utdannes ved universitetene i hhv. Oslo, Bergen og Tromsø. Utdanningen ved Universitetet i Tromsø skjer i nært samarbeid med Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN). Tilskudd gis også til de øvrige regionale odontologiske kompetansesentre til for å dekke kostnader til bl.a. praksisperioder for spesialistkandidater på kompetansesentrene. Utprøving av en ev. ny breddespesialitet i klinisk odontologi startet opp i Tromsø i 2011 og videreføres i 2015. Tilskudd til spesialistutdanning skal også bidra til å øke tilgangen på tannleger med dobbelkompetanse (både spesialistkompetanse og forskerkompetanse). Det er behov for tannleger med slik kompetanse ved de odontologiske lærestedene og ved de regionale odontologiske kompetansesentre.

Gjennom tilskuddet til universitetene forutsettes det at disse i betydelig grad bistår de regionale odontologiske kompetansesentre i forsknings-sammenheng. Det planlegges at spesialistutdanning av tannleger fra 2015 gradvis organiseres som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentre, jf. spesialistutdanningen i Tromsø. Avhengig av oppbyggingen av kompetansesentrene og pasienttilgangen ved sentrene, vil disse på sikt kunne organisere store deler av den kliniske praksis i spesialistutdanningene. Departementet vil bidra til å få på plass en samordnet veilederfunksjon for kandidatene.

Bevilgningen til videre oppbygging og drift av regionale odontologiske kompetansesentre organisert av fylkeskommunene foreslås økt med 14 mill. kroner. Tilskuddet til kompetansesentrene utgjør i 2014 om lag 48 mill. kroner. Tre av kompetansesentrene er organisert som interkommunalt selskap, ett som fylkeskommunalt foretak og to som forvaltningsenhet i fylkeskommunen.

De regionale odontologiske kompetansesentra skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til spesialisttannlegetjenester i alle regioner. De regionale kompetansesentrene skal samarbeide med aktuelle sykehusavdelinger om pasientutredning og behandling, og skal gi råd, veiledning og opplæring av tannhelsepersonell i fylkene. Sentrene skal bidra til generell kompetanseheving, forskning og fagutvikling i tannhelsetjenesten.

Som beskrevet i Meld. St. 18 (2012–2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter, jf. Innst. 129 S (2012–2013), er det behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget innenfor tannhelse. Dette understrekes også i forslag til Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg (Helse-Omsorg21). Departementet har startet et arbeid med en egen forskningsstrategi på tannhelsefeltet. Det legges til grunn at de regionale odontologiske kompetansesentrene skal ha en viktig rolle i særskilt den praksisnære tannhelseforskningen. Forskningen vil foregå i samarbeid med universitetene, med Niom AS, med Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG), med allmennmedisinske forskningsenheter og ev. med andre forskningsmiljøer.

Tilskuddet inkluderer oppbygging av infrastruktur for forskning og basiskompetanse i praksisnær klinisk forskning, epidemiologisk forskning og annen relevant forskning. Fylkeskommunene opplyser at kompetansesentrene har hatt stor betydning for kompetanse- og fagutvikling i den samlede fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det har bidratt til en betydelig kvalitetsheving av de fylkeskommunale tannhelsetjenester.

Nytt regionalt odontologisk kompetansesenter blir i løpet av høsten 2014 etablert i Midt-Norge (Trondheim). For fylkeskommunene i region øst planlegges nytt kompetansesenter etablert i Oslo i løpet av 2015, mens Regionalt kompetansesenter Vest, avd. Rogaland, flytter inn i nye lokaler sommeren 2015.

#### Tannbehandlingsmaterialer

Formålet med tilskuddet er å heve kvaliteten i tannhelsetilbudet gjennom å øke kunnskapen om odontologiske biomaterialer, bidra til å sikre kvaliteten på materialene som anvendes i tannhelsetjenesten og øke kunnskapen om bivirkningsproblematikk knyttet til slike materialer. Tiltakene inngår i departementets oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, jf. Innst. 250 S (2012–2013).

Tilskudd til et samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av tannfyllingsmaterialet amalgam foreslås videreført i 2015. Prosjektet innebærer bl.a. at tannleger, fastleger og spesialisthelsetjenesten samarbeider om utprøvende behandling for aktuelle pasientgrupper. Målet er bedre helse og livskvalitet til personer med mistanke om helseproblemer knyttet til bruk av amalgam. I inter-



nasjonal sammenheng er dette et unikt prosjekt, som vil måtte strekke seg over noen år.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til drift og aktivitet ved BVG ved Universitetet i Bergen/Uni Helse med 5,2 mill. kroner i 2015. BVG har også en sentral rolle i det ovenfor omtalte samarbeidsprosjektet.

Basisbevilgningen til Niom AS foreslås økt med 2,4 mill. kroner til 14 mill. kroner i 2015. Klinisk odontologisk materialforskning, opplæring og kunnskapsformidling skal prioriteres innenfor denne økningen. Aktivitetene skal foregå i et samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentre og med utdanningsinstitusjonene. Arbeidet ved Niom bidrar til kunnskap om bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer i de nordiske land. Materialforskningen ved Niom har høy internasjonal anerkjennelse. Tilskuddet dekker også Nioms deltakelse i internasjonalt standardiseringsarbeid og drift av nordisk produktdatabase mv. Nordisk Ministerråd finansierer i underkant av 50 pst. av driften av Niom. Tilskuddet fra ministerrådet vil bli redusert med om lag 1 mill. kroner i 2015. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjekapitalen til Niom AS.

#### Systematisk kvalitetsarbeid i tannhelsetjenesten

Bevilgninger til følgende tiltak foreslås videreført i 2015:

- Utarbeiding av veileder for tannleger, allmennleger og spesialisthelsetjenesten angående utredning og behandling ved helsetilbud til personer med kjeveleddslidelser (TMD).
- Undersøkelser med formål å øke kunnskapen om tannhelsen i den voksne befolkningen generelt og i den samiske befolkningen spesielt.
- Prosjekter i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som har systematisk kvalitetsforbedring som formål og til helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid.
- Tiltak under Kvalitetsavtalen med KS – lederutvikling i systematisk kvalitetsforbedring.
- Prosjekt om IKT-utvikling i tannhelsetjenesten, offentlig som privat. Dette omfatter utvikling av standard kodeverk for diagnoser og behandlinger som kan anvendes i elektronisk pasientjournal (EPJ).

## Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
780	Forskning	307 518	323 306	337 505	4,4
781	Forsøk og utvikling mv.	221 708	123 201	128 780	4,5
782	Helseregistre	51 313	53 130	84 194	58,5
783	Personell	169 839	192 791	200 301	3,9
	Sum kategori 10.80	750 378	692 428	750 780	8,4

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
01–23	Statens egne driftsutgifter	120 021	117 654	161 342	37,1
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	307 518	323 306	337 505	4,4
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	115 472	133 400	137 669	3,2
70–89	Andre overføringer	207 367	118 068	114 264	-3,2
	Sum kategori 10.80	750 378	692 428	750 780	8,4

Forskning, utdanning og innovasjon er viktige virkemidler for å nå målsettingen om å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid og gi befolkningen trygge og gode helse- og omsorgstjenester, og for å nå samhandlingsreformens målsettinger. Helse- og omsorgstjenesten er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av arbeidskraften. Tjenesten har viktige roller inn mot utdanningssystemet som praksisarena og som framtidig arbeidsgiver og avtalepart. Tilstrekkelig personell med riktig kompetanse og relevant forskning er avgjørende for å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester til befolkningen. En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er derfor viktig for å legge til

rette for en kunnskapsbasert, framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Regjeringen legger sammen med budsjettet fram en langtidsplan for forskning og høyere utdanning. Med langtidsplanen varsler regjeringen en ambisiøs og forutsigbar politikk for forskning og høyere utdanning. Satsingen gir forutsigbare rammer gjennom langsiktige mål og prioriteringer, og konkrete satsinger på forskningsinfrastruktur, rekrutteringsstillinger og tiltak for å stimulere til god deltakelse i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020. For nærmere omtale, se Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024 og Prop. 1 S (2014–2015) for Kunnskapsdepartementet.

## Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2015
		2013	Saldert budsjett 2014	
50	Norges forskningsråd mv.	307 518	323 306	337 505
	Sum kap. 0780	307 518	323 306	337 505

Forskning, utvikling og innovasjon er sentrale elementer i arbeidet for utvikling av kvalitet, pasient-sikkerhet og kostnadseffektivitet i helse- og omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet. Sektoransvaret for forskningen innebærer bl.a. et overordnet ansvar for anvendt forskning og utvikling av langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging. Det er et nasjonalt mål å øke forskningsaktiviteten. Denne forskningen skal kjennetegnes av høy kvalitet og nytte for tjenesten. I 2014 er det utarbeidet en helhetlig strategi for helse-omsorgsforskning og innovasjon, Helse-Omsorg21, jf. nærmere omtale i del III.

### *Forskning og driftstilskudd*

Departementet finansierer i hovedsak forskning om og for helse- og omsorgssektoren gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale kompetansetjenester og forskningssentre. I tillegg gis tilskudd til drift og oppbygging av forskningsmiljøer slik at forskning og kompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes. For forskning og innovasjon i helseforetakene vises det til omtale under kap. 732. For forskning og innovasjon knyttet til den kommunale helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten vises det til omtale under kap. 762 og 770. Forsknings- og utviklingsarbeid er en integrert del av arbeidsoppgavene til Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern og Statens institutt for rusmiddelforskning, jf. kap. 710, kap. 715 og kap. 716. De viktigste tiltakene er omtalt under følgende kapitler og poster:

- kap. 719, Folkehelse, post 79, Andre tilskudd
- kap. 725, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten, post 01, Driftsutgifter.
- kap. 732, Regionale helseforetak, post 70, Kreftregistret
- kap. 732, Regionale helseforetak
- kap. 761, Omsorgstjeneste, postene 21, 60 og 67

- kap. 762, Primærhelsetjeneste, postene 21 og 70
- kap. 765, Psykisk helse og rusarbeid, postene 21, 74 og 75
- kap. 770, Tannhelsetjenester, postene 21 og 70
- kap. 781, Forsøk og utvikling mv., post 21
- kap. 783, Personell, postene 21 og 70

### **Post 50 Norges forskningsråd mv.**

Bevilgningen dekker ni forskningsprogram, fire strategiske satsinger og to evalueringer i Norges forskningsråd. Det foreslås bevilget 337,5 mill. kroner i 2015.

Det foreslås følgende flytting:

- 5,2 mill. kroner fra kap. 781, post 79 knyttet til Barn som pårørende.

Regjeringen har fastsatt nye mål for Forskningsrådets virksomhet. Bakgrunnen er at både evalueringen av Forskningsrådet og Riksrevisjonen pekte på utfordringer knyttet til det eksisterende mål- og resultatstyringssystemet for Forskningsrådet. Bevilgningene til Forskningsrådets går over budsjettene til 15 departementer, og Forskningsrådet stilles overfor mange mål/delmål og en rekke føringer fra departementene. Det fører til at den samlede styringen av Forskningsrådet fremstår som uoversiktlig og styringsstrukturen som lite egnet. Kunnskapsdepartementet startet derfor høsten 2013 et prosjekt for å videreutvikle systemet for mål- og resultatstyring av Forskningsrådet.

Hensikten er å sikre et system med mer overordnet og strategisk styring av Forskningsrådet fra departementenes side, der den samlede styringen dreies mer over i retning av resultater av Forskningsrådets virksomhet og der Forskningsrådet får større frihet til å forvalte sine programmer og aktiviteter på tvers av departementsgrensene. Departementene og Forskningsrådet har deltatt i arbeidet med å utvikle det nye systemet. Regjeringen har fast-

satt følgende mål for Forskningsrådets virksomhet fra 2015:

- Økt vitenskapelig kvalitet
- Økt verdiskaping i næringslivet
- Møte store samfunnsutfordringer
- Et velfungerende forskningssystem
- God rådgiving

Systemet for styring av Forskningsrådet vil bli videre utviklet i løpet av høsten 2014. For nærmere omtale av Forskningsrådet vises det til Forskning og utvikling i statsbudsjettet 2015 i Prop. 1 S (2014–2015) Kunnskapsdepartementet.

Forskningsrådet skal som hovedregel konsentrere sine tildelinger om nasjonale prosjekt, mens forskningsinstitusjonene skal finansiere mindre forskningsprosjekt.

Forskningsrådets totale innsats innenfor temaområdet helse var på vel 954 mill. kroner i 2013, dette er en økning fra 2012 da den var på 921 mill. kroner. Midlene omfatter tilskudd til prosjektstøtte, forskningsinfrastruktur, sentre/nettverk, miljøstøtte og arrangementer. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet bidrar mest til finansiering av temaområdet helse. I tillegg kommer bidrag fra Nærings- og fiskeridepartementet og Utenriksdepartementet. En analyse av i alt 703 helseforskningsprosjekter, som omfatter tre fjerdedeler av forskningstøtten ved bruk av Health Research Classification System (HRCS-systemet) viste at 25 pst. var knyttet til forskning på årsaks- og sykdomsforståelse, 16 pst. identifisering og utvikling av nye behandlingsformer og 13 pst. på underbyggende helserelevant forskning og helse- og omsorgstjenesteforskning. Den største innsatsen er forskning med relevans for mange sykdommer eller mer generell for helseforskning. Program for helse- og omsorgstjenester har høyest aktivitet. Videre følger forskning på kreft, infeksjoner og deretter psykisk helse. Økningen fra 2012 på infeksjoner har sannsynligvis sammenheng med en midlertidig nedgang i 2012 på Global helse- og vaksinasjonsforskningsprogrammet.

#### Programmer

*EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020 mv.*

Forskningsrådet har det operative ansvaret for realiseringen av samarbeidet om EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020 og det europeiske forskningsområdet European Research Area (ERA). I 2013 var 8,6 pst. av søknadene til helseprogrammet under EUs 7. ramme-

program for forskning og teknologiutvikling fra Norge, dette tilsvarer 339 søknader, mot hhv. 1072 søknader fra Sverige og 681 fra Danmark. Av disse ble 93 prosjekter med norsk deltakelse innvilget støtte i helseprogrammet for forskning, tilsvarende for 2012 var 83 prosjekter. For 2013 tilsvarer dette en suksessrate på 27 pst. som ligger på linje med de øvrige nordiske landene. Av de 93 prosjektene deltar universitet og helseforetak i 75 av prosjektene. Programmet utløp i 2013. Horisont 2020 startet opp i 2014 som det nye store forsknings- og innovasjonsprogrammet i EU.

Fellesprogrammene i EU (Joint Programming) er et viktig virkemiddel i utviklingen av ERA. Norge deltar i tre helserelaterte fellesprogrammer. Disse er programmer for nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens (AMR) og helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer (HDHL). Forskere i Norge har fått gjennomslag i flere av prosjektene fra utlysningene i JPND både i 2012 og 2013, i ett av prosjektene skal et norsk miljø lede prosjektet. Satsingen omfatter både helse- og omsorgstjenesteforskning og biologisk og medisinsk demensforskning.

Norge deltar også i felles forskningsinfrastrukturprogrammer innenfor klinisk forskning (ECRIN) og som observatør i det felles europeiske samarbeidet kalt Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure (BBMRI), Biobank Norge er tilpasset en deltakelse her. Norge deltar også i videreføringen av European & Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP II) og Active Assisted Living (AAL2).

Forskningsprogrammet til Euratom er en del av EUs rammeprogram for forskning, men er ikke en del av Horisont 2020 og omfattes ikke av EØS-avtalen. Det er ønskelig at de norske fagmiljøer deltar i programmet. Innenfor EUs 7. rammeprogram, har det innenfor strålevernsforskning blitt startet opp 16 nye prosjekter med deltakere fra Statens strålevern, Universitetet for miljø- og biovitenskap, Universitetet i Oslo, Kreftregisteret og Folkehelseinstituttet.

Norsk kreftforskning bør være med på arbeidet med integrering av grunnforskning, klinisk og epidemiologisk forskning i Europa, derfor er bl.a. bidrag til ERA-net på Translational Cancer Research (Transcan) viktig.

#### *Folkehelseprogrammet (2011–2015)*

Programmets overordnede mål er å bidra til ny kunnskap om forhold som påvirker helse og sosiale forskjeller i helse i befolkning og virkemidler

for å redusere forskjeller og bedre folkehelsen. Programmet hadde en utlysning i 2013 over hele bredden av programmet. 10 av 90 søknader ble innvilget, ett av de ti var finansiert av kvinnehelsesatsingen og fem av prosjektene var intervensjonsstudier. I tillegg bevilget programmet seks mill. kroner til to konsortier som deltar i et nettverk i Joint Programming Initiative, a Healthy Diet on Healthy Life (JPI HDHL) med 160 konsortier fra 12 forskjellige land. Programstyret vil gjennomføre en undersøkelse hvordan resultatene fra de avsluttede prosjektene formidles og tas i bruk av offentlig forvaltning.

#### *Program for helse- og omsorgstjenester (2011–2015)*

Programmets overordnede mål er å identifisere de mest effektive måtene å organisere, lede, finansiere og levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet på, å redusere uønskede hendelser og ulik tilgang til helsetjenester, samt å gi bedre sikkerhet for den enkelte pasient og bruker. I programperioden skal satsingen i og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene prioriteres, og forskning som kan bidra til innovasjon, anvendelse og implementering av forskningsresultater i praksis, styrkes.

Programmet hadde totalt 95 prosjekter i porteføljen i 2013, herav 11 nye i 2013. Ett av disse var et innovasjonsprosjekt i offentlig sektor. I tillegg finansieres ett Harkness Fellowship, (re)habiliteringssenteret Charm og resultatevalueringen av Omsorgsplan 2015 gjennom programmet. Totalt 20 prosjekter er direkte relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. Programmet finansierer 17 prosjekter med utfordringer knyttet til alderdom og eldres sykdom. 16 prosjekter har særlig relevans for samhandling mellom tjenestnivåer og sektorer. Programmet skal sammen med Program for psykisk helse legge til rette for forskning knyttet til 22. juli.

For å styrke kunnskapsgrunnlaget for kommunal planlegging, innovasjon og utforming av framtidens omsorgsløsninger, er programmet styrket med 40 mill. kroner til omsorgsforskning i perioden fra 2007. Midlene til omsorgsforskningssentrene skal gå til å utvikle og etablere et dokumentasjonssenter for forsknings-, utviklings-, og innovasjonsarbeid i sektoren. Det vises forøvrig til omtale av omsorgsforskning under kap. 761.

#### *Program for klinisk forskning (programperiode 2011–2015)*

Programmets overordnede mål er å øke kunnskapsgrunnlaget om forebyggende tiltak, diagnostiske metoder og behandlings- og rehabiliterings tiltak gjennom kliniske studier. Programmet har hatt én utlysning i 2013 her ble 11 av 66 søknader innvilget. Ved siste utlysning, ble søknadstypen personlig postdoktorstipend forbeholdt kandidater som søkte om prosjekter i tannhelsetjeneste, allmenmedisin og primærhelsetjeneste. Det ble innvilget hhv. ett og tre prosjekter innenfor tannhelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Programmet har fortsatt fokus på utfordringer ved oppstart og gjennomføring av store kliniske studier og har arrangert et forskerseminar hvor konkrete utfordringer ved randomiserte kliniske studier har blitt belyst. Programstyret har videre arrangert et åpent seminar om årsaker og mulige behandlingstiltak av CFS/ME.

#### *Program for miljøpåvirkning og helse (programperiode 2011–2015)*

Programmets overordnede mål er å generere ny forskningsbasert kunnskap av høy vitenskapelig kvalitet om sammenhengen mellom miljø, arvelige faktorer og helse for å forebygge helseskader for og bidra til bedre folkehelse. Totalt finansierte programmet 30 prosjekter, inkludert 7 doktorgradsstipendiater og 13 postdoktorstipendiater. 5 nye prosjekter ble startet opp i 2013 og 8 prosjekter ble avsluttet. Programmet finansierer norsk deltakelse i den vitenskapelige rådgivende komiteen i Fellesprogrammet gjennom EU, Joint Programming Initiative innenfor Antimikrobiell resistens (JPI-AMR).

#### *Program for psykisk helse (programperiode 2011–2015)*

Programmets overordnede mål er å bidra til utvikling av relevant kunnskap om årsaksforhold, forebygging og behandling med sikte på å fremme den psykiske helsen i befolkningen. Program for psykisk helse og Program for rusmiddelforskning fikk fra 2013 ett felles programstyre som et tiltak for å se forskning på rus og psykisk helse i sammenheng. I 2013 ble det totalt 6 av 75 søknader innvilget. I tillegg fikk 2 av søknadene til Psykisk helse finansiering fra satsingen Kvinners helse. Programmet samarbeider med det nasjonale satsingsområdet Alvorlige psykiske lidelser, i samarbeid med de regionale helseforetakene. For å sti

mulere til psykisk helseforskning i de forskjellige helseregionene arrangeres det årlige forskningskonferanser. Det er også planlagt en felles satsning for å øke antall søknader til Horizon 2020, og en oppfølging av arbeidet med å få i gang samarbeidsprosjekter med National Institutes of Health i USA.

*Rusmiddelforskningsprogrammet (programperiode 2013–2015)*

Programmets overordnede mål er å bidra til utvikling av relevant kunnskap på rusmiddelfeltet med sikte på å redusere rusmiddelproblemer i samfunnet. Om lag halvparten av satsingen går til oppbygging og utvikling av Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo. Seraf har fått forlenget sin finansiering for perioden 2013–2018. Programmet finansierte i 2012 og 2013 i alt 28 prosjekter. Det var ingen utlysning i 2013 men det planlegges en utlysning i 2014. Programmets tematiske prioriteringer er alkohol og alkoholrelaterte problemer, spillproblematikk og doping og narkotikapolitiske utviklingstrekk. Programmet vil vektlegge brukermedvirkning og kjønnsperspektiver i forskningen. Det satses på økt internasjonalt forskningssamarbeid, herunder en felles satsing for å øke antall søknader til Horizon 2020, og en oppfølging av arbeidet med å få i gang samarbeidsprosjekter med National Institutes of Health i USA, slik som for Program for psykisk helse.

*Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (programperiode 2012–2020)*

Programmets overordnede mål er å støtte forskning som kan bidra til vedvarende bedringer i helsetilstanden og utjevning av helseulikheter for fattige mennesker i lav- og mellominntektsland. I 2013 ble programmet utvidet og revidert, de nye midlene er øremerket forskning på familieplanlegging, mødre- og barnehelse knyttet til rapporten fra FN-kommisjonen for livsviktige medisiner for kvinner og barn. De prioriterte temaområdene er vaksine- og vaksinasjonsforskning, helsesystem- og helsepolitikkforskning, innovasjon i teknologi og metodeutvikling og implementeringsforskning. Programmet har fem tematiske hovedprioriteringer knyttet til a) Forebygging, behandling og diagnostikk av smittsomme sykdommer med særlig relevans for lavinntekts- og lavere mellominntektsland, b) Familieplanlegging, reproduktiv helse, mødre-, nyfødt- barne- og ungdomshelse, c) Forskning på

helsesystemer og helsepolitikk, d) Implementeringsforskning og e) Innovasjon i teknologi og metodeutvikling for mødre- og barnehelse. I 2013 ble i alt 41 prosjekter finansiert i programmet, herav 18 nye prosjekter. Programmet finansierer også deler av fase 2 av EUs forskningsprogram The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership2 (EDCTP2).

*Program for stamcelleforskning (programperiode 2013–2017)*

Programmet har som overordnet mål å utvikle og styrke kompetansen innenfor grunnforskning og klinisk forskning på stamceller med sikte på behandling av alvorlig og kronisk syke pasienter. I 2013 ble 23 forskerprosjekter finansiert gjennom programmet, av disse fikk syv nye prosjekt støtte.

*Offentlige initierte kliniske studier (programperiode 2011–2015)*

Programmet skal finansiere kliniske studier/prosjekter der det offentlige og andre aktører (som pasientorganisasjoner) ser behov for kunnskap, og som ikke initieres og/eller finansieres av andre. I 2013 er det 11 pågående forskerprosjekter (tre fra det nye programmet og åtte fra den avsluttede strategisk satsing på kreftforskning), hvorav 7 med disponibelt budsjett i 2013. Utlysningen i 2013 ble forbeholdt kliniske fase IV-studier og/eller andre sammenliknende effektstudier, fire søknader ble mottatt til søknadsfristen.

*Strategiske satsinger*

Strategisk satsing brukes som en betegnelse for aktiviteter som ikke organiseres gjennom eget program. Dette omfatter tverrgående temaer som f.eks. kvinnehelse, og temaer der bevilgningen er for liten til å forsvare egne programetableringer.

*Praksisrettet FoU for helse- og velferdstjenestene*

Satsingen skal styrke grunnlaget for kunnskapsbasert yrkesutøvelse i helse- og sosialfag, for den enkelte sektor og på tvers av sektorer, gjennom styrking av praksisnær forskning jf. Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Satsingen er et samarbeid mellom Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og skal bygge erfaringene fra Høgskole- og universitetssosialkontorprosjektet (Husk-prosjektet).

*Kvinnehelse*

Totalt har satsingen på kvinners helse basert på kvinnehelsestrategien finansiert 19 prosjekter i perioden 2004–2014. Det er i tillegg flere pågående prosjekter med relevans for kvinners helse både i Forskningsrådets helseprogrammer og i øvrig programportefølje. Et eksempel er en studie som skal se på basale sykdomsmekanismer kombinert med en klinisk studie på behandling av ME.

*Barn som pårørende*

Forskningen forankres i et barne- og familieperspektiv. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 5,2 mill. kroner i 2015, 4 prosjekt er innvilget prosjektstøtte. Midlene foreslås flyttet fra kap. 781, post 79 til kap. 780, post 50 i 2015.

## Evalueringer

*Mammografiprogrammet*

Mammografiprogrammet er et tilbud der kvinner mellom 50 og 69 år blir invitert til å delta i en mammografiundersøkelse hvert annet år. Syv delprosjekter inngår i evalueringen av mammografiprogrammet, og omfatter bl.a. studier om dødelighet, omfang av kreft oppdaget mellom to screeningsrunder (intervallkreft), omfang av overdiagnostikk, kvinners opplevelse av og erfaring med screeningsprogrammet og en økonomisk evaluering av Mammografiprogrammets kostnader. Evalueringen er kraftig forsinket og vil etter planen avsluttes i 2014. Et av delprosjektene i evalueringen, Mammografi screening i Norge – Evaluering av helseeffekter, ble publisert i British Medical Journal i juni 2014. Studien fant at kvinner som ble

invitert til det norske mammografiprogrammet hadde 28 pst. lavere risiko for å dø av brystkreft, sammenliknet med en gruppe av jevngamle kvinner som ikke fikk invitasjon til screening. Studien konkluderer også med at utviklingen av bedre behandlingsmetoder sannsynligvis vil føre til en gradvis reduksjon i den absolutte fordelene ved screening.

*Følgeevaluering av samhandlingsreformen*

Det ble i 2012 tildelt 10 mill. kroner til en forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. Evalueringen skal omfatte første del av implementeringsfasen for reformen (2011–2015). Midlene videreføres i prosjektperioden, som til sammen blir 40 mill. kroner. Det er etablert en styringsgruppe og utarbeidet mål- og rammedokumentet for evalueringen. I første fase av evalueringen legges det størst vekt på implementeringen av reformens ulike virkemidler, mens det i andre fase er effektene av reformen som skal evalueres. Tre større tverrfaglige evalueringssprosjekter startet opp i 2012, og ytterligere tre prosjekter ble igangsatt i 2013. Rapportering og erfaringsutveksling mellom prosjektene skjer halvårlig. Evalueringen omfatter prosjekter om pasientforløp og samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og helseforetakene, styringsvirkemidler og kommunale innovasjoner, effekter på helse, helsetjenester og samfunnsøkonomi, konsekvenser for eldre og deres pårørende, kommunenes arbeid med helsefremme og sykdomsforebygging, samt informasjonsutveksling og IKT-løsninger. Det skal utarbeides en samlet evalueringsrapport etter at alle prosjektene er ferdigstilt ved utgangen av 2015.

**Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	78 040	71 062	85 620
70	Norsk Helsenett SF	79 727		
79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	63 941	52 139	43 160
	Sum kap. 0781	221 708	123 201	128 780

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringene i bevilgningen knyttet til:

- 1 mill. kroner til nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.
- 1 mill. kroner til legenes spesialistutdanning.
- 8 mill. kroner til nødnett.
- 3,5 mill. kroner til pakkeforløp kreft.
- 3,3 mill. kroner til vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.
- 5,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.
- 1,3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til styrking av andre prioriterte tiltak.

Øvrige flyttinger er omtalt under de enkelte postene.

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Formålet med bevilgningen er å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av helse-tjenester. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som ble finansiert i 2014, og enkelte av prosjektene som vil bli finansiert i 2015. Bevilgningen er redusert med 5,9 mill. kroner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.

Det foreslås følgende flyttinger:

- 2,2 mill. kroner til kap. 720, post 01 knyttet til utredningsoppgaver for spesialisthelsetjenesten, tidligere Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenester. Oppgaven er av varig karakter og hører inn under Helsedirektoratets faste oppgaver.
- 1 mill. kroner til kap. 720, post 01 til Helsedirektoratets arbeid knyttet til fødselsområdet.
- 9,9 mill. kroner fra kap. 725, post 01 knyttet til nasjonalt program for pasientsikkerhet.
- 1,8 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 knyttet til samordning innenfor eiendomsområdet. Det vises til omtale der.
- 1 mill. kroner til kap. 732, post 70 knyttet til kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME).
- 1,4 mill. kroner til kap. 701, post 21 knyttet til telefontjenesten 800 Helse.

#### *Nødnett*

Nødnett er det nye digitale radiosambandet for landets nød- og beredskapsstasjoner. Første byggetrinn ble avsluttet i 2011, og samme år ble nasjonal

utbygging vedtatt i Stortinget. Første fase i den nasjonale utbyggingen, Hedmark og Oppland, ble ferdigstilt etter planen i 2013, og andre fase (Nordre Buskerud, Vestfold, Telemark og Agder) starter drift i 2014.

Erfaringene med bruk av nødnettet tyder på at teknologien, rutinene for bruk og opplæringsmodellene i hovedsak fungerer i samsvar med forutsetningene. Sluttbrukere fra alle tre etater peker på at systemet gir en mer effektiv samhandling og koordinering både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt med de øvrige nødetatene.

Helsedirektoratet ivaretar det overordnede prosjektansvaret for innføring av nødnett i helse-tjenesten. De regionale helseforetakene har gjennom Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) det praktiske ansvaret for utbygging og drift i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som følge av forskyvninger i både radionettleveransene og leveransene av små kontrollrom vil utbyggingen bli spesielt krevende i 2015, siden tre helseregioner vil ha innføringsaktiviteter samtidig. Disse forskyvningene innebærer at innføringen i helsetjenesten vil pågå inn i 2016.

Drift og oppgradering av det eksisterende helse-radionettet er nødvendig inntil nytt nødnett er ferdig utbygget i Fastlands-Norge. Det har i 2012 og 2013 vært gjort nødvendige tilpasninger av helse-radionettet for å sikre at nettet har nødvendig funksjonalitet i utbyggingsperioden og i overgangen mellom gammel og ny teknologi. Det vil være nødvendig å fortsette med denne type tiltak og justeringer i 2014 og 2015 med bakgrunn i utviklingen i telenettet og utbyggingen av nødnettet.

For å sikre en effektiv og godt organisert svar-tjeneste i landets legevaktsentraler, har Helsedirektoratet gjennomført informasjons- og kartleggingsmøter for samtlige av landets kommuner i 2012 og 2013. Alle kommuner som omfattes av den nasjonale utbyggingen, har gjennomgått og vurdert egen organisering. Flere mindre og sårbare legevaktsentraler og svartjenester på dagtid planlegges omdannet til større og mer robuste interkommunale legevaktsentraler. Det forventes derfor at omfanget i den videre nasjonale utbyggingen reduseres fra totalt 165 legevaktsentraler til rett i overkant av 100. Dette vurderes som en faglig styrking av tjenesten.

Staten finansierer store deler av innføringsarbeidet og investeringene i utstyr også for kommunehelsetjenesten, men kommunene må selv bidra med ressurser og investeringer. Dette finansieringsbildet er det redegjort for i Prop. 100 S



(2010–2011) under pkt. 9.1 Bakgrunn for abonnementsordningen: «Stortinget forutsatte i 2004 at nødetatene skal betale driftsutgiftene til Nødnett etter hvert som dette bygges ut og etatene tar nettet i bruk, og at utgiftene skal dekkes innenfor etatenes til enhver tid gjeldende budsjetttrammer, jf. Budsjettinnst. S. nr. 4 (2004–2005)». Det legges opp til iverksetting av betalingsordning for driftskostnadene i HDO fra 2015 for de kommuner som har tatt nødnett i bruk. HDO vil administrere betalingsordningen.

Det foreslås at tilskuddet videreføres med 15,6 mill. kroner i 2015 til finansiering av Helsedirektoratets aktiviteter i prosjektet. I tillegg foreslås det videreført et tilskudd på 8 mill. kroner til direktoratets ansvar for områdeledelse ved innføringen i kommunene. Det vises også til forslag til tilskudd på 57 mill. kroner under kap. 732, post 70 til deknning av de regionale helseforetakenes kostnader ved innføringen i kommunene.

#### *Pakkeforløp kreft*

Helsedirektoratet har i 2014 fått i oppdrag å følge opp Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 med en plan for gjennomføring av tiltak og oppfyllelse av mål og delmål i strategien. I tillegg har Helsedirektoratet fått et eget oppdrag på kreftområdet som innebærer ansvar for utvikling av pakkeforløp på kreft, inkludert diagnoseveiledere til fastlegene og en implementeringsplan for pakkeforløp i sykehusene. Det er bl.a. behov for frikjøp av fagekspertise, drifting av 20 nye faggrupper, regionale konferanser før implementering av pakkeforløpene og utarbeidelse av informasjonsmateriale. Pakkeforløpene skal integreres med de eksisterende handlingsprogrammene for kreft.

Det ble i 2014 gitt et tilskudd på 5 mill. kroner til pakkeforløp kreft, jf. Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013–2014). Det vil påløpe utgifter til videreføring av arbeidet med pakkeforløpene også i 2015. Tilskuddet foreslås videreført med 3,5 mill. kroner i 2015.

#### *Norsk helsearkiv*

Det er besluttet å etablere Norsk helsearkiv på Tynset, organisert som en enhet i Arkiverket. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten. Norsk helsearkiv vil være en stor satsning for å fremme medisinsk og helsefaglig forskning. Det vil også være nyttig for annen type forskning og andre dokumentasjonsformål.

De nødvendige lovendringer er gjennomført, jf. Prop. 99 L (2011–2012) Endringer i helseregisterlova mv. (etablering av Norsk helsearkiv m.m.) og Innst. 351 L (2011–2012). Forslag til forskrifter har vært på alminnelig høring. Departementet arbeider med å slutføre forskriften på bakgrunn av høringsinnspillene.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for etableringen og oppbyggingen av Norsk helsearkiv, og departementet har budsjettansvar for Norsk helsearkiv i denne perioden. Riksarkivaren har, etter oppdrag fra Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, etablert en interimsorganisasjon for Norsk helsearkiv. Interimsorganisasjonen har bl.a. som oppgave å:

- kartlegge og vurdere aktuelt papirbasert og elektronisk arkivmateriale mv. som kan avleveres til Norsk helsearkiv
- utvikle/tilpasse IT-systemer til bruk i Norsk helsearkiv
- legge til rette for etablering av organisasjonen på Tynset
- bidra i arbeidet med avklaring av egnede lokaler for Norsk helsearkiv på Tynset

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 10 mill. kroner i 2015. Bevilgningen skal i hovedsak dekke interimsorganisasjonens utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjektleder, IKT-utstyr og andre utgifter knyttet til forprosjektet.

For byggeprosjektet med samlokalisering av Norsk helsearkiv og sentraldepot for Arkiverket på Tynset vises det til omtale i budsjettproposisjonen til Kulturdepartementet.

#### *Nasjonalt program for kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i Helse- og omsorgssektoren (InnoMed)*

Målsettingen til InnoMed er å utvikle løsninger basert på brukernes og pasientenes behov for å øke kvaliteten og effektiviteten i sektoren. InnoMed har et strategisk samarbeid med Innovasjon Norge og inngår i den tiårige satsningen på innovasjon i helse- og omsorgssektoren mellom Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. InnoMed deltar sammen med Helse- og omsorgsdepartementet i nasjonalt program for leverandørutvikling initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS, jf. omtale under kap. 769, postene 21 og 70.

Det foreslås en videreføring av styrkingen av InnoMeds aktivitet på 5 mill. kroner i 2015, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014), som en oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013):

Morgendagens omsorg. Midlene skal bl.a. gå til å følge opp et kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon og kompetanseheving og prosessveiledning for kommuner som deltar i nettverket.

I 2013 ble sekretariatsfunksjonen for InnoMed styrket for å bedre tilrettelegge for utvikling og formidling av metodeverktøy til kommunene. KS har fått i oppdrag å etablere et kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon for kommunale helse- og omsorgstjenester. Nettverket skal driftes av KS i samarbeid med Helsedirektoratet og InnoMed. Det er gitt tilskudd til innovasjonsprosjekter for oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013): Morgendagens omsorg. Videre ble det i 2013 gjennomført en ekstern evaluering av InnoMed som vektla et av InnoMeds tre virksomhetsområder, innovasjonsprosjekter. Resultatene av evalueringen viser at InnoMed har levert flere nasjonale løsninger og har en aktiv prosjektportefølje, hvilket tilsier at det er et potensial til å levere flere nasjonale løsninger. InnoMeds virksomhet har i 2013 resultert i 11 nye forprosjekter, 22 nye hovedprosjekter, hvorav 15 prosjekter er finansiert og iverksatt og 6 søknader er under utarbeidelse. I løpet av 2014 skal det gjennomføres en ny anskaffelse av InnoMed sitt sekretariat.

#### *Abort- og steriliseringsnemndene*

Gode rutiner for ivaretagelse av kvinner som søker abort etter svangerskapsuke 12, skal sikres via behandling i en av landets 34 abortnemnder. Helsedirektoratet har utarbeidet og reviderer Håndbok for abortnemndsarbeid som er et viktig verktøy for nemndene. Sentral klagenemnd for abortsaker oppnevnes av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har ansvaret for nemndas sekretariat. I januar 2014 ble det utnevnt ny sentral abortklagenemnd for fire år.

I april 2013 avla en uavhengig ekspertgruppe en rapport om abortpraksis. Rapporten beskrev utfordringene knyttet til organisering av landets 34 primærnemnder og den sentrale klagenemnden for abortsaker. Ekspertgruppen foreslo bl.a. å redusere antall primærnemnder fra 34 til under 17, og at helseforetakene bedre må legge til rette for abortnemndsarbeid ved å utnevne faste medlemmer og varamedlemmer. Gruppen foreslo også å forskriftsfeste dagens yttergrense for abort.

Helsedirektoratet følger opp ekspertgruppens anbefalinger for å sikre best praksis i landets abortnemnder. I dette arbeidet samarbeider Helsedirektoratet med de regionale helseforetakene og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Dette for å kunne beskrive best praksis for abortnemndsarbeid, anbefale ny organisering og sikre gode rutiner for arbeidet. Det arrangeres årlige abortnemndskonferanser som et ledd i opplæring og kunnskapsformidling til medlemmene både i primær- og klagenemnd. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om å forskriftsfeste 22 fullgatte svangerskapsuker som yttergrense for abort. Departementet foreslår også en presisering av at medlemmer og varamedlemmer skal være faste. Høringsfristen er 1. oktober 2014.

#### *Nasjonale helsekonferanser*

Det er behov for arenaer hvor aktører i helse- og omsorgstjenesten kan møtes for å stimulere til videreutvikling av tjenesten for å nå de helsepolitiske målene. Helse- og omsorgsdepartementet har, i samarbeid med Helsedirektoratet, invitert til nasjonale helsekonferanser siden 2007. Konferansene er blitt et møtested for ledere, brukere, bransjeorganisasjoner og fagfolk, og er en viktig arena for dialog.

#### *Nasjonale kvalitetsindikatorer*

Utvikling og publisering av kvalitetsindikatorer er viktige bidrag i arbeidet med mer åpenhet om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet. Gjennom kvalitetsindikatorsystemet gis det gyldig og pålitelig informasjon om helse- og omsorgstjenestens kvalitet og prestasjoner, både når det gjelder status og langsiktige trender. Kvalitetsindikatorer kan fungere som grunnlag og insitament for kvalitetsforbedring, og for styring og helsepolitiske prioriteringer. De kan også benyttes av pasienter og brukere som grunnlag for å velge tjenestested. Helsedirektoratet har ansvar for å drifte og videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og å inkludere nye områder innen helse- og omsorgstjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal på oppdrag fra Helsedirektoratet bistå med utvikling, drift og validering. I 2013 ble det lansert ny publiseringsløsning på helsenorge-portalen, antall kvalitetsindikatorer økte fra 33 til 54 og antall kvalitetsindikatorgrupper økte fra 3 til 5. På området psykisk helsevern og rus er det gjort et betydelig løft, og 17 nye kvalitetsindikatorer ble ferdigstilt og publisert i 2013. Helsedirektoratet skal levere en treårig handlingsplan for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i 2014.

### *Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere*

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er virkemidler for å redusere uønsket variasjon og heve kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. De skal også bidra til riktigere prioriteringer, bidra til å løse samhandlingsutfordringer og bidra til helhetlige pasientforløp. Helse- og omsorgsdepartementet har et lovfestet ansvar for å utvikle, videreformidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

### *Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven*

I lys av vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. Stortingets behandling av Prop. 118 L (2012–2013), ble det i 2014 gitt et tilskudd på 5 mill. kroner til arbeidet med å revidere prioriteringsveilederne, jf. Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013–2014). Tilskuddet foreslås videreført i 2015 med 3,3 mill. kroner. Det vises til nærmere omtale under kap. 720, post 01.

### *Legenes spesialistutdanning*

Det foreslås 1 mill. kroner knyttet til legenes spesialistutdanning. Det foreslås også 1,7 mill. kroner under kap. 783, post 21 til samme formål. Det vises til nærmere omtale der.

### *Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)*

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet veileder til fastleger, helse- og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Veilederen består av råd om utredning, diagnostikk og rehabilitering samt oppfølging med pleie og omsorg av pasienter med CFS/ME. Veilederen er utviklet i samarbeid med brukerne og med Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME. Det foreslås å flytte 1 mill. kroner til kap. 732, post 70 til tematisk biobank for CFS/ME, jf. omtale der.

### *Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten*

System for innføring og håndtering av nye metoder, dvs. legemidler, medisinskteknisk utstyr, medisinske prosedyrer og diagnostiske tester i spesialisthelsetjenesten, ble innført i 2013 i tråd med føringer i Meld. St. 10 (2012–2013), God kvalitet – trygge tjenester. Systemet legger opp til systematisk bruk av metodevarsling for tidlig å fange opp ny teknologi og metoder, samt kunn-

skapsbaserte metodevurderinger for å dokumentere nytte, bivirkninger, sikkerhet, ev. organisatoriske konsekvenser, samt kostnadseffektivitet på lokalt og nasjonalt nivå før det tas beslutninger om innføring av nye metoder. Nasjonale metodevurderinger gjennomføres av fagpersonell ved hhv. Statens Legemiddelverk (for legemidler) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (for øvrige metoder). Helse- og omsorgsdepartementet har fått tildelt rolle som sekretariat og koordinator for system for innføring av nye metoder. Det er behov for å styrke og utvide sekretariatets funksjoner når det gjelder igangsetting av nødvendige evaluering- og monitoreringstiltak, samt styrking av informasjonsvirksomhet rettet mot helsetjenesten.

Det foreslås 1 mill. kroner til Helse- og omsorgsdepartementets funksjon i systemet for innføring av nye metoder. Det vises til omtale også under kap. 750 post 01 Statens Legemiddelverk og kap. 725 post 01 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

### *Nasjonalt program for pasientsikkerhet*

I 2014 startet det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Programmet viderefører tiltak og metodikk fra pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender, som ble avsluttet i 2013. Det er utarbeidet en sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen som er tilgjengelig på pasientsikkerhetsprogrammets nettsted I trygge hender. Sluttrapporten viser bl.a. at andel pasientskader i sykehus er blitt redusert fra 16 pst. til 13 pst. i kampanjeperioden, målt ved metoden Global Trigger Tool. Rapporten viser også at enkelte tiltakspakker langt på vei er implementert i tjenesten, men at det fortsatt er langt igjen før full implementering av alle tiltakspakkene. Det femårige programmet skal videreføre arbeidet fra kampanjen, med særlig vekt på videreutvikling av kommunespektivet og brukerspektivet. Gjennom konkrete tiltakspakker og forbedringskompetanse er målet å forbedre pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten ytterligere.

Det er etablert en egen styringsgruppe for programmet. Styringsgruppen, som ledes av direktøren i Helse- og omsorgsdepartementet, har det formelle ansvaret for programmet. Styringsgruppen beslutter innsatsområder, vedtar disponering av budsjett og saker av prinsipiell betydning vedrørende gjennomføring og profilering av programmet. Sekretariatet for programmet rapporterer til og er underlagt styringsgruppen for programmet. Sekretariatets hovedoppgave er å forberede saker til styringsgruppen og ivareta nasjonal samordning og koordinering ved gjennomføring av tiltak i pro-

grammet. Det er utarbeidet eget nettsted for programmet.

Det ble i 2014 vedtatt å flytte sekretariatet for programmet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til Helsedirektoratet for å forenkle organiseringen og styringen, jf. Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013–2014). Programmet hadde i 2014 en grunnfinansiering på 20,2 mill. kroner. Det foreslås i 2015 å flytte 10,5 mill. kroner fra kap. 725, post 01 til kap. 720, post 01 til drift av sekretariatet. Videre foreslås det å flytte 9,9 mill. kroner fra kap. 725, post 01 til denne posten til dekning av tiltak og aktiviteter knyttet til gjennomføringen av program for pasientsikkerhet. Det vises til omtale under kap. 725, post 01 og kap. 720, post 01.

#### *Helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*

Stortinget behandlet våren 2009 St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. Innst. S. nr. 240 (2008–2009). Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utrede felles nasjonale retningslinjer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Retningslinje for barselomsorgen er publisert i 2014. Revisjon av retningslinje for svangerskapsomsorgen er under arbeid. Iht. helse- og omsorgstjenesteloven, er det i 2013 inngått lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus som skal bidra til en god organisering som kan føre til bedre pasientforløp. Det foreslås å flytte 1 mill. kroner til kap. 720, post 01 til Helsedirektoratets arbeid knyttet til fødselsomsorgen. Oppgaver innenfor fødselsområdet er av varig karakter og hører inn under Helsedirektoratets driftskapittel.

#### *Styrking av den akuttmedisinske kjede*

En sammenhengende god behandlingsskjede er avgjørende for å sikre befolkningen rask tilgang til gode likeverdige helsetjenester når akutt sykdom eller skade oppstår. Evalueringene og oppfølgingen etter hendelsene den 22. juli viste at helsetjenesten i hovedsak fungerte godt, men at det på noen områder var behov for forbedringer. Helsedirektoratet har i 2013 utredet og fulgt opp helsetjenestens lærings- og forbedringspunkter etter hendelsene 22. juli. Flere av disse punktene leder fram til faglige anbefalinger om styrking av kjeden. Anbefalingene omfatter vurdering og prioritering av pasienter ved store hendelser, nødetatens håndtering av situasjoner hvor det utøves dødelig vold og organisering av helsetjenesten

ved store hendelser. Innenfor disse områdene vil det i løpet av 2014 foreligge kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Nasjonalt kompetansesenter for akuttmedisin har fått i oppdrag å vurdere innføringen av et nasjonalt helhetlig system for prioritering (triagering) av pasienter i hele den akuttmedisinske kjede. Disse arbeidene vil ferdigstilles i løpet av 2014. Arbeidene med å utarbeide kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for helsetjenestens organisering ved store ulykker og katastrofer og retningslinjer for nødetatens håndtering av hendelser hvor det utøves dødelig vold blir ferdigstilt i 2014.

#### *Raskere tilbake*

Det vises til omtale under kap. 732, post 79. Helsedirektoratet skal sikre nasjonal koordinering ved å følge med på at ordningen Raskere tilbake utvikles og praktiseres i samsvar med ordningens dialog med relevante aktører. Helsedirektoratet har ansvar for rapportering og analyser om status og utvikling av ordningen.

#### **Post 70 Norsk Helsenett SF**

Det vises til omtale under kap. 701, post 70.

#### **Post 79 Andre tilskudd**

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings- og kompetansehevende tiltak innenfor enkelte områder av helsetjenesten. Utover omtale under de enkelte tilskudd er bevilgningen redusert med 1,3 mill. kroner knyttet til styrking av andre prioriterte tiltak. Det foreslås følgende flyttinger:

- 2 mill. kroner til kap. 732, post 70 til forskning på kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME).
- 1 mill. kroner til kap. 761, post 75 knyttet til kompetanse og fagnettverk, Huntingtons sykdom.
- 5,2 mill. kroner til kap. 780, post 50 knyttet til Barn som pårørende.

#### *Organdonasjon*

Nasjonalt fagråd for organdonasjon ble opprettet høsten 2009 i regi av Helsedirektoratet, som også ivaretar sekretærfunksjonen for rådet. Oslo universitetssykehus HF har landsfunksjon for organtransplantasjon. Antall organtransplantasjoner har økt fra 303 i 2001 til 526 i 2013. Nyretransplantasjoner, som det skjer flest av, skjer med organer fra avdøde og levende giver.

### *Stiftelsen organdonasjon*

Det gis tilskudd til Stiftelsen organdonasjon. Stiftelsen driver opplysningsarbeid overfor befolkningen og media for at flest mulig skal ta stilling til organdonasjon. Det foreslås et tilskudd til Stiftelsen i 2015 til dette arbeidet.

### *Norsk ressursgruppe for organdonasjon (Norod)*

Det gis tilskudd til Norod. Gruppen består av helsepersonell fra flere donorsykehus og fra transplantasjonsmiljøet ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Opplæring av helsepersonell i kommunikasjon med pårørende er en prioritert oppgave. Det foreslås et tilskudd til Norod i 2015 til dette arbeidet.

### *Kompetanse og fagnettverk, Huntingtons sykdom*

Fagnettverk Huntington er etablert som et nasjonalt system for veiledning og kompetanse. Tilskuddet på 1 mill. kroner som bl.a. går til administrasjon av fagnettverket foreslås flyttet til kap. 761, post 75, da det gis tilskudd til samme formål under dette kapitlet. Det vises til nærmere omtale der.

### *Barn som pårørende*

Ideelle organisasjoner, bl.a. Blå Kors, har utviklet modeller og tiltak som kan nå barn/pårørende. Det foreslås 9 mill. kroner øremerket til Blå Kors og videreutvikling av Kompasset. Forskning på området barn som pårørende ble i 2011 en egen femårig strategisk satsning gjennom Norges forskningsråd. Fire prosjekter er tildelt midler. Det foreslås å flytte 5,2 mill. kroner til kap. 780, post 50 for å videreføre forskning på området barn som pårørende. Det vises til omtale under kap. 780 Forskning. Helsedirektoratet satte i 2013 i gang en levekårsundersøkelse av barn med rusavhengige foreldre. Det ble i 2014 gitt et tilskudd på 3,2 mill. kroner til dette arbeidet. Lavekårsundersøkelsen gjennomføres og ferdigstilles i 2014. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 2,2 mill. kroner til kompetansehevende tiltak i helse- og omsorgstjenesten.

### *Nasjonale kreftstrategi 2013–2017*

Bedre og mer effektiv utredning og behandling av kreftsykdommer er et viktig satsingsområde. Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 trekker opp nasjonale målsettinger og del-

mål på flere viktige områder: En mer brukerorientert kreftomsorg, gode pasientforløp uten unødige forsinkelser, kreftforebygging, økt kreftoverlevelse og bedre livskvalitet for kreftpasienter og pårørende. Strategien er utarbeidet i samarbeid med Kreftforeningen.

Handlingsprogrammene for kreft er avgjørende for at helse- og omsorgstjenesten skal oppnå det langsiktige målet om god kvalitet og kapasitet i tilbudet til kreftpasienter. Det er ferdigstilt og publisert totalt 16 nasjonale handlingsprogrammer for ulike kreftformer og ytterligere seks er under utvikling. Handlingsprogrammene er utvidet til å omfatte hele pasientforløpet, bl.a. fastlegens rolle, senefekter og rehabilitering. Videre er utvikling av nye kvalitetsindikatorer på kreft igangsatt for å bidra til relevant og pålitelig styringsinformasjon i spesialisthelsetjenesten. I løpet av 2014 er arbeidet med handlingsprogrammene for kreft videreført. Nasjonale screeningprogrammer bidrar til tidlig diagnostikk og økt overlevelse på kreftområdet. I 2013 ble arbeidet med «nasjonal styringsstruktur for screening» påbegynt for å sikre god kvalitet og styring av nasjonale screeningprogram. Partnerskap mot kreft ble etablert i 2013 og skal sikre god og helhetlig samhandling og implementering i kreftomsorgen. Arbeidet med nasjonal styringsstruktur for screening er videreført og ferdigstilles høsten 2014.

Gjennomføring av tiltakene i Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 vil i årene framover være et viktig bidrag for å gjøre resultatene av norsk kreftbehandling bedre. Det er startet en prosess med utarbeidelse av en handlingsplan som skal konkretisere hvordan målene i den nasjonale kreftstrategien skal nås. Arbeidet med bl.a. handlingsprogrammene på kreft er et viktig verktøy for å etablere nasjonal konsensus i utredning og behandlingen av de enkelte kreftformene. Det vises til omtale under kap. 732, post 70. Det vil i løpet av 2014 bli utarbeidet pakkeforløp for kreft, med sikte på innføring i sykehusene i løpet av 2015. Pakkeforløp innebærer en nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i et behandlingsforløp skal ta. Det vises til omtale under kap. 781, post 21. Etter implementering av pakkeforløp i 2015 vil det bli innført en rapportering for alle kreftformer basert på sykdomsspesifikke forløpstider. Etter hvert skal denne rapporteringen erstatte rapporteringen av andel pasienter med brystkreft, tykktarmskreft og lungekreft som får behandling innen 20 dager. Parallelt med innføring av pakkeforløp, vil imidlertid den eksisterende rapportering bestå inntil videre.

### *Onkologiske faggrupper*

De onkologiske faggruppene organiserer legespesialistene innen de enkelte kreftformene. Faggruppene samler, vurderer og behandler forskningsinformasjon om de enkelte kreftformene. Dette formidles til de regionale helseforetakene og bidrar til lik behandling i Norge. Denne informasjonen danner også grunnlaget for de faglige anbefalingene som gjennom handlingsprogrammene utgis som nasjonale faglige retningslinjer. De onkologiske faggruppene gjennomfører forskning og skriver faglige artikler som bidrar til kunnskapsspredning nasjonalt og internasjonalt. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til tilskuddsordningen for de onkologiske faggruppene i 2015.

### *Kreftlinjen*

Kreftlinjen er et informasjonstilbud, primært rettet mot kreftpasienter og deres pårørende, som driftes av Kreftforeningen. Tilbudet har som formål å drive rådgivning, veiledning og støtte til mennesker som er rammet av eller har spørsmål om kreft. Kreftlinjen har et tett samarbeid med, og gir faglig bistand til Kreftforeningens 12 tilsluttede pasientforeninger. De som kontakter Kreftlinjen kan, som en del av Kreftforeningens rettighetstjeneste, også ved behov få bistand fra Kreftforeningens sosionomer og jurister/advokater. Det ble gitt et tilskudd på 1,8 mill. kroner til arbeidet med Kreftlinjen i 2014. Det foreslås at tilskuddet til Kreftforeningen videreføres i 2015 til dette arbeidet.

### *Beslutningsstøtteverktøy for pasienter*

Beslutningsstøtteverktøy kan hjelpe pasienter og pårørende med å tilegne seg kunnskap og kommunikasjonsferdigheter slik at de kan bli aktive deltakere i egen utredning, behandling og oppfølging. Verktøyet, som f.eks. kan finnes på dvd eller internett, vil gi pasienter informasjon om ulike behandlingsoalternativer, slik at pasienter sammen med helsepersonell kan treffe valg som er i tråd med deres verdier og preferanser. Det foreslås at tilskuddet på 2 mill. kroner til Kreftforeningen videreføres i 2015.

### *International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP)*

Det er forskjeller i kreftoverlevelse i ulike land. ICBP ønsker å finne svar på hvorfor kreftoverle-

velsen varierer mellom deltakerlandene. Prosjektet begynte som et initiativ fra Helsedepartementet i Storbritannia, og er et samarbeid mellom Storbritannia, Canada, Australia, Danmark, Sverige og Norge. ICBP ser spesifikt på fire ulike kreftformer: brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og ovarialkreft. En gjennomgang av statistikk for kreftoverlevelse i de seks landene i årene 1995–2007 viser at Australia, Canada og Sverige kommer best ut, Storbritannia og Danmark kommer dårligst ut, mens Norge kommer middels ut. Studien viste at overlevelsen økte i denne perioden for alle de fire krefttypene i alle deltakerlandene. I de øvrige studiene i prosjektet kartlegges forskjeller i befolkningens kunnskap og bevissthet om kreft, fastlegenes rolle og forskjeller i kunnskap, atferd og systemer i første linjetjenesten, årsaker til forsinkelser i pasientforløp og i hvilken grad evidensbasert behandling blir brukt i de ulike landene. Prosjektet er planlagt fullført i løpet av 2014, men det vil gjestå noe analyse- og publiseringsarbeid i 2015. Det ble i 2014 gitt et tilskudd på 1 mill. kroner til ICBP. Tilskuddet foreslås redusert med 0,3 mill. kroner i 2015.

### *Diabetes*

Hvor godt samfunnet og helsetjenesten lykkes med å forebygge og behandle diabetes er en indikator på både hvor godt folkehelsearbeidet fungerer og i hvilken grad vi lykkes med samhandlingsreformens målsettinger om en styrket innsats tidlig i forløpet med god oppfølging og opplæring i kommunene. De overordnede linjene for utvikling av tjenestetilbudet til mennesker med diabetes følges opp i den nasjonale strategien for forebygging, behandling og oppfølging av mennesker med ikke smittsomme kroniske sykdommer, som ble lagt fram høsten 2013. Strategien har en egen del spesielt rettet mot diabetes. Det er avsatt tilskuddsmidler til friskliv og mestring av sykdom over kap. 762, post 60.

Det foreslås et tilskudd på til sammen 6,7 mill. kroner til Diabetesforbundet knyttet til Diabeteslinjen, motivasjonsgrupper og utdanning av ledere til motivasjonsgrupper.

### *Standard Norge*

Stiftelsen Standard Norge bidrar i standardiseringsarbeidet innenfor helseområdet. Tilskudd til Standard Norge foreslås videreført i 2015 til bl.a. utvikling av standarder på medisinsk utstyr.

### Nasjonalt medisinsk museum

Nasjonalt medisinsk museum er integrert i Norsk teknisk museum, og er opprettet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Museet skal formidle medisinhistorie ved å dokumentere og bevare gjenstander, fotografier, arkivmateriale og bøker innenfor sitt felt, samt videreutvikle utstillinger. Tilskuddet foreslås videreført i 2015.

### Nasjonal koordinering og fagutvikling av de kliniske etikkomiteer

Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, har ansvar for nasjonal koordinering og fagutvikling av de kliniske etikkomiteene ved helseforeta-

kene. Seksjonen bistår komiteene ved etablering, tilbyr kompetanseutvikling, sørger for erfaringsutveksling og kvalitetssikring i arbeidet med komiteene og driver forskning på området. Seksjon for medisinsk etikk skal legge til rette for at de kliniske etikkomiteene skal kunne identifisere, analysere og bidra til at etiske problemstillinger knyttet til pasientbehandling blir best mulig håndtert i helseforetakene. Saker knyttet til avslutning av livsforlengende behandling dominerer, men aktivitet knyttet til rusbehandling og psykisk helsevern er økende. Flere komiteer arbeider med spørsmål rundt samtykkekompetanse og tvang. Det foreslås et tilskudd til de kliniske etikkomiteene også i 2015.

## Kap. 782 Helseregistre

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter	16 526	17 125	47 001
70	Tilskudd	34 787	36 005	37 193
	Sum kap. 0782	51 313	53 130	84 194

Bevilgningen foreslås økt med 30 mill. kroner til utvikling av kommunalt helse- og omsorgsregistre.

Nasjonale helseregistre er nødvendige for helseovervåking, beredskap, forskning og kunnskapsutvikling, kvalitetssikring og forbedring av tjenestetilbudet. Det finnes i dag 17 sentrale helseregistre, deriblant Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Meldesystemet for infeksjonssykdommer og Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser i Nasjonalt folkehelseinstitutt, Norsk pasientregister i Helsedirektoratet og Kreftregisteret i Oslo universitetssykehus HF. Det finnes om lag 200 medisinske kvalitetsregistre, hvorav 47 har offisiell status som nasjonale.

De norske helseregistrene gir bedre muligheter for å følge med på helsetilstanden i befolkningen, finne årsaker til sykdom og vurdere kvalitet på helsetjenestene enn i de fleste andre land. Disse mulighetene kan imidlertid utnyttes bedre. Infrastrukturen i flere av registrene er umoderne, og nye teknologiske løsninger er i begrenset grad tatt i bruk. Mange av registrene er ikke godt nok oppdatert, og flere av kvalitetsregistrene har fortsatt for lav nasjonal dekningsgrad. Det er store variasjoner i kvaliteten på dataene og det er kre-

vende å koble informasjonen fra ulike registre sammen. Det er særlig behov for bedre data om primærhelsetjenesten for å vurdere kvaliteten på tjenestene og understøtte samhandlingsreformen.

Det er satt i gang et omfattende arbeid for å modernisere og samordne sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre gjennom Nasjonalt helseregisterprosjekt. Det er et mål at det skal finnes helseregistre innenfor alle store sykdomsområder for å ivareta pasientsikkerheten, kvaliteten på tjenestene og beredskapsformål. Viktige utviklingsområder er fellesregistermodellen og felles tekniske løsninger.

Det foreslås å utvikle et register for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er betydelige mangler i kunnskapsgrunnlaget om disse tjenestene både knyttet til aktivitet og kvalitet. Behovet for bedre datagrunnlag for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er vurdert bl.a. gjennom Nasjonalt helseregisterprosjekt. Formålet med registeret skal være å samle inn og gjøre tilgjengelig systematiske og pålitelige data fra alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Data fra registeret vil bl.a. kunne brukes som grunnlag for administrasjon, styring, kvalitetsutvikling, forskning, helseovervåking og beredskap.

Nasjonalt helseregisterprosjektet følges opp gjennom toårige handlingsplaner. Handlingsplanen for 2010–2011 var den første planen og fungerer som en overordnet plan for utvikling av helseregisterfeltet de kommende årene. Handlingsplanen for 2012–2013 er i all hovedsak gjennomført. I perioden er det etablert 26 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status, innrapporteringsløsninger og resultat tjeneste for kvalitetsregistrene, og et hjerte- og karregister. Videre er datakvalitet i NPR forbedret, dødsårsaksregisteret er under modernisering, ny helseregisterlov er vedtatt av Stortinget, og det er etablert bedre samordning mellom registerarbeidet og e-helsearbeidet. Det er fortsatt behov for modernisering og kvalitetsforbedring i eksisterende registre og behov for nye registre.

I handlingsplanen for perioden 2014–2015 er oppmerksomheten i større grad rettet mot utvikling av felles brukertjenester og forenkling av arbeidsprosesser. I tillegg vil prosjektene som er igangsatt i forrige planperiode bli videreført. Følgende områder og tiltak er prioritert i denne toårperioden:

- Fortsatt satsing på resultater fra medisinske kvalitetsregistre
- Nye brukertjenester for forskere, publikum og helse- og omsorgstjenestene
- Forenkling av innrapporteringen til helseregistrene
- Forenkling og harmonisering av regelverket
- Starte utvikling av helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Innhenting av data om legemiddelbruk i institusjoner (bl.a. sykehus og sykehjem)
- Elektronisk innrapportering til Dødsårsaksregisteret
- Registerdata for psykiske lidelser og ruslidelser

Ny pasientjournal og helseregisterlov trer i kraft fra 1. januar 2015. Den nye helseregisterloven regulerer helseregistre som ikke er behandlingsrettede, men som skal danne grunnlag for statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap (sekundærbruk). Lovendringen innebærer at ikke-samtykkebaserte registre med reservasjonsrett eller opplysninger uten personidentifiserende kjennetegn, kan opprettes ved forskrift, gitt av Kongen i Statsråd. Videre innebærer den nye helseregisterloven at de som er ansvarlige for de sentrale helseregistrene, uten hinder av taushetsplikt skal kunne utlevere indirekte identifiserbare personopplysninger fra registeret til kvalitetssikring, forskning

mv. når de mener slik utlevering er forsvarlig. Formålet er å gjøre det enklere å søke om tilgang til data og koblinger.

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Bevilgningen dekker finansiering av sekretariatet for helseregisterprosjektet og prioriterte utviklingsprosjekter for de sentrale helseregistrene og utvikling av helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det foreslås bevilget 47 mill. kroner til formålet i 2015 hvorav 30 mill. kroner til utvikling av helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester.

De ti sentrale helseregistrene ved Folkehelseinstituttet er organisert i programmet Dagens helsetall.

Driften av Dødsårsaksregisteret ble overført fra Statistisk sentralbyrå til Folkehelseinstituttet fra 1. januar 2014 som et ledd i moderniseringen av registeret. Det er utviklet nye IT-løsninger for registeret og gjennomført utredning av elektronisk innrapportering. Tiltaket er behandlet i Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren.

Hjerte- og karregisteret (HKR) er i drift og under videre utvikling. Registeret bidrar til utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten og har fra 2014 også bidratt i Pasientsikkerhetsprogrammet.

Overvåkingssystemet Sykdomspulsen, som skal gi rask oversikt over infeksjonspanoramaet i allmennpraksis, er etablert. Influensas sesongen 2013–2014 ble brukt til å teste Sykdomspulsen i forhold til det tidligere systemet med rapporter fra vel 200 legekontorer. Data på fylkesnivå blir presentert som kart og lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider.

Det er gjennomført utredninger av dagens status og moderniseringsbehov for registrene på smittevernområdet etter fellesregistermodellen. Det har vært arbeidet med modernisering av Medisinsk fødselsregister og nye databehov blir utredet innenfor rammen av et fellesregister for svangerskap, fødsel og småbarn. Videre har Folkehelseinstituttet igangsatt et prosjekt for å utrede status, behov og muligheter for registerdata på området psykisk helse og ruslidelser innenfor rammene av fellesregistermodellen. Det er også gjennomført en utredning av et nasjonalt legemiddelregister som inkluderer data om legemiddelbruk i institusjon. Videre arbeidet med å inkludere data om legemiddelbruk i institusjon vil bli forankret i det nasjonale e-helsearbeidet. Norsk pasientregister i Helsedirektoratet er vide-



reutviklet i tråd med nye formål som omfatter kvalitetsforbedring, forskning og helseovervåking.

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker finansiering av nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), videreutvikling av tekniske fellesløsninger i regi Nasjonal IKT og implementering av fellesløsninger for medisinske kvalitetsregistre.

Medisinske kvalitetsregistre er registre som løpende kan dokumentere resultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Data fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for å evaluere kvalitet og oppnådd helsegevinst, og danner grunnlag for faglig kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og styring.

Regionale helseforetak har ansvar for å finansiere driften av de i alt 47 medisinske kvalitetsregistrene med nasjonal status, og legge til rette for at de benyttes i tråd med sitt formål. De har også ansvar for å sikre bedre utnyttelse av data og sikrere drift gjennom samordning og utvikling av felles infrastruktur. Helsedirektoratet beslutter hvilke medisinske kvalitetsregistre som skal få nasjonal status.

De regionale helseforetakene har organisert arbeidet med nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjennom en interregional styringsgruppe, med mandat fra administrerende direktører i de fire

regionale helseforetakene. Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre ved SKDE er etablert for å understøtte og koordinere innsatsen for etablering av landsdekkende registre som kan benyttes i tråd med sine formål, og ivaretar sekretariatsledelsen for interregional styringsgruppe.

Det er utviklet en felles elektronisk mal for årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Denne ble tatt i bruk høsten 2013, og gir en oversikt over bl.a. registrenes formål, hjemmelsgrunnlag, metoder for å sikre datakvalitet, dekningsgrad, resultater og bruk av registeret til kvalitetsforbedring og forskning. Registrenes årsrapporter publiseres på [www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no), og brukes bl.a. som grunnlag for å videreutvikle kvalitetsregistrene. Høsten 2013 ble informasjon om behandlingskvalitet i norske sykehus på bakgrunn av resultater fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistre offentliggjort på nettstedet til Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Det legges opp til årlig offentliggjøring av utvalgte kvalitetsmål fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, tilrettelagt for pasienter og befolkning.

Det gjenstår fortsatt et betydelig arbeid før de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene har nasjonal dekningsgrad, elektronisk rapportering, inkluderer pasientopplevd kvalitet og har realisert sitt potensial som grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning. Arbeidet videreføres i tråd med nasjonalt helseregisterprosjekt og handlingsplanen for perioden 2014–2015.

## Kap. 783 Personell

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	25 455	29 467	28 721
61	Turnustjeneste	115 472	133 400	137 669
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	28 912	29 924	33 911
	Sum kap. 0783	169 839	192 791	200 301

Helse- og omsorgstjenesten er svært personell- og kunnskapsintensiv hvor personellet utgjør om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen. Kompetanseutvikling og utdanning av helsepersonell er viktig for innholdet og kvaliteten i tjenestene, og av hensyn til å forberede for framtidige personell- og kompetanseutfordringer. Grunnutdanningene, videre- og spesialistutdan-

ningene må være innrettet mot pasientenes og tjenestenes behov og framtidige helseutfordringer. For å sikre tilstrekkelig og rett kompetanse på rett sted i en tjeneste preget av endring og utvikling, er fleksibilitet og kompetanseutvikling som sikrer både behovet for bredde- og spesialisert kompetanse av betydning. Godkjenningsordningene må innrettes slik at sentrale målset-

tinger for den helhetlige helse- og omsorgstjenesten ivaretas.

Det vises til innledningen del I og tabell innledningsvis i del II om bevilgningsreduksjoner knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Utover generell pris- og lønnsjustering er de viktigste endringer i bevilgningen knyttet til:

- 4 mill. kroner til ny godkjenningssordning for helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS-området.
- 1,7 mill. kroner til legenes spesialistutdanning.
- 2,1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av nøytral merverdiavgift.
- til sammen 2,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ytterligere produktivitetstiltak og styrking av andre prioriterte tiltak.

### **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 av tiltakene under post 79.

### **Post 61 Turnustjeneste**

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for å organisere turnustjeneste for leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopediingeniører. Fullført turnustjeneste er i dag nødvendig for å få autorisasjon for fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopediingeniører. Formålet med tilskuddsordningene er å sikre god kvalitet på turnustjenesten, herunder god veiledning, og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene ved å kompensere for en del av kommunenes kostnader i forbindelse med turnustjenesten. Tilskuddsordningen skal også bidra til å videreutvikle og kvalitetssikre de overordnede rammene for turnustjenesten. Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for turnuskandidater/turnusleger og turnusveiledere som administreres av Fylkesmannen. Det gis også tilskudd til reise- og flytteutgifter etter eget regelverk hvor distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges. Turnustjenesten i sykehus for leger og fysioterapeuter finansieres over kap. 732, post 70.

#### *Turnustjeneste for leger*

Turnustjenesten for leger ble endret 1. desember 2012 og lagt om til en søknadsbasert ordning.

Ordningen er i større grad enn tidligere harmonisert med arbeidslivets regler. Utllysning av turnusstillinger skjer sentralt. Helsedirektoratet har etablert en nettbasert søknadsportal for å administrere tilsettingene. Tilsettinger og vurderinger foretas lokalt. Endringene gir turnuskandidatene et reelt valg om hvor de skal gjennomføre turnustjenesten, mens arbeidsgiverne får mer innflytelse på tilsettingene. Helse- og omsorgsdepartementet har etter vurdering valgt å opprettholde antallet turnusstillinger på dagens nivå (om lag 950 stillinger i året).

#### *Turnustjeneste for fysioterapeuter*

Fysioterapeuter har ett år obligatorisk turnustjeneste – 6 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Kommuner som mottar fysioterapikandidater tildeles fastlønnstilskudd etter forskrift om fastlønnforskrift til delvis dekning av kommunenes utgifter. Det har vært en økning av behovet for turnusplasser for fysioterapeuter hvert år. I 2012 ble det i turnusforskriften for fysioterapeuter innført bestemmelser om at kandidater som ikke har fått turnusplass blir overført til venteliste. Ventetiden for turnusstart kan være på inntil ett år. I 2013 var det om lag 300 fysioterapeutkandidater i turnustjeneste. I 2014 er det behov for turnusplass til om lag 320 kandidater. Alle kandidater fikk tildelt turnusplass. Estimater tilsier at økningen av søkere til turnustjeneste i fysioterapi fortsetter i 2015. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Helsedirektoratet om å utrede og ev. foreslå endringer som kan redusere behovet for venteliste på turnusplass for fysioterapeuter.

#### *Turnustjeneste for kiropraktorer*

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det var om lag 60 kiropraktorkandidater i turnustjeneste i 2013. Det forventes en liten økning de nærmeste årene. Det gis tilskudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar i mot turnuskandidater.

#### *Turnustjeneste for ortopediingeniører*

Ortopediingeniører har to års turnustjeneste ved privat ortopediteknisk verksted. Høgskolen i Oslo har ansvar for å skaffe turnusplasser i verksteder for gjennomføring av turnustjenesten. Det gis ikke tilskudd til turnusordningen for ortopediingeniører.

## Post 79 Andre tilskudd

### *Turnustjeneste, kurs og veiledning, reise- og flytteutgifter*

Tilskuddsordningene på turnusfeltet skal bidra til god kvalitet, god veiledning og forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene. Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for turnuskandidater og turnusveiledere som administreres av Fylkesmannen. Det gis også tilskudd til reise- og flytteutgifter for turnuskandidater etter eget regelverk hvor distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges.

### *Personell- og kompetansestatistikk, Helsemod*

Statistikk og framskrivninger er viktig for arbeidet med å sikre helse- og omsorgstjenestene tilgang på personell med relevant og god kompetanse. Statistisk sentralbyrå leverer løpende statistikk og analyser. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer sammen med andre departementer arbeid i Statistisk sentralbyrå med å videreutvikle modeller for framskrivninger av tilbud og etterspørsel av visse utdanningsgrupper.

Statistisk sentralbyrå har utviklet beregningsmodellen Helsemod på oppdrag fra Helsedirektoratet. Helsemod ser på tilbud og etterspørsel etter utdannet helse- og sosialpersonell. Helsemod 2012 har tidsperspektiv fram til 2035. Framskrivningene indikerer i all hovedsak balanse mellom tilbud og etterspørsel fram til og med de første årene etter 2020. Framskrivningene viser imidlertid økende mangel på helsefagarbeidere, og på sikt økende mangel på bl.a. sykepleiere.

### *Helsepersonellregisteret*

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven og veterinærer med autorisasjon og lisens etter dyrehelsepersonelloven. Registeret har en offentlig nettside med opplysninger om gjeldende autorisasjon, lisens og forskrivningsrett med ev. begrensninger, samt ev. spesialist for leger, tannleger og optiker. Ny versjon av HPR ble lansert i oktober 2013. Helsedirektoratet har ansvar for en rekke registre. En felles utfordring er at registrene er etablert hver for seg for å dekke spesifikke behov. Økende krav til rapportering, oversikt og statistikkbehov krever at registrene samhandler og kommuniserer. For å møte utfordringene er det nødvendig med bedre statistikkverktøy og bedre løsninger for å gi eksterne brukere tilgang til opp-

lysninger. Helsedirektoratet arbeider med å finne gode overordnede løsninger for HPR som sikrer datakvalitet, personvern og tilgjengelighet. HPR brukes som grunnlag for tilgangskontroll for ny elektronisk kjernejournal og e-resept. Det sjekkes mot HPR at den som logger seg på kjernejournal er autorisert helsepersonell, og at legen som skriver e-resept har forskrivningsrett.

### *Legestillingsregisteret*

Formålet med legestillingsregisteret er å ivareta nasjonal oversikt over legefördeling og spesialistutdanning av leger. Målet er at registeret skal omfatte alle leger i spesialist- og primærhelsetjeneste, kommunal og privat virksomhet samt leger i offentlig forvaltning. I tillegg skal registeret inneholde oversikt over utdanningsinstitusjoner og utdanningsstillinger for de ulike spesialitetene. Legestillingsregisteret danner grunnlag for monitorering, framskrivning og analyse av utviklingen i legemarkedet.

Ordningen med kvotefordeling av legestillinger ble avvirket 1. juli 2013 og det nye legestillingsregisteret ble etablert fra samme dato. Registeret gir foreløpig oversikt over antall leger i den offentlige spesialisthelsetjenesten og fastleger i primærhelsetjenesten. Det viser også hvilke virksomheter som er godkjente utdanningsinstitusjoner for leger i spesialisering (LiS). Det er foreløpig enkelte utfordringer forbundet med datakvalitet og integrasjon mot helsetjenestenes personaldatasystemer og andre registre.

### *Tilskudd til godkjenning av personell utdannet i utlandet*

Helsemyndighetene har ansvar for å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å utøve sitt yrke på en forsvarlig måte. Offentlig godkjenning i form av autorisasjon og lisens gis til helsepersonell som oppfyller bestemte krav til teoretisk og praktisk kunnskap og kyndighet. Autorisasjonsordningen bidrar til å ivareta hensynet til pasientsikkerhet og befolkningens tillitt til helsepersonell og helsetjeneste. Godkjenning av helsepersonell utdannet i annet EU/EØS-land er regulert gjennom internasjonale avtaler. For helsepersonell utdannet utenfor EØS-området foretas en individuell vurdering av om lovens krav til autorisasjon eller lisens er oppfylt. Leger, tannleger, farmasøyter, sykepleiere og hjelpepleiere utdannet utenfor EØS-området må gjennomføre kurs i nasjonale fag som ledd i autorisasjonsprosessen. Kurset gir opplæring i norske for-

hold og det norske helsesystemet. Om lag 250 deltakere gjennomførte kurset i 2013. Mens det tidligere har vært arrangert profesjonsspesifikke kurs, ble det høsten 2013 gjennomført et pilotprosjekt med felles kurs for alle helsepersonellgruppene. Evalueringen av felleskurset er positiv, og ordningen videreføres i 2014. Leger utdannet utenfor EØS-området kan pålegges å gjennomføre en fagprøve dersom det er tvil i den individuelle vurderingen av søkers dokumenter. Helsedirektoratet har inngått avtale med Universitetet i Oslo for gjennomføring av fagprøver for leger i perioden 2012–2016. Ni leger besto fagprøven i 2013. Det avholdes ikke fagprøve i 2014 da det ikke var kandidater ved fristen for å melde i fra til universitetet.

Det arbeides med lovforslag om mulig ny godkjenningsordning for helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS-området. Det planlegges å regulere krav til språktest, fagprøve og kurs i nasjonale fag for søkere om autorisasjon, i tillegg til jevn godhetsvurdering av søkerens utdanning. Fagprøve foreslås for leger, tannleger, sykepleiere og helsefagarbeidere. Departementet tar sikte på å sende forslag til lov- og forskriftsendringer på høring i løpet av høsten 2014, med planlagt ikrafttredelse av ordningen andre halvår 2015. Det foreslås 4 mill. kroner til den nye godkjenningsordningen. Midlene skal bl.a. gå til å dekke utgifter i oppstartsfasen av den nye ordningen da det skal etableres nye prosedyrer og inngås avtaler med leverandører av kurs og prøver for flere faggrupper.

#### *Globale retningslinjer for rekruttering av helsepersonell*

WHOs globale retningslinjer for internasjonal rekruttering fra 2010 omfatter prinsipper for etisk rekruttering av helsepersonell. Retningslinjene har som mål å bidra til økt internasjonal samordning av politikken for rekruttering av helsepersonell, og bedre helsepersonellplanleggingen. Retningslinjene skal implementeres blant arbeidsgivere i norsk helsetjeneste. Helsedirektoratet blir gitt oppgaver på området.

Helsedirektoratet har informert helsetjenestene om retningslinjene og medfølgende veiledere samt ivaretatt rapportering til WHO om implementeringen av retningslinjene. I 2014 forbereder Helsedirektoratet oppstart av et faglig forum for oppfølging av WHOs retningslinjer. Forumet skal ha ansvar for oppfølging og koordinering av det samlede faglige arbeidet med implementering av retningslinjene i Norge

#### *Spesialistgodkjenning av helsepersonell*

Oppgaven er regulert i forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger, og omfatter per nå leger, tannleger og optikere. Helsedirektoratet fattet 1726 vedtak om spesialistgodkjenning i 2013. Aktuelle yrkesorganisasjoner bistår Helsedirektoratet med sakkyndige råd i enkeltsaker. Gebyrordningen finansierer delvis kostnadene ved spesialistgodkjenning.

#### *Legenes spesialistutdanning*

Det foreslås 1,7 mill. kroner til legenes spesialistutdanning. Det foreslås også 1 mill. kroner under kap. 781, post 21 til samme formål, jf. omtale der. Midlene skal gå til Helsedirektoratet som skal ivareta det helhetlige myndighetsansvaret for legenes spesialistutdanning, herunder opprettelse av faglige råd. Legenes spesialistutdanning og spesialiststruktur revideres i regi av Helsedirektoratet på anmodning fra Stortinget. Målet er at utdanningen skal innrettes mot dagens og morgendagens pasienter, ny teknologi og behandlingsformer og der hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet er førende. Direktoratet leverte i 2013 rapporten *Framtidens spesialister*. En gjennomgang av legers spesialiststruktur og -innhold, jf. rapportering i Prop. 1 S (2013–2014), del III. Forslagene i rapporten er konsekvensutredet i samarbeid med relevante aktører. Konsekvensutredningen er sendt på høring med frist 10. oktober. Rapporten vil bli overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet for videre vurdering og oppfølging etter at direktoratet har gjennomgått høringsinnspill og ferdigstilt rapporten.

Det helhetlige opplegget vil departementet komme tilbake til når direktoratet har fullført sin prosess med konsekvensutredningen. Noen elementer vil imidlertid bli prioritert fra 2015:

- Etablere ny spesialitet i mottaks- og indremedisin,
- Integrere turnus i den helhetlige spesialistutdanningen.

Spesialiteten i mottaks- og indremedisin opprettes for å bedre kvaliteten i sykehusenes akuttmottak, styrke breddekompetansen for de store gruppene eldre med samsykdom og styrke helhetlige pasientforløp både i sykehuset og mot primærhelsetjenesten. Spesialiteten vil ha særlig vekt på å kunne stille diagnoser, vurdere hastegrad, og beherske livreddende prosedyrer. De vedvarende utfordringene i akuttmottakene, bl.a. dokumentert i Helse- og omsorgsdepartementets rapport, tilsier en raskest mulig

detaljerings og oppstart av utdanningsløp for denne spesialiteten.

Den norske grunnutdanningen i medisin ble endret med virkning fra desember 2012. Turnustjenesten er tatt ut av grunnutdanningen, slik at fullført cand.med. er tilstrekkelig for å få autorisasjon som lege i Norge. Turnustjenesten er planlagt integrert som en første felles del av spesialistutdanningen, jf. Prop. 1 S (2013–2013). Dette er også et viktig element i Helsedirektoratets forslag til ny spesialiststruktur, som er på høring sommer/høst 2014. Endring av grunnutdanningen og planlagt integrering av turnustjenesten i framtidig spesialiststruktur har enkelte EØS-rettslige konsekvenser. EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv legger rammer for utdanningen av leger og spesialister i EØS-området. Endringen av grunnutdanningen ble godkjent av EFTAs overvåkningsorgan i juni 2014. Endringen medfører at det må gjøres tilpasninger i regelverket på flere områder, som bl.a. må sees i sammenheng med godkjenning av allmennleger fra EØS-området. Integrering av turnustjenesten i spesialistutdanningen er et prioritert tiltak i 2015. Dette vil legge til rette for den planlagte helheten i grunn- og spesialistutdanningen i medisin, og for et regelverk som er i tråd med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

Departementet har startet en gjennomgang av den norske gjennomføringen av direktivet på disse områdene for å sikre etterlevelse av direktivet. Når Norge nå gjennomfører endringer på områder som er omfattet av direktivet, har det dukket opp enkelte tilfeller hvor den norske implementeringen kan være problematisk. Handlingsrommet etter direktivet må utredes nærmere. Dette betyr at det vil kunne bli endringer i norsk praksis på noen områder, eksempelvis godkjenning av allmennleger. Omfanget av behovet for endringer er foreløpig usikkert.

#### *Alternativ behandling*

Formålet med tilskuddet er å sørge for kvalitets-sikret informasjon som kan øke kunnskapen om bruk og effekter av alternativ behandling, bidra til økt profesjonalitet og etisk bevissthet blant utøverne samt bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Tilskuddet omfatter Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam) og Nafkams avdeling Nasjonalt informasjons-senter for alternativ behandling (Nifab). Virksomheten ved Nafkam ble evaluert i 2013. Hovedfunnene i evalueringen er at forskningen og informasjonsarbeidet ved Nafkam holder høy kvalitet, og at senteret ivaretar nøytralitetshensyn godt. Imidlertid er senteret for lite kjent både i helsetjenesten og befolkningen. Det er en utfordring å få forskningen til å framstå som relevant for helsetjenesten. Det foreslås i evalueringen en sterkere konsentrasjon om kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger i forskningen. Videre mener man at Nafkam bør bli tydeligere i offentligheten, særlig om negative bivirkninger ved bruk av de enkelte metodene. Evalueringen vil fra 2014 bli fulgt opp av Nafkam i dialog med Helsedirektoratet. Det foreslås et tilskudd til Nafkam og Nifab også i 2015.

Brønnøysundregistrene har siden 2004 hatt ansvaret for å utvikle og drifte registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene (Altbas). Driften er hjemlet i forskrift, og registeret skal bidra til økt pasientsikkerhet og bedre forbrukerrettigheter, samt bidra til seriøsitet og forretningsmessig ordnede forhold. Det har siden opprettelsen av registerordningen vært en jevn tilslutning til registeret fra utøverorganisasjoner og behandlere innen alternativ behandling.

## Programområde 30 Stønad ved helsetjenester

Folketrygdens stønad ved helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad ved helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regionale helseforetak for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

Trygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og røntgeninstitutt, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester. Refusjonstakstene for lege-, fysioterapi- og psykologtjenester blir fastsatt som resultat av de årlige takstforhandlingene eller høringsprosesser.

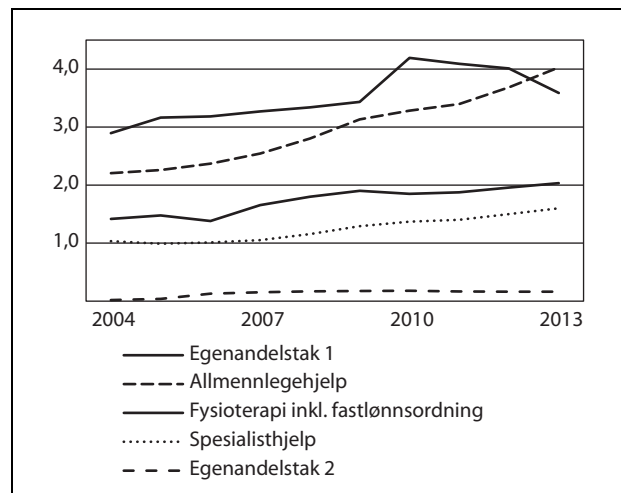
Innen tannhelse gis det stønad til tannregulering hos barn og unge, og til dekning av utgifter til tannbehandling til voksne som har særskilte sykdommer eller lidelser.

Legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept finansieres av folketrygden og pasientene.

Over bidragsordningen gis det støtte til dekning av utgifter til enkelte helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover.

Saksbehandlingen og utbetalingen av refusjoner foregår i Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Helfo er en egen organisatorisk og administrativ enhet underlagt Helsedirektoratet. Det vises til omtale under programkategori 10.20, Helseforvaltning.

Utviklingstrekk



Figur 4.1 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelsordningene i perioden 2004–2013 (beløp i mrd. kroner)

### Refusjon legetjenester

Utgifter til allmennlegehjelp omfatter refusjoner for behandling hos fastleger, ved legevakt og avsetning til fond. Refusjoner til allmennleger har økt fra 2 206 mill. kroner i 2004 til 4 028 mill. kroner i 2013, svarende til en nominell vekst på 82,6 pst., jf. figur 4.1.

Det vises til omtale av allmennlegetjenesten under kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 2755, post 70 Allmenlegehjelp.

Refusjoner til behandling hos avtalespesialist har økt fra 1 032 mill. kroner i 2004 til 1 600 mill. kroner i 2013. Dette svarer til en nominell vekst på 55 pst. for hele perioden, jf. figur 4.1. Refusjonsutgiftene til avtalespesialister var stabile i begynnelsen av perioden, bl.a. knyttet til at det ble overført midler til helseforetakene for å øke spesialistenes driftstilskudd.

Det vises til omtale av avtalespesialister under kap. 2711, post 70 Spesialisthjelp.

### Refusjon fysioterapi

Utgifter til fysioterapi omfatter i hovedsak refusjoner for behandling hos fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene og avsetning til

fond. Folketrygdens utgifter til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, økte i perioden 2004 til 2013 fra 1 416 mill. kroner til 2 033 mill. kroner. Dette svarer til en nominell vekst på 43,5 pst. Økningen i utgiftene fra 2006 til 2009 viser at det var en stor volumvekst i tjenesten. I 2009 var utgiftene 1 901 mill. kroner. Reduksjonen fra 2009 til 2010 er en følge av omleggingen av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten. Omleggingen ble foretatt i takstforhandlingene 2009 og 2010 og midler ble overført fra folketrygden til det kommunale driftstilskuddet. Det var også en liten nedgang i antall utløste takster. Refusjonsutgiftene til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, viser en økning fra 1 957 mill. kroner i 2012 til 2 033 mill. kroner i 2013, tilsvarende 3,9 pst., jf. figur 4.1.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 2755, post 62 og 71.

#### Refusjon legemidler på blå resept

Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler over blåreseptordningen økte fra 8 mrd. kroner i 2004 til 8,5 mrd. kroner i 2013, en nominell økning på 6,4 pst., jf. figur 4.2. I tillegg ble egenandeler til legemidler for om lag 0,7 mrd. kroner dekket av frikortordningen i 2013, jf. omtale kap. 2752, post 70.

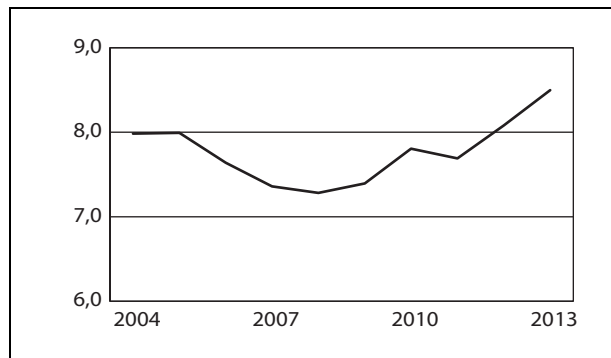
I perioden 2006–2008 ble finansieringsansvaret for flere biologiske legemidler (TNF-hemmere og MS-legemidler) flyttet fra folketrygden til de regionale helseforetakene. I 2007 ble også flere legemidler flyttet fra bidragsordningen (kap. 2790, post 70) til blåreseptordningen. Korrigert for disse overføringene var utgiftene stabile fra 2004 til 2008.

Automatisk frikort ble innført i 2010 og samme år ble en ny og raskere oppgjørsordning mellom apotek og Helfo tatt i bruk. Dette førte til raskere oppgjør og mindre overheng til påfølgende år (2011).

Årlig utgiftsvekst fra 2011 til 2013 var på om lag 5 pst. Økte kostnader i 2012 og 2013 skyldes i stor grad nye, dyre legemidler til behandling av bl.a. kreft, MS, hiv og hepatitt C, refundert etter § 3 (individuell refusjon) og § 4 (allmennfarlige smittsomme sykdommer), samt nye blodfortynnende legemidler refundert etter § 2 (forhåndsgodkjent refusjon).

I hele perioden har prisregulerende tiltak som maksimalprisregulering og trinnpris bidratt til å redusere utgiftsveksten, jf. omtale kap. 750 og kap. 2751, post 70.

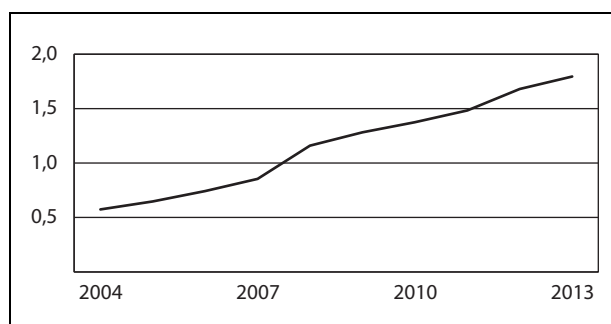
Målt i definerte døgndoser (DDD) har forbruket av legemidler på blå resept økt med 37 pst. fra 1,2 mrd. DDD i 2004 til 1,6 mrd. DDD i 2013. Grunnen til dette er vekst i antall innbyggere og noe vekst i forbruk per innbygger.



Figur 4.2 Folketrygdens utgifter til legemidler i perioden 2004–2013 (beløp i mrd. kroner)

#### Refusjon tannbehandling

Folketrygdens utgifter til tannbehandling omfatter stønad til undersøkelse og behandling ved bestemte diagnoser og behandlingsformer.



Figur 4.3 Folketrygdens refusjoner til tannbehandling for perioden 2004–2013 (beløp i mrd. kroner)

Folketrygdens utgifter til tannbehandling på kap. 2711, post 72 økte fra 574 mill. kroner i 2004 til 1 876 mill. kroner i 2013, jf. figur 4.3. Nominelle utgifter er om lag tredoblet i løpet av tiårsperioden. De største økningene i perioden 2004 til 2008 skyldes i stor grad nye stønadsordninger og flytting av stønader fra bidragsordningen på kap. 2790, post 70.

Posten har fått tilført midler på om lag 160 mill. kroner i forbindelse med reduksjon av ordningen med særfradrag ved store sykdomsutgifter over selvangivelsen i 2012 og 2013.

De to største utgiftsområder på tannbehandlingsområdet er tannregulering (kjeveortopedi) og

periodontitt. Hvert av disse to områdene utgjorde om lag 30 pst. av utbetalingene på posten i 2013.

Det vises til omtale under kap. 2711, post 72.

#### Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Egenandelstak 1 ble innført i 1984 og omfatter egenandeler for:

- undersøkelse og behandling hos lege, psykolog, i poliklinikk, i laboratorier og i røntgeninstitutt.
- reise i forbindelse med undersøkelse og behandling.
- viktige legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept.

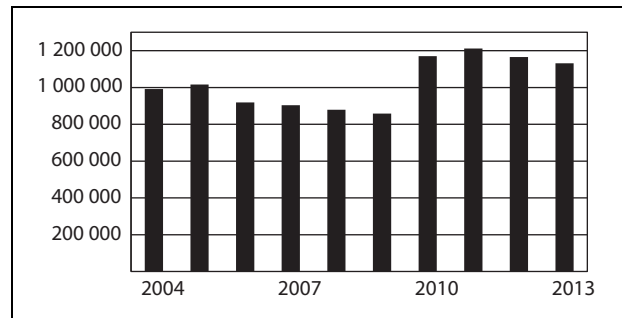
Fra 2004 til 2013 har utgiftene over egenandelstak 1 økt fra 2 896 mill. kroner til 3 589 mill. kroner, jf. figur 4.1. Etter utgiftsvekst fra 2004 til 2005, var veksten mer moderat t.o.m. 2009. Egenandelstaket økte mindre enn egenandelene som omfattes av takordningen i perioden 2004–2005, noe som betyr at flere fikk frikort.

Stabiliteten fra 2006 til 2009 har sammenheng med at økningen i egenandelstak 1 og egenandeler for tjenester som omfattes av egenandelstak 1-ordningen stort sett har tilsvart hverandre. Fra 2009 til 2010 økte utgiftene fra 3 434 til 4 192 mill. kroner, en nominell vekst på 22,1 pst. Videre var det en økning i antall frikort fra 2010 til 2011. Denne veksten kan knyttes til at flere får frikort som følge av innføringen av automatisk frikortordning i 2010 og at man i innføringsåret fikk om lag 200 mill. kroner i ekstrautgifter grunnet raskere utbetalinger.

Folketrygdens utgifter ble redusert fra 4 192 mill. kroner i 2010 til 4 010 mill. kroner i 2012. Dette har i hovedsak sammenheng med at overgangskostnader ved automatisk frikort falt bort i 2012. I tillegg har reduksjonen sammenheng med innføring av e-resept. E-resept gir mulighet til å håndheve regelen om ikke å utlevere mer enn maksimalt tre måneders forbruk og at alle kjøp innenfor tre måneders perioden lettere sees under ett ved beregning av egenandel. Fra 2012 til 2013 har kostnadene blitt ytterligere redusert fra 4 010 mill. kroner til 3 589 mill. kroner i 2013, en reduksjon på 10,5 pst. Dette henger sammen med en feilføring av egenandeler på blåreseptordningen.

I perioden fra 2006 til 2009 gikk antall frikort noe ned. I 2010 ble det utstedt 1 170 000 frikort. 2011 var det første ordinære driftsår etter innføring av automatisk frikort. Da ble det utstedt 1 212 000 frikort, en økning på 3,6 pst. fra 2010, jf.

figur 4.4. I 2013 ble det utstedt 1 132 000 frikort, en reduksjon på 2,9 pst. fra 2012.



Figur 4.4 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2004–2013

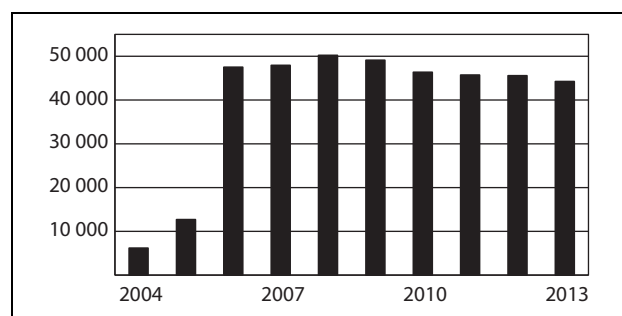
Av 1 132 000 brukere som fikk frikort under egenandelstak 1 i 2013, var 582 800 alders- og uførepensjonister. Dette er om lag 51,5 pst. av alders- og uførepensjonistene. 800 000 av frikortmottakerne i 2013 var i arbeidsfør alder, 17–69 år, og hadde arbeidsinntekt i 2012. Om lag 3,4 millioner personer i arbeidsfør alder hadde inntekt i 2012. 33,3 pst. av de arbeidsføre med inntekt mottok dermed frikort.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 70.

#### Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Egenandelstak 2 ble innført i 2003 og omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi.
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling.
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak.
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).



Figur 4.5 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2004–2013

Utgiftene til egenandelstak 2 viser en økning fra 2004 t.o.m. 2010, fra 18,3 mill. kroner til 179 mill.



kroner. Egenandelstaket ble satt ned fra 4500 kroner i 2004, til 3500 i 2005 og til 2500 kroner i 2006. Dette forklarer økningen i utgiftene under ordningen i 2006, og den sterke veksten i antall frikortmottakere samme år. I de siste fem årene har utgiftsveksten vært mer moderat. Utgiftene til folketrygden var 162 mill. kroner i 2013, samme som i 2012, jf. figur 4.1.

Antall frikortmottakere har økt fra 6184 i 2004 til 50 200 i 2008, jf. figur 4.6. I forbindelse med at taket ble redusert til 2500 kroner i 2006, økte antall frikortmottakere med 34 800. I perioden fra 2006 til 2012 har antall frikort ligget på mellom

45 000 og 50 000. De siste fem år har antall frikort gått ned og i 2013 mottok 44 234 frikort under egenandelstak 2. Av disse var 72 pst. kvinner og 28 pst. menn.

60 pst. av de som oppnår frikort under tak 2-ordningen, oppnår også frikort under tak 1-ordningen. 33 000 av frikortmottakerne under tak 2 i 2013 var i arbeidsfør alder, 17–69 år, og hadde inntekt i 2013. Tilsvarende var det om lag 3,4 millioner personer i arbeidsfør alder med arbeidsinntekt i Norge i 2012. 1,3 pst. av de arbeidsføre med inntekt mottok dermed frikort på tak 2.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 71.

## Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	4 326 958	4 686 000	5 176 751	10,5
	Sum kategori 30.10	4 326 958	4 686 000	5 176 751	10,5

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
70–89	Andre overføringer	4 326 958	4 686 000	5 176 751	10,5
	Sum kategori 30.10	4 326 958	4 686 000	5 176 751	10,5

### Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	
70	Spesialisthjelp	1 599 825	1 680 000	1 833 000	
71	Psykologhjelp	227 760	237 000	259 000	
72	Tannbehandling	1 876 130	2 055 000	2 224 000	
76	Private laboratorier og røntgeninstitut	623 243	714 000	860 751	
	Sum kap. 2711	4 326 958	4 686 000	5 176 751	

Det foreslås å flytte:

- 0,248 mill. kroner fra kap. 2711, post 71 til kap. 732, post 72–75 knyttet til utgifter til radioaktive legemidler ved pet-skanning.
- til sammen 22 mill. kroner fra kap. 2711, post 72 til kap. 770, post 70 Tannhelsetjenester. Flyttingen er knyttet til reduksjon i tilskudd til Den norske tannlegeforening sin sykehjelpsordning for tannleger (10,4 mill. kroner) og nedjustering av takster, bl.a. for behandling av peri-

odontitt og for enkelte andre sykdomstilstander (11,6 mill. kroner).

#### Post 70 Spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i

medhold av folketrygdloven § 5-4, jf. omtale under kap. 2755, post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

Regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helse-regionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Tjenestene til avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra regionale helseforetak, trygderefusjoner fra folketrygden, og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Denne utgjør differansen mellom legens honorar og trygdens refusjonsbeløp. I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.

- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- behandling av barn under 16 år og ved psykoterapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år.
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette går fram av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

Tabell 4.25 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister i 2012–2013 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Endring
kap. 2711, post 70	1 500	1 600	6,7 %

De regnskapsførte utgiftene på post 70 økte nominelt fra 1 500 mill. kroner i 2012 til 1 600 mill. kroner i 2013. Dette svarer til en vekst på 6,7 pst.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonssatser og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres, f.eks. gjennom flere konsultasjoner. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke

følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Utgiftsveksten i 2013 skyldes en antatt volumvekst på 2,5 pst.

Den anslåtte utgiftsveksten i 2014 legger til grunn en volumvekst på vel 4 pst. Takstoppgjøret våren 2014 medførte at folketrygdens refusjonstakster økte med knapt 5 pst. Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2015 en volumvekst på 4 pst. for privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.

Tabell 4.26 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2012–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
Sum kap. 2711, post 70	1 500	1 600	1 680	1 822
Volumvekst (anslag)	3,2 %	2,5 %	4,4 %	4 %

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2014 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2015.

### Post 71 Psykologhjelp

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende spesialist i klinisk psykologi dekkes etter forskrift gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-7. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon

at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege eller fra leder ved barnevernsadministrasjon. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster. Dette innebærer vanligvis at pasienten må betale en egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling, er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Tabell 4.27 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer i 2012–2013 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Endring
Psykologer med avtale	180,6	195,6	8,3 %
Psykologer uten avtale	25,0	30,5	22,0 %
Avsetning til fond	1,6	1,6	0,0 %
Sum kap. 2711, post 71	207,2	227,8	9,9 %

De regnskapsførte utgiftene til privatpraktiserende psykologer økte nominelt fra 207 mill. kroner i 2012 til 228 mill. kroner i 2013.

Utgiftsveksten i 2013 skyldes bl.a. takstoppgjøret i 2013, som ga et påslag på takstene på 3,4 pst. og en anslått volumvekst på 4,6 pst.

Tabell 4.28 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2012–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
	207	228	237	259
Volumvekst (anslag)	1,3 %	4,6 %	5,0 %	3,0 %

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2014 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2015.

### Post 72 Tannbehandling

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6 a og 5-25. Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling som utføres av tannlege og tannpleier ved angitte diagnoser eller tilstander. Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71. Folketrygden gir refusjon basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det gis også stønad til tannbehandling som faller inn under yrkesskade etter folketrygdloven § 13.

Det foreslås ingen prisjustering av tannbehandlingstakstene i 2015. Takstene foreslås videreført som hovedregel nominelt fra 2014 til 2015. Trygdens utgifter til stønad til tannbehandling har økt med mer enn 60 pst. fra 2008 til 2013. Dette er en betydelig vekst ut over politiske satsinger og

takstjusteringer basert på kostnadsutvikling. Utgiftsveksten så langt i 2014 er betydelig og det anslås en fortsatt vekst i utgiftene framover. Det foreslås på denne bakgrunn at takstene ikke oppjusteres for 2015. Innsparingen ved en nominell videreføring av takstene på 2014-nivå anslås til om lag 74 mill. kroner.

Bevilgningen foreslås i tillegg redusert med 22 mill. kroner for å styrke prioriterte tiltak under kap. 770, post 70 Tannhelsetjenester. Reduksjonen er knyttet til:

- 10,4 mill. kroner ved reduksjon i tilskudd til Den norske tannlegeforening sin sykehjelpsordning for tannleger.
- 11,6 mill. kroner ved nedjustering av enkelte takster, bl.a. takster for behandling av periodontitt og for enkelte andre sykdomstilstander.

Nærmere omtale av de prioriterte tiltakene er gitt under kap. 770, post 70.

Det anslås at utgiftene i 2015 blir om lag 2 225 mill. kroner som er 170 mill. kroner høyere enn i saldert budsjett for 2014.

Tabell 4.29 Regnskapsførte utgifter til tannbehandling 2012–2013 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Endring
	1 680	1 876	11,7 pst.

Fra 2012 til 2013 var den nominelle utgiftsveksten 11,7 pst., fra 1 680 mill. kroner i 2012 til 1 876 mill. kroner i 2013. Av veksten i utgifter utgjør ny stønad til tannhelsekontroll for personer fra 75 år og over drøye 20 mill. kroner. Ordningen ble innført 1. januar 2013, og avviklet fra 1. juli 2014. Endring i stønadsordningen til tannbehandling til personer med nedsatt evne til egenomsorg ved varig somatisk eller psykisk sykdom, eller ved varig nedsatt funksjonsevne, medførte en økning i utgifter med om lag 40 mill. kroner. De resterende deler av utgiftsveksten har sammenheng med volumvekst, prisjustering og endret takstbruk.

Deler av utgiftsveksten utover de politiske satsinger kan tilskrives administrative forenklinger i ordningene både for pasienter og for tannlegene. Dermed er det blitt lettere for pasientene å kunne benytte seg av sine rettigheter, og tannlegene er blitt mer aktive til å informere om rettighetene. Fra 1. januar 2013 ble det også innført rett til stø-

nad ved behandling hos tannpleier for behandling ved sykdommen periodontitt.

Folketrygdens utgifter til tannbehandling er for 2014 anslått til 2 140 mill. kroner. I første halvår 2014 er veksten i de samlede utgiftene på posten om lag 15 pst. sammenliknet med første halvår 2013. Deler av denne veksten skyldes politiske satsinger fra 1. januar 2014:

- ny stønadsordning for personer uten egne tenner i underkjeven (budsjettert til 45 mill. kroner på helårsbasis).
- stønad til tannbehandling for personer med alvorlige lidelser (styrket med 10 mill. kroner).
- stønad til tannbehandling ved munntørrehet (styrket med 20 mill. kroner).

Enkelte takster ble underregulert fra 1. januar 2014 sammenliknet med generell prisjustering. Anslått budsjettvirkning utgjør om lag 30 mill. kroner.

Tabell 4.30 Utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2012–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
	1 680	1 876	2 055	2 224
Volumvekst (anslag)	2,9 %	6,4 %	4 %	5 %

#### Reduksjon i sykehjelpsordning for tannleger fra 2015

Det foreslås en reduksjon i folketrygdens tilskudd til Sykehjelpsordningen for tannleger. Reduksjonen vil utgjøre om lag 10,4 mill. kroner.

Iht. § 6 i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom, yter folketrygden tilskudd til Sykehjelpsordning for tannleger. Formålet med tilskuddet har vært å sikre økonomisk dekning for tannleger i tilfelle sykdom eller fødsel. Folketrygdens tilskudd til Sykehjelpsordningen for tannleger tilsvarer 1,36 pst. av folketrygdens utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege.

Det foreslås at tilskudd til Sykehjelpsordningen for tannleger reduseres fra 1,36 pst. til 0,86

pst. av folketrygdens utgifter til behandling utført av tannlege. Anslått innsparingseffekt er om lag 10,4 mill. kroner, basert på anslag over stønadsbeløpet i 2014. Tilskudd til videre- og etterutdanning foreslås uendret på 0,14 pst.

Det prosentvise tilskudd til fellesformål har vært uendret siden 1965.

Den sterke veksten i trygdens utgifter til tannbehandling har som en konsekvens medført at beløpene avsatt til sykehjelpsordningen for tannleger har økt fra om lag 5,5 mill. kroner i 2003 til om lag 25 mill. kroner i 2013. I 2014 vil utbetalingen utgjøre om lag 28 mill. kroner. Tilskuddet har økt utover ordinær pris- og volumvekst på stønad til tannbehandling.

De siste årene er det foretatt forbedringer i folketrygdens stønadsordninger ved at selvstendig næringsdrivende er gitt mulighet til å tegne tilleggs-

forsikring i folketrygden for å oppnå maksimal sykepengedekning. I tillegg har Den norske tannlegeforening etablert en egen forsikringsordning for inntektsbortfall ved sykdom. Fra 2008 ble vilkårene i folketrygden bedret for selvstendig næringsdrivere i forbindelse med svangerskap og fødsel.

Den reduserte bevilgningen på 10,4 mill. kroner på kap. 2711, post 72 foreslås omdisponert til prioriterte oppgaver som videre oppbygging av de regionale odontologiske kompetansesentre og til spesialistutdanning av tannleger på kap. 770 Tannhelse. Det vises til omtale på kap. 770, post 70.

#### Nedjustering av takster i 2015 på områder med særlig høy utgiftsvekst

Det foreslås å nedjustere enkelttakster på tannbehandling fra 1. januar 2015 innenfor diagnoser/lidelser der man ser en særskilt høy utgiftsvekst i 2014. Forslaget har bakgrunn i at utgiftsutviklingen i første halvår 2014 er betydelig høyere enn prisveksten skulle tilsi. Veksten i utbetaling er særlig høy for behandling av sykdommen periodontitt (11 pst.), ved erosjoner/særskilt tannslitasje (25 pst.) og ved munntørrhet (36 pst.).

Forslaget innebærer en redusert bevilgning på kap. 2711, post 72 på om lag 11,6 mill. kroner i 2015, som utgjør om lag 0,5 pst. av folketrygdens samlede utbetaling til tannbehandling. Midlene foreslås omdisponert til prioriterte oppgaver på kap. 770 Tannhelse, jf. omtalen på kap. 770, post 70.

#### Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthel-

setjenester som et supplement og korrektiv til det statlige tilbudet. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av departementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling pga. sykdom eller mistanke om sykdom. 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.

Egenandelene ble økt med 1,5 pst. fra 1. juli 2014. Refusjonstakstene ble prisjustert med 3,5 pst. fra 1. januar 2014. Det aktivitetsbaserte refusjonssystemet for poliklinisk radiologi ble endret fra 1. juli 2014 slik at utgifter til radioaktive legemidler ved pet-skanning (positronemisjonstomografi) refunderes etter fastsatte satser i tråd med de etablerte prinsippene for aktivitetsbasert finansiering, jf. Prop. 93 S (2013–2014) og Innst. 260 S (2013–2014).

Tabell 4.31 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2012–2013 (mill. kr)

	2012	2013	Endring
Laboratorium	355	414	16,6 %
Røntgen	211	209	-0,9 %
Sum kap. 2711, post 76	566	623	10,1 %

Utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte fra 566 mill. kroner i 2012 til 623 mill. kroner i 2013, en økning på 10 pst. Laboratorieutgiftene økte med 16,6 pst.

Den anslåtte utgiftsveksten i 2014 legger til grunn en volumvekst tilsvarende 15 pst. for laboratorieundersøkelser og 10 pst. for røntgeninsti-

tuttene. Disse vekstratene ligger også til grunn for budsjettforslaget for 2015.

De private laboratoriene blir finansiert fra regionale helseforetaks basisbevilgninger og trygderefusjon (takster), samt ev. egenandel for blodprøvetaking. De regionale helseforetakene inngår avtaler med de private laboratoriene. Avtalene

regulerer bl.a. hvor mange undersøkelser de regionale helseforetakene vil betale for i en avtaleperiode. Dersom antall undersøkelser overstiger avtalt volum er inntektene for den private leverandøren begrenset til refusjonstakster og ev. egenandel. Utgiftene til laboratorietjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering foreslås det at refu-

sjonstakstene for laboratorietjenester ikke prisjusteres i 2015. Det vises til tilsvarende forslag på offentlige laboratorietjenester under kap. 732, post 77.

Det foreslås å flytte 0,248 mill. kroner til kap. 732, post 72-75 knyttet til utgifter til radioaktive legemidler ved pet-skanning.

## Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
2751	Legemidler mv.	10 251 831	10 527 000	11 815 400	12,2
2752	Refusjon av egenbetaling	3 750 578	4 013 200	4 133 590	3,0
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	6 343 032	6 606 400	7 128 910	7,9
2756	Andre helsetjenester	487 672	499 000	527 000	5,6
	Sum kategori 30.50	20 833 113	21 645 600	23 604 900	9,1

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	296 778	309 000	336 000	8,7
70–89	Andre overføringer	20 536 335	21 336 600	23 268 900	9,1
	Sum kategori 30.50	20 833 113	21 645 600	23 604 900	9,1

### Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
70	Legemidler	8 497 717	8 666 000	9 949 000
71	Legeerklæringer	5 670	6 000	7 000
72	Medisinsk forbruksmateriell	1 748 444	1 855 000	1 859 400
	Sum kap. 2751	10 251 831	10 527 000	11 815 400

Det foreslås:

- å øke bevilgningen med 20 mill. kroner for å dekke kostnadene ved å heve bagatellgrensen for legemidler fra 5 til 25 mill. kroner.
  - innsparing på 23 mill. kroner knyttet til redusert trinnpris for virkestoffet atorvastatin.
- innsparing på 68 mill. kroner knyttet til priskutt på inhalasjonspulver for astma og kols.
  - innsparinger på området medisinsk forbruksmateriell på til sammen 41,7 mill. kroner som følge av bl.a. forenklinger i Helfo sin forvaltning av produkt- og prislister.



- å flytte innslagspunkt fra bidragsordningen til medisinsk forbruksmateriell.

### Post 70 Legemidler

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsaklig etter blåreseptordningen, jf. folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften. Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er, eller kan bli nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse går fram av blåreseptforskriften §§ 2 og 4, jf. legemiddelforskriften § 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntre straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen, jf. blåreseptforskriften § 3. For reseptpliktige legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det med visse unntak søkes utgiftsdekning gjennom folketrygdloven § 5-22 (bidragsordningen), jf. kap. 2790, post 70.

Statens legemiddelverk fatter vedtak i saker hvor legemiddelfirmaene har søkt om å få et legemiddel godkjent for forhåndsgodkjent refusjon. Departementet er klageinstans. Forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel skal ikke innvilges uten Stortingets samtykke, dersom det vil lede til en utgiftsvekst for folketrygden som årlig overstiger 5 mill. kroner, jf. legemiddelforskriften § 14-15. Denne grensen for framtidig utgiftsvekst omtales som bagatellgrensen.

#### Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 38 pst., men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept.

Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8.

Alderspensionister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt for å betale egenandel på blå resept, hvis de får utbetalt en årlig pensjon som ikke overstiger minste pensjonsnivå. Også alderspensjonister og AFP-pensjonister som mottar særtilllegg er fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Videre er uføretrygdede med minstepensjon, tilsvarende 2,48 ganger grunnbeløpet for enslige eller 2,28 ganger grunnbeløpet for gifte/samboende, fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Dette gjelder også for uføretrygdede der vedkommende før 2015 har fått definisjonen minstepensjonist, og det ikke har skjedd andre endringer i ytelsen enn at den fra 2015 er omregnet til uføretrygd.

Egenandeler for legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen (egenandelstak 1), som er nærmere omtalt under kap. 2752, post 70. Egenandelstak 1 innebærer at pasientens årlige utgifter knyttet til legehjelp (inkludert laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, enkelte polikliniske konsultasjoner, pasientreiser samt legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samlet ikke skal overstige 2105 kroner i 2014.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler på blå resept var 8,5 mrd. kroner i 2013. Fra 2012 til 2013 gikk utgiftene opp med 4,9 pst. Det vises til nærmere omtale i innledningen under programområde 30.

#### Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Nye legemidler i blåreseptordningen

Legemiddelverket oversendte i 2013 seks søknader om forhåndsgodkjent refusjon til departementet pga. at kostnadene oversteg bagatellgrensen. Ett av disse legemidlene ble trukket fra markedet pga. lav etterspørsel og ett ble innvilget refusjon fra medio 2014 da det tilkom nye opplysninger som medførte at budsjettanslagene ikke lenger oversteg bagatellgrensen.

#### Nye legemidler i blåreseptordningen

Nye legemidler til behandling av hepatitt C

Flere nye og svært kostbare legemidler til behandling av hepatitt C-infeksjon (HCV) er forventet å få markedsføringstillatelse i Norge i løpet av kort tid. To nye legemidler er allerede markedsført og tatt i bruk i 2014. Legemiddelkostnadene per HCV-behandling øker betraktelig når de nye behandlingsoversteget tas i bruk. For å få en mer kontrollert innføring av disse legemidlene, sendte Helse- og omsorgsdepartementet 7. juli 2014 på høring et forslag om å endre blåreseptforskriften § 4. Høringsfristen for forslaget var 8. september 2014 og planen er at forskriftsendringen skal tre i kraft innen utgangen av 2014. Foreløpig anslått kostnadsøkning for trygden på 400 mill. kroner sammenliknet

med saldert budsjett for 2014, er innarbeidet i budsjettframlegget for 2015.

#### Heving av bagatellgrensen

I legemiddelforskriften § 14-15 omtales krav til kostnad for folketrygden:

«Forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel skal ikke innvilges uten Stortingets samtykke, dersom det vil lede til en utgiftsvekst for folketrygden som årlig overstiger 5 millioner kroner.»

Dette har vært praktisert som at utgiftene i år fem ikke overstiger 5 mill. kroner. Det foreslås å heve denne grensen til 25 mill. kroner.

Per i dag har Helse- og omsorgsdepartementet fem refusjonssaker der Legemiddelverket har vurdert de faglige kriteriene for refusjon som oppfylt, men der utgiftene vil overstige gjeldene grense på fem mill. kroner. Ved å heve den såkalte bagatellgrensen fra 5 til 25 mill. kroner vil tre av disse sakene falle inn under Legemiddelverkets utvidede fullmakt til å kunne innvilge forhåndsgodkjent refusjon. Dette gjelder legemidler til behandling av diabetes type 2, høysnue og alvorlig håndeksem. De to refusjonssakene som overstiger ny bagatellgrense er legemidler til behandling av hhv. øyesykdom og rastløse ben.

En heving av bagatellgrensen til 25 mill. kroner er anslått å gi en ekstra kostnad for trygden på 20 mill. kroner i 2015. På usikkert grunnlag er dette anslått til i underkant av 100 mill. kroner i år fem. Anslaget er usikkert fordi det også inkluderer kostnader knyttet til søknader som Legemiddelverket forventer å motta i 2014 og søknader som ikke er ferdigbehandlet.

#### Redusert trinnpris for virkestoffet atorvastatin

Statiner er en legemiddelgruppe som benyttes av pasienter med hjerte/karsykdom og individer med økt risiko for utvikling av hjerte/karsykdom. Virkestoffene simvastatin og atorvastatin utgjør størstedelen av salget av statiner i Norge. Statens legemiddelverk anser at simvastatin og atorvastatin er likverdige preparater, men prisen på atorvastatin er høyere enn prisen på simvastatin. Det foreslås å redusere trinnpris for virkestoffet atorvastatin. Det er anslått at endringen vil kunne redusere omsetningsverdien for atorvastatin med om lag 30 mill. kroner (inklusive mva.) og folketrygdens utgifter med om lag 23 mill. kroner. Forslaget sendes på høring i løpet av september 2014.

#### Priskutt på inhalasjonspulver for astma og kols

Etter høring av forslag om å gjøre legemidlet Sere-tide (inhalasjonspulver for astma og kols) byttbart i apotek med generisk alternativ, konkluderte Legemiddelverket med at dette legemidlet ikke skal tas opp på den såkalte byttelisten. Dette skyldes ulikheter mht. inhalasjonsteknikk og mulig feilbruk. Selv om patenttiden har utløpt for legemidlet, innebærer dette at legemidlet ikke omfattes av de prisreduksjoner som følger av den såkalte trinnprismodellen. Prisen på legemidlene er imidlertid redusert med virkning fra 1. august i 2014, og reduseres ytterligere 1. januar 2015, svarende til om lag 68 mill. kroner i reduserte utgifter for folketrygden i 2015.

#### Post 71 Legeerklæringer

Ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4. Bevilgningen omfatter midler til å honorere leger som fyller ut søknad om individuell refusjon av legemidler på blå resept på vegne av pasienter. Legeerklæringstakstene fastsettes av staten.

Utgiftene til legeerklæringer var 5,7 mill. kroner i 2013, mot 4,9 mill. kroner i 2012, en økning på 16,3 pst.

#### Post 72 Medisinsk forbruksmateriell

Det foreslås å flytte 25,6 mill. kroner fra kap. 2790, post 70, knyttet til at bidragsformålet epidermoly-sis bullosa flyttes til blåresept. Flyttingen medfører også en forventet merutgift på 0,5 mill. kroner.

Bevilgningen omfatter utgifter til visse typer medisinsk forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens (urinlekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir levert av apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislistene for medisinsk forbruksmateriell er uttømmende og angir hvilke produkter det gis refusjon til og pris for disse. Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) har ansvar for området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) har bl.a. fullmakt til å bestemme nærmere krav til blåreseptenes inn-

hold, krav til diagnose/funksjonsevne knyttet til produktgrupper eller enkeltprodukter, ev. antallsbegrensning i utlevering, inntak og uttak av produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 1 748 mill. kroner i 2013, mot 1 643 mill. kroner i 2012, en økning på 6,4 pst. Det er flere grunner til at utgiftene har økt de siste årene, bl.a. bor stadig flere eldre i eget hjem, kroniske sykdommer øker i befolkningen, og det kommer stadig nye og bedre produkter på markedet innen medisinsk forbruksmateriell.

Helfo har påbegynt en nærmere gjennomgang av de største produktområdene med sikte på å vurdere hvilke produkter det gis støtte til, prisfastsettelse, avanseregulering, utleveringsmetode, antallsbegrensning samt vilkår for å få medisinsk forbruksmateriell på blå resept. Formålet er å sikre rett prioritering og god kostnadskontroll.

Det foreslås på denne bakgrunn å fjerne hudfilmprodukter fra produkt- og prislisten for urinretensjon, ultra mini/micro bleier, natriumklorid og kompresser fra produkt- og prislisten for inkontinens og bommulstruser fra blåreseptordningen for alle brukere. Dette innebærer at brukere med lett inkontinens ikke lenger vil få dekket utgifter til produkter som selges i dagligvarehandelen – utgifter de har på linje med andre personer. Natriumklorid og kompresser brukes i stor grad til forebygging og vask framfor behandling, i strid med formålet med blåreseptforskriften. Videre foreslås det å redusere avansesatsen til utleverer for urinretensjon fra 25 pst. til 22 pst. og avansesatsen til utleverer for inkontinens fra 40 pst. til

37 pst. Bakgrunnen for reduksjonen er at forbruket har endret seg til en dyrere produktgruppe som har medført høyere avanse for utleverer. Tiltakene innebærer en samlet innsparing for folketrygden med anslagsvis 41,7 mill. kroner.

Det foreslås å flytte bidragsformålet epidermolysis bullosa til blåresept fra 1. januar 2015. Personer med epidermolysis bullosa kan få dekket alle utgifter til kremer, salver, oljer, bandasjemateriell og utstyr til stell av blemmer via bidragsordningen. Brukeren må legge ut først og søke refusjon fra Helfo i etterkant. For noen kan det dreie seg om svært høye beløp. En overføring til blåreseptordningen vil innebære en forenkling for brukeren i form av at en ikke lenger trenger å legge ut for materialet på forhånd. Det anslås at en overføring av dette formålet til blåresept ordningen kan medføre en merkostnad på 0,5 mill. kroner som følge av at flere vil benytte seg av ordningen.

Videre foreslås det å flytte bidragsformålet måle- og administrasjonsutstyr til blåresept (medisinsk forbruksmateriell), fra 1. januar 2016. Dagens ordning innebærer at det gis bidrag til måle- og administrasjonsutstyr for å måle og/eller administrere legemidler det gis stønad til etter bidragsordningen eller som det ytes refusjon til etter blåreseptforskriften. Formålet med flyttingen til blåresept er å oppnå likebehandling mellom ulike tilstander og legemidler, samt å bedre tilgangen for pasientene. Ved å overføre til blåreseptordningen vil ordningen være lettere tilgjengelig samtidig som den enkeltes utgifter til egenandeler vil inngå i tak 1-ordningen. Det anslås at en flytting av formålet vil innebære en merkostnad på 0,2 mill. kroner.

## Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
70	Egenandelstak 1	3 588 724	3 848 200	3 965 590
71	Egenandelstak 2	161 854	165 000	168 000
	Sum kap. 2752	3 750 578	4 013 200	4 133 590

En ordinær prisomregning på om lag 2 pst. av egenandelene under egenandelstakene utgjør i sum om lag 114 mill. kroner i 2015. Pga. at de fleste egenandelene ble økt med 1,5 pst. fra 1. juli 2014, er det halvårsvirkning av dette i 2014. Helårsvirkningen i 2015 er 22 mill. kroner ut over budsjettvirkningen i 2014. Gjenstående

beløp av prisomregningen for 2015 er 92 mill. kroner. Det foreslås at prisomregningen av egenandelene i sin helhet gjennomføres ved å øke tak 1. Egenandelstak 1 foreslås på denne bakgrunn økt med 80 kroner, fra 2105 kroner i 2014 til 2185 kroner i 2015. Egenandelene og egenandelstak 2 foreslås ikke endret.

### Post 70 Egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, viktige legemidler på blå resept og medisinsk forbruksmateriell samt pasientreiser. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet.

Fra 2014 er egenandelstaket 2105 kroner. Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret. Det er fra 2014 innført en bagatellgrense på 200 kroner. De fleste refusjonskravene som går inn under egenandelstak 1 sendes nå inn elektronisk.

Det er Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, som har ansvaret for frikortordningene.

Tabell 4.32 Utgifter dekket over egenandelstak 1 i 2012–2013 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Endring
Legehjelp	2 090,9	2 033,6	-2,7 %
Psykologhjelp	103,9	104,9	1,0 %
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 146,3	846,5	-26,2 %
Pasientreiser	669,2	603,7	-9,8 %
Sum kap. 2752, post 70	4 010,3	3 588,7	-10,5 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler gikk ned fra 4 010 mill. kroner i 2012 til 3 589 mill. kroner i 2013, en reduksjon på 10,5 pst. Reduksjonen i utgifter har bl.a. sammenheng med en feilføring av egenandeler på blåreseptordningen i tillegg til innføringen av e-resept. E-resept gir mulighet til å håndheve regelen om ikke å utlevere mer enn maksimalt tre måneders forbruk og at alle kjøp innenfor tre måneders perioden lettere sees under ett ved beregning av egenandel.

I 2013 ble det utstedt 1 132 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen. Dette er 34 000 færre frikort enn i 2012, og er en reduksjon på 2,9 pst. Tall fra Nav for 2013 viser at 51,5 pst. av frikortmottakerne er alders- og uførepensjonister. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket.

Det vises til omtale under innledningen til programområde 30.

Det foreslås å flytte 0,11 mill. kroner fra kap. 2752, post 70 til kap. 2755, post 72 knyttet til engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon.

Det foreslås å øke egenandelstak 1 med 80 kroner, fra 2105 kroner i 2014 til 2185 kroner i 2015.

### Post 71 Egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak 2 for egenandeler, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført 1. januar 2003. Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi.
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling.
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak.
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet. For 2014 er utgiftstaket 2620 kroner. Når årlige utgifter overskrider 2620 kroner, har brukeren rett til frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter fullt ut av folketrygden. Egenandelstak 2 inngår ikke i automatisk frikortordning. Det er Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, som har ansvaret for frikortordningene.

I 2013 ble det utstedt 44 234 frikort, en nedgang på 1339 frikort eller 3 pst. fra 2012. Tall fra Nav for 2013 viser at 36,1 pst. av frikortmottakerne er alders- og uførepensjonister. Om lag 60 pst. av de som i 2013 oppnådde frikort i tak 2-ord-

ningen oppnådde også frikort under tak 1. Dette omfattet om lag 26 700 personer.

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tak 2 var 162 mill. kroner i 2013, samme som i 2012.

Det vises til omtale under innledningen til programområde 30.

## Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	296 778	309 000	336 000
70	Allmennlegehjelp	4 027 554	4 233 400	4 526 800
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 735 787	1 766 000	1 955 000
72	Jordmorhjelp	50 603	52 000	52 110
73	Kiropraktorbehandling	134 280	143 000	148 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	98 030	103 000	111 000
	Sum kap. 2755	6 343 032	6 606 400	7 128 910

Det foreslås:

- å flytte 6,8 mill. kroner fra kap. 732, post 72–75 til kap. 5755, post 70 knyttet til kommunal etablering av øyeblikkelig hjelp.
- å flytte 0,11 mill. kroner fra kap. 2752, post 70 til kap. 2755, post 72 knyttet til engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon.

### Post 62 Fastlønnsordning fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fysioterapeuter (fastlønte fysioterapeuter). Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må sees i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner. Kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21.

Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2014 ble fastlønnstilskuddet økt til 183 120 kroner for 2014. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 297 mill. kroner i 2013, mot 278 mill. kroner i 2012, en økning på 6,8 pst. Utgiftsøkningen har sammenheng med en økning i antall fastlønte fysioterapiårverk i kommunene og økninger i fastlønnstilskuddet de siste årene.

For nærmere omtale, se innledende omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

### Post 70 Allmennlegehjelp

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4, ytes godtgjørelse for undersøkelse og behandling hos lege. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene.

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel. Det vises også til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste, innledningen under programområde 30 og del III, 7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. Legevakttjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Takstene fastsettes i forhandlinger mellom staten, regionale helseforetak, KS og Den norske legeförening.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.

- behandling av barn under 16 år.
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- første legeundersøkelse ved overgrepsmottak.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Tabell 4.33 Utgifter til allmennlegehjelp 2012–2013 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Endring
Fastleger mv.	3 102,4	3 386,3	9,2 %
Legevakt	424,8	470,4	10,7 %
Avsetning til fond	158,7	170,5	7,4 %
Sum kap. 2755, post 70	3 685,9	4 027,5	9,3 %

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 3 686 mill. kroner i 2012 til 4 028 mill. kroner i 2013, en vekst på 9,3 pst.

Utgiftsændring 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 flere konsultasjoner som følge av flere fastle-

ger/innbyggere eller særskilte situasjoner som pandemisk influensa mv. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsændringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Tabell 4.34 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2012–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
Sum kap. 2755, post 70	3 685,9	4 027,5	4 233,4	4 526,8
Volumvekst (anslag)	3,7 pst.	3 pst.	3 pst.	3 pst.

Utgiftsveksten i 2013 skyldes en antatt volumvekst på om lag 3 pst., samt en økning i refusjonene til allmennleger som følge av takstforhandlingene om normaltarriffen for leger.

Utgiftsveksten i 2014 skyldes en antatt volumvekst på om lag 3 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2015 en volumvekst i allmennlegetjenesten på 3 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2014 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2015.

Det foreslås å flytte 6,8 mill. kroner fra kap. 732, post 72–75 til kap. 2755, post 70 knyttet til kommunal etablering av øyeblikkelig hjelp.

### Post 71 Fysioterapi

Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir hvilke former for fysioterapi det kan gis stønad til, og de medisinske vilkårene for stønad. Det er et vilkår for slik refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen og at pasienten er henvist fra lege, kiropraktor eller fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi (manuellterapeut). Det er ikke krav om henvisning ved behandling hos manuellterapeut.

Honorartarriffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og Norsk Fysioterapeutforbund. I 2013 fastsatte staten takstene på bakgrunn av høringsmøter. I 2014 ble honorartarifforhandlingene gjennomført mellom staten, KS, og

organisasjonene for fysioterapeuter: Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund.

Pasienten skal selv betale differansen (egenandel) mellom fysioterapeutens honorar og folketrygdens refusjonsbeløp. Over 50 pst. av pasientene betaler ikke egenandeler. Det gis godtgjørelse etter honorartakst ved nærmere angitte

diagnoser basert på hjemmel i forskrift (diagnoselisten), ved yrkesskade og for barn under 12 år. Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62. Bevilgningene kan benyttes gjensidig under den andre posten.

Tabell 4.35 Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter 2012–2013 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Endring
Fysioterapeuter med avtale	1 608,4	1 671,9	3,9 pst.
Fysioterapeuter uten avtale <sup>1</sup>	42,4	34,8	-17,9 pst.
Avsetning til fond	28,4	29,1	2,5 pst.
Sum kap. 2755, post 71	1 679,2	1 735,8	3,4 pst.

<sup>1</sup> Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 679 mill. kroner i 2012 og 1 736 mill. kroner i 2013, en økning på 3,4 pst. Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale må sees i sammenheng med at antall utdanningskandidater som utløser refusjon kan variere fra år til år. Dette kan gi svingninger i refusjonsutbetalingene. Utgiftsendring kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres f.eks. gjennom antall konsultasjoner og antall utøvere av tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre type konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke

følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2013 totalt 4535 fysioterapiårsverk. Dette innebærer en økning i antall årsverk fra 2012 på totalt 2,4 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere er også bedret fra 8,8 i 2012 til 8,9 i 2013. Det er innen områdene diagnose, behandling og rehabilitering, annet forebyggende arbeid og fysioterapi innen institusjoner for eldre og funksjonshemmede at økningen er positiv. Etablering av frisklivssentraler i kommunene har bidratt til økningen i det forebyggende arbeidet. Når det gjelder årsverk for fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er det en nedgang på 2,7 pst. fra 2012 til 2013.

Tabell 4.36 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2012–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2012	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
Sum kap. 2755, post 71	1 679,2	1 735,8	1 766,0	1 955,0
Volumvekst (anslag)	-0,1 pst.	3,2 pst.	3,2 pst.	4 pst.

Kommunenes oppsplitting av driftstilskudd i små enheter med forutsetning om fulltidsarbeid har tidligere bidratt til økt aktivitet i tjenesten, men også en utilsiktet forskyvning av finansieringsansvaret over på folketrygden. Kostra-rapporteringen viser at av i alt 3410 avtalehjemler i 2013 er 49,4 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene er deltidshjemler. 42,1 pst. av avtalehjemlene er i

størrelsesordenen 2/5 til 5/5 hjemmel og 8,5 pst. i størrelsesordenen 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2012 viser dette at kommunene har løftet deltidshjemlene slik at det er større samsvar mellom faktisk arbeidsvolum og hjemmelsstørrelse, noe som er en ønsket utvikling. I utgangspunktet skal en avtalehjemmel for fysioterapeutene være i samsvar med det omfang fysiotera-

peuten arbeider. Kommunene skal kun utlyse en deltids hjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapitjeneste. Det er fortsatt for stort avvik mellom avtalehjemmel og arbeidsomfang. Det ble derfor ved fastsetting av takstene per 1. juli 2013, fastsatt at kommunene ikke kan inngå nye driftsavtaler med fysioterapeuter med et mindre volum enn 50 pst. av en fulltidsavtale, dvs. 18 timer per uke hvis det ikke er spesielle grunner til det. Dette er hjemlet i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. hvor det også er forskriftsfestet at det skal være samsvar mellom driftshjemler og arbeidsomfang.

Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel o.l., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen.

Fra 2009 til og med 2013 har det vært en lav vekst i fysioterapitjenester. Det ser ut til å bli en større vekst i 2014. Prognose for volumveksten for 2014 er anslått til 3 pst.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste, innledningen under programområde 30 og del III, 7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

### Post 72 Jordmorhjelp

Utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor, dekkes etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskontroller i helsestasjon utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger.

Utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad.

Utgiftene i 2013 var 51 mill. kroner, mot 44 mill. kroner i 2012, en økning på 15,9 pst.

Det foreslås å flytte 0,11 mill. kroner fra kap. 2752, post 70 til kap. 2755, post 72 knyttet til engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon. Stønadssatsen har vært uendret siden 1996 og foreslås økt til 2550 kroner i 2015.

### Post 73 Kiropraktorbehandling

Utgifter til behandling hos kiropraktor dekkes etter fastsatte takster med hjemmel i folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Det gis stønad for inntil 14 behandlinger per kalenderår. Refusjonsordningen ble innført i 1974. Kiropraktorene har fri prissetting. I tillegg til 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.

Folketrygden yter et tilskudd til fond til videre- og etterutdanning av kiropraktorer tilsvarende 1,5 pst. av trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 134 mill. kroner i 2013 mot 129 mill. kroner i 2012. Utgiftsveksten har sammenheng med en økning i antall kiropraktorer som har avtale om direkte oppgjør med Helfo og en økning i antall konsultasjoner som utløser refusjon. Antall kiropraktorer som hadde oppgjørsavtaler med Helfo økte med 9 pst., fra 652 i 2012 til 711 i 2013. Antall konsultasjoner økte med 3,2 pst., fra om lag 1,8 millioner konsultasjoner i 2012 til 1,9 millioner 2013.

### Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Folketrygden dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a.

Det er et vilkår for refusjon for logopedisk og audiopedagogisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

De logopediske og audiopedagogiske tiltakene som dekkes etter folketrygdloven, faller inn under kommunenes og fylkeskommunenes ansvar etter opplæringsloven av 1998. Kommuner og fylkeskommuner har iht. opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger har, siden 1948, hatt anledning til å utløse takster for undersøkelse og behandling av personer med språk- og talevansker.

I 2013 utbetalte folketrygden 92 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 6 mill. kroner til ortoptisk behandling.



De samlede utgiftene økte fra 89 mill. kroner i 2012 til 98 mill. kroner i 2013, en økning på 11,4 pst.

## Kap. 2756 Andre helsetjenester

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015
70	Helsetjenester i annet EØS-land	7 024	14 000	17 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.	309 186	310 000	320 000
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	171 462	175 000	190 000
	Sum kap. 2756	487 672	499 000	527 000

Det ble opprettet nye budsjettposter under kap. 2756 Andre helsetjenester som følge av at ansvaret for helsehjelp i utlandet etter folketrygdloven § 5-24 og forordning 883/04 og helsehjelp i Norge etter forordning 883/04 (kap. 2690, post 70 og 77 samt kap. 5701, post 74) i 2013 ble overført fra daværende Arbeidsdepartementet.

Refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land ble satt i verk 1. januar 2011. Ordningen gjelder helsehjelp EU-domstolen karakteriserer som «ikke-sykehusbehandling» og gir norske pasienter større valgfrihet mht. om de vil motta helsehjelp i Norge eller i andre EØS-land. Refusjon gis for helsehjelp som pasienten ville fått på det offentliges bekostning (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår. Det vises videre til Stortingets behandling av Prop. 118 L (2012–2013) om bl.a. EUs pasientrettighetsdirektiv. Som ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet vil dagens forskrift utvides til å omfatte sykehusbehandling.

Ordningen administreres av Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Pasienten må selv betale alle utgifter til behandlingen, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfo belaster folketrygden for utgiftene til behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped, audiopedagog og tannbehandling ved sykdom samt blåreseptordningen, jf. kap. 2756, post 70. Helfo sender krav om dekning av utgiftene for allmennlege-, fysioterapi-, jordmorhjelp til kommunene, tannbehandling, som i Norge ytes av den offentlige tannhelsetjenesten til fylkeskommunene samt spesialisthelsetjenester til regionale helseforetak, jf. kap. 720, post 70 og kap. 3720, post 03. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (ISF-refusjon og stønad fra folketrygden) for helsehjelp som pasienter får under

denne ordningen. Kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak må dekke utgiftene til tjenestetypene innen sitt ansvarsområde fullt ut innenfor frie inntekter/basisbevilgning.

Det har vært en økning i refusjonskrav på 1,3 pst. fra første halvår 2013 til første halvår 2014 for ordningen totalt. I løpet av første halvår 2014 har Helfo mottatt 5800 refusjonskrav etter folketrygdloven § 5-24a. Vel tre firedeler av sakene gjaldt fysioterapi. Dette må sees i sammenheng med at bidrag til fysioterapi i utlandet under kap. 2790, post 70 ble avviklet fra 1. januar 2011. I tillegg er det et visst omfang av saker innen allmennlegetjenester, legemidler og tannbehandling. Spania dominerer som behandlingssted for fysioterapi.

### Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Posten dekker folketrygdens utgifter til helsehjelp i andre EØS-land (behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom, undersøkelse ved bestemte diagnoser og behandlingsformer samt blåreseptordningen).

Utgiftene var 7 mill. kroner i 2013 mot 4,3 mill. kroner i 2012, en økning på 62,8 pst. Rapportering fra Helfo viser at det i all hovedsak er blitt refundert utgifter til tannbehandling ved sykdom, jf. folketrygdloven § 5-6, på denne budsjettposten. Det er et begrenset antall saker innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

### Post 71 Helsetjenester i utlandet mv.

Posten gjelder 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 utenrikssjøfart, 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 2015 foreslås det maksimale stønadsbeløpet til 3510 kroner per døgn.

Helfo Utland har inngått avtale med et utenlandsk selskap om administrasjon av refusjon for

helsetjenester for en del medlemmer av folketrygden som oppholder seg i USA, så som studenter, arbeidstakere i utenrikstjenesten og krigspensjonister. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt forskrift som avskjærer retten til stønad til helsetjenester fra folketrygden for personer som er sikret rett til dette etter gjensidighetsavtale med annet land (f.eks. EØS-avtalen). Dette har gitt betydelig reduksjon i folketrygdens utgifter til helsetjenester i utlandet etter denne refusjonsordningen.

Posten omfatter også refusjon av utgifter til helsetjenester som medlemmer av folketrygden har mottatt i andre EØS-land og Sveits, etter EØS-avtalens forordning 883/2004.

Utgiftene var 309 mill. kroner i 2013 mot 325 mill. kroner i 2012, en reduksjon på 4,9 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 171 mill. kroner i 2013 mot 152,8 mill. kroner i 2012, en økning på 12,4 pst.

## Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
2790	Andre helsetiltak	197 335	220 000	192 200	-12,6
	Sum kategori 30.90	197 335	220 000	192 200	-12,6

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	Pst. endr. 14/15
70–89	Andre overføringer	197 335	220 000	192 200	-12,6
	Sum kategori 30.90	197 335	220 000	192 200	-12,6

### Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2013	Saldert budsjett 2014	Forslag 2015	
70	Bidrag	197 335	220 000	192 200	
	Sum kap. 2790	197 335	220 000	192 200	

#### Post 70 Bidrag

Med hjemmel i folketrygdløven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdløven eller andre lover. Departementet har i forskrift gitt Helsedirektoratet fullmakt til å fastsette nærmere retningslinjer for ytelse av bidrag. Som hovedregel ytes bidrag med 90 pst. av de utgifter som overstiger 1695 kroner i 2014. Mange formål dekkes etter andre regler og satser. Egenandeler, døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig.

Bidragsordningen består av om lag 20 forskjellige tilskuddsordninger. Fullstendig oversikt over hvilke tilskuddsordninger som kommer inn under

bidragsordningen går fram av rundskrivet til folketrygdløven § 5-22 Bidrag til spesielle formål. Rundskrivet er tilgjengelig via hjemmesidene til Helfo.

Utgiftene på bidragsordningen var 197 mill. kroner i 2013.

Det foreslås:

- å flytte bidragsformålet epidermolysis bullosa til blåresept fra 1. januar 2015 (kap. 2751, post 72). Det vises til nærmere omtale under kap. 2751, post 72 Medisinsk forbruksmateriell.
- å øke bidraget til terapiridning med 1,8 mill. kroner
- å flytte bidragsformålet måle- og administrasjonsutstyr til blåresept fra 1. januar 2016 (kap.

2751, post 72). Det vises til nærmere omtale under kap. 2751, post 72 Medisinsk forbruksmateriell.

- å utvide ordningen med bidrag til prevensjonsmidler til kvinner mellom 16 og 19 år. Det fore-

slås å inkludere langtidsvirkende prevensjon (p-stav og spiral) og i tillegg åpne for utlevering av inntil halvt års forbruk av gangen. Det anslås at endringen vil innebære en merkostnad på 1 mill. kroner.

*Del III*  
*Omtale av særlige tema*



## 5 Status for helse og omsorg

De siste 20 årene har alle grupper i Norge, uavhengig av utdanning og inntekt, fått bedre helse. Levealderen i Norge er blant de høyeste i verden. Gjennomsnittlig forventet levealder i 1970 var 71 år for menn, og 77 år for kvinner. I 2013 er tallene 79,7 år for menn og 83,6 år for kvinner. Levealderen øker i alle grupper, men det er fortsatt store sosiale ulikheter i forventet levealder. Spedbarnsdødeligheten er svært lav, omkring 3 per 1000 levende fødte. Stadig færre dør før pensjonsalderen.

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå viser at Norge i 2013 brukte om lag 288 mrd. kroner på helse- og omsorgsformål. Det svarer til i overkant av 56 700 kroner per innbygger. Dette omfatter alle private og offentlige utgifter som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester mv. Sammenliknet med andre OECD-land er det bare USA som bruker mer per innbygger. Det offentlige dekker om lag 86 pst. av de samlede helseutgiftene i Norge, noe som gjør at offentlige helsebevilgninger er høyere enn i USA, der relativt mer er privatfinansiert. Den offentlig finansierte andelen har vært stabil her i landet de siste årene, og noe høyere sammenliknet med første halvdel av 2000-tallet. Andelen av BNP som benyttes til helse- og omsorgsformål er omtrent på gjennomsnittet av OECD-landene når privat og offentlig finansiering ses under ett.

### 5.1 Sykelighet og sykdomsfaktorer

Tre av ti oppgir at de har helseproblemer som påvirker hverdagen. Én av fire har muskel- og skjelettlidelser, 10–15 pst. har psykiske problemer.

35 pst. av alle dødsfall skyldes hjerte- og karssykdommer og 25 pst. skyldes kreft.

Kreftdødeligheten har endret seg lite fra 1950 til i dag – når vi ser på antall dødsfall per 100 000 innbyggere og korrigerer for økt levealder. Kreftforekomsten har derimot økt. Med bedre diagnostikk oppdages flere tilfeller av kreft tidligere.

10 pst. i yrkesaktiv alder mottar uførepensjon. Over 60 pst. av uførepensjonistene har enten en psykisk lidelse eller sykdommer i muskel- og skje-

lettsystem og bindevev. I 2011 var andelen med psykiske lidelser (31,6 pst.) for første gang høyere enn andelen med muskel- og skjelettlidelser.

Om lag 40 pst. av eldre over 90 år rammes av demens.

Mellom 20 og 50 pst. av pasienter på institusjon har en underernæringstilstand (inkl. eldre, funksjonshemmede, langtidspasienter mv. i sykehus og sykehjem).

Psykiske lidelser er skyld i nær 20 pst. av sykefraværsdagsverkene i Norge. Angst og depresjon er de vanligste psykiske lidelsene.

15–20 pst. av barn og unge har psykiske vansker som går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. Om lag 8 pst. (70 000) av barn og unge har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Angst, depresjon og atferdsproblemer er de vanligste lidelsene.

290 000 barn har foreldre med psykiske lidelser eller alkoholproblemer som går ut over daglig fungering.

Om lag 8 pst. av den voksne befolkningen har astma. Om lag 20 pst. av barn og unge har astma.

Det anslås at 2–3 pst. har plager pga. matallergi. Anslagsvis 6 pst. av barn under skolealder har plager pga. matallergi.

Mellom 250 000 og 300 000 personer anslås å ha kols (kronisk obstruktiv lungesykdom).

Antall personer med diabetes i Norge er anslått til 340 000, og av disse kan så mange som 100 000 ha sykdommen uten å vite det. Tilnærmet 90 pst. av pakistanske kvinner i Oslo har forhøyet risiko for å utvikle diabetes type 2.

Mellom 15 og 20 pst. av alle voksne anslås å lide av fedme (kroppsmasseindeks over 30). 16 pst. av 8–9-åringene har overvekt eller fedme. Av disse har 3,5 pst. fedme.

Tre av ti voksne oppfyller anbefalingen om minst to og en halv times ukentlig moderat fysisk aktivitet. Kvinner er mer aktive enn menn, og aktivitetsnivået øker med utdanningsnivå i alle aldersgrupper. Voksne bruker 62 pst. av våken tid til stillesitting. Aldersgruppen 20–29 år har mest stillesittende tid. Menn sitter mer i ro enn kvinner. Stillesitting og fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for sykdom og helseplager.

Statistikken viser at barn og unge sitter mer stille og er mindre fysisk aktive enn før. Aktivitetsnivået synker kraftig fra 9 til 15 års alder. Bare halvparten av 15-åringene er fysisk aktive minst 60 minutter hver dag. Daglig variert fysisk aktivitet er nødvendig for barn og unges normale vekst og utvikling.

Om lag en av fem voksne spiser anbefalt mengde frukt og grønt daglig. Voksne inntar dobbelt så mye salt som anbefalt. Om lag 40 pst. av 16-årige gutter drikker brus 5–6 ganger per uke, og under halvparten spiser grønnsaker 5–6 ganger per uke.

Om lag 15 pst. voksne røyker daglig, og om lag 9 pst. røyker av og til. Dette tilsvarer om lag 35 000 færre røykere siden 2012. Hvert år dør om lag 5100 personer av sykdommer knyttet til røyking. Om lag 7 pst. av 16–24-åringer røyker daglig, og om lag 15 pst. røyker av og til.

Om lag 21 pst. av 16–24-åringer snuser daglig, og om lag 8 pst. snuser av og til. Dette betyr at om lag 130 000 unge bruker snus daglig.

Alkoholforbruket er lavt i europeisk sammenheng, men alkoholkonsumet i Norge har lenge vært økende. Et betydelig antall mennesker rammes av passiv drikking, dvs. skader og problemer den som drikker påfører andre enn seg selv.

Bruk av illegale rusmidler i Norge er lavt, men antallet overdosedødsfall er høyt.

Hvert år forårsaker akutte forgiftninger om lag 500 dødsfall og 14 000 sykehusinnleggelsesfall.

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

Forekomst av resistente sykdomsframkallende mikrober øker både hos dyr og mennesker. Norge er fortsatt blant de landene som er best stilt når det gjelder antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner.

Det er lav forekomst av smittestoffer i drikkevann, mat og hos husdyr, men det er likevel nødvendig med systematisk tilsyn.

## 5.2 Omsorgstjeneste

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå for 2013 viser bl.a. at samlede brutto driftsutgifter i de kommunale helse- og omsorgstjenestene var på om lag 114 mrd. kroner, hvorav 5,5 mrd. kroner var knyttet til kommunenes utgifter til samhandlingsreformen. Dette tilsvarer nesten 32 pst. av kommunenes samlede brutto driftsutgifter. Omsorgstjenestene alene representerte over 94 mrd. kroner, og om lag 345 000 personer mottok

kommunale omsorgstjenester i løpet av 2013. Bl.a. veksten i antall yngre tjenestemottakere har ført til en vridning av ressursbruken i omsorgstjenestene mot hjemmebaserte tjenester og bort fra tradisjonelle institusjonstjenester. I 2013 gikk 54 pst. av kommunenes brutto driftsutgifter til omsorgstjenestene til tjenester til hjemmeboende, inkludert aktiviserings- og støttetjenestetiltak. De kommunale omsorgstjenestene utførte om lag 132 700 årsverk i 2013. Antall årsverk økte i 2013 med om lag 1500.

## 5.3 Primærhelsetjeneste

I følge foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå for 2013 var det 4217 årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, en økning på 8,8 pst. fra året før. Om lag fire av fem kommuner tilbyr helsestasjon for ungdom.

I 2013 ble det utført 14 773 svangerskapsavbrudd. Dette gir en abortrate på 12,5 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år. Abortraten blant tenåringer i alderen 19 år og yngre var 10,1. Dette er den laveste abortrate blant tenåringer siden registreringen begynte og den laveste i Skandinavia. Abortraten er fortsatt høyest i aldersgruppen 20–24 år, men også her har det vært en nedgang fra 26,6 per 1000 kvinner i 2012 til 24,5 i 2013. I aldersgrupper over 25 år er abortratene stabile sammenliknet med 2012.

I følge foreløpige tall fra Sintef og Rambøll for 2013 var det totalt 15 945 årsverk innen kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, hhv. 11 955 og 3900 innen hvert område. I 2013 hadde om lag 57 pst. av personalet innenfor kommunalt psykisk helsearbeid relevant høyskoleutdanning/universitetsutdanning. For tjenester rettet mot barn og unge hadde 88 pst. av personalet i 2013 høyskoleutdanning/ universitetsutdanning. Det var totalt om lag 10 pst. ufaglært personell i kommunalt psykisk helsearbeid.

Om lag 73 pst. av personalet i kommunalt rusarbeid hadde relevant høyskoleutdanning/universitetsutdanning. I 2013 ble om lag 46 pst. av årsverkene innenfor kommunalt psykisk helsearbeid til voksne avsatt til tjenester i bolig med fast personell. Innenfor kommunalt rusarbeid var i 2013 flest årsverk knyttet til oppfølgingstjenester i bolig (om lag 31 pst.).

I følge foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå for 2013 var antall årsverk i allmennlegetjenesten 5197, og hadde økt med 3,5 pst. fra 2012. Økningen fordeler seg med 152 årsverk til fastlegevirksomhet og 30 årsverk til institusjoner for eldre og



funksjonshemmede. Ved utgangen av andre halvdel av 2013 var det 4387 fastleger. Antall fysioterapiårsværk i kommunene viser en positiv utvikling. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2013 var registrert 4535 fysioterapeutårsværk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Av disse var 2642 årsværk avtalefysioterapeuter og 1893 fastlønte inkludert 163 årsværk for turnuskandidater. I 2013 var det 391 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge, hvorav 17 sysselsatt i kommunehelsetjenesten i ulike stillingsbrøker.

Det vises til videre omtale under 7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

#### **5.4 Tannhelsetjeneste**

---

Om lag en million personer ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2013. Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til tannhelsetjenester utgjorde om lag 3,1 mrd. kroner. I tillegg ble det gitt i underkant av 1,9 mrd. kroner i statlig stønad over folketrygden til å dekke utgifter til tannbehandling.

#### **5.5 Spesialisthelsetjeneste**

---

I følge Samdata var i 2013 de samlede driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten om lag 119,6 mrd. kroner inkl. kapitalkostnader. Kostnadene (målt i faste priser) har økt med 0,4 pst. sammen-

liknet med 2012. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at antall årsværk var om lag 102 000 i 2013, dvs. en økning på én pst. fra 2012. Aktiviteten ved sykehusene fortsetter å øke. Det var om lag 890 000 døgnopphold, 423 000 dagbehandlinger og om 5 mill. polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus i 2013. I overkant av 1,8 mill. pasienter hadde minst én kontakt ved somatiske sykehus. Innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern barn og unge ble det i 2013 behandlet om lag 55 000 pasienter samlet i offentlig institusjoner. Poliklinisk behandling er det dominerende behandlingstilbudet. Tilsvarende tall for spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern voksne var om lag 128 000 pasienter.

Gjennomsnittlig ventetid til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, inkl. psykisk helse og rusbehandling, var 74 dager i 2013, uendret sammenliknet med 2012. Det var om lag 1,4 mill. nyhenviste til spesialisthelsetjenesten i 2013. Dette er en nedgang på 0,6 pst. sammenliknet med 2012.

#### **5.6 Legemidler**

---

Ifølge Folkehelseinstituttet ble det solgt legemidler med markedsføringstillatelse for vel 20 mrd. kroner i 2013. Sammenliknet med 2012 har omsetningen av legemidler til mennesker økt med 2,5 pst. Det offentlige gjennom helseforetak eller folketrygd dekker om lag to tredeler av disse legemiddelkostnadene.

## 6 Folkehelsepolitikken

Det er bred konsensus om de nasjonale målene for folkehelsepolitikken. Målene er at:

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

Målene er nærmere beskrevet i Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar og Innst. 478 S (2012–2013). Levealdermålet skal nås gjennom å redusere tidlig død og utjevne sosiale helseforskjeller. Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons globale mål for forebygging og kontroll av livsstilssykdommer innen 2025.

Regjeringen vil styrke det forebyggende helsearbeidet og inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, satse på aktive eldre og gi arbeidet med livsstilsendring en ny og positiv vinkling. Dette er bakgrunnen for at det kommer en ny stortingsmelding om folkehelsepolitikken i 2015. Meldingen legges fram før kommunevalget for å legge til rette for samordning mellom kommunale planprosesser og nasjonal politikk. Meldingen skal bygge på de nasjonale målene og de overordnede rammene som det var tverrpolitisk enighet om da Stortinget behandlet Meld. St. 34 (2012–2013).

I stortingsmeldingen vil regjeringen presentere ny politikk på områder som enten ikke har vært tilstrekkelig prioritert eller som krever nye løsninger. Det innebærer for det første at psykisk helse skal få en likeverdig plass i folkehelsearbeidet. Psykiske helseproblemer er en av de største folkehelseutfordringene vi har i dag. Det er like vanlig å få psykiske helseproblemer i løpet av livet som fysiske. Regjeringen vil derfor legge mer vekt på forhold som har betydning for den psykiske helsen, som sosiale nettverk, sosial støtte, mestring og trivsel. For det andre vil vi satse på aktive eldre. Eldre som selv ønsker det skal få mulighet til å delta i arbeidslivet. Når levealderen øker, er det nødvendig å legge til rette for god

helse i eldre år. Helsefremmende livsstil med bl.a. fysisk aktivitet, god ernæring og sosial aktivitet er viktig for å stå i jobb og holde seg frisk. For det tredje vil vi gi arbeidet med livsstilssykdommer en ny og mer positiv vinkling. Livsstilssykdommer har stor betydning for folkehelsen og det forebyggende arbeidet mot disse sykdommene må styrkes. Regjeringen vil legge vekt på positiv motivasjon i kombinasjon med tiltak som gjør det lettere for den enkelte å ta de sunne valgene. Tiltak for bedre folkehelse må også veies opp mot enkeltmenneskets valgfrihet. Dette dreier seg om forholdet mellom den enkeltes selvbestemmelse og samfunnsrettede tiltak, og hvordan politikken i større grad kan innrettes slik at den fremmer den enkeltes muligheter for livsutfoldelse.

Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har levert fagrapporter med innspill til arbeidet. Helsedirektoratet har vurdert status og gir anbefalinger om videreutvikling av folkehelsearbeidet. Folkehelse rapporten 2014 fra Nasjonalt folkehelseinstitutt beskriver befolkningens helse og forhold som påvirker helsen. Rapportene fra Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet er tilgjengelige under ny folkehelsemelding på Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside.

Næringslivet er en samfunnsaktør med stor innflytelse på flere områder som berører befolkningens helse. I folkehelsearbeidet følges forholdet til næringslivet opp gjennom tre overordnede strategier: 1) bidra til en bevisstgjøring og utvikling av hva som ligger i næringslivets samfunnsansvar, 2) vurdere myndighetenes virkemidler for å beskytte mot helseskader og fremme en mer helsevennlig produksjon av produkter og tjenester, og 3) ta initiativ til en mer formalisert dialog og gjensidig forpliktende avtaler. Med dette utgangspunktet har helse- og omsorgsministeren etablert en næringslivsgruppe som skal bidra til tettere samarbeid mellom myndigheter og matvarebransjen, og til at bransjen forplikter seg til å utvikle og gjøre produkter sunnere lettere tilgjengelig.

Organisasjonene i arbeidslivet har en viktig rolle i folkehelsearbeidet på arbeidsplassen. I august deltok arbeids- og sosialministeren og helse- og omsorgsministeren på toppledermøte

om rus i arbeidslivet. Det var bred enighet om at det fortsatt er behov for å øke bevisstheten om rusmiddelbruken i arbeidslivet, legge til rette for gode holdninger og åpenhet om problemet. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) har som mål å redusert sykefraværet, inkludere flere med redusert funksjonsevne og øke den reelle pensjoneringsalderen. Å legge til rette for at flest mulig virksomheter skal drive et aktivt rusmiddelforebyggende arbeid vil være et viktig bidrag til å nå målet om redusert sykefravær.

Samarbeidet med kommunesektoren er viktig for å utvikle og sette i verk folkehelsepolitikken. Folkehelsearbeidet i kommunene har vært i sterk utvikling de siste årene. Men det er fortsatt stor variasjon mellom kommunene og det er behov for å videreutvikle nasjonale virkemidler for å støtte opp under det lokale arbeidet. Folkehelsearbeidet skal forankres i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet bilaterale møter med KS om samarbeidsavtalene om samhandling og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. KS har etablert et læringsnettverk for folkehelse med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er en sterk tradisjonen for samarbeid mellom myndigheter og frivillige organisasjoner om folkehelsearbeid. Frivillighet Norge og Helse- og omsorgsdepartementet har gått sammen for å lage en ny nasjonal møteplass for folkehelse som skal styrke samarbeidet og utvikle nye partnerskap mellom frivillige organisasjoner og myndigheter. Møteplassen skal sikre et godt samarbeid mellom forvaltningen, politikere og frivillige organisasjoner.

God oversikt over helse og påvirkningsfaktorer og kunnskap om årsaker og effektive tiltak er viktig for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Det pågår et arbeid med å modernisere og samordne helseregisterfeltet i regi av Nasjonalt helseregisterprosjekt. Det er et mål at det skal finnes helseregistre innenfor alle store sykdomsområder for å ivareta pasientsikkerheten, kvaliteten på tjenestene og beredskap. Nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt skal videreutvikles for å få bedre kunnskap om ulike risikofaktorer og sykdomsgruppers bidrag til sykkelighet og dødelighet i befolkningen. NTNU planlegger nå å gjennomføre en ny datainnsamling i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hunt), Hunt 4, som vil gi viktige bidrag til framtidig forskning. Kunnskapen om effektive folkehelse tiltak skal styrkes gjennom forskning og forskningsbaserte evalueringer. Folkehelseprofilene til kommuner og fylkeskommu-

ner skal utvikles videre. Profilene inneholder statistikk om helsetilstand og forhold som påvirker helsen som kommuner og fylkeskommuner kan bruke i oversiktene over folkehelsen.

## 6.1 Utjevning av levekår og sosial inkludering

---

Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse henger nært sammen med velferdsutvikling og forskjeller i levekår og inntekt. Regjeringen vil jobbe for at Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom. De viktigste tiltakene for å bekjempe fattigdom er en god skole som utjevner sosiale forskjeller og et åpent arbeidsliv med plass til alle. Høy sysselsetting, universelle velferdsordninger og et godt utbygd utdanningssystem har bidratt til færre fattige og jevnere inntektsfordeling i Norge sammenliknet med andre land. Til tross for høy sysselsetting og godt utbygde velferdsordninger, er det mennesker som står utenfor viktige sosiale arenaer pga. dårlig økonomi eller dårlige levekår. Det må arbeides på bred front for å hindre at mennesker faller utenfor. Regjeringen vil tette hullene i det sosiale sikkerhetsnettet for grupper som i dag faller igjennom. Dette innebærer bl.a. å sikre barn som vokser opp i fattige familier mer likeverdige muligheter.

I 2013 vedtok Stortinget å ratifisere FN-konvensjonen for funksjonshemmede. Likevel møter personer med nedsatt funksjonsevne fortsatt barrierer som hindrer like muligheter til aktivitet og deltakelse. De aller fleste har utdanning og arbeid som målsetning, og har forventninger om å leve frie og selvstendige liv. Konvensjonens intensjon om et samfunn med plass til alle uavhengig av funksjonsevne følges bl.a. opp ved å arbeide for et arbeidsliv og dagligliv som er bedre lagt til rette for funksjonshemmede. Folketrygden dekker en rekke hjelpemidler til bedring av arbeidsevnen og funksjonsevnen i dagliglivet.

Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming ble behandlet på Stortinget 25. februar 2014. Samtidig fattet et samlet Storting anmodningsvedtak nr. 357 (2013–2014) der Stortinget ber regjeringen nedsette et bredt sammensatt utvalg som skal foreslå egnede og konkrete tiltak som styrker grunnleggende rettigheter til personer med utviklingshemming sin autonomi, privatliv, familieliv og samfunnsdeltakelse. Mandatet til utvalget må inkludere mål, tiltak, kompetanse, rettssikkerhet, økonomi og styringssystem som sikrer at nasjonale politiske mål innfris. Saken er til oppføl-

ging i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

#### Grunnleggende økonomisk trygghet

Inntektssikringsordningene i folketrygden gir økonomisk trygghet ved å sikre den enkelte inntekt og kompensere for særlige utgifter ved bl.a. arbeidsløshet, aleneomsorg for barn, sykdom og uførhet. Samtidig skal inntektssikringsordningene bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv. Deltakelse i arbeidslivet gir for de fleste en betydelig velferdsgvinst og arbeid er også det viktigste for å unngå fattigdom og sosial eksklusjon. Høy sysselsetting gir også samfunnet større verdiskaping og et tryggere økonomisk grunnlag for velferden.

#### Sosial boligpolitikk

Våren 2014 la regjeringen fram en nasjonal strategi for boligsosialt arbeid, Bolig for velferd (2014–2020). Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet er sammen ansvarlige for strategien. Formålet er å samle og målrette innsatsen slik at flere får et godt sted å bo. I strategien er det fastsatt mål og prioriterte innsatsområder for arbeidet fram til 2020. Kommunene har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet, men staten må bidra. I strategien er det fastsatt konkrete resultatmål for å forsterke innsatsen overfor barnefamilier og unge som ikke bor bra.

#### Tilknytning til arbeidslivet

Et velfungerende arbeidsmarked med lav ledighet og høy sysselsetting er et viktig mål for Regjeringen. Aktiv deltakelse i arbeidslivet er avgjørende for å bekjempe fattigdom, heve levestandarden og bedre livskvaliteten. Arbeids- og velferdspolitikken skal bidra til høy yrkesdeltakelse og forebygge langvarig ledighet og utstøting fra arbeidslivet.

Det er gjennomført en rekke tiltak for å styrke grunnleggende ferdigheter og øke gjennomføringen i videregående opplæring. Offentlige og private skoler med ungdomstrinn vil få tilbud om støtte til skolebasert kompetanseutvikling. Andre innsatsområder er ny lærerutdanning, et varig

system for etter- og videreutdanning, yrkesrådgivning og rettlederkorps for skoleutvikling. For å styrke kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med utsatte barn og unge under 24 år, har Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet innledet et samarbeid. Departementene skal arbeide med å avdekke felles utfordringer og fremme felles tiltak og strategier for bedre oppfølging av utsatte barn og unge. Det overordnede målet for samarbeidet er økt gjennomføring i videregående opplæring.

Det pågår et arbeid for å styrke kommunenes og fylkeskommunenes tverretatlige/-faglige samarbeid for å følge opp unge som står utenfor opplæring og arbeid. Det blir lagt vekt på godt samarbeid mellom den fylkeskommunale oppfølgings-tjenesten (OT), de videregående skolene, fagopplæringen, kommunene og Arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette gjøres bl.a. ved samarbeid om kombinasjoner av arbeidstrening og opplæring, etablere tverrfaglige team med psykologkompetanse fra kommunene og forsøk med Nav-veiledere i den videregående skolen.

Program for basiskompetanse i arbeidslivet skal bidra til å styrke voksne arbeidstakers grunnleggende ferdigheter. Programmet skal bidra til at personer med svake grunnleggende ferdigheter får opplæring i lesing, skriving, regning, grunnleggende IKT og muntlige ferdigheter i norsk. Det gjennomføres også forsøk med ulike modeller for videregående opplæring på arbeidsplassen. Regjeringen skal i 2015 legge fram en stortingsmelding om livslang læring og utenforskap. Stortingsmeldingen skal omhandle virkemidler innenfor utdannings-, integrerings- og arbeidsmarkedspolitikken, og se disse i sammenheng. Målet er å utvikle en samordnet og helhetlig politikk for voksne med lite utdanning, svake grunnleggende ferdigheter eller ikke anerkjent kompetanse – i tråd med deres behov og for å styrke deltakelse i arbeids- og samfunnsliv. Målgruppen for meldingen er grupper som har falt ut av arbeidslivet eller som har høy risiko for å gjøre dette.

Flere skal inkluderes ordinært arbeidsliv. Regjeringen vil legge fram en melding til Stortinget med en bred gjennomgang av hvilke virkemidler som kan bidra til at flere kan delta i arbeidslivet. Det tas sikte på framleggelse i løpet av høsten 2014.

## 6.2 Trygge oppvekstvilkår

Målet er at alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etnisk og geografisk tilhørighet. Det skal legges til rette for gode oppvekstvilkår gjennom tiltak for å styrke foreldrenes kompetanse, videreutvikle kvalitet på barnehager og skoler, videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sikre bedre samhandling mellom tjenestene.

I 2013 gikk 90 pst. av alle barn i alderen 1–5 år i barnehage. Dette gjør barnehagen til en viktig arena for god oppvekst. De ansattes kompetanse er viktig for kvaliteten på tilbudet, og Kunnskapsdepartementet har gitt Utdanningsdirektoratet i oppdrag å følge opp kompetansestrategien Kompetanse for framtidens barnehage. Strategi for kompetanse og rekruttering 2014–2020. For nærmere omtale, se budsjettproposisjonen for Kunnskapsdepartementet.

I 2014 trådte flere endringer i barnevernloven i kraft som skal sikre god kvalitet i barnevernet gjennom krav til rettssikkerhet, forsvarlighet og medvirkning. Regjeringen vil i 2014 finansiere tiltak som skal gi barn i barnevernet en bedre tilpasset skolegang. Bufdir er gitt i oppdrag å gjennomføre holdnings- og handlingsendrende arbeid rettet mot ansatte i barnevern- og skolesektoren. Innsatsen i 2014 bygger på en kunnskapsoppsummering fra Nova, en internasjonal konferanse avholdt i november i 2013, og en rapport med anbefalinger om tiltak utarbeidet av Bufdir i samarbeid med Nova. Kunnskaps- og kompetanseutvikling og god samhandling mellom forvaltningsnivåene og mellom tjenestene skal bidra til å bedre kvaliteten. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet er sammen i ferd med å lage nye retningslinjer om samarbeid og ansvarsdeling mellom barnevernet og Nav. Høsten 2013 ble strategien Barndommen kommer ikke i reprise –en felles strategi for å forebygge og avdekke vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) lagt fram av fire departement. Tilskuddsordningen til barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn skal bidra til bedre levekår og sosial inkludering. Det ble etablert en ny nasjonal tilskuddsordning mot barnefattigdom i 2014. Målet er å gi flere barn og unge fra lavinntektsfamilier mulighet til å delta i ferie- og fritidsaktiviteter. Regjeringen vil også fremme en melding om likestilling for Stortinget i løpet av 2015. I meldingen skal bl.a. spørsmål knyttet til helse drøftes i et likestillingsperspektiv.

Det er et mål å øke deltakelsen blant barn og unge som i liten grad deltar i kultur og frivillig orga-

nisasjonsliv. Idrett, kunst og kultur er blant de viktigste fritidsaktivitetene for barn og unge og sentrale for fysisk, kulturell og sosial utfoldelse. Et åpent og inkluderende frivillig organisasjonssamfunn er en forutsetning for deltakelse og en arena for fellesskap og demokrati. Barn og ungdom er den viktigste målgruppen for den statlige idrettspolitikken og det skal legges til rette for et allsidig tilbud om idrett og fysisk aktivitet. Det vises til Meld. St. 10 (2011–2012) Kultur, inkludering og deltaking, St.meld. nr. 39 (2006–2007) Frivillighet for alle, Meld. St. 26 (2011–2012) Den norske idrettsmodellen og Innst. 211 S (2012–2013).

## 6.3 Helsevennlig arbeidsliv

Målet er et mer inkluderende arbeidsliv og et trygt og sikkert arbeidsmiljø. Arbeid gir økonomisk trygghet og bidrar til å utjevne sosiale forskjeller. Like sentralt er betydningen for deltakelse i samfunnet, livskvalitet, mestring og arbeidsglede. Et mer inkluderende arbeidsliv, gode arbeidsforhold og et godt arbeidsmiljø kan bidra til bedre helse og mindre helseforskjeller i befolkningen.

Generelt er arbeidsmiljøet i Norge godt, men det gjenstår betydelige utfordringer med å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø for alle. Deler av arbeidslivet er preget av høyt langtidssykefravær, frafall og utstøting. Enkelte bransjer er preget av useriøse bedrifter og økende alvorlig arbeidsmiljøkriminalitet. Dette kan være sektorovergripende, organisert kriminalitet som det er vanskelig å få oversikt over.

Arbeidet mot sosial dumping videreføres bl.a. gjennom styrking av Arbeidstilsynet, videre satsing på treparts bransjesamarbeid i utsatte bransjer og tiltak mot arbeidsmiljøkriminalitet. Allmenngjøringsordningen videreføres.

For å bekjempe den økende arbeidsmiljøkriminaliteten vil regjeringen forsterke samarbeidet mellom offentlige kontroll- og tilsynsetater. Et prøveprosjekt er satt i gang der Arbeidstilsynet, Skatteetaten og Kemneren i Bergen er samlokalisert og samarbeider om felles tilsyn.

Det er overordnet mål at regelverket som skal hindre useriøse aktører, og uakseptable lønns- og arbeidsvilkår er målrettet og treffsikkert. For å sikre dette vil regjeringen evaluere tiltakene som hittil er satt i verk på dette området og vurdere nye tiltak.

Gjennom Den kulturelle nistepakka er det gitt tilskudd til kulturtiltak på arbeidsplassen som skal bidra til bedre arbeidsmiljø og redusert sykefravær.

## IA-avtalen

Intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) er et viktig virkemiddel for å oppnå overordnede mål i arbeids- og sosialpolitikken. Regjeringen og hovedorganisasjonene i arbeidslivet underskrev 4. mars 2014 en ny avtale for perioden 4. mars 2014 til 31. desember 2018. Gjennom IA-avtalen har det vært satt i gang en rekke tiltak for å skape et mer inkluderende arbeidsliv. Gode resultater fra dette arbeidet sørger for at flere kommer inn i arbeidslivet, og hindrer at de som er innenfor faller ut. Det er fastsatt tre delmål for avtalen: redusert sykefravær, inkludering av flere med redusert funksjonsevne og økning av den reelle pensjoneringsalderen.

Avtalen innebærer bl.a. betydelige forenklinger i reglene for oppfølging av sykmeldte, bortfall av flere sanksjoner, forsterket innsats for personer med nedsatt funksjonsevne, vektlegging av forebyggende arbeid og en økt satsning på kunnskapsutvikling. Det er også lagt opp til en mer effektiv og hensiktsmessig oppfølging av avtalen. Formålet har vært å gjøre sykefraværarbeidet enklere for virksomhetene og å målrette innsatsen mot de sykmeldte som har et særlig behov for tett oppfølging. Arbeidsgivers rapporteringsplikt til Arbeids- og velferdsetaten etter ni ukers sykefravær og det omfattende sanksjonsregimet i regi av Arbeids- og velferdsetaten 2011 er avskaffet. For regjeringen har det vært viktig å flytte fokus bort fra skjemaer og sanksjoner og over på oppfølging av de som trenger det. Forslagene om forenkling og mindre byråkrati i oppfølgingen av sykmeldte arbeidstakere innebærer at det vil bli frigjort ressurser både på arbeidsplassene og i Arbeids- og velferdsetaten.

## 6.4 Psykisk helse

Regjeringen har som mål å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. En satsning på psykisk helse i folkehelsearbeidet betyr å legge mer vekt på forhold som har betydning for den psykiske helsen. Det gjør det nødvendig å se ut over helsetjenesten og løfte fram betydningen av forhold på tvers av samfunnssektorer, f.eks. levekår, barnehager, skole- og læringsmiljø, arbeid og arbeidsmiljø, boligforhold, frivillig deltakelse og forhold i nærmiljøet. I tillegg er det behov for å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten og sikre at flere får hjelp tidlig.

God psykisk helse er en ressurs for den enkelte og for samfunnet. I følge Folkehelse rapporten 2014 har Norge sammen med de andre nordiske landene høyest livskvalitet og lykke i verden. Dette gjelder både voksne og ungdom. Likevel er psykiske helseproblemer en av de største folkehelseutfordringene vi har i dag. Angstlidelser og alvorlig depresjon er blant de fem viktigste årsakene til år levd med helsetap. Personer med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske sykdommer enn befolkningen for øvrig. Det er store sosiale forskjeller i psykisk helse i befolkningen. Grupper med lang utdanning har færre psykiske plager, er mer tilfreds med livet og har mer sosial støtte enn grupper med kort utdanning.

Opplevelsen av å håndtere og mestre hverdagslivet er nødvendig for god helse og trivsel. Ensomhet, stress, lite sosial støtte og manglende opplevelse av mestring gir økt risiko for psykisk sykdom. Vold og overgrep har stor betydning for den psykiske helsen. En livssituasjon med kronisk stress svekker både psykisk og fysisk helse og kan gi redusert overskudd til å ta gode helsevalg. På samme måte fungerer sosial støtte, deltakelse, aktivitet og mestring som helsefremmende faktorer. Den psykiske helsen påvirkes også av søvn og av helsevaner som kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk og alkoholbruk, på samme måte som helsevaner påvirkes av psykisk helse.

I arbeidet med psykisk helse har det vært lagt for lite vekt på forhold som påvirker psykisk helse og trivsel i hele befolkningen. Det er behov for å rette oppmerksomheten mot betingelser i omgivelsene som fremmer mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier og positive relasjoner. Å legge til rette for deltakelse i sosialt fellesskap som gir opplevelse av tilhørighet og mestring er godt folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet arbeider med å bygge opp kompetanse på sosial støtte, deltakelse og psykisk helse og har tatt initiativ til å bygge opp en rapportserie på området. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet samarbeider om å integrere innsatsen for psykisk helse og trivsel i skolens kjernevirksomhet. Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013–2016 som er et samarbeid mellom Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet videreføres. Målet er å gi et bedre og mer koordinert tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser som har behov for bistand for å gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet.

## 6.5 Aktive eldre

Et av de viktigste utviklingstrekkene i samfunnet er aldringen av befolkningen. Det vil få konsekvenser for alle samfunnsområder. Morgendagens eldre vil ha bedre helse og utdanning enn tidligere generasjoner og vil ha bedre forutsetninger for å være aktive i samfunnet. Regjeringen vil at eldre skal ha en naturlig plass i arbeids- og samfunnsliv.

Den varslede stortingsmeldingen om folkehelse vil legge grunnlaget for en strategi for en moderne eldrepolitikk som skal omfatte alle samfunnsområder. Vi må snu oppfatningen av at aldringen av befolkningen er et problem, til å se hvilke ressurser og muligheter en frisk og aktiv eldrebeholdning vil være for arbeids- og samfunnsliv. Flere eldre må spille en rolle i å videreutvikle det norske velferdssamfunnet.

Behovet for en ny eldrepolitikk som vektlegger arbeid og deltakelse er begrunnet i flere utfordringer. Først og fremst berører det samfunnets bærekraft og hvordan vi skal bevare velferden. Selv med relativt høye fødselstall og innvandring i Norge, øker andelen eldre i befolkningen. Gjennomsnittlig levealder øker, og flere mennesker lever lenger. En norsk 65-åring vil i dag ha 15–20 funksjonsfriske år foran seg. Samtidig som levealderen har økt, har også årene vi er utenfor arbeidslivet økt.

For de fleste er det bra for helse og livskvalitet å være i arbeid så lenge som mulig. Arbeid gir tilhørighet, mening, struktur på dagen, aktiviteter og utviklingsmuligheter for den enkelte. Å stå utenfor arbeidslivet kan føre til en opplevelse av å være utenfor samfunnet. Selv om de fleste trives som pensjonister, er det også mange som erfarer økt ensomhet og passivitet. Aldersgrenser og pensjonering har tidligere vært knyttet til helsemessige begrunnelser, til at det var krevende fysisk å stå i arbeid. Arbeid ble sett på som en belastning. Alderspensjon fra 70 år ble innført i 1967, da gjennomsnittlig levealder var om lag 72 år. Dagens og morgendagens arbeidsliv vil være mindre fysisk krevende for de fleste.

En annen utfordring knyttet til aldringen av befolkningen, er samfunnets holdning til eldre og den enkeltes holdning til det å bli eldre. Perioden mellom 60 og 90 år utgjør en tredjedel av livet. Det er like store variasjoner mellom mennesker i denne aldersgruppen som i andre deler av livet. Eldre mennesker må ikke behandles som en ensartet gruppe, men som individer med ulike forutsetninger, ønsker og behov.

En ny politikk for aktive eldre – en moderne eldrepolitikk

Regjeringen bygger politikken på forvalteransvaret, og vil overlate et samfunn i bedre stand til de neste generasjoner. Utfordringene knyttet til at det blir færre yrkesaktive per pensjonister bør ikke overlates til barn og barnebarn. Det er en felles oppgave å legge til rette for at eldre kan arbeide lenge og være aktive.

Målet er høyere yrkesdeltakelse blant eldre og høyere avgangsalder fra arbeidslivet. Høy yrkesdeltakelse for 60-åringer er et uttrykk for at eldre mennesker deltar på alle samfunnsområder. Det er en god indikator på befolkningens helse.

Regjeringen vil vurdere aldersgrensene i arbeidslivet. En drøfting av arbeidsmiljølovens aldersgrensebestemmelser er på høring, med frist 9. oktober 2014. Det er viktig å bidra til at eldre arbeidstakere ikke faller ut av arbeidslivet for tidlig. Gjennom oppfølgingen av den nye IA-avtalen skal partene styrke innsatsen for å beholde eldre arbeidstakere.

Pensjonsreformen virker allerede i riktig retning, avgangsalderen fra arbeidslivet har økt noe. Likevel står mange eldre som ønsker å arbeide utenfor arbeidslivet. Det er flere bransjer som står overfor betydelige rekrutteringsutfordringer og som vil kunne ha nytte av denne arbeidskraften. Ved å utsette avgangen fra arbeidslivet får vi en betydelig samfunnsmessig gevinst.

For regjeringen vil målet om flere eldre i arbeid være et overordnet politisk mål som vil få ringvirkninger til andre sektorer. Alle sektorer må bidra for at eldre skal kunne leve gode og aktive liv.

Økt bruk av IKT og teknologi i hverdagen vil få konsekvenser. Det gir mange muligheter til deltakelse, men bruk av teknologi og hjelpemidler må også tilpasses brukere med ulike behov. Mange andre områder må også tilpasses endringer i alderssammensetningen av befolkningen. Eldre som skal arbeide lenger vil ha behov for kompetanseutvikling og mer utdanning. Både transportsystemet, utforming av nærmiljø og lokalsamfunn og framtidens boliger må tilpasses. Universell utforming og bevisst lokal planlegging skal bidra til at omgivelsene legges til rette for aktive eldre og gir forutsetninger for aktive liv, å kunne delta på ulike områder og at flere kan bo hjemme med økende alder og funksjonsnedsettelser. Kulturlivet og frivillig sektor vil få større betydning. Eldre representerer en viktigere kundegruppe for næringslivet. Det vil påvirke produktutviklingen, samtidig som eldre kan være

entreprenører og innovatører og bidra med næringsutvikling.

Helsefremmende livsstil blir enda viktigere når vår levealder øker. Både fysisk og sosial aktivitet og gode levevaner bidrar til at vi blir bedre rustet til eldre år.

Aldersdiskriminering og alderssegregering må bekjempes. En viktig dimensjon ved en moderne eldrepolitikk er å bidra til mer samhörighet og kontakt mellom unge og eldre. Aktive eldre mennesker er et gode for yngre generasjoner.

Det er behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom arbeid, aktivitet og helse. Det er også betydelige sosiale og yrkesmessige ulikheter. Det er viktig å få fram hvilke betingelser som kan fremme et lengre arbeidsliv. Vi må få mer kunnskap om konsekvenser av aldringen av befolkningen. Livsløpsstudier vil være viktig.

I arbeidet med å utforme en moderne eldrepolitikk, vil regjeringen få innspill fra ulike kompetansemiljøer, ha dialog med partene i arbeidslivet og andre berørte miljøer. Statens seniorråd og Senter for seniorpolitikk er sentrale bidragsyttere. Arbeidet skal også bygge på internasjonalt samarbeid om «active ageing» i regi av EU, OECD og FN.

## 6.6 Helsevennlige valg

Regjeringen vil følge opp Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 pst. innen 2025. Det innebærer at risikoen knyttet til tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet, usunt kosthold, overvekt og fedme må reduseres betydelig.

### Kosthold og ernæring

Kostholdsarbeidet bygger på Verdens helseorganisasjons evaluering av handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) og Helsedirektoratets sluttrapport om denne handlingsplanen. Arbeidet må ses i sammenheng med Verdens helseorganisasjons globale innsats for å forebygge og kontrollere ikke-smittsomme sykdommer, jf. WHO's UNECE handlingsplan 2013–2020, hvor fire av ni mål og 12 av 25 indikatorer er relatert til kosthold.

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

Mattilsynet om Kostholdsplanleggeren, et datasystem for å beregne næringsinnholdet i maten.

Det har vært flere positive utviklingstrekk i matvareforbruket de senere årene. Allikevel er det ifølge Norkost 3 bare om lag en fjerdedel av befolkningen som følger kostrådene, og i underkant av en femtedel får i seg anbefalt mengde grønnsaker. De største utfordringene framover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk og å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker.

Norkost, Levekårsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå og helsevaneundersøkelsene blant skoleelever, viser at det er sosiale forskjeller i kostholdet, bl.a. har de med kortest utdanning høyest inntak av brus og saft og lavest inntak av grønnsaker. Brusforbruket er redusert over tid, men det gjennomsnittlige forbruket er fortsatt om lag 60 liter sukkerholdig brus per person i året. Forbruket av godterier har økt betydelig de siste 30 årene og var 14 kilo per innbygger i 2012. Det gjennomsnittlige inntaket av salt i befolkningen er anslått til om lag 10 gram per person daglig, dobbelt så høyt som anbefalt. Innholdet av mettede fettsyrer i kosten har økt de senere årene og er nå betydelig høyere enn anbefalt. Gjennomsnittlig inntak av transfettsyrer er i tråd med anbefalingene. Vi kan likevel ikke utelukke at grupper i befolkningen, f.eks. grupper av innvandrere, kan ha et høyt inntak. Forskrift for å regulere innhold av industriframstilt transfett trådte i kraft fra 16. januar 2014.

Det ble i 2013 gjennomført en kartlegging av mat og måltider i skole og skolefritidsordning. Den viser at bare 38 pst. av skolene gir elever på mellomtrinnet (5.–7. trinn) den anbefalte matpausen på 20 minutter, mens for 1.–4. trinn er tilsvarende andel 55 pst. Bare i overkant av halvparten av rektorene i grunnskolen kjente til helsemyndighetenes retningslinjer for skolemåltidet. Flere skoler så behov for å tilrettelegge for frokost, sikre tilstrekkelig spisetid og for å øke kompetansen i ernæring og hygiene blant ansatte i aktivitetsskolen og kantiner.

Begrensning av befolkningens saltinntak er ifølge Verdens helseorganisasjon blant de mest kostnadseffektive tiltakene i folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet har startet implementering av en tiltaksplan for å redusere saltinntaket i befolkningen. Saltinnholdet i matvarer og saltinntaket i befolkningen skal følges nøye. Sentralt i arbeidet står samarbeid med matvarebransjen, fag- og interesseorganisasjoner og det arbeides med å etablere forpliktende partnerskap for å redusere saltinnholdet i norsk kosthold. Helse- og omsorgs-



nisteren har etablert en egen næringslivsgruppe på matområdet som drøfter utfordringer og tiltak som kan gjennomføres i næringen.

Siden mange inntar måltider utenom hjemmet, er det satt i gang et arbeid med å utvikle verktøy for å stimulere serveringsmarkedet til sunnere tilbud, parallelt med materiell om tips til forbrukerne som handler mat på farten. Merkeordningen Nøkkelhullet har siden innføringen i 2009 blitt godt kjent. Hele 98 pst. av befolkningen kjenner til nøkkelhullet og fire av fem vet at det betyr et sunnere valg. I 2013 var det om lag 2000 nøkkelhullsmerkede produkter i handelen. I følge Norsk Spisefakta brukes merket uavhengig av sosial tilhørighet, utdanning og bosted. Det er utarbeidet nye felles nordiske kriterier for næringsinnhold i matvarer som kan få nøkkelhullsmerket. Disse forventes å tre i kraft fra 1. januar 2015. Helsedirektoratet og Mattilsynet følger opp ordningen med informasjons-, tilsyns- og utviklingsarbeid.

I 2014 ble anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet revidert. Disse er basert på nordiske anbefalinger (Nordic Nutrition Recommendations). I en tid med mange ulike kostholdsråd i media, er det avgjørende med kontinuerlig og tydelig kommunikasjon om helsemyndighetenes anbefalinger. Satsingen Små grep, stor forskjell videreføres i 2015 med særlig fokus på salt. Norge deltar også i nordisk samarbeid om kommunikasjon av kostråd.

Det er fortsatt et betydelig potensial for å øke kunnskapen om kostrådene og sammensetning av et sunt kosthold, særlig blant yngre aldersgrupper. Sjømatprogrammet Fiskesprell videreføres og videreutvikles. Helsedirektoratets retningslinjer for skolemåltidet i grunnskole og videregående skole er under revisjon.

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ble etablert høsten 2013. Senteret skal bidra til å styrke arbeidet innen dette feltet i barnehager og skoler og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten bl.a. gjennom å samle og formidle kunnskap og erfaringer. Senteret skal være en ressurs for fagene mat og helse og kroppsøving.

Abonnementsordningen Skolefrukt er fra skolestart 2014 utvidet til å omfatte også skoler med ungdomstrinn, se for øvrig kap. 711, post 74. Muligheter for fleksible, målrettede løsninger blir utredet.

Det har vært arbeidet med å etablere en nasjonal amnestatistikk, og som ledd i dette ble det høsten 2013 gjennomført en landsomfattende undersøkelse om amming og noen andre sentrale forhold ved spedbarnskosten. Resultatene skal publiseres i 2014. For å følge utviklingen jevnlig er

det foreslått å gjenta undersøkelsen om lag hvert annet år. Mor-barn-vennlig initiativ har vist seg velegnet til å beskytte, fremme og støtte amming.

#### Fysisk aktivitet

Det totale aktivitetsnivået i befolkningen er lavt og stillesitting er en økende utfordring. Drøyt 3 millioner mennesker i den norske befolkningen er for lite fysisk aktive. Fysisk aktivitet som tidligere var en naturlig del av arbeid og daglige gjøremål er sterkt redusert. Samfunnsutviklingen har ført til at verken arbeid eller andre daglige aktiviteter gir tilstrekkelig fysisk aktivitet. Økt trening og mosjon på fritiden de siste tiårene i deler av befolkningen kompensere ikke for sterkt redusert hverdagsaktivitet hos de fleste.

Det er i 2014 lansert nye nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesitting. Nasjonale kartlegginger viser at kun 31 pst. blant voksne og eldre oppfyller de nye anbefalingene om minimum 150 minutter moderat fysisk aktivitet ukentlig, 75 minutter med høy intensitet, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet. 38 pst. av kvinnene oppfyller anbefalingene sammenliknet med 28 pst. av mennene. Det er sosiale forskjeller i fysisk aktivitet blant voksne. 38 pst. av dem med minst fire års høgskole- eller universitetsutdanning oppfyller anbefalingene sammenliknet med 22 pst. av dem med grunnskole som høyest fullførte utdanning. Aktivitetsnivået blant barn og unge reduseres kraftig fra seks til femtenårsalder og mange slutter med organisert idrettsaktivitet i fritiden. Rundt 90 pst. av seksåringene er moderat fysisk aktive i minst 60 minutter hver dag. I niårsalderen er de fleste gutter fortsatt fysisk aktive i tråd med anbefalingene, mens det bare gjelder for 70 pst. av jentene. Blant femtenåringene er andelen fysisk aktive redusert til omtrent halvparten.

Fysisk inaktivitet og stillesitting registrert med aktivitetsmåler viser at fra seksårs alder øker inaktiv tid per dag i gjennomsnitt med 17 minutter for hvert år opp til femtenårsalderen. En sammenlikning av data fra 2005/2006 med data fra 2011 viser at tiden som brukes til stillesitting øker blant niåringer og femtenåringer. I kartleggingen av stillesitting blant voksne viser objektive mål at kvinner og menn i snitt er fysisk inaktive ni av de 14 timene aktivitetsmålerne har vært brukt.

Hovedutfordringen er å øke andelen som oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet, minske omfanget av stillesitting og styrke helsemyndighetenes fag- og pådriverrolle. Mål må ses i sammenheng med Verdens helseorganisasjons globale mål for å forebygge og kontrollere sykdommer

som ikke er smittsomme, jf. UNECE-strategi 2013–2017.

Det er behov for å styrke informasjonen til befolkningen om betydningen av fysisk aktivitet og helsekonsekvenser av fysisk inaktivitet og stillesitting. For personer som er lite aktive, vil selv en liten økning i aktivitetsnivået gi en betydelig helsegevinst i form av bedre livskvalitet, økt funksjonsevne og redusert risiko for sykdom og helseplager. Kampanjen Dine 30 startet våren 2014 og er gjennomført i et samarbeid med en rekke frivillige organisasjoner og kommersielle aktører. Det er lagt vekt på kunnskapsformidling, nye anbefalinger og positiv informasjon, og på tilrettelegging og inspirasjon til økt hverdagsaktivitet. Et mål på sikt vil være å gjøre 30 minutter om dagen like kjent som fem om dagen. I et samarbeid med vegmyndighetene settes søkelyset på aktiv og trygg skolevei, og det er utarbeidet en brosjyre om sykling til skolen. Samarbeidet med vegmyndigheter og frivillige organisasjoner om aktiv transport og kommunikasjons tiltak videreføres.

Kommunale frisklivssentraler har tilbud om tilpasset fysisk aktivitet og skal også ha oversikt over aktuelle aktivitetstilbud i nærmiljøet. Mange frivillige organisasjoner og private aktører som treningssentre samarbeider med frisklivssentraler om lavterskeltilbud for fysisk aktivitet. Gode lavterskeltilbud er viktige for at personer som i utgangspunktet er fysisk inaktive skal finne tilbud som passer dem. Det vises til kap. 762, post 60 og til kap. 719, post 21.

Daglig fysisk aktivitet i skolen er viktig for læring, konsentrasjon og trivsel, i tillegg til at fysisk aktivitet har verdi i seg selv. Skolen når alle barn og unge, og den kan derfor gi alle elever muligheter til fysisk aktivitet og bevegelseserfaring og dermed grunnlag for helse og læring. Regjeringen vil legge til rette for økt fysisk aktivitet i skolen. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet samarbeider om oppfølgingen.

Dagens omfang av obligatorisk tid til kroppøving og fysisk aktivitet er i snitt 2,1 timer per trinn per uke på hele barnetrinnet og 2 timer per trinn per uke på ungdomstrinnet. Innenfor rammen av fag- og timefordelingen har kommunene handlingsrom til å omdisponere tid til mer fysisk aktivitet i skolen, enten dette gjøres ved å benytte fysisk aktivitet som metode i andre fag, legge til rette for utedager eller utnytte ekstra tid og friminutt til lek og fysisk aktivitet for elevene. Erfaringer fra gjennomførte og pågående tiltak ved både grunn- og videregående skoler viser at god tilrettelegging for fysisk aktivitet fremmer fysisk form, har positiv virkning på elevenes konsentrasjonsevne og

atferd i klasserommet og på det psykososiale læringsmiljøet. Erfaringer viser også at mange skoler har klart å kombinere fysisk aktivitet med undervisning i ulike fag på barnetrinnet. Ved Høgskolen i Sogn og Fjordane gjennomføres et forskningsprosjekt for å undersøke hvilken effekt tilrettelegging for fysisk aktivitet i skolen har på læringsmiljø og skoleprestasjoner.

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet er etablert ved Høgskolen i Bergen og har bl.a. som oppgave å samle og formidle kunnskap, erfaringer og gode eksempler om daglig fysisk aktivitet i skolen. Senteret skal utvikle modeller for fysisk aktivitet på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap og være en ressurs for fagene kroppøving og mat og helse.

Muligheter for fysisk aktivitet så vel i dagliglivet som i fritiden ivaretas i den generelle samfunns- og arealplanleggingen. Aktivitetsvennlige bo- og nærmiljøer og god tilgjengelighet til naturområder er sentralt for å fremme fysisk aktivitet gjennom hele livet. Sti- og løypenett og gode forbindelser til disse reduserer terskelen for bruk av natur, skog og kulturlandskap til rekreasjon, trening og avkopling. Samtidig fremmer god tilrettelegging for sykkel og gange aktiv transport på en trygg måte. Fysisk aktivitet i et nærmiljøperspektiv er ett av hovedtemaene under den nordiske folkehelsekonferansen i 2014 i Trondheim. Se omtale under 6.7 Miljø og helse.

Treningssentre er blitt sentrale for fysisk aktivitet og for å fremme helse. Treningssentre benyttes av mange – særlig kvinner og stadig flere blant ungdom, til trening og mosjon på fritid. Friluftsliv har likevel en særstilling som fritidsaktivitet i den norske befolkningen. Gåing er den vanligste fysiske aktiviteten i alle aldersgrupper, og fysisk aktivitet og friluftsliv skårer høyest når folk blir spurt om hva de ønsker å gjøre mer av. Regjeringen vil samarbeide med friluftsråd og frivillige organisasjoner for bedre folkehelse gjennom fysisk aktivitet og friluftsliv, og legge fram en ny stortingsmelding for å styrke friluftslivet. Friluftslivets År markeres i 2015. Regjeringen vil gi gode rammevilkår for idretten og tilrettelegge for at alle som ønsker det skal kunne delta i fysisk aktivitet. Det skal legges bedre til rette for at funksjonshemmede og utviklingshemmede får anledning til å delta i idretten.

#### Tobakk

Røyking fører hvert år til om lag 6600 dødsfall i Norge, noe som tilsvarer 16 pst. av alle dødsfall. I gjennomsnitt taper hver person som døde av røy-

king 11 leveår, og om lag halvparten av storrøykerne dør før 70-årsalderen. Beregninger har vist at de totale samfunnskostnadene er svært høye.

Regjeringen ønsker en ny vinkling på tobakkspolitikken for å nå det langsiktige målet om et tobakksfritt samfunn. Det skal legges større vekt på å hindre at barn begynner å bruke tobakk og motivere og hjelpe dem som ønsker å slutte. Verdens helseorganisasjons globale mål for å forebygge livsstilssykdommer forutsetter minst 30 pst. reduksjon i forekomsten av tobakksbruk.

I 2013 røykte 15 pst. av befolkningen (16 til 74 år) daglig, mot 16 pst. i 2012, dvs. om lag 35 000 færre røykere. I tillegg røykte ni pst. av og til. Andelen dagligrøykere blant unge (16 til 24 år) var sju pst. som året før. I tillegg røykte 15 pst. unge av og til. Det er store sosiale og geografiske forskjeller i røyking. Blant dem med kort utdanning røykte 32 pst. daglig, blant dem med lang utdanning røykte åtte pst. I Finnmark røykte 28 pst. daglig, mens i Oslo røykte 13 pst. Blant gravide røykte i 2013 om lag åtte pst. ved svangerskapets begynnelse, og om lag fem pst. ved svangerskapets slutt, en nedgang på ett prosentpoeng fra året før. Samtidig som stadig færre røyker, bruker flere snus. I 2013 brukte 9 pst. av befolkningen snus daglig, som året før. Snus er imidlertid mest utbredt blant unge. I alderen 16 til 24 år brukte 21 pst. snus daglig, mot 19 pst. året før. I tillegg snuste 8 pst. av og til. Snusbruk er vanligere blant unge menn (33 pst. av aldersgruppen i 2013), men de siste årene har økningen vært markant også blant unge kvinner (23 pst. av aldersgruppen i 2013).

Våren 2013 vedtok Stortinget en rekke endringer i tobakkskadeloven med formål å hindre barns tilgang til tobakksvarer, gjøre flere arenaer røykfrie og styrke vernet mot passiv røyking. Fra 1. juli 2014 ble alle arbeidslokaler og offentlige lokaler helt røykfrie, med visse snevre unntak. Fra samme tid ble det innført tobakksfrie barnehager og skoler, røykfrie inngangspartier til helseinstitusjoner og offentlige virksomheter og forbud mot selvbetjening av tobakksvarer. Innføring av bevilningsordningen for salg av tobakk er utsatt da regjeringen ønsker å utrede en enklere og mindre byråkratisk ordning.

Det ble i 2013 gjennomført to massemediekampanjer med temaene av-og-til-røyking og barns rett til en røykfri oppvekst. Ved årsskiftet 2013/2014 ble det gjennomført en kampanje som i større grad involverer røykerne selv. Hovedmålgruppen var voksne røykere, og kampanjen har lagt til rette for erfaringsdeling om røykeslutt blant røykere og eks-røykere.

Ved frisklivssentralene har om lag 330 personer kompetanse i veiledning til snus- og røykeslutt. Røyketelefonen besvarte 5765 henvendelser i 2013. Slutta-appen for mobil ble i 2013 lansert og lastet ned 140 000 ganger. Appen ble laget for unge, men har vært like populær blant voksne. Det er utviklet skreddersydde netjtjenester for unge som vil slutte å røyke eller snuse.

Drøyt halvparten av landets skoler bruker FRI, et forebyggende program i ungdomsskolen, og fire av ti elever skriver tobakksfri-kontrakter. Deltakelsen er lavere enn ønskelig. Samlet bruk av tobakk blant unge har ikke gått ned de siste årene.

I 2014 blir det gjennomført informasjonstiltak i forbindelse med innføringen av tobakksfrie barnehager og skoler. Departementet vil høsten 2014 få utført en evaluering av Helsedirektoratets strategi for tobakkskampanjer. Helsedirektoratet jobber videre med å implementere Nasjonal plan for tobakksavvenning, herunder sørge for at helsepersonell etterspør tobakksbruk ved konsultasjoner, benytter minimal intervensjon og henviser til kunnskapsbaserte metoder for tobakksavvenning.

EU vedtok våren 2014 et nytt tobakksdirektiv. De største endringene er regulering av elektroniske sigaretter, forbud mot smakstilsetninger i røyketobakk, større og nye helseadvarsler, et nytt rapporteringssystem for ingredienser og et nytt system for merking og sporing av tobakksvarer for å hindre ulovlig handel. Direktivet er EØS-relevant og departementet vil sende saken på høring i 2015.

#### Rusmidler og dopingmidler

I 2013 var det registrerte forbruket 6,22 liter ren alkohol per person 15 år og eldre. I tillegg kommer forbruk knyttet til taxfree-salg, øvrig grenshandel og smugling. Dette var i 2012 beregnet til 1,6 liter.

Alkoholkonsumet i Norge er økende, og er i dag 40 pst. høyere enn for 20 år siden. Kvinners alkoholkonsum øker mest. Alkoholforbruket i Norge er fortsatt lavt i europeisk sammenheng.

Flere eldre drikker alkohol enn for 15 år siden, og de drikker oftere enn før. Andelen i befolkningen over 65 år vil øke de neste tiårene. At de eldre blir stadig flere og samtidig drikker mer alkohol, antas å føre til flere alkoholrelaterte problemer i denne gruppen. I perioden 1997–2008 økte andelen eldre over 70 år med problematisk alkoholkonsum fra under 0,5 pst. til 4,5 pst.

Tall fra undersøkelsen Ung i Oslo 2012, tyder på at alkoholbruken blant unge har gått ned, sammenliknet med tilsvarende undersøkelser i

1999 og 2006. Alkoholbruken blant unge med innvandrerbakgrunn er lavere enn hos øvrige elever i første klasse i videregående skole – 37 pst. mot 12 pst. Også alkoholbruken blant innvandrerforeldre er betydelig lavere enn blant etnisk norske foreldre, i følge den samme undersøkelsen.

Alkohol har blitt mer tilgjengelig i løpet av de siste tiårene. Samtlige kommuner har utsalgssted for alkohol, antall vinmonopolutsalg er økt med nesten 50 pst. de siste 10 årene og antall skjenkesteder er tredoblet på 30 år. 90 pst. av kommunene har en salgstid som tilsvarer lovens maksimaltid, til klokken 20 på hverdager og til klokken 18 på lørdager. 87 pst. av kommunene har valgt en kortere skjenketid enn lovens maksimaltid som er klokken tre. Den vanligste skjenketiden er til klokken to både for øl, vin og brennevin. Vinmonopolet har startet forsøk med små vinmonopolbutikker, to butikker ble åpnet våren 2014 (Lyngen og Hærøy).

Blant tilfeldige bilførere i normal trafikk anslås det at 1,3 pst. er påvirket av legemidler, 0,6 pst. er påvirket av narkotika og 0,2 pst. av alkohol.

Amfetaminer, kokain, heroin og andre opioider er de narkotiske stoffene som gir størst problemer og skader. Cannabis, metamfetamin og amfetamin er de vanligste ulovlige rusmidlene. Ecstasy har vært nesten borte fra markedet, men Kripos melder om økning i beslag i 2013. Trender fra forskjellige studier og årsstatistikk fra politiet viser at bruken av cannabis, amfetaminer og kokain har økt, mens bruken av heroin har gått ned siden 2008.

Narkotikabruken i Norge er lav i europeisk sammenheng. Antallet overdoser og narkotikarelaterte dødsfall er høyt. I 2011 ble det i Norge registrert 262 narkotikadødsfall. Forekomsten av hiv blant personer som injiserer narkotika er lav, samtidig som en relativt høy andel er bærere av hepatitt C.

De siste års utvikling med et stort antall nye psykoaktive rusmidler på det illegale markedet gir grunn til bekymring. Rundt en tredjedel av de nye psykoaktive stoffene tilhører gruppen syntetiske cannabinoider. Disse stoffene er laget for å etterlikne effekten av organisk cannabis. Det er rapportert om hjerteinfarkt hos tenåringer som har brukt syntetiske cannabinoider. Det er også rapportert om akutte psykoser og forverring av tidligere psykisk sykdom. Omsetningen skjer hovedsakelig via internettbutikker, og antallet salgssider er økende. Internasjonalt samarbeid om varsling, overvåkning og informasjonsutveksling er nødvendig for å følge med på utviklin-

gen. Sirius inngår i EMCDDAs varslingsssystem, der det leveres data basert på analyser av beslag og biologiske prøver. I 2013 ble det innrapportert 15 psykoaktive stoffer som for første gang ble oppdaget i Norge, sammenliknet med 30 i 2012. Sirius, Kripos, Legemiddelverket, Toll- og avgiftsdirektoratet og Folkehelseinstituttet samarbeider også med helsemyndigheter i Norden i et lukket e-postbasert nettverk (NADiS) som utveksler analyser av stoffprøver og avdekker tilførsel av narkotiske stoffer.

Fra 1. juli 2014 gir legemiddeloven hjemmel til å beslaglegge ulovlige legemidler uten at importen eller importforsøket anmeldes. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om nærmere regler for varsel og destruksjon. Endringene vil effektivisere tollmyndighetenes arbeid med å stoppe falske legemidler.

Etter at bruk og besittelse av dopingmidler ble kriminalisert 1. juli 2013 er det registrert en kraftig økning i antall beslag av anabole steroider, i følge Kripos. Sammenliknet med siste halvår 2012, har det i siste halvår 2013 vært en økning i antall beslag på 60 pst. Det var samtidig en økning på 145 pst. i antall foreleggssaker.

Ulike studier indikerer at om lag to pst. av befolkningen har prøvd dopingmidler noen gang gjennom livsløpet. Blant dem som oppgir å ha brukt dopingmidler, rapporterer de fleste om kortvarig og forbigående bruk. Tilgjengeligheten til dopingmidler synes å være betydelig, og relativt mange sier at de har blitt tilbudt eller vet hvor de skulle kunne skaffe dopingmidler.

Forebygging og øvrig innsats på rusmiddelområdet er omtalt i kap. 718 Rusmiddelforebygging og i kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid.

## 6.7 Miljø og helse

Det fysiske miljøet som omgir oss, enten det er naturlig eller skapt av mennesket, er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet. Sundhedsloven av 1860 stadfestet at «Opmærksomhed» skulle rettes mot «Stedets Sundhedsforhold, og på hva derpaa kan have Indflydelse». Folkehelsesloven av 2012 viderefører tradisjonen. Innsats skal rettes mot miljø- og samfunnsforhold som bidrar til god helse eller som hindrer at sykdom og skade oppstår.

### Steds- og lokalsamfunnsutvikling

Hensynet til trivsel og helse skal ha større plass i steds-, nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen.

Gode steder og lokalsamfunn har stor betydning for livskvalitet og for utvikling av sosiale nettverk som bidrar positivt til trivsel, tilhørighet og helse. Gode steder gir gode liv for alle.

Helsehensyn og muligheter for aktiv og sosial livsutfoldelse må ivaretas i den generelle samfunns- og arealplanleggingen og i regionalt og lokalt utviklingsarbeid. Helsedirektoratet har som ledd i implementeringen av folkehelseloven utviklet en veileder for hvordan fremme folkehelse i planprosesser. Veilederen ligger på nettstedet [Kommunetorget.no](http://Kommunetorget.no).

Helsemyndighetene samarbeider om pågående nærmiljø-satsing i regi av Miljødirektoratet, og deltar i det tverretatlige Forum for stedsutvikling og i storbynettverk for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging i regi av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Samarbeidet videreføres i 2015. Fysisk aktivitet i et nærmiljøperspektiv var ett av hovedtemaene under den nordiske folkehelsekonferansen i 2014 i Trondheim.

Det er behov for å styrke faktorer i nærmiljø og lokalsamfunn som bidrar positivt inn i det lokale folkehelsearbeidet. Et toårig utviklingsarbeid for å bygge opp kompetanse på hvordan nærmiljøkvaliteter og -tiltak kan fremme befolkningens helse og trivsel er videreført. 25 kommuner i fem fylker deltar, og høyskoler og universiteter er involvert i kompetanseoppbyggingen i et samarbeid med respektive fylkeskommuner. Helsedirektoratet bidrar med faglig og ressursmessig innsats. Basert på kunnskap og erfaring med nærmiljøutvikling er det et siktemål å utvikle arbeidsmetodikk for nærmiljøutvikling i et folkehelseperspektiv i kommuner og på statlig nivå, og at kunnskapen tas i bruk i relevante studieløp. Utviklingsarbeidet knyttes opp mot folkehelseloven §5c om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Det vises til kap. 719, post 60.

Enkelte områder i større byer har utfordringer av et slikt omfang at det er behov for en særlig områdesatsing. Bidraget til områdesatsinger i Groruddalen og Oslo Sør er videreført. I tillegg er det i 2014 iverksatt en områdesatsing i Indre Oslo Øst og på Fjell i Drammen. Satsingene er samfinansiert mellom flere departementer og respektive kommuner, og de omfatter infrastrukturtiltak for å motvirke sosiale forskjeller i helse og livskvalitet, og for å sikre bedre levekår, miljøopprusting og bærekraftig sosial utvikling. Det vises til omtale under kap. 719, post 60 og kap. 762, post 60.

I planarbeidet bør det være oppmerksomhet på hvordan tilbud om sunn og usunn mat og drikke der folk ferdes, påvirker kostvaner. Kommunen kan, som eier av virksomheter og eiendommer, legge til rette for at man kan ta sunne valg på en naturlig måte i hverdagen.

#### Helsefremmende transportløsninger

Hensynet til framkommelighet, fysisk aktivitet, lokalt miljø, klima og arealknapphet krever en vesentlig satsing på tilrettelegging for sykling og gåing i byområdene og langs veier som er skolevei for mange barn og unge. Folkehelsemeldingen omtaler og understøtter Meld. St. 26 (2012–2013) Nasjonal transportplan 2014–2023, som følger opp klimaforliket om at veksten i persontransporten i byer og tettsteder skal tas med kollektiv, sykkel og gange, og som legger opp til en styrket satsing på gang- og sykkelveier.

Helsemyndighetene deltar i oppfølgingen av Nasjonal transportplan 2014–2023, herunder Nasjonal sykkelstrategi og Nasjonal gå-strategi, i arbeidet med bymiljøavtaler og nasjonale programmer som storbynettverk for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging. Helsedirektoratet har deltatt i utarbeidelsen av Nasjonal tiltaksplan for trafiksikkerhet og medvirket i Nasjonal Sykkelkonferanse i Oslo samt i kommunikasjonstiltak som bl.a. brosjyre for sykling i skolen. I samarbeid med vegmyndighetene vil helsemyndighetene fortsatt bidra i holdningsskapende arbeid for å fremme økt bevissthet om sykling og gåing som aktiv transport og i tiltak for å påvirke ulike befolkningsgrupper til å gå eller sykle mer.

Ved behandlingen av Finansdepartementets Prop. 93 S (2013–2014) har Stortinget gjort vedtak om å gjøre endringer i statsbudsjettet for 2014 ved å bevilge midler til å etablere en belønningsordning for bygging av sykkelveger, jf. Innst. S 260 (2013–2014). Det er opprettet en egen post for ordningen under kap. 1330, post 62. Under behandlingen av Samferdselsdepartementets Prop. 97 S (2013–2014) har Stortinget også gjort vedtak om å slutte seg til Samferdselsdepartementets intensjon om at tilskuddsordningen skal rettes mot kommunalt- og fylkeskommunalt sykkelvegnett, jf. Innst. 255 S (2013–2014). Samtidig er det vist til at sykkel er et billig og miljøvennlig transportmiddel som også kan benyttes i mindre folketette områder. Alle kommuner kan søke om tilskudd gjennom ordningen som følges opp av Statens vegvesen.

### Trygg mat og trygt drikkevann

Det er et mål å sikre trygg mat og trygt drikkevann. Norge har fortsatt en gunstig situasjon sammenliknet med de fleste andre land når det gjelder sykdom som skyldes smittestoffer og fremmedstoffer i mat. Norge har også god status når det gjelder sykdommer som kan smitte mellom dyr og mennesker (zoonoser), bl.a. gjennom mat eller vann.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet utfører uavhengige vitenskapelige risikovurderinger på matområdet etter oppdrag fra Mattilsynet. Vitenskapskomiteen vil i 2014 levere rundt 35 risikovurderinger, deriblant en omfattende kunnskapsoppsummering om økologisk mat og produksjon, en oppdatering av helhetssynet på fisk i norsk kosthold, nytte- og risikovurdering av salterstattere i mat, en risikovurdering av søtstoffer fra drikkevarer, risikovurdering av kobber og sink fra fôr til jord og mat, vurdering av smitterisiko og risiko for dårlig dyrevelferd ved fiskeoppdrett i ferskvann og risikovurdering av amøbeindusert gjellesykdom hos fisk

I Norge er drikkevann som ikke er godt nok rensset eller som er forurenset etter rensing som følge av innsig i utette drikkevannsledninger, kilde til en betydelig andel av de tilfellene av sykdom som kan overføres med mat eller drikkevann. Utbredt bruk av overflatevann som råvannskilde i vannforsyningssystemene og gammelt ledningsnett er viktige risikofaktorer for spredning av sykdommer som campylobacteriose, salmonellose og yersinose. Målet er at alle skal ha tilgang til trygt drikkevann, uansett hvor en bor.

Norge har sluttet seg til Protokollen for vann og helse i regi av Verdens helseorganisasjons europakontor og FNs økonomiske kommisjon for Europa (UNECE). Protokollen krever at hvert land skal utarbeide nasjonale mål for å bedre vann- og avløpssituasjonen. Slike mål ble fastsatt av regjeringen i 2014. Hensikten med målene er å bringe norsk vannforsyning og avløpshåndtering i samsvar med de kravene som allerede er nedfelt i regelverket om vann og avløp. Gjennomføringsplan for mål på drikkevannsområdet legges fram høsten 2014.

Det er fortsatt grunn til å ha oppmerksomhet på de hygieniske forholdene i serveringsnæringen. Resultater fra pilotprosjektet med en smilefjesordning i Trøndelag og Møre og Romsdal, har vist at etterlevingen av regelverket har blitt langt bedre. Ordningen er godt motta av forbrukerne og virksomhetene. Det tas sikte på å gjøre ordningen landsdekkende i løpet av 2015, og Mattilsynet er fra 2014 i gang med dette arbeidet.

### Smittevern

Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet og smittevernloven er kjernen i smittevernarbeidet. Smittevernloven skal sikre at myndighetene setter i verk nødvendige smitteverntiltak, samordner virksomheten og ivaretar rettssikkerheten til den enkelte. Særlig prioriterte områder er å forebygge antimikrobiell resistens, redusere forekomsten av helse-tjenesteassosierte infeksjoner, redusere nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner og sikre at alle som er hiv-smittet får god oppfølging, å sørge for at staten har et faglig oppdatert og godt tuberkuloseprogram, og god beredskap mot pandemisk influensa. Disse områdene blir fulgt opp gjennom nasjonale strategier og beredskapsplaner.

#### *Antimikrobiell resistens (AMR)*

Feil bruk av antibiotika har ført til motstandsdyktige bakterier som representerer en alvorlig global helsetrussel. En ekspertgruppe har gitt regjeringen råd om hvordan Norge bør møte denne trusselen. Det var Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, daværende Fiskeri- og kystdepartementet og daværende Miljøverndepartementet som opprettet ekspertgruppen i 2013. I rapporten som ble offentliggjort 18. august slår den tverrfaglige gruppen fast at en bred tilnærming og et bredt samarbeid er avgjørende for å møte utfordringene. Departementene vil nå vurdere tiltakene som gruppen anbefaler på deres område.

Mikrober finnes i alle miljøer. Hos mennesker og dyr, i planter, mat og vann. Bruk og feilbruk av antibiotika til mennesker og dyr har ført til en kraftig økning i forekomsten av bakterier som er motstandsdyktige mot behandling.

Forebygging i hele matproduksjonskjeden og restriktiv bruk av antibiotika har ført til at antibiotikaresistente bakterier er et begrenset problem i Norge, både når det gjelder mennesker og dyr. Men norske statsborgere reiser stadig mer, både for å oppleve nye steder og for å få medisinsk behandling. Mennesker og matvarer krysser landegrensene hyppigere enn noen gang tidligere. Det vil føre til større utfordringer med antibiotikaresistens i tiden som kommer.

Utviklingen med økning og rask spredning av mikrober som er resistente mot de fleste eller alle typer antibiotika gjør at medisinske inngrep, som inntil nylig ble sett på som inngrep med lav risiko, om kort tid igjen kan bli risikofylte eller t.o.m. umulige å gjennomføre. Det er behov for en for-

sterket innsats fra alle relevante sektorer, både nasjonalt og internasjonalt.

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

Infrastrukturen i kampen mot antibiotikaresistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner er nå mer eller mindre på plass i Norge. Området er regulert gjennom lover, forskrifter og retningslinjer som nylig er revidert. Det er en god geografisk spredning av tiltakene og et godt samarbeid mellom ulike aktører. Som en oppfølging av Meld. St. (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester, skal det gjennomføres tiltak for å bedre kvaliteten på arbeidet og implementere infrastrukturtiltak, spesielt i kommunene. I 2014 har Helsedirektoratet arrangert fylkesvise smittevernkonferanser for å styrke implementeringen av smittevernet lokalt.

Det mangler standardiserte IKT-systemer for å overvåke antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner. Det pågår imidlertid et stortilt arbeid for å modernisere IKT-systemene i de regionale helseforetakene og det er startet utredning av nasjonale IKT-løsninger for å gjøre det enklere å trekke ut data til statistikk og forskning på en sikker måte.

Internasjonalt foregår det et omfattende arbeid mot antibiotikaresistens, både i Verdens helseorganisasjon, Verdens matvareorganisasjon, EU og EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (European Centre of Disease Prevention and Control, ECDC), den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (European Food Safety Authority, EFSA), og i enkeltland. Norge deltar aktivt i dette arbeidet.

#### *Hivforebyggende arbeid*

I 2013 ble 233 personer diagnostisert med hivinfeksjon i Norge, 158 menn og 75 kvinner. Det er en svak nedgang fra 242 tilfeller i 2012. Det siste tiåret har hivtallene likevel gått opp. Menn som

har sex med menn (msm) og innvandrere smittet før ankomst utgjør de to største gruppene som lever med hiv. Forekomsten av hiv blant stoffmisbrukere og sexarbeidere er på et stabilt lavt nivå. I 2013 var det 98 nye tilfeller av hiv blant msm mot 76 året før. Det siste tiåret er antall smittede i denne gruppen tredoblet.

Økt kunnskap om hiv, økt kondombruk, tidlig diagnostikk med rådgiving om sikrere sexpraksis, og mer effektiv smitteoppsporing er prioriterte mål i det forebyggende arbeidet. I tillegg kan effektiv hivbehandling redusere smittsomhet.

Hivarbeidet for perioden 2013 til 2015 ble revitalisert og konkretisert gjennom et tillegg til hivstrategien som avklarer ulike sektors ansvar. Tiltakene omfatter bl.a. utvikling av informasjon om hiv til nyankomne innvandrere og asylsøkere, ansatte i asylmottak, partene i arbeidslivet, ansatte i Nav og i skolen. I 2014 ble lavterskel testtilbud i regi av frivillige organisasjoner styrket. Asylsøkere og familiegjenforente skal sikres tilbud om hivtest og tilpasset informasjon om hiv tidligst mulig etter ankomst.

For å bidra til en mer målrettet hivinnsats, har Helsedirektoratet gjennomgått forvaltningen av tilskuddsordningen. Etter direktoratets vurdering fungerer ordningen i hovedsak etter intensjonen. Det er imidlertid en ubalanse i fordeling av midler mellom risikogrupper og administrative kostnader i organisasjonene utgjør en stor andel av tildelingene. Konsulentfirmaet Rambøll har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til en ny modell for finansiering og organisering av hivforebyggende arbeid i regi av frivillig sektor. Rapporten fra Rambøll vil sammen med direktoratets gjennomgang danne grunnlag for å legge fram et forslag til ny organisering av hivarbeidet i 2014.

Som oppfølging av den nasjonale hivstrategien Aksept og mestring (2009–2014), ble det i 2010 oppnevnt et utvalg som skulle samle og vurdere kunnskap om hvorvidt det er hensiktsmessig (fortsatt) å bruke straffeloven for å rettsforfølge smittefarlig atferd, og i så fall hva slags atferd som bør kunne straffefølges. Utvalgets forslag innebærer en nedkriminalisering i forhold til tidligere norsk lovgivning. Justis- og beredskapsdepartementet tar sikte på å fremme en lovproposisjon om endringer i straffeloven, som skal tre i kraft i løpet av 2015.

Verdens helseorganisasjon har endret retningslinjene for det hivforebyggende arbeidet i 2014 og anbefaler mer bruk av behandling for å forebygge smitte. Anbefalingene innebærer at flere skal få tilgang på hivmedisiner for å forebyg-

gende smitte. Det gjelder også medisiner som kan tas før smitte er påvist, såkalt pre-exposure prophylaxis (PrEP). Nasjonale helsemyndigheter vil i samarbeid med relevante fagmiljøer og frivillige organisasjoner utrede konsekvensene av endringene i norsk sammenheng.

#### *Tuberkulose*

De senere årene har det vært en jevn stigning i forekomst av tuberkulose i Norge, fra 201 tilfeller i 1996 til 401 i 2013. Av de 401 tilfellene var 53 født i Norge, og 39 hadde to norskfødte foreldre. Forekomsten blant norskfødte er fortsatt blant de laveste i verden, med under ett tilfelle per 100 000 innbyggere per år. Ved nesten halvparten av tuberkulose tilfellene (42 pst.) der vi har informasjon om oppholdstid i Norge, hadde personene med tuberkulose vært i Norge i under ett år på diagnosetidspunktet. Dette viser at tuberkulosescreeningen spiller en viktig rolle. Forekomsten av tuberkulose varierer i stor grad med forekomst i fødelandet. F.eks. var forekomsten blant afrikanskfødte som bor i Norge på 251/100 000, altså 250 ganger høyere enn hos norskfødte. Det er lite nysmitte i Norge og mesteparten av tuberkulosen skyldes reaktivering av smitte før ankomst. Under 20 pst. av pasientene i Norge har bakterie fra samme stamme (cluster) som en annen pasient, og få pasienter er del av cluster med både norsk- og utenlandskfødte pasienter. Langt de fleste sykdomstilfellene av tuberkulose i Norge skyldes reaktivering av latent (sovende) smitte, og ikke nysmitte skjedd i Norge. Bare noen få (5–10 pst.) av de som er smittet av tuberkulose blir noen gang syke. Andelen smittede som blir syke kan reduseres ytterligere ved forebyggende medikamentell behandling. 759 friske personer med tuberkulosesmitte fikk forebyggende behandling i 2013.

Det er et mål at tidlig diagnostikk og bedre håndtering av multiresistent tuberkulose skal føre til færre dødsfall av tuberkuløs sykdom. Viktige virkemidler er økt årvåkenhet blant helsepersonell, rask tilgang til diagnostikk og behandling for utsatte grupper, bedre tilbud til innvandregrupper og papirløse, forbedring av screeningprogrammet og mer målrettet forebyggende behandling.

Verdens helseorganisasjon og EUs smittevernkontor gjennomgikk i 2011 det norske tuberkuloseprogrammet. Konklusjonen var at tuberkuloseprogrammet i all hovedsak er velfungerende. Evalueringen pekte på screeningprogrammet for flyktninger og asylsøkere som et område med behov for forbedring. Departementet arbeider med oppfølging av evalueringer.

#### Miljørettet helsevern

Det er et mål å styrke kommunenes kompetanse innen miljørettet helsevern, gjennom råd og veiledning, regelverksfortolkning og utvikling av veiledningsmateriell. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eiendom som direkte eller indirekte har betydning for helsen. Landsomfattende undersøkelser de senere årene har avdekket omfattende svikt med kommunenes tilsynsoppgaver, spesielt mot det fysiske miljøet i skolene.

Helsedirektoratet har ansvar for å veilede kommunene og er i gang med å utvikle tilsynsveiledning og standarder for godt folkehelsearbeid. Det er behov for å utvikle bedre støttefunksjoner. Det er aktuelt å vurdere om de arbeids- og miljømedisinske sentrene i helseforetakene bør utvikles til regionale kompetansemiljøer på miljømedisin.

#### Godt innemiljø

Et godt fysisk miljø i skolen er en forutsetning for et godt og produktivt læringsmiljø, og for at elevene trives. Manglende vedlikehold av skoler hindrer god læring, og er også et folkehelseproblem. Dårlig innemiljø gjør at mange barn får en forverring av sykdom (astma mv) eller blir syke. Alle elever har krav på et godt fysisk skolemiljø etter opplæringsloven. Det er skoleeiers ansvar å sikre elevene dette. Kartlegginger som er gjort de senere årene viser at kommunene har et stort vedlikeholdsetterslep på skolebyggene, og at svært mange elever går på en skole som ikke tilfredsstiller krav til det fysiske miljøet. En kartlegging gjennomført av TNS Gallup i 2013, på oppdrag fra utdanningsmyndighetene og helsemyndighetene, viser at mer enn 300 000 elever går på skoler som ikke oppfyller kravet til miljøforhold.

For å bidra til at kommunene i større grad følger opp forpliktelser i lov og forskrift knyttet til vedlikehold og oppgradering av skolebygg, vil Kunnskapsdepartementet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, bidra til mer og bedre informasjon om skolenes godkjenningsstatus gjennom kanaler som er offentlig tilgjengelige, f.eks. Kostra og folkehelseprofilene.

Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunaldepartementet vil bidra til å utvikle bedre styringsdata for drift og vedlikehold av offentlige bygg.

Sentrale helsemyndigheter vil vurdere hvordan vi kan få en bedre oversikt over innemiljøforhold i offentlige bygg som sykehus, sykehjem, pleie- og omsorgsboliger mv.



## Kjemikalier

Det er et mål at utslipp og bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier ikke skal føre til helseskader eller skader på naturens evne til produksjon og selvfornyelse. De senere årene har lett nedbrytbare miljøforurensninger i større grad blitt satt i sammenheng med uønskede helseeffekter. Det er behov for å kunne vurdere stoffers virkning, alene eller sammen med andre stoffer, og å se ulike kilder og eksponeringsformer i sammenheng. Vitenskapskomiteen for mattrygghet og Folkehelseinstituttet bistår miljø- og helsemyndighetene med vurdering av risiko for eksponering av ulike miljøgifter og forurensende stoffer i den norske befolkningen. Miljøgifter skal inngå i vurderingen av miljøbelastningers relative betydning for sykkelighet. Helse- og matmyndighetene skal i samarbeid med miljømyndighetene vurdere tiltak for sikre en mest mulig giftfri hverdag.

Helsemyndighetene arbeider i samarbeid med de andre beredskapsstatene med gjennomgang av regelverk knyttet til helseberedskap ved kjemikaliehendelser, herunder gjennomgang av varslinger ved miljø- og kjemikaliehendelser og å sikre at det gjøres vurderinger for befolkningens helse. Hendelser som har konsekvenser for befolkningens helse kan også ha betydning utenfor landegrensene. Norge deltar i varslingsystemene IHR (internasjonalt helseregulering i regi av Verdens helseorganisasjon) og EUs system for varslings EWRS.

## Skader og ulykker

På tross av en betydelig nedgang i ulykkesdødsfall de siste tiårene er personskader som følge av ulykker fortsatt en stor utfordring for folkehelsen. Ulykker den viktigste årsaken til dødsfall for personer under 45 år.

Rapporten Skadebildet i Norge, Hovedvekt på personskader i sentrale registre, som ble utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt våren 2014, gir et samlet bilde av ulykker i Norge. Analyser basert på koplinger av ulike registre viser at om lag 540 000 personer skades i Norge hvert år. I dette anslaget inngår både ulykkeskader, voldsskader og selvpåførte skader. Rundt 2500 personer dør som følge av skader, mens i overkant av 100 000 personer rammes av skader som må behandles direkte i spesialisthelsetjenesten. Nærmere halvparten av skadepasientene blir ferdigbehandlet i primærhelsetjenesten.

Selv om Skadebildet i Norge gir et mer samlet bilde av situasjonen enn tidligere, er de fleste ulykkes- og skaderegistrene preget av mangelfull

dekningsgrad og kvalitet. Somatiske sykehus og enkelte legevakter (Oslo, Bergen og Trondheim) har siden 2009 hatt plikt til å rapportere om omstendighetene rundt skader og ulykker til Norsk pasientregister. Det ble innrapportert informasjon om omstendighetene for 37 pst. av alle skader som ble behandlet ved sykehusene, i alt 110 000 av 300 000 skadetilfeller. 20 av 26 rapporteringspliktige enheter rapporterte skadedata til Norsk pasientregister. For å få flere til å rapportere inn og øke kvaliteten i data som rapporteres, har Helsedirektoratet etablert en arbeidsgruppe som har i oppgave å forbedre registreringen og innrapporteringen av data om skader og ulykker. Flere enheter forventes å rapportere, og det er grunn til å tro at kvaliteten og komplettheten på skadedataene blir bedre når rutiner for registrering og rapportering blir bedre.

Den nasjonale strategien for forebygging av ulykker har som ett av to hovedmål at det skal være mulig å tallfeste nasjonale mål for reduksjon av ulykker som medfører personskader. I 2015 vil det bli lagt vekt på å avklare på hvilke områder det er relevant med slike tall. Det andre hovedmålet i strategien er å forbedre det tverrsektorielle arbeidet med skade- og ulykkesforebygging. Veiledningshefte Lokal ulykkesforebygging – systematisk og tverrfaglig arbeid ble utgitt i år. Hensikten er å peke på behov og muligheter for tverrfaglig samarbeid, og motivere til innsats. Det arbeides med å legge grunnlaget for å videreføre det statlige tverrsektorielle arbeidet etter at strategiperioden utløper i 2014.

Fallulykker blant eldre har store personlige omkostninger for den enkelte og store økonomiske konsekvenser for det norske samfunnet. Det forebyggende arbeidet blant eldre skal styrkes. Helsedirektoratet har styrket veiledningen om fallforebygging gjennom rapporten Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger.

Forsikringsbransjen er en viktig partner i det ulykkesforebyggende arbeidet og Finans Norge og Helse- og omsorgsdepartementet gikk i 2013 sammen om å fornye en fem års avtale som gir midler til Skadeforebyggende forum, et nasjonalt kontakt- og samarbeidsorgan. Også samarbeidet med Vegdirektoratet om trafikkikkerhet videreføres.

## Støy

Tilfeller der støyhensyn ikke er vurdert i planleggingen kan være en vesentlig kilde til tap av livskvalitet for den enkelte som er utsatt for støy. Støy er en årsak til mange klager fra enkeltpersoner

som blir behandlet av miljørettet helsevern i norske kommuner.

Støy er et alvorlig folkehelseproblem og det er estimert over 10 000 tapte friske leveår hvert år som følge av sterk søvnforstyrrelse pga. vei- og trafikkstøy i Norge. Dette tilsvarer mer enn 6 mrd. kroner i velferdstap per år. Stress forårsaket av støy kan bl.a. være en medvirkende årsak til forskjellige helseplager, f.eks. muskelspenninger og muskelsmerter, nedsatt prestasjonsevne og risiko for ulykker, og en medvirkende årsak til utvikling av diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom.

Befolkningsveksten i sentrale områder med behov for boliger, press på arealer og infrastruktur gjør det spesielt viktig å sette krav til at støyhensyn ivaretas i areal, bolig og arealplanleggingen.

De nasjonale støymålene er:

- Støyplagen skal reduseres med 10 pst. innen 2020 i forhold til 1999
- Antall personer utsatt for over 38 dB innendørs støynivå skal reduseres med 30 pst. innen 2020 i forhold til 2005

Nasjonal handlingsplan mot støy er oppdatert i 2014 og videreføres ut 2015. Nasjonalt folkehelseinstitutt har ledet arbeidet med en rapport som dokumenterer virkninger av støy på søvn og helse. Rapporten gir en faglig vurdering av hvilke indikatorer for støy som best kan forutsi virkninger på søvn. Rapporten vil være et grunnlag for arbeidet med å evaluere og utvikle nye nasjonale støymål ved revisjon av handlingsplan mot støy i perioden 2016–2020.

#### Luftforurensing

Ny forskning viser at det forekommer negative helseeffekter ved langt lavere konsentrasjoner av svevestøv en tidligere antatt. Verdens helseorganisasjon har identifisert luftforurensing som en av de prioriterte miljøfaktorene med størst helsemessig betydning. Lokal luftforurensing over tid, selv på lave nivåer, viser seg å ha en helseskadelig effekt for alle. Mennesker med luftveislidelser og hjerte- og karsykdommer er spesielt sårbare for luftforurensing. Barn er generelt utsatte og kan få varig dårligere lungefunksjon når de utsettes for luftforurensing over mange år. Verdens helseorganisasjon har foretatt beregninger som viser at 3,7 millioner dødsfall årlig er tilskrevet utendørs luftforurensning, av dette er om lag 0,5 millioner av dødsfallene tilskrevet Europa.

Norge mottok 6. november 2013 et såkalt formelt åpningsbrev fra ESA om brudd på luftkvalitetsdirektivet. ESA kunngjorde 26. april at de går videre med saken mot Norge. Norge har fortsatt store utfordringer med lokal luftforurensing i store byer. Et sentralt virkemiddel er bedre bolig-, areal- og transportplanlegging.

### 6.8 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten

Nye utfordringer med flere eldre og flere som lever med kroniske lidelser skaper behov for nye arbeidsformer og nye tilbud. Helse- og omsorgstjenesten må i større grad hjelpe folk til å ta ansvar for egen helse, avdekke sykdom tidlig og mestre livet med sykdom. Det er behov for å komme tidlig til med informasjon og opplæring.

Helsetjenestene i kommunene er i en særstilling når det gjelder å forebygge og å bidra til mestring av sykdom. Helse- og omsorgstjenesten skal bidra til å forhindre at friske personer blir syke, personer med risiko for sykdom utvikler sykdom og personer med kronisk sykdom blir dårligere og får komplikasjoner.

Regjeringen vil gjennom en melding til stortinget om helsetjenesten i kommunen beskrive hvordan en framtidig primærhelsetjeneste må innrettes for å nå målene om mer forebygging og egenmestring. Det er særlig behov for tiltak rettet mot barn og unge for å avdekke problemer tidlig og iver sette forebyggende tiltak.

#### Videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Regjeringen vil sikre bedre lavterskel- og forebyggende tilbud gjennom skolehelsetjeneste og helsestasjoner. Gode forebyggende tjenester i kommunen er viktig for å nå målet om bedre helse til barn og unge. Utfordringene er særlig store innen skolehelsetjenesten, der det rapporteres om manglende tilgjengelighet til tjenestene. Regjeringen vil derfor styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

En videreutvikling av tjenesten skal bidra til utvikling av mer effektive og målrettede metoder, større tverrfaglighet og bedre systemer for kartlegging og registrering som kan tas i bruk på nasjonalt nivå. Målet er en tjeneste som så tidlig som mulig fanger opp barn og unge med problemer, gir dem det tilbudet de trenger eller henviser videre dem som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten.

### Opplæring og mestring

Det er et stort potensial for å utvikle helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenestens arbeid med livsstilsendring. Tjenesten har gjennom den ordinære virksomheten mulighet til å fange opp og veilede personer med økt sykdomsrisiko eller etablert sykdom. Helsepersonell er også den gruppen fagfolk som befolkningen har størst tillit til når det gjelder råd om livsstil.

Kommunale frisklivssentraler har tilbud om tilpasset fysisk aktivitet og kurs om røykeslutt og sunt kosthold. De skal også ha oversikt over aktuelle aktivitetstilbud og kurs i nærmiljøet. Det gis tilskudd over kap. 762 til utvikling av frisklivssentraler, og til etablering av forebyggende tjenester, lærings- og mestringstilbud og andre tiltak som er særlig rettet mot personer som kan utvikle kroniske lidelser. Se for øvrig omtalen under 6.6 Mulighet for sunne valg og kap. 719 post, 21.

### Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade og lidelse. Ansvaret omfatter forebyggende og helsefremmende arbeid som del av pasientbehandlingen, overvåking av sykdom og risikoforhold, og kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommuner og andre samarbeidspartnere.

En del av spesialisthelsetjenestens samarbeid med kommunene er knyttet til enkeltpasienter. Et eksempel på dette er Salten-prosjektet i Helse Nord RHF der spesialisthelsetjenesten lærer opp personell i primærhelsetjenesten i behandling av diabetespasienter. Smittevernarbeid og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren er en del av spesialisthelsetjenestens ansvar for forebyggende arbeid.

## 7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. De siste 20 årene har kommunene fått nye oppgaver, og samtidig hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper.

En rekke nye lover og reformer har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på kommunalt nivå. Økning i aktivitet i spesialisthelsetjenesten, samt omlegging av driften til kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet, har også bidratt til at flere oppgaver enn tidligere blir løst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det ytes derfor stadig mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene. Samtidig er det i kommunene en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebasert behandling, tilrettelegging og oppfølging.

Andre trekk ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene er at tjenestene i økende grad vektlegger livskvalitet, mestring og trygghet i hverdagen. Tjenestetilbudet har gjennomgående fått en mer aktiv profil, og det legges større vekt på brukerinnflytelse. Dette bidrar til at brukerne av helse- og omsorgstjenester kan leve et mest mulig verdig og selvstendig liv.

Helse- og omsorgstjenestene skal gi befolkningen tjenester av god kvalitet. Mange brukere som står i krevende livssituasjoner kan ha både sosiale og helsemessige problemer eller utfordringer. Målet for kommunene er å tilby tjenester som er tilpasset brukernes individuelle behov, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne.

### 7.1 Brukere av helse- og omsorgstjenestene

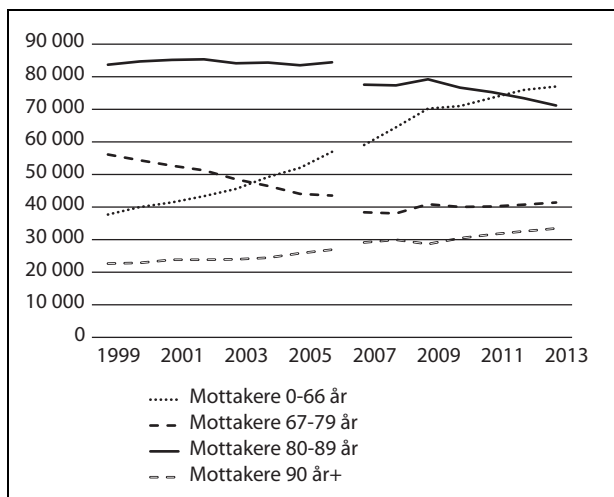
Ipløs-registeret gir detaljert informasjon om omsorgstjenestenes brukere. Foreløpige tverrsnittstall viser at det i alt var i overkant av 271 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester ved utgangen av 2013. Dette er en økning i antall mottakere på nesten 8 pst. fra 2007 til 2013. Av disse mottakerne hadde om lag 43 000 personer opphold i institusjon, og om lag 180 000 personer mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Vel 48 500 personer mottok

andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv. Tverrsnittstallene viser videre at vel to av ti tjenestemottakere bor i en institusjon, eller i en bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. En av ti bor i en annen bolig som kommunen stiller til disposisjon, og noen av disse boligene har fast personell deler av døgnet. De aller fleste mottakere av omsorgstjenester, syv av ti, bor imidlertid i en vanlig bolig. Halvparten av alle hjemmeboende mottakere av omsorgstjenester bor alene. Av mottakere av hjemmetjenester over 90 år bor 76 pst. alene. Nesten to av tre mottakere av omsorgstjenester er kvinner, og i den eldste aldersgruppen 80 år og over er nesten tre av fire tjenestemottakere kvinner. Dette har bl.a. sammenheng med at gjennomsnittlig levealder er høyere for kvinner enn for menn, og at kvinner ofte har en lengre periode enn menn med alvorlig sykdom og funksjonssvikt mot slutten av livet.

Med gjennomstrømming menes den årlige utskiftningen av tjenestemottakere som ikke fanges opp av den ordinære statistikken nevnt over. Den ordinære statistikken måler tilstanden ved årets slutt. De foreløpige tallene over hvor mange personer som har mottatt tjenester i løpet av året viser at hele 345 000 personer mottok omsorgstjenester i 2013. Det betyr igjen at omsorgstjenestene betjener om lag 27 pst. flere brukere enn tverrsnittstallene viser.

Bistandsbehov er et mål for i hvilken grad en mottaker er selvhjulpen på de fleste områder (noe/avgrenset bistandsbehov), eller er avhengig av hjelp på flere områder (omfattende bistandsbehov). Tallene må tolkes med en viss forsiktighet, da andelen mottakere med uoppgett bistandsbehov er på 6 pst. Av det totale antall mottakere over 90 år ved utgangen av året har 33 pst. omfattende bistandsbehov. For de øvrige aldersgruppene er det mellom 17 pst. og 27 pst. som har omfattende bistandsbehov. Fire av fem mottakere av langtidsopphold i institusjon ved utgangen av året har omfattende bistandsbehov. Tallene viser at beboere på langtidsopphold i institusjon gjennomgående har et mer omfattende bistandsbehov, enn mottakere av hjemmetjenester. Andelen som har omfattende bistandsbehov er samtidig klart større

blant yngre mottakere av hjemmetjenester, enn blant eldre. Dette skyldes at mange av de eldre med omfattende bistandsbehov får hjelp i form av langtidsplass i institusjon. Det er også et mål å tilby andre tjenester enn langtidsplass i institusjon for yngre personer. Dette gjelder spesielt for tjenestemottakere under 50 år. Tallene viser også at yngre brukere med omfattende bistandsbehov i gjennomsnitt får tildelt flere timer hjemmesykepleie og praktisk bistand, enn eldre mottakere av hjemmetjenester med tilsvarende bistandsbehov.



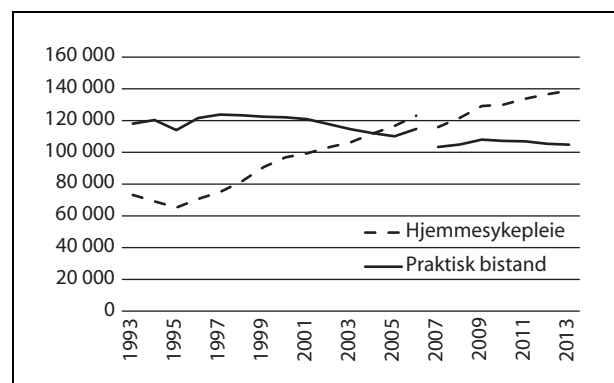
Figur 7.1 Antall mottakere av omsorgstjenester etter alder 1999–2013

Merknader: Mottakere er her beboere i helse- og omsorgsinstitusjoner og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet med summariske skjema. F.o.m. 2007 er data hentet fra Ipløs-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år. Tall for 2013 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De kommunale omsorgstjenestene har mottakere i alle aldre med et mangfold av behov, både mht. boform og tjenestetilbud. De fleste mottakere av omsorgstjenester er i aldersgruppen over 67 år. Ved utgangen av 2013 mottok 120 200 eldre over 80 år omsorgstjenester. I årene som kommer vil antall personer i aldersgruppen mellom 67 og 79 år øke. Dette vil være en utfordring for hjemmetjenesten spesielt. Morgendagens eldre vil likevel ha andre ressurser å møte alderdommen med i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og høyere utdanning sammenliknet med tidligere generasjoner. Erfaringsfall fra de siste 20 år viser samtidig at tallet på eldre brukere i omsorgstjenestene ikke øker i takt med veksten i eldrebefolkningen.

Det har imidlertid over en periode på 20 år vært en tredobling av antall tjenestemottakere under 67 år. Mer enn hver tredje mottaker av omsorgstjenester er nå under 67 år. Undersøkelser viser at mange av de som mottar omsorgstjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Dette avspeiles i de endringene som skjer i tjenestetilbudet, hvor det kan ses en økt vekt på tjenestetilbudet utenfor institusjon.



Figur 7.2 Antall mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 1993–2013

Merknader: Mottakere er her beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet med summariske skjema. F.o.m. 2007 er data hentet fra Ipløs-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år. Tall for 2013 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De største endringene i de kommunale omsorgstjenestene skjer i hjemmetjenestene. Det er først og fremst hjemmesykepleien som står for veksten, både ressursmessig og i antall brukere, mens praktisk og sosial bistand viser en nedgang. Et sentralt utviklingstrekk ser ut til å være at kurative og medisinske tjenester prioriteres framfor forebyggende tiltak, praktisk bistand og sosiale tjenester. Forebygging, habilitering/rehabilitering og tidlig innsats er sentrale mål både i samhandlingsreformen og i Omsorgsplan 2020, som legger til grunn en faglig omstilling med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, sosialt nettverksarbeid og bruk av velferdsteknologi. Det er derfor grunn til å følge den videre utvikling nøye, med sikte på om virkemidlene som tas i bruk gir tilstrekkelig effekt.

Foreløpige tall viser at det ved utgangen av 2013 var 2887 brukere som mottok tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Det er en økning på 44 pst. siden 2007. Det har imidlertid vært svært liten økning i antall BPA-mottakere fra 2011 til 2013. Nesten

ingen mottakere over 67 år har BPA. Gjennomsnittlig mottok brukerne 34,9 timer BPA i uken i 2013.

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet og god kvalitet i allmennlegetjenesten. Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegeoppgaver, f.eks. i sykehjem og helsestasjon. Det ble utført om lag 14 mill. konsultasjoner hos allmennlege både i 2012 og 2013. Det ble utført om lag 1,1 mill. konsultasjoner på legevakt både i 2010, 2011, 2012 og 2013. En rapport fra Helfo (2011) viser at innbyggerne i gjennomsnitt hadde 2,6 konsultasjoner hos fastlege i 2009 (kvinner 3 og menn 2,2).

Den kommunale fysioterapitjenesten omfatter fast ansatte fysioterapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter kommunen har avtale med. Det ble foretatt 8,3 millioner konsultasjoner hos avtalefysioterapeuter i 2013. Det var om lag 445 000 brukere av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i 2013. Av disse var om lag 53 pst. sykdomslistebrukere (brukere med rett til gratis behandling), 4 pst. barn under 12 år og 2 pst. personer med yrkesskade.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktige forebyggende tjenester for barn og unge 0–20 år. Det fødes om lag 60 000 hvert år. Tjenesten når ut til alle, og har tilnærmet 100 pst. oppslutning. Det kan imidlertid se ut som det er en negativ utvikling i antall barn som får fullført de ulike helseundersøkelsene. Bl.a. er det 1 pst. nedgang fra 2009 til 2013 på antall barn som har fått fullført helseundersøkelse ved 2–3 års alder. Fra 2012 til 2013 er det en økning på 3 pst. på antall barn som har fått fullført helseundersøkelse ved 2–3 års alder.

Helsestasjonen er en viktig aktør innen svangerskapsomsorgen. I 2013 var det om lag 8214 gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi. Dette er 5 pst. flere enn i 2012 og 1 pst. færre enn i 2009.

## 7.2 Personell i helse- og omsorgstjenestene

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå har det i perioden 2006–2013 vært en betydelig økning i årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 7.1 Årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2006–2013<sup>1</sup>

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>5</sup>
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	4 281	4 396	4 533	4 367	4 746	4 837	5 020	5 197
Årsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten <sup>2,3</sup>	2 840	3 002	3 063	3 096	3 611	3 747	3 874	3 819
Fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten <sup>4</sup>	4 205	4 255	4 334	4 220	4 288	4 296	4 429	4 535
Årsverk i omsorgstjenestene <sup>2</sup>	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180	132 694
Sum	124 546	129 842	133 139	135 435	138 872	141 782	144 503	146 245

<sup>1</sup> Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra.

<sup>2</sup> Leger og fysioterapeuter er ikke inkludert.

<sup>3</sup> F.o.m. 2010 er antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten hentet fra register.

<sup>4</sup> Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstallene f.o.m. 2009.

<sup>5</sup> Tall for 2013 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Allmennlegetjenesten

Tall fra Helsedirektoratet fra utgangen av juni 2014 viser at 95,4 pst. av fastlegepraksisene er basert på selvstendig næringsdrift, mens 4,6 pst. er fastlønte. Ved innføringen av fastlegeordningen var 10,2 pst. av praksisene fastlønte. Stadig flere fastleger arbeider i grupper med flere leger.

Rundt 10 pst. av fastlegene antas i dag å arbeide alene, mot 18 pst. før innføringen av fastlegeordningen. 8,3 pst. av fastlegepraksisene er del av en fellesliste, dvs. at de har et felles ansvar for liste-populasjonen.

Ved innføringen av fastlegeordningen var 28,8 pst. av fastlegene kvinner. Andelen kvinnelige fastleger har gradvis økt til 39,4 pst. per juni 2014. Av

økningen i antall fastleger fra utgangen av 2002 til utgangen av juni 2014 utgjorde kvinnelige leger 87 pst. (671 av 772 fastleger).

Tall fra Statistisk sentralbyrå for 2013 viser at den samlede årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde 5197 årsverk, en økning på 177 årsverk fra 2012 (3,5 pst.). Fra 2002 til 2013 økte antall årsverk i allmennlegetjenesten med til sammen 1046 årsverk (25,2 pst.) fra 4151. Til sammenlikning økte antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten med 46,4 pst. fra 9300 til 13 618 årsverk i samme periode.

Tall fra Helsedirektoratet viser at det ved utgangen av andre kvartal 2014 var registrert 4475 fastleger i kommunene (4493 fastlegepraksiser). Dette er en økning på 772 fastleger fra utgangen av 2002. Av totalt 4551 fastlegehjemler var 58 ikke besatt. 0,7 pst. av befolkningen (36 606 innbyggere) sto på lister knyttet til disse hjemlene. Flertallet av disse listene er betjent av vikarer, ofte korttidsvikariater. I noen områder av landet er det fortsatt betydelige utfordringer med å opprettholde stabiliteten i allmennlegetjenesten. Utfordringene har vært størst i de fire nordligste fylkene, på nordvestlandet og i enkelte innlandsområder. Per 30. juni 2014 var andelen ledige hjemler størst i Nordland og Finnmark med hhv. 6,6 pst. og 9,9 pst. Andelen ubesatte hjemler i Sogn og Fjordane var 3,3 pst. Hvert kvartal benytter rundt 1,5 pst. av innbyggerne seg av muligheten til å bytte fastlege.

Kommunen skal ha et system som sikrer ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet, bl.a. gjennom legevakt og heldøgns medisinsk akuttberedskap. De fleste kommuner deltar i et interkommunalt legevaktsamarbeid. Antall legevakter/ legevaktdistrikter er redusert de senere år. I 2014 var det 191 legevakter, hvorav 111 interkommunale og 80 kommunale. Til sammenlikning var det totalt 203 i 2012 og 241 i 2009. Det registreres også en utvikling med reduksjon i antall legevaktsentraler med 165 i 2007, 145 i 2009 og 116 i 2012. Kommunen kan gjennom fastlegeavtalen tilplikte den enkelte fastlege å delta i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelptjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten. Den enkelte fastlege har i tillegg ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggere på sin liste innenfor den åpningstid som er avtalt med kommunen.

### *Forebyggende helsetjenester*

#### *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten*

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at utviklingen i antall årsverk i tjenesten er positiv. Fra 1994 til 2013 har årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økt fra 2372 til 4217. Grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er helsesøster, jordmor, lege og fysioterapeut. Det er viktig å merke seg at statistikktilgangen på dette feltet er mangelfull. Tallene skiller ikke tilstrekkelig mellom forskjellig utdanningsbakgrunn og ikke mellom årsverk i hhv. helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten.

#### *Svangerskaps- og barselomsorg mv.*

Svangerskaps- og barselomsorg ytes av leger, jordmødre og helsesøstre. Kommunene er forpliktet til å tilby svangerskapskontroller/-omsorg i tilknytning til helsestasjon.

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå for 2013 viser at antall jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten var 282, en økning på tre årsverk fra 2012. Det er gjennomsnittlig 0,7 jordmorårsverk per kommune.

#### *Fysioterapeuter*

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå viser at årsverksutviklingen for fysioterapeuter i kommunene er positiv. Det er særlig gruppen fastlønte fysioterapeuter som øker mest. Tallene viser at det i 2013 var 8,9 årsverk per 10 000 innbyggere, som er en økning på 0,1 årsverk fra 2012. Det totale antallet årsverk av fysioterapeuter i kommunene i 2013 var 4535. Det gir en vekst på 2,4 pst. fra 2012. Fysioterapiårsverkene går særlig med til diagnostisering, behandling, habilitering og rehabilitering. Årsverk som går med til hhv. forebyggende helsearbeid og innsats i institusjon har også begge vist en økning fra 2012 til 2013. Når det gjelder fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjeneste viser denne aktiviteten en nedgang i antall årsverk for fysioterapeuter. I 2013 ble 192 årsverk brukt til disse oppgavene. Dette er en nedgang på 2,5 pst.

Manuellterapeuter er fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi. Disse arbeider hovedsaklig i primærhelsetjenesten. Manuellterapeuter med driftsavtale med kommunen kan utføre undersøkelse og behandling med rett til

refusjon fra folketrygden uten at pasienten må gå via fastlegen eller annen henvisende instans. I tillegg er manuellterapeuter og kiropraktorer gitt mulighet til å henvide pasienter til legespesialist, røntgenologiske undersøkelser, samt å sykmelde pasienter med muskel/skjelettplager i inntil 12 uker. Manuellterapeuter og kiropraktorer avlaster derfor fastlegene på muskel/skjelettområdet.

#### *Ergoterapeuter*

I følge foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå fra 2013 viser årsverksutviklingen for ergoterapeuter en svak økning på om lag 100 årsverk per år. Det var i 2013 registrert totalt 1724 årsverk ergoterapeuter i kommunene mot 1620 i 2012. Tallene viser at det i 2013 var 3,4 årsverk per 10 000 innbyggere, som er en økning på 0,2 årsverk fra 2012. Det var i 2013 fortsatt 111 kommuner som ikke har ansatt egen ergoterapeut, i 2012 var det 129.

#### *Omsorgstjenestene*

I løpet av de siste 20 årene har årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene omtrent blitt fordoblet til dagens om lag 132 700 årsverk. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene. For 20 år siden gikk to tredeler av årsverkene til institusjonsomsorg, og en tredel til hjemmetjenester. I dag er det hjemmetjenestene som utfører flest årsverk. Det er hjemmesykepleien som først og fremst er i vekst, sammen med andre fagtilbud utført av helse- og sosialpersonell med høgskole- og universitetsutdanning, mens hjemmehjelpstjenesten reduseres.

Veksten i omsorgstilbudet til eldre over 67 år har kommet i form av en noe styrket bemanningsfaktor i sykehjemmene, og ikke i form av vekst i hjemmetjenestetilbudet. Noe av årsaken kan ligge i at funksjonsevnen blant de yngste eldre (67–79 år) er blitt bedre etter hvert som levealderen har økt.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene med om lag 25 600 årsverk i perioden 2005–2013. Om lag 89,5 pst. av disse besto av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Dette har gitt en økning i andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgssektoren fra 66,4 pst. i 2005 til 70,9 pst. i 2013. Det legemeldte sykefraværet er igjen redusert i 2013, etter en oppgang til 8,9 pst. i 2012. Sykefraværet var i perioden 2005–2010 i overkant av 9 pst., og i 2011 på 8,5 pst.

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. Sysselsettingstall for omsorgstjenestene viser en tilnærmet nullvekst for denne utdanningsgruppen fra 2010 til 2013. Statistisk sentralbyrås framskrivninger av arbeidsmarkedet viser at det vil bli stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover. Tilgangen på helsefagarbeidere var tema i Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Departementets virkemidler for å øke tilgangen på helsefagarbeidere ligger i kompetanse- og rekrutteringsplanen for omsorgstjenestene, Kompetanseløftet 2015, som er omtalt under kap. 761, post 60. Beregninger foretatt av Statistisk sentralbyrå i 2012 i Helsemod viser at det også kan bli mangel på sykepleiere i løpet av noen år.

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå har antall legeårsverk i sykehjem økt med til sammen om lag 74 pst. fra 2006 til 2013. Kommunene fastsatte i 2007 lokale normer for legedekningen i sykehjem. Oppsummeringen av kommunenes lokale normeringsprosess viste at det ble planlagt en vekst i legeårsverk på om lag 40 pst. f.o.m. 2006. Økningen i årsverk av leger i institusjon viser at lokal normering har vært viktig for å styrke det medisinske tilbudet til beboere i sykehjem.



Tabell 7.2 Personellutviklingen i omsorgssektoren 2004–2013

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>5</sup>
Årsverk i alt <sup>1</sup>	108 731	107 071	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180	132 694
Årsverk av leger i institusjon	260	275	289	320	343	383	405	427	472	502
Årsverk av fysioterapeuter i institusjon <sup>2</sup>	332	311	333	353	357	353	368	389	410	432
Årsverk per mottaker <sup>3, 4</sup>	0,53	0,52	0,53	0,58	0,58	0,57	0,58	0,59	0,60	0,60
Årsverk per 1000 innb. 80 år og over	506	496	519	541	552	561	571	582	592	601
Andel legemeldt sykefravær av årsverk totalt	-	9,0	9,1	9,1	9,0	9,4	9,1	8,5	8,9	8,5

<sup>1</sup> Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra. Ekskludert leger og fysioterapeuter.

<sup>2</sup> Tidsseriebrudd: Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstall f.o.m. 2009.

<sup>3</sup> Mottakere er summen av antall plasser i sykehjem og aldershjem, samt antall brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand.

<sup>4</sup> Tallene for årsverk per mottaker har brudd mellom 2006 og 2007, ettersom tallet på hjemmetjenestemottakere før 2007 er basert på skjemarapportering. Tall f.o.m. 2007 er hentet fra Iplos.

<sup>5</sup> Tall for 2013 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Psykisk helse og rusarbeid

Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen i kommunenes innsats på rus- og psykisk helsefeltet. Kommunenes rapportering om psykisk helsearbeid for perioden 2007–2013 bygger på rapporteringsskjema som fylkesmennene innhenter fra kommunene. Sintef har sammenstilt data-materialet for 2013, og analysert utviklingen fra 2007. Tilsvarende er det Rambøll som sammenstiller og analyserer utviklingen innen kommunalt rusarbeid.

Det tas forbehold om at datakvaliteten kan være svak, og at endring i rapporteringsrutiner i enkeltkommuner kan gi utslag i totalt antall rapporterte årsverk. Rapporteringen er delvis overlappende med ordinære statistikker for helse- og

omsorgstjenestene fra Statistisk sentralbyrå. Korrigert for rapporteringsavvik, avdekket i et mindre antall kommuner, viser den reelle endringen fra 2012 til 2013 en nedgang i antall årsverk for voksne på 0,1 pst., og en nedgang i antall årsverk for barn og unge på 3,6 pst. Tallene for andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid for voksne og tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge viser en liten, men stabil økning over tid. Antall årsverk innen kommunalt rusarbeid har økt med tilnærmet ti pst. for perioden 2010–2012, og lå i 2012 på om lag 4100 årsverk. Kompetansen blant personell i kommunalt rusarbeid er relativt sett høy, i 2012 hadde 73 pst. relevant helse- eller sosialfaglig høyskole-/ universitetsutdanning.

Tabell 7.3 Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid etter målgruppe og videreutdanning i psykisk helsearbeid

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>1</sup>
Totalt antall årsverk	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940	11 955	11 728
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	9 145
Årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	2 584
Andel årsverk voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid	34	34	36	37	38	39	39
Andel årsverk barn og unge med videreutdanning i psykososialt arbeid	19	22	23	24	25	27	27

<sup>1</sup> Tall for 2013 er foreløpige

Kilde: Sintef

Tabell 7.4 Årsverk i kommunalt rusarbeid

	2010	2011	2012	2013
Totalt antall årsverk	3 700	4 033	4 123	3 990
Andel oppfølgingstjenester i bolig	32	28	30	31
Andel ruskonsulenttjenester	24	23	22	23
Andel tjenester rettet mot ungdom og unge voksne	12	14	15	13
Andel arbeids- og aktivitetstiltak	11	11	10	10

Kilde: Rambøll

Departementet vil fortsatt følge utviklingen innen psykisk helse og rusarbeid og gjennom landets fylkesmenn understreke betydningen av at resultatene oppnådd gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse videreføres.

### 7.3 Botilbud

Kommunene tilbyr plasser i institusjon eller plass i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud. Både i perioden under og i perioden etter handlingsplan for eldreomsorgen er det bygget et stort antall omsorgsboliger til omsorgsformål. Mange av disse er imidlertid ikke tilpasset personer med demens og kognitiv svikt, eller tilrettelagt for å kunne yte heldøgns tjenester.

Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift, mens foreløpige tall viser at sykehjemsplasser har hatt en økning fra 35 500 i 1998 til om lag 40 300 i 2013. Siden 1998 er om lag halvparten av institusjonsplassene fornyet eller

skiftet ut, og standarden på institusjonsplassene har derfor økt. Bl.a. er nå de fleste institusjonsplassene i enerom.

Den andre halvparten av institusjonsplassene vil etter flere tiårs intensiv bruk trenge fornyelse eller utskifting i årene som kommer. Dette gjelder også et stort antall omsorgsboliger. En slik modernisering må samtidig sikre at bo- og institusjonstilbudet i omsorgssektoren blir tilpasset framtidens brukergrupper. Fornyelsen bør skje i perioden før den sterke veksten i tallet på eldre 80 år og over setter inn om 10–15 år. Det er også nødvendig med økt innsats for å tilrettelegge allerede eksisterende omsorgsboliger, slik at det også der kan ytes heldøgns omsorgstjenester.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at for 2013 var dekningsgraden for heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger på 29 pst. sett i forhold til antall innbyggere på 80 år og over. Foreløpige tall viser at antall beboere i boliger med heldøgns bemanning har økt fra om lag 20 000 i 2008 til nesten 22 000 ved utgangen av 2013. Dette kommer i tillegg til de som mottar heldøgns tjenester i sykehjem og aldershjem. Samtidig er det en del mennesker som får et omfattende tjeneste-

tilbud i eget opprinnelige hjem. Utviklingen av tjenestetilbudet i omsorgssektoren må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem. Det vises for øvrig til omtale av investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser under kap. 761, post 63.

I følge Sintef var 46 pst. av årsverkene i kommunalt psykisk helsearbeid for voksne i bolig med fast personell i 2013.

#### **7.4 Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester**

Foreløpige tall viser at kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenestene var om lag 113,8 mrd. kroner i 2013. Av dette utgjorde om lag 94,4 mrd. kroner utgifter til omsorgstjenestene og 5,5 mrd. kroner utgifter for kommunene knyttet til samhandlingsreformen. Siden 2007 har kommunene hatt høyere utgifter til hjemmetjenester og aktivisering, enn til tjenester i institusjon. Det vesentligste av kommunenes utgifter til omsorgsformål finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. For kommunene utgjorde inntektene fra brukerbetaling for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen om lag 6,3 mrd. kroner i 2013. I tillegg bevilges en rekke øremerkede tilskudd til omsorgsformål over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, bl.a. et eget investeringstilskudd til kommunale heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger. Videre er det over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett i 2014 utbetalt om lag 7,3 mrd. kroner til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester.

Kommunenes utgifter til rusmiddeltiltak og til psykisk helse inngår for en stor del i kommunenes samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester.

Kommunenes kostnader til fysioterapitjenesten er knyttet til lønn til ansatte og driftstilskudd til selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale. For fysioterapeuter med avtale skal det som utgangspunkt inngås 100 pst. driftsavtalehjemmel, dersom praksisen skal drives på heltid. Kommunene skal bare lyse ut deltids-hjemler med minimum 50 pst. når dette samsvarer med det reelle tjenestebehovet. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller annet honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel og liknende er å anse som misligholdelse av driftsavtalen med kommunen. Mange avtalefysioterapeuter har over tid hatt deltids-hjemler. Etter at regjeringen la om finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i 2009 og i 2010 i honorartarifforhandlingene, har kommunene løftet en rekke av disse deltids-hjemlene. I 2013 hadde fortsatt 52 pst. av avtalefysioterapeutene deltids-hjemler. Utviklingen går i retning av større hjemmelstørrelser. Gjennomsnittlig hjemmelsstørrelse var i 2013 på 0,76 pst. mot 0,71 pst. i 2012. Det vises til omtale under kap. 2755, post 71.

Statlige trygderefusjoner til helsetjenester i kommunene omfatter bl.a. allmennlegetjenester, fysioterapi, kiropraktor- og jordmortjeneste og utgjorde om lag 6,3 mrd. kroner i 2013. Nærmere omtale av utviklingen i trygderefusjoner er gitt under programområde 30. Brukerbetaling og egenandeler utgjør i tillegg en viktig del av finansieringen av helse- og omsorgstjenestene.

Datakilder som Kostra og Iplos gir oss oversikt over store deler av utviklingen i de kommunale omsorgstjenestene.

Tabell 7.5 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (mill. kroner) 2006–2013<sup>1</sup>

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>3</sup>
Brutto driftsutgifter i kommunene <sup>2</sup>	224 533	243 006	267 074	289 891	303 712	321 473	343 157	363 074
Brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester	8 373	8 968	9 888	10 549	11 279	12 213	12 991	13 851
Brutto driftsutgifter til omsorgstjenester	57 913	62 957	70 473	74 823	78 575	83 242	90 213	94 456
Brutto driftsutgifter til samhandling							5 180	5 487

<sup>1</sup> Brudd i tidsserie. T.o.m. 2007 gjelder tallene kun kommunekasse. F.o.m. 2008 er også kommunekonsern inkludert. Konsern omfatter tall fra kommuneregnskapet og regnskapene fra kommunale foretak (KF/FKF), samt interkommunale samarbeid og interkommunale selskaper (IKS).

<sup>2</sup> Inkludert fylkeskommunale utgifter Oslo.

<sup>3</sup> Tall for 2013 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

## 8 HelseOmsorg21-strategien

Helse- og omsorgsdepartementet tok våren 2013 initiativ til HelseOmsorg21 (HO21). Målet med arbeidet er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester. En bredt sammensatt strategigruppe fikk på oppdrag fra departementet i ansvar å utarbeide en helhetlig, nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg for det 21.-århundre, HelseOmsorg21. Videre oppnevnte departementet et Topplederforum for HelseOmsorg21. Strategien ble overlevert statsministeren og helse- og omsorgsministeren 25. juni 2014 og inneholder en rekke anbefalinger som departementene og andre relevante aktører vil vurdere nærmere

Topplederforumet ble etablert som en møtearena med sentrale representanter fra aktører som finansierer, gjennomfører og anvender helse- og omsorgsforskning og innovasjon. Topplederforumet har gitt innspill underveis i arbeidet med strategien og vil få en sentral rolle i oppfølgingen av målene i strategien.

HelseOmsorg21-strategien skriver seg inn i en rekke av nasjonale strategier innenfor prioriterte forsknings- og innovasjonsområder. Helse og omsorg er et sentralt område i nasjonal og internasjonal forsknings- og innovasjonspolitik og det har vært ønske fra flere hold om at det skulle utarbeides en 21-strategi innenfor feltet.

Kunnskap og innovasjon er viktige virkemidler for utvikling av en sektor basert på kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning og effektivitet. Kunnskap med relevans for sektoren er et fundament for næringsutvikling og etablering av en helse- og omsorgsrelatert kunnskapsindustri. En slik dobbel effekt av investeringer i kunnskap og innovasjon vil være et viktig bidrag til et bærekraftig velferdssystem og til verdiskaping for samfunnet.

Strategigruppens visjon for HelseOmsorg21 er: Kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse. Målbildet for HelseOmsorg21 er tredelt og strategien skal gjennom forskning og innovasjon bidra til god folkehelse, grensesprengende forskning og næringsutvik-

ling og nasjonal økonomisk utvikling. De tre målene er komplementære og målbildet omfatter flere politikkområder som henger sammen. HelseOmsorg21 dekker kunnskaps- og innovasjonspolitikken for helse og omsorg, men samtidig også den generelle helse- og omsorgspolitikken. Helse- og omsorgspolitikken skal tilrettelegge for nyskaping og kunnskapsutnyttelse, og dette må det tas hensyn til i styringsmekanismer og insentivordninger.

I HelseOmsorg21-strategien prioriteres ti strategiske områder. Valg av disse er basert på en bred innspillrunde gjennomført av strategigruppen og sekretariatet for arbeidet, med forankring hos mange ulike aktører. De ti områdene er:

- økt brukermedvirkning
- helse og omsorg som et eget næringspolitisk satsingsområde
- kunnskapsløft for kommunene
- utnytte helsedata som nasjonalt fortrinn
- bedre klinisk behandling
- effektive og lærende tjenester
- møte de globale helseutfordringene
- oppnå høy kvalitet og sterkere internasjonalisering
- utvikling av de menneskelige ressursene
- strategisk og kunnskapsbasert styring.

Helse- og omsorgssektoren er stor og kompleks og fordrer en bred strategi. Hvert tema inneholder et sett med anbefalte tiltak og forslag til hvordan disse kan iverksettes. I følge strategien er disse tenkt å skulle bidra til å oppfylle strategiens visjon om kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse.

Helse- og omsorgsdepartementet vil sammen med Kunnskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet i tillegg til flere departementer arbeide med å vurdere anbefalingene i strategien og hvordan strategien skal følges opp. Dette vil bl.a. gjøres gjennom regjeringens Langtidsplan for forskning og høyere utdanning. Topplederforumet og andre relevante aktører vil delta i arbeidet.

## 9 Internasjonalt samarbeid

Norge deltar aktivt i internasjonalt helsesamarbeid og helseforskningssamarbeid på tvers av landegrensene. Hovedmålet er å medvirke til å realisere og videreutvikle sentrale helsepolitiske mål gjennom multilaterale og bilaterale kanaler, bl.a. i FN, Verdens helseorganisasjon, EU, Europarådet, OECD, Norden, nordområdene, Barents- og Russlandsamarbeidet.

### FN/Verdens helseorganisasjon (WHO)

Som FNs særorganisasjon for helse er WHO en sentral arena for Norges internasjonale helseengasjement. Norge gir økonomisk støtte over Utenriksdepartementets budsjett i form av kontingent og frivillige bidrag.

Mål for 2015 er aktivt å støtte opp under gjennomføringen av WHO-reformen, der det fortsatt i WHO er gjenstående behov relatert til så vel finansiering, effektivisering av arbeidet i de styrende organer og mål- og resultatrapportering.

Helse- og omsorgsdepartementet leder delegasjonen til møtene i WHO's styrende organer.

I mai 2012 vedtok Verdens helseforsamling (WHA) på oppdrag for FNs generalforsamling et globalt mål om 25 pst. reduksjon i prematur dødelighet som følge av ikke-smittsomme sykdommer innen 2025. Som oppfølging av resolusjonen er det framforhandlet et rammeverk for monitoreringen av ikke-smittsomme sykdommer. De globale ambisjonene på dette området vil påvirke prioriteringene både nasjonalt og i det internasjonale helsesamarbeidet i årene som kommer. Ikke-smittsomme sykdommer er også aktuelt som delmål for helseområdet i de neste FN-målene for bærekraft og utvikling ('post 2015-agendaen').

Det internasjonale toppmøtet om ernæring (ICN2) som skal arrangeres av WHO og FAO i november 2014, vil gi føringer for videre globalt og nasjonalt ernæringsarbeid og vil også bidra inn til post 2015-agendaen.

WHO's internasjonale helsereglement (IHR 2005) gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, bl.a. ved pandemier og grenseoverskridende kjemikaliehendelser. Norge har gjen-

nomført hoveddelen av reglementet i norsk rett og arbeider med resterende implementering med hjemmel i folkehelseloven. Nasjonalt folkehelseinstitutt er nasjonalt kontaktpunkt for IHR i Norge.

WHO's medlemsland har vedtatt et globalt rammeverk for pandemisk influensaberedskap og respons. Rammeverket skal sikre rask deling av virus gjennom WHO-samarbeidssentra for å legge grunnlaget for utvikling av vaksiner mot pandemier. Samtidig sørger rammeverket for at resultater og goder som følger av dette samarbeidet gjøres tilgjengelig for alle medlemsland, herunder vaksiner og samarbeid/kompetanseoverføring.

Verdens helseforsamling vedtok mai 2014 at det skal utarbeides en global tiltaksplan mot antimikrobiell resistens. Det er viktig med en tverrfaglig tilnærming mellom folkehelse-, dyrehelse-, mat- og miljømyndigheter. Planen utarbeides derfor i nært samarbeid med Verdens dyrehelseorganisasjon (OIE) og FNs organisasjon for ernæring og landbruk (FAO). Norge vil delta aktivt i dette arbeidet.

Verdens helseforsamling vedtok i mai 2014 at det skal utarbeides en global strategi for helsefremmende aldring med et tverrsektorielt perspektiv. Norge vil støtte dette arbeidet.

Norge deltar aktivt i miljø- og helseprosessen i regi av WHO's europaregion (WHO EURO), herunder gjennomføring av WHO EURO/UNECE-protokollen (United Nations Economic Commission for Europe) om vann og helse. Norge arrangerte partsmøte for protokollen i november 2013 og sitter i byrået for perioden 2013–2016 samt deltar i arbeidsprogrammet til protokollen knyttet til overvåking av vannbårne sykdommer og overvåking av vannkvalitet. Norge har videre sluttet seg til og bidrar til oppfølgingen av Parmaerklæringen (2010) som ble vedtatt på WHO's 5. ministerkonferanse for miljø og helse i Europa. Erklæringen har som mål å styrke den politiske innflytelsen i helse- og miljøprosessen og styrke tiltakene mot konsekvenser av klimaendringer på fysiske og sosiale miljøfaktorer herunder transport. Norge deltar også aktivt i det Pan-europeiske programmet for transport, helse og miljø (THE PEP) og følger opp Paris-erklæringen fra 2014. Videre deltar Norge

aktivt i arbeidet i Codex Alimentarius, der internasjonale standarder på matområdet utarbeides og vedtas.

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer Norges internasjonale arbeid med narkotikaspørsmål og deltar i det styrende organet for FNs narkotikasamarbeid, FNs narkotikakommisjon (CND). Norge gir økonomisk støtte til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC).

#### EU og EØS

Mål for 2015 er å fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet.

Norge deltar i EFTAs og EU-kommisjonens arbeidsgrupper på helse- og mattrygghetsområdet.

Et prioritert område er direktivet om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene, som ble vedtatt i EU 2011. Pasientrettighetsdirektivet ble vedtatt innlemmet i EØS-avtalen 9. juli 2014. Direktivet gir regler om når en pasient skal få tilbakebetalt utgifter til helsehjelp pasienten har valgt å få utført i et annet EØS-land. Reglene skaper større forutsigbarhet for pasientene. Dagens refusjonsordning for helsehjelp i andre EØS-land ivaretar langt på vei direktivets regler om refusjon, men omfatter imidlertid ikke refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Stortinget har sluttet seg til å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte utgifter til sykehusbehandling og har vedtatt en hjemmel med mulighet til å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av slike utgifter. Departementet har sendt ut høringsnotat med forslag om å utvide refusjonsordningen slik at den omfatter utgifter til sykehusbehandling. Det foreslås ikke å stille krav om forhåndsgodkjenning. Et krav om forhåndsgodkjenning innebærer en begrensning i pasienters valgfrihet og vil være ressurskrevende å administrere. Departementet mener det er uhensiktsmessig å etablere en slik ordning for det antatt lave antallet pasienter som vil reise ut, men vil følge utviklingen over tid. Det foreslås videre at pasienter som er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven skal kunne søke om forhåndstilsagn.

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

EUs forordning om matinformasjon innfører bl.a. krav om obligatorisk merking av næringsinnhold for matvarer til forbruker. Merkingen med næringsinnhold skal gi informasjon om energi, fett, mettet fett, karbohydrater, protein og salt i matvarene. Regelverket vil bli innlemmet i EØS-avtalen og gjennomført i norsk rett.

EU har vedtatt et nytt tobakksproduktdirektiv, som skal erstatte dagens direktiv. Direktivet inneholder bestemmelser om fremstilling, presentasjon og salg av tobakksvarer og relaterte produkter. Regelverket vil bli innlemmet i EØS-avtalen og gjennomført i norsk rett.

Norge arbeider for å påvirke hvilke påstander om ernærings- og helseeffekter som skal kunne knyttes til mat, iht. det pågående arbeidet med det EØS-baserte påstandsregelverket.

Norge deltar på medlemsstatenes arenaer for oppfølging av alkoholpolitiske spørsmål, herunder har Norge deltatt aktivt i arbeidet for å utarbeide en handlingsplan samt for å legge til rette for en ny alkoholstrategi i EU.

Videre arbeides det med å innlemme i EØS-avtalen EUs forordning for ny mat, og EUs forordninger om genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer. Norske fagmyndigheter deltar i Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (EFSA) og EU-byrået for godkjenning av legemidler, European Medicines Agency (EMA). Norge er medlem i EUs narkotikaovervåkingssenter, The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Senteret samler inn og analyserer data, driver utviklingsarbeid for å forbedre sammenliknbarheten av data på tvers av grenser, og formidler og distribuerer informasjon.

Norge deltar i EUs Health Security Committee (HSC). HSC utvikler bl.a. felles standarder, krisehåndteringsverktøy og har nettverk for informasjon og varsling. Videre deltar Norge i EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer, European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC) i Stockholm. Senteret ivaretar smittevernovervåkning, varsling og vitenskapelig basert rådgivning til landene om håndtering av sykdomsutbrudd. Nytt regelverk for å styrke EUs beredskap og håndtering av alvorlige grensekryssende helsetrusler er vedtatt i EU, og er under vurdering for innlemmelse i EØS-avtalen. Beslutningen formaliserer HSC. Norge deltar også i komitologikomite som er etablert under beslutningen. Regelverket vil være kompatibelt med WHOs International Health Regulations (2005).

Norge vil delta i EUs tredje handlingsprogram på området helse (2014–2020), jf. Prop. 90 S (2013–2014), og Innst. 303 S (2013–2014). Norge ved helseforvaltningen er representert i programkomiteen og i gruppen av nasjonale kontaktpunkt. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter.

1. januar 2014 startet det nye store forsknings- og innovasjonsprogrammet Horisont 2020 i EU, der Norge deltar. Health, Demographic Change and Wellbeing er en av de syv samfunnsutfordringene som er særlig prioritert. Helse- og omsorgsdepartementet har delegat i konfigurasjonen Health, Demographic Change and Wellbeing. Norges forskningsråd deltar som ekspert. Videre deltar Norge i totalt ti såkalte Fellesprogrammer, Joint Programming Initiatives (JPI) i EU, og av disse er tre særlig rettet mot helse – nevrodegenerative sykdommer og Alzheimer (JPND), antibiokaresistens (8AMR) og forebygging av kostholdrelaterte sykdommer (HDHL). Fellesprogrammene er medlemslandenes initiativ og Kommisjonen skal støtte opp under arbeidet ut fra sitt mandat og kompetanse.

Norge deltar i oppfølging av EUs hvitbok om kosthold og fysisk aktivitet, bl.a. gjennom deltakelse i High Level Group on Nutrition and Physical Activity. Denne høynivågruppen lanserte våren 2014 en EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020. Norge deltar også i EUs regulatoriske komité under tobakksproduktdirektivet, i EU-kommisjonens ekspertgruppe på tobakk og i relevante fora for oppfølging av EUs alkoholpolitiske strategi.

Ny avtale om videreføring av EØS-finansieringsordninger for perioden 2009–2014 ble undertegnet i 2010. Norge har gjennom avtalen forpliktet seg til å bidra med nær 15 mrd. kroner i 2009–2014. Midlene skal støtte programmer og prosjekter innen en rekke sektorer, bl.a. helsesektoren. Norge samarbeider med Tsjekkia, Estland, Ungarn, Polen, Portugal og Slovenia på helseområdet. Hovedmålene er å forbedre folkehelsen i mottagerlandet og redusere sosial ulikhet i helse. Norge har i 2014 startet forhandlinger med EU om videreføring av EØS-finansieringsordninger for perioden 2015–2020.

#### Europarådet

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter. Europarådet har 47 medlemstater med tilsammen 820 millioner mennesker hvorav 28 av landene er medlemmer av EU. I 2012 ble det gjennomført en ny og forenklet

struktur for komiteene og politiske saker er i større grad satt på Europarådets dagsorden. Samarbeidet med EU er styrket. EU er en viktig partner for å sikre samsvar mellom Europarådets og EUs mekanismer for ivaretagelse av grunnleggende rettigheter, demokrati og rettssikkerhet.

Retten til helse er forankret i den europeiske sosialpakten, the European Social Charter. Norge deltar i de mellomstatlige komiteer og i helsefaglige ekspertfora. Komiteen Bioethics, DH-BIO, arbeider med områdene rettigheter og vern av pasienter og forskningsdeltakere, veiledning for aktører på biomedisinområdet, genetiske undersøkelser, medisinsk- og helsefaglig forskning, transplantasjon, bruk av tvang innen psykisk helsevern, beslutningsprosesser ved livets slutt, bruk av biobanker, utfordringer ved nye teknologier mv. Norge leder i 2013 og 2014 styret for biotikkomiteen.

Pompidou-gruppen er Europarådets helse-, sosial- og justispolitiskgruppe for narkotikaspmåål. Norge er kandidat til å overta formannskapet i Pompidougruppen for perioden 2015 til 2018, og mener at gruppen kan bli en viktig forberedelsesarena fram mot FNs generalforsamlings spesialsesjon om narkotika (Ungass) i 2016.

Den mellomstatlige komitéstrukturen ble gjennomgått i 2013 og det er vedtatt ny struktur for perioden 2014–2015. Komiteen for sosialt samhold (CDCS) ble nedlagt og etterfulgt av en ny komité med utvidelse av ansvar og ressurser, Committee for Human Dignity, Equality and Social Cohesion (CDDECS).

Europarådets direktorat for kvalitet av legemidler (EDQM) fungerer som sekretariat for den europeiske farmakopékommisjonen som har ansvaret for utviklingen av den europeiske farmakopeen (Ph. Eur.) som ble vedtatt av Europarådet i 1964. Farmakopeen beskriver standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår i legemidler. EDQM ble opprettet i 1994 ut fra et felles ønske i EU og Europarådet om å utvikle et europeisk nettverk mellom kontrollaboratoriene i de nasjonale legemiddelmyndigheten. EDQM har et utstrakt samarbeid med EUs legemiddelbyrå EMA og dens vitenskapelige komiteer og arbeidsgrupper i tillegg til ICH (The International Conference on Harmonisation) og andre aktører som arbeider med krav til farmasøytisk kvalitet av råvarer og legemidler.

Farmakopékommisjonen avgjør hvilke analysemetoder som skal være gjeldende, utformer standarder for kvalitet som blir tatt inn i den europeiske farmakopeen, og kommer med anbefalinger om å implementere nye krav i farmakopeen.



Standardene blir utarbeidet i samarbeid med fagekspertene i alle landene som er med i konvensjonen. Fra Norge deltar fagekspertene fra Statens legemiddelverk, universiteter og den farmasøytiske industrien.

Nettverket av nasjonale laboratorier, Official Medicines Control Laboratories (OMCL), er involvert i kvalitetskontroll av legemidler. Nettverket samhandler for å frambringe felles prosedyrer for laboratoriekontroll av godkjente legemidler. Legemidler som er godkjent i fellesskapsprosedyrene i EØS-området, blir kontrollert i denne ordningen. Laboratoriet hos Statens legemiddelverk deltar i dette nettverket.

EDQM utsteder også sertifikater for egnethet (Certificate of suitability) til produsenter av virkestoffer på bakgrunn av innsendt farmasøytisk-kjemisk dokumentasjon.

De senere årene har EDQM hatt en sentral rolle i arbeidet med vedtakelsen av den såkalte Medicime konvensjonen som har som formål å forebygge og bekjempe trusler mot folkehelsen ved å (1) sørge for at partene kriminaliserer handlinger knyttet til forfalskninger av legemidler og medisinsk utstyr, (2) beskytte rettighetene til ofrene for slike lovbrudd og (3) fremme nasjonalt og internasjonalt samarbeid mot falske legemidler.

#### Nordisk Ministerråd

Mål for 2015 er å styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd (NMR).

Det er en hovedoppgave for Helse- og omsorgsdepartementet å ivareta samarbeidet under Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk og Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk.

Programmet Holdbar nordisk velferd (2013–2015) skal realisere de nordiske statsministres initiativ i 2012 om videreutvikling av det nordiske helsesamarbeidet. Programmet har sosial trygghet, forebygging og innovasjon og forskning som viktige politiske mål. Som ledd i dette programmet, har det blitt gjennomført en utredning av mulighetene for å styrke helsesamarbeidet (Könberg-rapporten), som skal drøftes på ministermøtet høsten 2014.

Satsningen Holdbar nordisk velferd i regi av Nordisk ministerråd inkluderer to samarbeidsprosjekter innen kliniske studier og høyspesialisert behandling, begge er treårige prosjekter. Prosjektet innen kliniske studier, Nordic Trials Alliance, har til formål å øke antall kliniske multisenterstudier i Norden. Sekretariatet er lagt til Nordforsk og nettverket er forankret i alle de nordiske lan-

dene gjennom de nasjonale EU-nodene/nettverkene for kliniske studier (Ecrin). Nordisk samarbeid om høyspesialisert behandling har som formål å sikre høyere kvalitet i høyspesialiserte tjenester enn det enkelte landet kan oppnå hver for seg pga. kostnadskrevende behandlingsformer der pasientgrunnlaget er lite i hvert land, der det er behov for høyspesialisert kompetanse, og der investeringene ofte er svært store. Med bakgrunn i en rapport fra en nordisk ekspertgruppe er det etablert et treårig nordisk samarbeidsprosjekt med Helsedirektoratet (Norge) som sekretariat. Samarbeidet består av gjennomføring av pilotprosjekter på tre områder: erfarings- og kompetanseutveksling, nordiske databaser/kvalitetsregistre, og felles nordiske retningslinjer. På alle tre områder er det identifisert aktuelle fagområder og det er satt i gang pilotprosjekter.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom programmet Holdbar nordisk velferd fått midler av Nordisk ministerråd til å gjennomføre en kartlegging av arbeidet som blir gjort i de nordiske landa for å rekruttere og beholde personell i omsorgstjenestene. Kartleggingen skal danne grunnlaget for et mulig nordisk samarbeid på området. Kunnskapen fra dette prosjektet skal også brukes nasjonalt, bl.a. i oppfølgingen av stortingsmeldingen om morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012–2013)).

Et NorForsk-støttet forskernettverk, The Nordic Network in Dementia Diagnostics (Nidd), arbeider for å øke kunnskapen om årsakene til demens. En multidisiplinær gruppe, satt sammen av ni forskergrupper fra fem nordiske land og Litauen, samarbeider om å harmonisere diagnostiske arbeidsmetoder og bidra til tidligere og bedre diagnostisering av sykdommen. Norge har øg en nasjonal plan for demensomsorg, Demensplan 2015 Den gode dagen.

De nordiske landene arbeider for å løse grensehindre mellom landene. Den nordiske arenaen utgjør også en plattform for samarbeidet inn mot EU og Nordens nærområder, FN/WHO, Europarådet og OECD.

Nordisk Ministerråd har besluttet at Nordic School of Public Health (NHV) skal utvikles innen 2015. Enkelte tilbud som i dag ikke eksisterer nasjonalt, skal videreføres i nordisk regi, dels ved integrering i og omdannelse av eksisterende virksomheter. Det nordiske folkehelsesamarbeidet skal videreføres med et høyt ambisjonsnivå.

Det nordiske helse- og mattrygghetsamarbeidet er en arena for samarbeid mellom naboland, bl.a. om helsetjenester, ernæring og mattrygghet, beredskap og krisehåndtering. Det arbeides for

tiden med etablering av et Nordisk/Baltisk nettverk på drikkevannsområdet med koblinger til oppfølgingen av WHO/UNECE-protokollen om vann og helse.

#### Den nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet

Mål for 2015 er å ivareta norsk deltakelse i Barents helse- og sosialsamarbeid, bidra til implementeringen av Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram og videreføre det bilaterale norsk-russiske helsesamarbeidet.

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

Norge har en bilateral helseavtale med Russland fra 1994, som følges opp gjennom norsk-russiske helsesamarbeidsprogram som utarbeides for avgrensede perioder. I programmene legges hovedføringene for helsesamarbeidet mellom de to land for den aktuelle perioden.

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter, på vegne av Utenriksdepartementet, en tilskuddsordning til samarbeidsprosjekter under Barents helsesamarbeid og NDPHS. Kompetanseutveksling, bærekraft og bidrag fra norsk og russisk partner til prosjektet vektlegges ved utvelgelsen av hvilke prosjekter som mottar støtte.

#### Andre internasjonale organisasjoner og avtaler

Mål for 2015 er å ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og frihandelsavtaler.

Norge er i handelssammenheng, både gjennom Efta og Verdens handelsorganisasjon (WTO), forpliktet på flere områder som angår helse, bl.a.

regler for handel med varer og tjenester. Norge deltar i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) på helse- og mattrygghetsområdet. Norge ved Helse- og omsorgsdepartementet leder fra 2014 helsekomiteen i OECD.

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for norsk deltagelse i Den internasjonale vinorganisasjonen (OIV), som lager internasjonale standarder på vinområdet.

Norge og Moldova inngikk en helseavtale 19. mai 2014. Formålet med avtalen er å utveksle informasjon om helsetjenester innenfor folkehelse, primærhelse og helsesystemer. Det vil også arbeides for besøk fra helsepersonell i landene for å utveksle kompetanse, og samarbeid mellom landenes folkehelseinstitutter. Det vil bli utarbeidet toårige arbeidsprogram under helseavtalen for å konkretisere samarbeidet nærmere.

Norge har et bilateralt helsesamarbeid med Kina. En prioritert oppgave i 2015 vil være å arbeide for snarlig undertegning av en ny handlingsplan under Kina-samarbeidet. Et viktig element i samarbeidet med Kina vil være utvikling av helsesystemer, særlig primærhelse, pleie og omsorgstjenester. Andre sentrale områder er IKT og forebyggende folkehelsearbeid.

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

Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider med Utenriksdepartementet i initiativet Utenrikspolitikk og global helse. Initiativet drives av de sju landene Senegal, Sør-Afrika, Brasil, Indonesia, Frankrike, Thailand og Norge. Landene samarbeider om helsepolitiske områder der utenrikspolitikken kan representere en merverdi for å styrke arbeidet.

## 10 Administrative fellesomtaler

### 10.1 Sektorovergripende klima- og miljøpolitikk

---

Helse- og omsorgsdepartementets hovedmålsetting er å oppnå tryggere og mer helsefremmende miljø. Viktige tiltak er blant annet å støtte kommunenes arbeid med miljørettet helsevern og arbeidet med å forebygge allergi, astma og inneklimesykdommer. Dette berører miljøfelt som luftforurensninger, støy og helse- og miljøfarlige kjemikalier. Oppfølgingen av folkehelsemeldingen fra 2012–2013 omfatter bidrag til at helsehensyn skal få en større plass i utviklingen av steder, nærmiljø og lokalsamfunn, herunder at det skal legges til rette for helsefremmende transportløsninger.

Statens strålevern ivaretar oppgaver for Klima- og miljødepartementet innenfor fagfeltet radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. Strålevernet har videre ansvar for faglig utredningsarbeid, tilsyn med radioaktiv forurensning og for å koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljø.

Hesledirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, samt fylkesmennene, er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåking av miljøforurensning. Både folkehelseloven og forskrift om miljørettet helsevern peker på kommunenes ansvar for oversikt, rådgivning og medvirkning som ledd i arbeidet med å fremme folkehelse og bidra til gode forhold med hensyn til miljøet. Kommunene skal også gjennom planlegging sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet, bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirkning på helsen.

### 10.2 Forenklingsarbeid, modernisering og bedre gjennomføringskraft

---

En bærekraftig omsorgstjeneste

Omsorgstjenestene står overfor store demografiske utfordringer de neste tiårene. Den langsiktige strategien som ble fastsatt i St.meld. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening,

Framtidens omsorgsutfordringer, er å utnytte den demografisk sett relativt sett rolige perioden fram mot 2020 til å forberede den raske behovsveksten som vil komme. Samtidig har omsorgstjenestene i dag vesentlige svakheter knyttet til ledelse, forvaltning, administrative systemer, teknologi og fagutdanning. Noen av de viktigste grepene for å styrke effektiviteten vil derfor være å øke leder-tettheten, styrke administrasjon, logistikk og saksbehandling og heve utdanningsnivået.

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, legger opp til å organisere omsorgstjenestene slik at de støtter opp under og utløser de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk og i nærmiljøet, organisasjoner og lokalsamfunnet. Dette vil kreve omstilling av den faglige virksomheten, med større vekt på forebygging, tidlig innsats, sosialt nettverksarbeid og rehabilitering og økt bruk av velferdsteknologi og nye arbeidsmetoder. Samtidig må den pleiefaglige kjernevirksomheten foredles og den medisinske oppfølgingen styrkes. Samlet gir dette størst bærekraft i møte med framtidens omsorgsutfordringer.

Regjeringens samlede omsorgspolitik, Omsorg 2020, bygger videre på de langsiktige strategiene som følger av St.meld. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, Framtidens omsorgsutfordringer og Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

Se for øvrig omtale av Omsorg 2020 under programkategori 10.60, kap. 761.

Effektivisering av spesialisthelsetjenesten

Sintef gjennomførte på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet våren 2013 en kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten blant medarbeidere og ledere i førstelinjen nærmest pasienter og brukerne, slik som poliklinikk og sengepost. Det ble foretatt intervjuer med 50 ansatte ved 10 norske sykehus. Kartleggingen ble gjennomført i samarbeid med utvalgte ressurspersoner fra helseforetakene, regionale helseforetak og representanter fra arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene.

Helse- og omsorgsdepartementet har, bl.a. i lys av kartleggingen fra 2013, satt i gang tiltak og prosesser som vil bidra til å effektivisere tjenesten slik at helsepersonell kan få mer tid til kjerneoppgavene og øke kvaliteten i oppgaveløsningen.

#### Revisjon av prioriteringsveiledere

Prioriteringsveiledere skal være en beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Endring av pasient- og brukerrettighetsloven skal følges opp med bl.a. revisjon av 33 prioriteringsveiledere. Dette kan bidra til bedre beslutningsstøtte til legene og forenkle arbeidsprosesser.

#### Bedre bemanningsplanlegging

Alle de regionale helseforetakene arbeider med aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Helse Vest har utviklet dette videre til avansert oppgaveplanlegging. Dette innebærer å tilpasse bemanning bedre til variasjon i aktivitet mellom ukedager, og lage lengre tidshorisonter i legenes timebøker. Målet er bedre planlegging og lengre planleggingshorisonter som gir bedre forutsigbarhet for pasienter og bedre og mer effektiv utnyttelse av medarbeidernes arbeidstid og kompetanse.

#### Redusert omfang av ikke møtte pasienter

For å gi et enda bedre helsetilbud, er det viktig for spesialisthelsetjenesten at alle møter til tiden. Bedre oppmøte vil bl.a. føre til kortere ventetider. Helse Vest sitt prosjekt Alle møter skal forbedre kommunikasjonen mellom pasient og sykehus, slik at flere bruker den timen de er satt opp til. Tiltak er internettløsning for endring av timeavtale, bedre telefontjenester og forbedring av pasientbrevne.

#### Sentralisering av innkjøp

De regionale helseforetakene startet i fellesskap i 2012 et større utviklingsprogram for å strømlinjeforme innkjøpsarbeidet. Organisering av innkjøp vil inngå i programmet for å sikre gevinster av samarbeidstiltakene.

Oppgavedeling mellom personellgrupper i sykehus  
Helse- og omsorgsdepartementet har startet et arbeid for å utrede potensialet for bedre oppga-

vedeling mellom personellgrupper i norske sykehus, på områder hvor endret oppgavedeling kan tenkes å bidra til å redusere flaskehals og gi mer effektive pasientforløp. Departementet har bedt Helsedirektoratet om å iverksette pilotprosjekt på følgende områder:

- Bemanningssituasjon på operasjonsstuer
- Oppgavedeling mellom radiografer og radiologer
- Oppgavedeling mellom patologassistenter og patologer
- Oppgavedeling mellom sykepleiere og leger i forbindelse med skopiundersøkelser

Pilotprosjektene vil legge til rette for videre forskning og evaluering. Det forventes at prosjektopplegget vil være ferdigstilt i løpet av høsten 2014, og at selve pilotprosjektene vil kunne ha oppstart mot slutten av 2014 eller i begynnelsen av 2015.

#### Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren

IKT er et av flere sentrale virkemidler som kan gjøre møtet mellom helsetjenesten og brukerne enklere. Gode IKT-verktøy gir helsepersonell mulighet for å jobbe smartere og frigjør mer tid for kjerneoppgavene. IKT gjør innovasjon og forbedring av tjenestene mulig. Nedenfor er et utvalg av konkrete tiltak for å redusere tidsstyver ved bedre bruk av IKT.

#### Helsenorge-portalen

Det skal fra høsten 2014 testes nye løsninger hvor innbyggeren lettere kan få kontakt med helsetjenestene. Det skal bli enklere å bestille time hos fastlegen på nett og delta i tilretteleggingen av egen behandling i spesialisthelsetjenesten. Slike løsninger på helsenorge-portalen vil gjøre det mulig å stille spørsmål til behandler (e-kontakt og e-konsultasjon), fornye resepter og fylle ut skjema i forbindelse med behandling. Etter hvert skal dialogløsninger med flere behandlergrupper, andre deler av helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen gjøres tilgjengelig.

#### Nasjonal kjernejournal

Når pasientene i dag oppsøker legevakt eller akuttmottak på sykehuset, er det ikke uvanlig at helsepersonell bruker mye tid på å finne nødvendige opplysninger om pasientene. Med kjernejournal blir viktige opplysninger samlet slik at helsepersonell får rask og sikker tilgang til opplys-

ninger slik at de kan gi tryggere helsehjelp. Nasjonal kjernejournal piloteres i flere kommuner i Rogaland og Trøndelag. Denne uttestingen vil utvides i løpet av 2014.

#### *Redusere dobbeltregistrering til registre*

Nasjonalt helseregisterprosjekt har som mål å forenkle innrapporteringsløsningene til helseregistrene. I 2014–2015 vil det bli foretatt gjennomganger av rapporteringsmodellen/informasjonsmodellen innenfor utvalgte områder, bl.a. kreftfeltet, smittevernfeltet og hjerte- og karfeltet. Dette for å vurdere mulighetene for å gjenbruke data fra andre kilder, f.eks. Norsk pasientregister, og slik unngå dobbelt rapportering. Et eksempel her er de om lag 1500 avtalespesialister som har avtale med de regionale helseforetakene. Disse rapporterer aktivitetsdata både til Helseøkonomiforvaltningen og til Norsk pasientregister. Det arbeides med på sikt å etablere en felles melding til ett felles mottak.

#### *Fjerne gamle, tungvinte rutiner*

Helse- og omsorgsdepartementet skal utarbeide forskrift med krav om at helse- og omsorgstjenesten dokumenterer helseopplysninger elektronisk, oppdaterer adresseregisteret og kan sende og motta elektroniske basismeldinger. Forslaget skal sikre at helsepersonell som samarbeider om en pasient kan utveksle pasientopplysninger på en sikker måte, og sikre at opplysningene tolkes likt, dvs. «betyr» det samme i begge systemene. Alle kommuner, fastleger og sykehus skal ha dette på plass i 2015. Tiltaket skal bidra til at gamle og tungvinte samarbeidsløsninger, som papirbrev og faks, kan fases ut.

#### *Digital fornying i spesialisthelsetjenesten*

Det skjer et omfattende arbeid med konsolidering og standardisering av IKT-systemer i spesialisthelsetjenesten. Et eksempel er Oslo universitets-sykehus som i oktober 2014 skal innføre ett felles journalsystem. Dette vil bety forenkling i hverdagen for helsepersonell. Tilsvarende arbeid skjer også i de andre regionene. Helse Midt-Norge forbereder anskaffelse av ny elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system for hele regionen. Innføring av felles kliniske systemer innebærer også konsolidering og standardisering av klinisk praksis og prosedyrer. Dette kan bidra til økt kvalitetssikring og effektivisering.

#### *Ny pasientjournallov og helseregisterlov*

Vedtatt av Stortinget 20. juni 2014, jf. Prop. 72 L (2013–2014). Den viktigste endringen med pasientjournalloven er at regelverket nå legger til rette for at opplysninger kan følge pasienten. Å dele relevant og nødvendig informasjon når det er nødvendig for å yte helsehjelp – på en sikker og effektiv måte, forutsetter bruk av moderne teknologi. Loven åpner også for at virksomheter kan etablere felles journalsystemer. Dette vil gjøre informasjonsutvekslingen mellom helsepersonell som yter helsehjelp til samme pasient enklere, sikrere og raskere. Den nye helseregisterloven er lettere tilgjengelig og etablerer enklere prosedyrer bl.a. ved utlevering av indirekte identifiserbare opplysninger til forskning.

#### *Overføring av Giftinformasjonen*

Giftinformasjonen driver døgnåpen rådgivningen til befolkningen og helsetjenesten om forgiftninger/forgiftningsrisiko. I tillegg har Giftinformasjonen forebyggende virksomhet, og driver noe forskning og utredning vedrørende forgiftninger. Giftinformasjonen har 26 ansatte, som utgjør 23 årsverk. For å styrke rollen Giftinformasjonen allerede har på miljø-/kjemikaliefeltet, og for å sikre faglig utvikling og rammevilkår, foreslås det å overføre virksomheten fra HelseDirektoratet til Nasjonalt folkehelseinstitutt med virkning fra 1. januar 2015, jf. omtale under kap. 710.

#### *Sammenslåing av sekretariater*

Med virkning fra 1. mai 2014 er sekretariatet for Klagenemnda for behandling i utlandet/Preimplantasjonsdiagnostikknemnda slått sammen med sekretariatet for Helsepersonellnemnda. Sammenslåingen inkluderer overføring av to stillinger. Sammenslåingen vil gi større fagmiljøer, større fleksibilitet, og ved å samle administrative funksjoner vil det bli frigjort saksbehandlerkapasitet.

#### *Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden*

Annen regelverksforenkling er ny felles forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon og i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten som trådte i kraft 1. april 2014. Endringen innebærer bl.a. at helse- og omsorgstjenesten slipper å forholde seg til fire forskjellige forskrifter. I

tillegg er flere unødvendige og detaljerte reguleringer opphevet. Dette gjelder f.eks. regulering av felles trivselsordning.

### **10.3 Oppfølging av likestillingslovens krav om å gjøre rede for likestilling**

Lovens formålsbestemmelse er å fremme likestilling uavhengig av kjønn. Dette gjelder på alle samfunnsområder herunder helsesektorens virkeområde.

Regjeringen legger vekt på at alle skal ha krav på å få de samme mulighetene til å utvikle seg, utnytte sine evner og leve sine liv, uavhengig av kjønn, sosial bakgrunn, religion, seksuell orientering, funksjonshemming eller etnisk tilhørighet. Likestilling mellom kjønnene er en verdi det er politisk enighet om, men vi vet at det å ha et kjønnsperspektiv på helse også kan synliggjøre en uønsket ulikhet mellom kvinner og menn. Likestilling i medisinen betyr å ta både kvinner og menn som pasienter på alvor. Kvinner i Norge i dag har gode forutsetninger for god helse, og har generelt lik tilgang til helsetjenester som menn. Flere av forslagene i kvinnehelsestrategien (strategiplan for kvinners helse 2003–2013) har munnet ut i politiske beslutninger som har gitt opphav til strukturelle tiltak for å styrke kjønnsperspektivet innenfor bl.a. kunnskapsutvikling, forskning og formidling. Det er i dag større forståelse for at noen sykdommer rammer ulikt og at sykdomsbildet kan være ulikt for kvinner og menn. Det er likevel en vei å gå før kjønnsrelatert helse utgjør en selvstendig faktor når beslutninger tas og prioriteringer gjøres, kunnskap formidles og helsetjenestene utvikles. Kvinner møter fortsatt en rekke helseutfordringer som ikke gjelder menn og vice versa. Forskjellene i helse gjør seg særlig gjeldende mellom kvinner og mellom menn i ulike sosiale og kulturelle lag, og knytter seg i stor grad til utdanning og innvandringsbakgrunn. Det må jobbes for å nå de sårbare pasientgruppene med forbyggende helsearbeid, kartleggingsarbeid og tilbud om helsetjenester. Integrering av kjønnsperspektivet i forskning og i utvikling av helsetjenestene er kommunisert gjennom styringsbudskap til de regionale helseforetakene, fagetatene på området og Norges forskningsråd. Det er behov for å videreføre arbeidet med å sikre rettferdighet mellom kjønnene på like premisser og likestilling av kjønn i diagnose, utredning, behandling og oppfølging av sykdom.

Lovens kapittel 3 gjelder offentlige myndigheters plikt til aktivt likestillingsarbeid. Offentlige myndigheter skal arbeide aktivt, målrettet og planmessig for likestilling mellom kjønnene.

Andel menn som arbeider i omsorgstjenesten har økt svakt i perioden 2007–2013 fra 10,2 til 12,2 pst. I tillegg til blant legene er andelen menn høy blant sosionomer, miljøterapeuter, fysioterapeuter og vernepleiere. Også blant personell uten formell utdanning er andelen relativt høy. Blant de nye helsefagarbeiderne som er rekruttert inn i perioden 2010–2013 er andel menn vesentlig høyere enn for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Det er siden 2010 blitt gitt økonomisk støtte til Trondheim kommunes prosjekt Menn i helse gjennom Kompetanseløftet 2015. Prosjektet har gjort Trondheim kommune til en foregangskommune i arbeidet med å rekruttere flere menn i omsorgstjenesten, og vurderes å ha overføringsverdi til andre kommuner. For å bidra til økt rekruttering av menn i omsorgssektoren er det igangsatt et nasjonalt prosjekt – Menn i helse – basert på erfaringene fra Trondheim kommune. Tiltaket inngår i Omsorgsplan 2020. Se kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Departementet stilte i foretaksmøtene i mai 2014 krav om at de regionale helseforetakene arbeid med utviklingen av en heltidskultur videreføres. Helseforetakene skal benytte faste hele stillinger og skal i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene arbeide for å etablere en heltidskultur. Arbeidet med å få flest mulig ansatte i faste hele stillinger er en viktig forutsetning for å lykkes med å utvikle pasientens helsetjeneste. Dette er et langsiktig arbeid som vil medvirke til å øke kvinners generelle stillingsprosent i helseforetakene, og er dermed et viktig likestillingsperspektiv.

Arbeidet med å øke stillingsandelen og etablere en heltidskultur skjer i alle landets helseforetak, hvor det i første fase har vært viktig å øke kunnskapsgrunnlaget, og i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene prøve ut nye tiltak. Helseforetakene skal også legge til rette for fleksible stillinger.

Almlidutvalget (NOU 2010: 13, Arbeid for helse) viste til at det er om lag 60 pst. høyere sykefravær blant kvinner enn blant menn i helse- og omsorgssektoren. Utvalget viste også til at det er behov for å øke kunnskapsgrunnlaget om årsakssammenhengene.

Arbeidet med å redusere og forebygge sykefravær og utstøting er sentralt, også med tanke på økt likestilling mellom kjønnene. I den videre prosessen vil departementet være opptatt av å

finne tiltak som har effekt på reduksjon av sykefravær og utstøting. Et sentralt anliggende i dette arbeidet er å øke kunnskapen om kvinners nærversopplevelse. I hovedsak arbeides det med kunnskapsinnhenting og erfaringsutveksling på tvers i helse- og omsorgssektoren.

#### Likestillingsrapport

Tabell 10.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2013 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	2/6
Avd.direktør mv.	19/9
Fagdirektør	11/13
Underdirektør	12/3
Prosjektleder	0/1
Spesialrådgiver	5/4
Seniorrådgiver	55/29
Rådgiver	21/8
Seniorkonsulent	9/1
Førstekonsulent	1/1
Sekretær	2/0
<b>Totalt</b>	<b>137/75</b>

Oversikten viser at det i Helse- og omsorgsdepartementet er 58,3 pst. kvinnelige ledere når alle lederstillinger er medregnet (dep.råd, eksp.sjefer og avd. direktører). Ser en øverste ledernivå alene, som omfatter departementsråd og ekspedisjonssjefer, var kvinne delen i 2013 på 25 pst. Dette er en nedgang fra 37,5 pst. i 2012.

Tabell 10.2 Lønn, Helse- og omsorgsdepartementet 2013 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Dep.råd/eksp.sjef	1190/1250
Avd.direktør mv.	880/800
Fagdirektør	620/690
Prosjektleder	– /790
Underdirektør	650/650
Spesialrådgiver	960/1050
Seniorrådgiver	580/580
Rådgiver	480/480
Seniorkonsulent	450/ 440
Førstekonsulent	420/450
Sekretær	380/ –
<b>Totalt</b>	<b>630/700</b>

Forskjellen i gjennomsnittlig årslønn mellom kjønnene var i 2013 på 70 000 kroner, som er uendret fra 2012.

Tabell 10.3 Arbeidstid, Helse- og omsorgsdepartementet 2013 (kvinner/menn)

Heltid	122/70
Deltid	15/5
<b>Totalt</b>	<b>137/75</b>
Midlertidig/vikariat	11/5

Tabell 10.4 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	5,5 pst.
Menn	3,4 pst.
<b>Totalt</b>	<b>4,5 pst.</b>

Helse- og omsorgsdepartementet hadde et gjennomsnittlig fravær på bakgrunn av sykdom i 2013 på 4,5 pst., som er en økning fra foregående år. Helse- og omsorgsdepartementet vil som før legge vekt på likestilling i nåværende og framtidige aktiviteter.

*Helsedirektoratet*

Helsedirektoratet hadde per 31. desember 2013 en kvinneandel på 66 pst. Det er ett prosentpoeng opp fra 2012. I gruppene seniorrådgivere, og spesielt for gruppen over 60 år, spesialstillinger/prosjektledere og avdelingsdirektører, er kvinner fortsatt lønnet lavere enn menn. Til tross for særlige tiltak i lokale lønnsforhandlinger for disse gruppene, har differansen i lønn mellom kvinner og menn i gruppa seniorrådgivere ikke endret seg, og er på fire lønnstrinn slik som tidligere år. Andel kvinner på de lavere lønnsgruppene (saksbehandlere og kontorstillinger) og i gruppa rådgivere har økt, mens spesialiststillinger har den laveste kvinneandelen. Direktoratet hadde tidligere stor overvekt av menn i gruppa divisjonsdirektører. Etter at det ble satt inn målrettede tiltak ved rekruttering, er det nå like mange kvinner som menn i denne gruppa. Sykefraværet i 2013 var på 5,5 pst. mot 5,6 pst. i 2012.

*Folkehelseinstituttet*

Folkehelseinstituttet har om lag 1080 ansatte inkl. de eksternt finansierte. Omtalen omfatter alle disse. Folkehelseinstituttet er bevisst på å ha samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. 68 pst. av de ansatte er kvinner. I lederstillinger er kvinneandelen nå 62 pst., en økning fra 56 pst. forrige år. Instituttet har nå en kvinneandel på 61 pst. i senior fagstillinger (forsker 1110 og 1183, overleger og seniorrådgivere), som er en liten økning. Instituttet kan ikke se noen lønnsforskjeller mellom kvinner og menn som kan forklares med kjønn. Den største utfordringen for likestilling er å øke andelen kvinner blant seniorforskerne, slik at det over tid samsvarer med den høye andelen kvinner blant stipendiater og postdoktorer (68 pst.). Bl.a. vil instituttet sikre seg at kvinner og menn får like muligheter for meritterende oppgaver.

*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Kunnskapssenteret hadde ved utløpet av 2013 en kvinneandel på 67 pst. Fordelingen var uendret sammenliknet med 2012. Ledergruppen bestod ved utløpet av 2013 av 6 kvinner og 2 menn, seksjonsledergruppen består av 7 kvinner og 8 menn. Det totale sykefraværet i 2013 var på 3,4 pst. Dette er lavere enn i 2012 da sykefraværet var på 3,8 pst.

*Norsk pasientskadeerstatning*

Pasientskadeerstatningen har totalt en kvinneandel på 70 pst. Andelen kvinner i lederstillinger er på 56 pst. Andelen kvinner er omtrent den samme som i 2013. Det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Norsk pasientskadeerstatning. For å øke tallet på mannlige ansatte i stillingskategorier der andelen av menn er lav, har etaten tatt inn en oppmodning til mannlige kandidater i stillingsannonsene. Styret til Norsk pasientskadeerstatning har en kvinneandel på 62 pst.

*Statens autorisasjonskontor for helsepersonell*

Autorisasjonskontoret hadde ved utgangen av 2013 en kvinneandel på 68 pst. Kvinneandelen har gått opp fra 62 pst. ved inngangen til 2013. Ledergruppen bestod av 57 pst. kvinner og 43 pst. menn. Kvinner er i gjennomsnitt lønnet noe lavere enn menn i gruppene seniorrådgiver/rådgiver, mens de i gjennomsnitt er lønnet noe høyere enn menn i gruppene førstekonsulent/konsulent. Sykefraværet har økt fra 7,1 pst. i 2012 til 8,7 pst. i 2013. Etaten arbeider systematisk for å redusere sykefraværet.

*Statens helsetilsyn*

Helsetilsynet hadde ved utgangen av 2013 en kvinneandel på 63,5 pst. I stillingsgruppen ledere (avdelingsdirektør, underdirektør og fagsjef) er 61 pst. kvinner. Dette ligger godt innenfor Hovedavtalens mål om 40 pst. kvinner i lederstillinger innenfor definert lederstillingsgruppe. Statens helsetilsyn deltar i Statens traineeprogram 2013–2015, med målsetting om å få flere funksjonshemmede med høyere utdanning inn i arbeidslivet.

*Statens institutt for rusmiddelforskning*

Statens institutt for rusmiddelforskning hadde 44 ansatte ved utgangen av 2013. Av disse var 28 kvinner og 16 menn, dvs. en kvinneandel på 64 pst. I tillegg kommer tre forskere, begge menn, ansatt i 20 pst. stillinger. De tre faste lederstillingene var i 2013 besatt av to menn og en kvinne, mens fire midlertidige stillinger som forskningsledere var besatt av en mann og tre kvinner. Det gjennomsnittlige lønnsnivået for alle ansatte per 31. desember 2013 tilsvarte lønnstrinn 66 i statsregulativet. Mennene hadde et høyere gjennomsnittlig lønnstrinn (l.tr. 68) enn kvinnene (l.tr. 64). Dette har sammenheng med at det bare er



kvinner i de lavest lønnede stillingene (stillinger som er teknisk administrative og ved biblioteket). Sirius har flere likestillingstiltak, bl.a. kjønnsnøytrale kriterier for lønnsfastsetting. Kvinner skal ha samme mulighet som menn til å ivareta lederfunksjoner, og kvinner skal ha samme mulighet til å arbeide med kvalifiserende arbeidsoppgaver. Slik fordelingen av kvinner og menn er ved instituttet, og slik arbeids- og lønnsvilkårene er fordelt, er det ikke nødvendig å sette inn ytterligere tiltak.

#### *Statens legemiddelverk*

Legemiddelverket har flere kvinnelige tilsatte enn menn, og har kontinuerlig fokus på å oppnå en jevn kjønnsfordeling. Kvinnelige ansatte utgjør 72 pst. av arbeidsstokken, og i toppledergruppen er 56 pst. kvinner. Mellomledergruppen har en kvinneandel på 70 pst. Legemiddelverket har i 2013 videreført arbeidet med å tydeliggjøre sin livsfasepolitikk og med virkemidler for å unngå redusert arbeidstid og ulønnet permisjon. For å sikre god praksis og utvikling på dette området gjennomfører etaten årlige interne undersøkelser hvor bl.a. likestilling og mangfold er berørt.

#### *Statens strålevern*

I Strålevernet er det kjønnsbalanse. I gjennomsnitt tjener kvinner om lag 4 pst. mindre enn menn – mot 6 pst. i 2013. Det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori. Hovedårsaken til lønnsforskjellen er færre kvinner i overordnede stillinger – dette gjelder i forskerstillinger og tekniske stillinger. Det er ingen vesentlig forskjell på kvinner og menn når det gjelder midlertidig tilsetting – om lag 10 pst., eller uttak av foreldrepermisjon. Om lag 9 pst. av menn har deltidsstilling, for kvinnene er tilsvarende del 13 pst. Sykefraværet er i snitt 2–4 pst. – og uendret over tid. Utfordringen med tanke på likestilling for Statens strålevern har vært å rekruttere kvinner til lederstillinger. Ledergruppen består nå av tre kvinner og tre menn. På seksjonssjefsnivå er hovedandelen kvinner.

Årsrapportene for virksomhetene under Helse- og omsorgsdepartementet inneholder nærmere omtale av likestilling.

## **10.4 Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter**

Tidligere konstituert administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF ble 14. mars 2013 fast ansatt som administrerende direktør. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har i regnskapsperioden 2013 mottatt lønn på 1 911 388 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 12 569 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 180 742 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom administrerende direktør, i samråd med styret, velger å slutte i stillingen, vil vedkommende få utbetalt 12 måneders etterlønn fra dato for fratredelsen. Dersom administrerende direktør har annen inntekt i etterlønsperioden, blir etterlønn redusert tilsvarende. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF har i regnskapsperioden 2013 mottatt lønn på 2 135 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 29 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 503 000 kroner. I dette beløpet inngår kostnader knyttet til pensjon utover kollektiv pensjonsordning. Det er ikke inngått avtale om sluttvederlag eller liknende for administrerende direktør. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Tidligere administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF fratradte stillingen 31. juli 2013 og har i regnskapsperioden 2013 mottatt lønn på 1 104 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 71 000 kroner. Pensjonskostnadene til tidligere administrerende direktør utgjorde 223 000 kroner. Pensjonskostnader er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP. Tidligere konstituert administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF i perioden 1. januar 2013 til 14. august 2013 har i regnskapsperioden 2013 mottatt lønn på 1 474 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 5000 kroner. Pensjonsutgiftene til tidligere konstituert administrerende direktør utgjorde 173 000 kroner. Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF tiltrådte stillingen 15. august 2013 og har i regnskapsperioden 2013 mottatt lønn på 660 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 55 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 288 000 kroner. Pensjonskostnader er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP. Ved avgang etter oppfordring fra styret, har administrerende direk-

tør krav på lønn i oppsigelsestiden, som er seks måneder.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har i regnskapsperioden 2013 mottatt lønn på 3 782 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 6 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 227 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Administrerende direktør har i 2013 fått utbetalt kompensasjon for bortfall av avtalte permisjonsrettigheter med 1 990 000 kroner og rett til videre opptjening er bortfalt. Dersom administrerende direktør må fratrukke sin stilling eller stillingen bortfaller som følge av omorganisering, har han rett til ordinær lønn i 12 måneder ut over avtalt oppsigelsestid.

Administrerende direktør i Norsk Helsenett SF har i regnskapsperioden 2013 mottatt lønn på 1 474 416 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 20 128 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 253 596 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via

KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom styret oppfordrer administrerende direktør til å si opp stillingen, eller administrerende direktør i samråd med styrets leder eller styret velger å si opp stillingen uten at det er saklig grunn til oppsigelse eller avskjed, har administrerende direktør i tillegg til lønn i oppsigelsestiden krav på sluttvederlag i ni måneder etter oppsigelsestidens utløp. Dersom administrerende direktør i perioden for sluttvederlag, men etter utløpet av ordinær oppsigelsestid, har annen inntekt, skal sluttvederlaget reduseres krone for krone. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet hadde per 31. desember 2013 en årslønn på 2 152 000 kroner. I tillegg til lønn har administrerende direktør faste godtgjørelser på 181 000 kroner i året. Vinmonopolet innførte i 2007 en lederpensjonsordning som finansieres over drift. Total pensjonskostnad for administrerende direktør i 2013 var 1 006 000 kroner.

## 11 Anmodningsvedtak

*Vedtak nr. 189 (2007–2008), 3. desember 2007*

«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). Hjemmel for å stille krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav til kommunale helse- og omsorgstjenester er tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Den videre oppfølging har blitt sett i sammenheng med arbeidet med Meld. St. 10 (2012–2013) God Kvalitet – trygge tjenester, som ble lagt fram desember 2012. I tråd med uttalelser i meldingen sendte Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2013 på høring forslag om endring av forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene slik at det innføres et krav om lokalpolitisk behandling. Departementet har gjennomgått høringsuttalelsene og vil komme tilbake til videre oppfølging av vedtaket i primærhelsetjenestemeldingen som skal legges fram våren 2015.

*Vedtak nr. 556 (2008–2009), 19. juni 2009*

Følgende ble vedtatt ved behandling av Ot.prp. nr. 83, jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009):

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Helsedirektoratet har utredet ulike sider ved anmodningsvedtaket. En større oppgave er å utrede struktur og innhold i legenes spesialistutdanninger, herunder vurdere om man skal beholde nåværende spesialiteter og om det er behov for nye spesialiteter for å tilpasse legenes kompetanse til den framtidige spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenestenes behov er sett på spesielt ved en gjennomgang av spesialitetene

allmenn- og samfunnsmedisin. Direktoratet er særlig bedt om å utrede en ny spesialitet innrettet på behovene i akuttmottakene. Denne spesialiteten skal sikre at pasientene møter høy kompetanse ved akuttmottakene og motvirke fragmentering i sykehusenes behandlingstilbud. Roller og ansvar for selve spesialistutdanningen av leger utredes parallelt.

Helsedirektoratet la sommeren 2014 fram tre høringsnotater om hhv. forslag til ny spesialitetsstruktur og -innhold med en konsekvensutredning av forslagene, forslag til spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin og en veileder for somatiske akuttmottak, med høringsfrist høsten 2014. På bakgrunn av høringsinnspillene vil direktoratet oversende departementet forslag. Parallelt er det arbeidet med utformingen av en ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Det tas sikte på å vedta denne i løpet av 2014.

*Vedtak nr. 408 (2011–2012), 1. mars 2012*

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Innst. 207 S (2011–2012).

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjennomgå ordningen som en del av deres oppdrag med å koordinere oppfølgingen av NOU 2012: 14, Rapport fra 22. juli-kommisjonen, jf. Innst. 207 (2011–2012) og direktoratets rapport Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. Læring for bedre beredskap. Direktoratet skal gjennomgå den nevnte ordningen som en del av deres samlede oppfølgingsoppdrag. Departementet vil ta stilling til hvorvidt det skal tilbys fast kontaktperson i kommunene når evaluering av modellen for den proaktive oppfølgingen av rammede i kommunene er gjennomført. Evaluering av den proaktive tilnærmingen er forankret i Helsedirektoratets Oppfølgingsplan 2013–2014. Evaluering skal gjen-

nomføres av eksterne aktører og vil nyttiggjøre kunnskap fra forskningen på terrorens konsekvenser.

*Vedtak nr. 26 (2013–2014), 26. november 2013*

«Stortinget ber regjeringen vurdere rammevilkårene for ideelle organisasjoner som leverer helsetjenester i henhold til avtale med regionale helseforetak, herunder forhold knyttet til pensjon.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2013–2014), jf. Innst. 11 S (2013–2014).

Regjeringen jobber med å finne tiltak som kan bedre vurdere rammevilkårene for de ideelle tjenesteleverandørene på helse- og sosialområdet. Regjeringen ønsker å videreføre og videreutvikle samarbeidsavtalen med ideell sektor om leveranser av helse- og sosialtjenester. Næringsministeren vil innkalle til dialogmøte med de ideelle paraplyorganisasjonene hvor videreføring av samarbeidsavtalen vil bli diskutert.

Regjeringen er kjent med at flere av de ideelle organisasjonene har særlige utfordringer knyttet til høye pensjonskostnader, og vil ha dialog med ideell sektor om disse utfordringene.

Regjeringen ønsker også at handlingsrommet for å inngå langvarige og løpende avtaler ved offentlige anskaffelser skal utnyttes for å sikre brukere og pasienter gode og stabile tjenester. Økt bruk av langvarige og løpende avtaler vil også bidra til mer stabile rammevilkår for ideelle organisasjoner som leverer helse- og sosialtjenester.

*Vedtak nr. 485 (2013–2014), 10. juni 2014*

Følgende ble vedtatt ved behandling av Dokument nr. 8:31 S (2013–2014), jf. Innst. 269 S (2013–2014):

«Stortinget ber regjeringen utrede behovet for flere leger med sosialpediatrisk kompetanse og hvilke tiltak som kan iverksettes for å styrke kapasiteten for medisinske undersøkelser av

barn som mistenkes for å ha vært utsatt for seksuelle overgrep.»

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å vurdere hvordan det kan sikres tilstrekkelig sosialpediatrisk kompetanse til å fange opp barn utsatt for vold og overgrep. Som en del av dette oppdraget inngår også en vurdering av hvor mange steder i Norge som bør ha denne kompetansen, hva den bør bestå i og forslag til hvordan den sosialpediatriske kompetansen best kan sikres.

*Vedtak nr. 503 (2013–2014), 17. juni 2014*

Følgende ble vedtatt ved behandling av Dokument nr. 8:25 S (2013–2014), jf. Innst. 199 S (2013–2014):

«Stortinget ber regjeringen legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget, der Stortinget kan behandle de overordnede prinsipper for utvikling og struktur for sykehus og spesialisthelsetjenesten i planperioden.»

Regjeringen tar sikte på å legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan høsten 2015.

*Vedtak nr. 506 (2013–2014), 17. juni 2014:*

«Stortinget har den 17. juni 2014 vedtatt en anmodning til regjeringen om å utrede en opptrapping for førstelinjen innen psykiske helse-tjenester med fokus på kvalitet, forebygging og samhandling med spesialisthelsetjenesten og med en særlig prioritering av barn og unge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr 8:54 (2013–2014), jf. Innst. 274 S (2013–2014).

Primærhelsetjenesten utgjør førstelinjen. Regjeringen vil legge fram en melding om primærhelsetjenesten for Stortinget i 2015. I meldingen vil bl.a. forebygging, lavterskel helsetilbud, tjenester til barn og unge, samhandling og kvalitet være tema. Opptrapping av tjenestene vil bli fulgt opp i framtidige budsjetter.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2014–2015) om statsbudsjettet for år 2015 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et  
framlagt forslag.

---

## Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2014–2015) statsbudsjettet for budsjettåret 2015 opp følgende forslag til vedtak:

### Kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3710–3750, 5572 og 5631

#### I

#### Utgifter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	209 935 000	209 935 000
701	IKT i helse- og omsorgssektoren		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	234 731 000	
	70 Norsk Helsenett SF	120 231 000	354 962 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	29 833 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 656 000	33 489 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	65 653 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres</i>	15 803 000	81 456 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		679 842 000
Folkehelse			
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	01 Driftsutgifter	645 652 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	625 848 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	17 717 000	1 289 217 000
711	Ernæring og mattrygghet		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	20 135 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	2 149 000	
	74 Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	36 729 000	59 013 000
712	Bioteknologirådet		
	01 Driftsutgifter	8 788 000	8 788 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
713	Vitenskapskomiteen for mattrygghet		
	01 Driftsutgifter	22 908 000	22 908 000
715	Statens strålevern		
	01 Driftsutgifter	77 635 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	30 948 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 000 000	112 583 000
716	Statens institutt for rusmiddelforskning		
	01 Driftsutgifter	47 229 000	47 229 000
718	Rusmiddelforebygging		
	21 Spesielle driftsutgifter	79 957 000	
	63 Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	17 011 000	
	70 Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	115 354 000	212 322 000
719	Annet folkehelsearbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres,</i> <i>kan nyttes under post 79</i>	75 330 000	
	60 Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	22 552 000	
	70 Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	21 789 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	21 308 000	140 979 000
	Sum Folkehelse		1 893 039 000
Helseforvaltning			
720	Hesledirektoratet		
	01 Driftsutgifter	1 092 501 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	28 612 000	
	70 Helsetjenester i annet EØS-land	45 000 000	1 166 113 000
721	Statens helsetilsyn		
	01 Driftsutgifter	131 567 000	131 567 000
722	Norsk pasientskadeerstatning		
	01 Driftsutgifter	160 845 000	
	70 Advokatutgifter	35 180 000	
	71 Særskilte tilskudd	86 654 000	282 679 000
723	Pasientskadenemnda		
	01 Driftsutgifter	68 662 000	68 662 000
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	01 Driftsutgifter	37 373 000	37 373 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	01 Driftsutgifter	172 158 000	172 158 000
726	Statens helsepersonellnemnd mv.		
	01 Driftsutgifter	13 225 000	13 225 000
729	Pasient- og brukerombud		
	01 Driftsutgifter	61 001 000	61 001 000
	Sum Helseforvaltning		1 932 778 000
	Spesialisthelsetjenester		
732	Regionale helseforetak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 120 000	
	70 Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	676 980 000	
	71 Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	509 845 000	
	72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	50 933 711 000	
	73 Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	17 980 005 000	
	74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	13 592 624 000	
	75 Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	12 193 621 000	
	76 Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	29 713 995 000	
	77 Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 634 254 000	
	78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 115 410 000	
	79 Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	567 694 000	
	82 Investeringslån, <i>kan overføres</i>	697 914 000	
	83 Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	97 000 000	131 732 173 000
733	Habilitering og rehabilitering		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	12 408 000	
	70 Behandlingsreiser til utlandet	119 677 000	
	72 Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	6 097 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	15 795 000	153 977 000
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01 Driftsutgifter	49 639 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	14 151 000	
	70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 491 000	
	71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	76 849 000	



Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	17 041 000	160 171 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		132 046 321 000
		Legemidler		
750		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	240 266 000	240 266 000
751		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	10 570 000	
	70	Tilskudd	64 984 000	75 554 000
		Sum Legemidler		315 820 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	202 967 000	
	60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	113 460 000	
	61	Vertskommuner	949 150 000	
	62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	220 608 000	
	63	Investeringstilskudd, <i>kan overføres</i>	1 655 641 000	
	64	Kompensasjon for renter og avdrag	984 700 000	
	67	Utviklingstiltak	71 277 000	
	68	Kompetanse og innovasjon	259 954 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	10 164 000	
	72	Landsbystiftelsen	72 465 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	22 206 000	
	75	Andre kompetansetiltak	10 729 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	14 583 000	4 587 904 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	40 314 000	
	50	Samisk helse	5 393 000	
	60	Forebyggende helsetjenester	51 101 000	
	61	Fengselshelsetjeneste	142 517 000	
	62	Øyeblikkelig hjelp, <i>kan overføres, kan nyttes under kap. 732 postene 70 og 76</i>	586 319 000	
	63	Allmennlegetjenester	133 411 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	48 262 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	6 583 000	
	73	Forebygging uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	27 177 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	74	Stiftelsen Amatheia	16 758 000	1 057 835 000
765		Psykisk helse og rusarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	119 120 000	
	60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	309 308 000	
	61	Kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	52 532 000	
	62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	348 874 000	
	71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	123 341 000	
	72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	187 723 000	
	73	Utviklingstiltak mv.	135 499 000	
	74	Kompetansesentre	298 151 000	
	75	Vold og traumatisk stress	146 861 000	1 721 409 000
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	18 281 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	758 000	19 039 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		7 386 187 000
		Tannhelse		
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	23 822 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	207 776 000	231 598 000
		Sum Tannhelse		231 598 000
		Kunnskap og kompetanse		
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	337 505 000	337 505 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	85 620 000	
	79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	43 160 000	128 780 000
782		Helseregistre		
	21	Spesielle driftsutgifter	47 001 000	
	70	Tilskudd	37 193 000	84 194 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	28 721 000	
	61	Turnustjeneste	137 669 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	33 911 000	200 301 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		750 780 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Spesialisthelsetjenester mv.			
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70 Spesialisthjelp	1 833 000 000	
	71 Psykologhjelp	259 000 000	
	72 Tannbehandling	2 224 000 000	
	76 Private laboratorier og røntgeninstitutt	860 751 000	5 176 751 000
	Sum Spesialisthelsetjenester mv.		5 176 751 000
Legehjelp, legemidler mv.			
2751	Legemidler mv.		
	70 Legemidler	9 949 000 000	
	71 Legeerklæringer	7 000 000	
	72 Medisinsk forbruksmateriell	1 859 400 000	11 815 400 000
2752	Refusjon av egenbetaling		
	70 Egenandelstak 1	3 965 590 000	
	71 Egenandelstak 2	168 000 000	4 133 590 000
2755	Helsetjenester i kommunene mv.		
	62 Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	336 000 000	
	70 Allmennlegehjelp	4 526 800 000	
	71 Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 955 000 000	
	72 Jordmorhjelp	52 110 000	
	73 Kiropraktorbehandling	148 000 000	
	75 Logopedisk og ortoptisk behandling	111 000 000	7 128 910 000
2756	Andre helsetjenester		
	70 Helsetjenester i annet EØS-land	17 000 000	
	71 Helsetjenester i utlandet mv.	320 000 000	
	72 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	190 000 000	527 000 000
	Sum Legehjelp, legemidler mv.		23 604 900 000
Andre helsetiltak			
2790	Andre helsetiltak		
	70 Bidrag	192 200 000	192 200 000
	Sum Andre helsetiltak		192 200 000
Sum departementets utgifter			174 210 216 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Diverse inntekter			
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	02 Diverse inntekter	224 283 000	
	03 Vaksinesalg	98 803 000	323 086 000
3713	Vitenskapskomiteen for mattrygghet		
	02 Diverse inntekter	220 000	220 000
3715	Statens strålevern		
	02 Diverse inntekter	29 068 000	
	04 Gebyrinntekter	4 611 000	
	05 Oppdragsinntekter	1 501 000	35 180 000
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning		
	02 Diverse inntekter	1 899 000	1 899 000
3718	Rusmiddelforebygging		
	04 Gebyrinntekter	1 257 000	1 257 000
3720	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	17 812 000	
	03 Helsetjenester i annet EØS-land	45 000 000	
	04 Gebyrinntekter	3 331 000	
	05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	65 000 000	131 143 000
3721	Statens helsetilsyn		
	02 Salgs- og leieinntekter	380 000	
	04 Diverse inntekter	2 300 000	2 680 000
3722	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	1 363 000	
	50 Premie fra private	18 308 000	19 671 000
3723	Pasientskadenemnda		
	50 Premie fra private	2 487 000	2 487 000
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	04 Gebyrinntekter	29 829 000	29 829 000
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	02 Diverse inntekter	22 645 000	22 645 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	383 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	257 000 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	86	Driftskreditter	2 400 000 000
	90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	670 000 000
3750		Statens legemiddelverk	3 710 000 000
	02	Diverse inntekter	14 639 000
	04	Registreringsgebyr	105 694 000
	06	Refusjonsgebyr	2 908 000
		Sum Diverse inntekter	4 403 338 000
		Skatter og avgifter	
5572		Sektoravgifter under Helse- og omsorgs- departementet	
	70	Legemiddelomsetningsavgift	73 000 000
	72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 900 000
	73	Legemiddelkontrollavgift	75 322 000
		Sum Skatter og avgifter	153 222 000
		Renter og utbytte	
5631		Aksjer i AS Vinmonopolet	
	85	Statens overskuddsandel	30 000 000
	86	Utbytte	2 000
		Sum Renter og utbytte	30 002 000
		Sum departementets inntekter	4 586 562 000

*Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger*

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2015 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 710 post 01	kap. 3710 post 02
kap. 710 post 21	kap. 3710 postene 02 og 03
kap. 713 post 01	kap. 3713 post 02
kap. 715 postene 01 og 21	kap. 3715 postene 02, 04 og 05
kap. 716 post 01	kap. 3716 post 02
kap. 718 post 21	kap. 3718 post 04
kap. 720 postene 01 og 21	kap. 3720 postene 02 og 04
kap. 720 post 70	kap. 3720 post 03
kap. 721 post 01	kap. 3721 postene 02 og 04
kap. 722 post 01	kap. 3722 postene 02 og 50
kap. 723 post 01	kap. 3723 post 50
kap. 724 post 01	kap. 3724 post 04
kap. 725 post 01	kap. 3725 post 02
kap. 750 post 01	kap. 3750 post 02

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 ut over gitte bevilgninger*

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2015 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for

nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	21	Spesielle driftsutgifter	180 mill. kroner

## IV

## Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2015 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Omsorgstjeneste	
	63	Investeringsstilskudd	7 785,2 mill. kroner
	79	Andre tilskudd	1 mill. kroner

*Andre fullmakter*

## V

## Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at investeringslån og driftskreditrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.

---

---

Offentlige institusjoner kan bestille flere  
eksemplarer fra:  
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og  
pris får man hos:  
Fagbokforlaget  
Postboks 6050, Postterminalen  
5892 Bergen  
E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)  
Telefon: 55 38 66 00  
Faks: 55 38 66 01  
[www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

Publikasjonen er også tilgjengelig på  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Trykk: 07 Oslo AS – 10/2014

