



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2021–2022)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2022

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2021–2022)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2022

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

Innhold

Del I	Innledende del	9	Kap. 741	Norsk pasientskadeerstatning	220
1	Helse- og omsorgspolitikken ...	11	Kap. 3741	Norsk pasientskadeerstatning	222
2	Profilen i budsjettforslaget	31	Kap. 742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	222
3	Oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak	41	Kap. 3742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	225
Del II	Budsjettomtaler	91	Kap. 744	Direktoratet for e-helse	226
4	Nærmere omtale av bevilgnings- forslag mv.	93	Kap. 745	Folkehelseinstituttet	229
Programområde 10 Helse- og omsorg ...		93	Kap. 3745	Folkehelseinstituttet	238
<i>Programkategori 10.00</i>			Kap. 746	Statens legemiddelverk	238
<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i>		93	Kap. 3746	Statens legemiddelverk	243
Kap. 700	Helse- og omsorgsdepartementet	94	Kap. 747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	244
Kap. 701	E-helse, helseregistre mv.	95	Kap. 3747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	249
Kap. 3701	E-helse, helseregistre mv.	109	Kap. 748	Statens helsetilsyn	249
Kap. 702	Beredskap	110	Kap. 3748	Statens helsetilsyn	255
Kap. 703	Internasjonalt samarbeid	118	Kap. 749	Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten ...	255
Kap. 704	Norsk helsearkiv	125	<i>Programkategori 10.60</i>		
Kap. 3704	Norsk helsearkiv	127	<i>Helse- og omsorgstjenester i kommunene</i>	258	
Kap. 708	Eldreombudet	127	Kap. 761	Omsorgstjeneste	260
Kap. 709	Pasient- og brukerombud	128	Kap. 762	Primærhelsetjeneste	299
<i>Programkategori 10.10 Folkehelse mv.</i>		129	Kap. 765	Psykisk helse, rus og vold	321
Kap. 710	Vaksiner mv.	131	Kap. 769	Utredningsvirksomhet mv.	359
Kap. 3710	Vaksiner mv.	133	<i>Programkategori 10.70 Tannhelse</i>	362	
Kap. 712	Bioteknologirådet	134	Kap. 770	Tannhelsetjenester	365
Kap. 714	Folkehelse	134	<i>Programkategori 10.80</i>		
Kap. 3714	Folkehelse	144	<i>Kunnskap og kompetanse</i>	372	
Kap. 717	Legemiddeltiltak	144	Kap. 780	Forskning	373
Kap. 5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	146	Kap. 781	Forsøk og utvikling mv.	379
Kap. 5631	Aksjer i AS Vinmonopolet	147	Kap. 783	Personell	382
<i>Programkategori 10.30</i>			Programområde 30		
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>		150	Helsetjenester, folketrygden	387	
Kap. 732	Regionale helseforetak	152	<i>Programkategori 30.10</i>		
Kap. 3732	Regionale helseforetak	195	<i>Spesialisthelsetjenester mv.</i>	388	
Kap. 733	Habilitering og rehabilitering	196	Kap. 2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	388
Kap. 734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	199	<i>Programkategori 30.50</i>		
Kap. 737	Historiske pensjonskostnader	205	<i>Legehjelp, legemidler mv.</i>	394	
<i>Programkategori 10.40</i>			Kap. 2751	Legemidler mv.	394
<i>Sentral helseforvaltning</i>		206	Kap. 2752	Refusjon av egenbetaling	398
Kap. 740	Helsedirektoratet	207	Kap. 2755	Helsetjenester i kommunene mv.	400
Kap. 3740	Helsedirektoratet	219	Kap. 2756	Andre helsetjenester	405
			<i>Programkategori 30.90 Andre helsetiltak</i>	406	
			Kap. 2790	Andre helsetiltak	406

Del III	Omtale av særlige tema	409	9.5	Ingen som mottar hjelp fra helsetjenesten – i den grad det er mulig – skal dø alene eller være alene i livets slutfase. Dette målet gjelder også i pandemier og tilsvarende kriser	445
5	Spesialisthelsetjenester	411			
6	Utviklingstrekk for e-helseområdet	425	9.6	Bedre samarbeid om den alvorlig syke pasienten ved at det opprettes samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus om felles utvikling og bruk av pasient-tilpassede forløp innenfor palliasjon og ved å involvere pasient-organisasjonene i arbeidet	446
7	Utviklingstrekk i omsorgstjenesten	427			
7.1	Personell	429			
7.2	Botilbud	429			
7.3	Kommunenes utgifter til omsorgstjenester	429			
8	Plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere	431	9.7	En plan for å styrke kompetansen til å ivareta menneskers åndelige og eksistensielle behov, slik at pasienter og pårørende sikres helhetlig behandling og omsorg ..	447
8.1	Innledning	431			
8.2	Mål og virkemidler	431			
8.3	Kompetanseløft 2025 og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 .	432	10	Oppfølging av NOU 2020: 1 Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom	448
8.4	Virkemidler for å nå målsetningen i planen	432			
8.4.1	Bedre personellplanlegging	432	11	Administrative fellesomtaler ...	449
8.4.2	Bedre planlegging for kompetanseutvikling	434	11.1	Fornye, forenkle og forbedre	449
8.4.3	Planlegge for kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenesten	435	11.2	Oppfølging av likestillings- og diskrimineringslovens krav om å gjøre rede for likestilling	450
8.4.4	Bærekraft i bruk av personell- og kompetanseressurser ved å ta i bruk nye arbeidsformer, bruk av teknologi, teamarbeid og innovasjon	438	11.3	Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter	458
8.4.5	Sikre kvalitet og arbeidsrelevans i utdanningene	439	12	Internasjonalt samarbeid	459
8.5	Oppsummering	440	13	Klima- og miljørelevante saker	463
9	Handlingsplan for lindrende behandling og omsorg	442	13.1	Miljøområde, miljømål og miljøutfordringer	463
9.1	Innledning	442	13.2	Arbeid med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten	463
9.2	Oppfølging av Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg	442	13.3	Rapport for 2020	463
9.3	Sykehusene har en plan for å forhindre overbehandling mot livets slutt.	443	13.4	Digitale helsetjenester	464
9.4	Helseforetakene har en plan for hvordan de i et samarbeid med kommunene kan forhindre uverdige transporter av pasienter i livets slutfase	445		Forslag	465

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år	31	Tabell 4.15	Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre 2018–2020. I forskningspoeng og pst. av totalt antall forskningspoeng.	352
Tabell 3.1	Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak, ordnet etter sesjon og nummer.	41	Tabell 4.16	Avtalte årsverk i tannhelse-tjenesten samlet for fylkes-kommunal og privat sektor	363
Tabell 4.1	Fordeling av tilskuddet til resultatbasert finansiering (mill. kr)	178	Tabell 4.17	Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre 2018 – 2020. I forskningspoeng og og pst. av antall forskningspoeng.	370
Tabell 4.2	Omfordeling gjennom inntektsvekst over to år (mill. kroner)	182	Tabell 4.18	Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2019–2022 (mill. kroner)	389
Tabell 4.3	Fordelingsnøkkel basis-bevilgning 2022	182	Tabell 4.19	Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2019–2020 (mill. kroner)	390
Tabell 4.4	Gjennomsnittlig tre-årlig beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak, med og uten ny indikator for kliniske behandlingsstudier (KBS)	187	Tabell 4.20	Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2019–2022 (mill. kroner)	390
Tabell 4.5	Fordeling av resten av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten	187	Tabell 4.21	Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2019–2022 (mill. kroner)	391
Tabell 4.6	Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kroner)	189	Tabell 4.22	Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2019–2020 (mill. kroner)	393
Tabell 4.7	Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2020 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner)	190	Tabell 4.23	Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner) ...	396
Tabell 4.8	Investeringslån 2020–2022	192	Tabell 4.24	Utgifter dekket over tidligere egenandelstak 1 2019–2020 (mill. kroner)	399
Tabell 4.9	Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kroner)	195	Tabell 4.25	Utgifter dekket over tidligere egenandelstak 2 2019–2020 (mill. kroner)	399
Tabell 4.10	Oversikt over innbetalte renter i 2020 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner)	196	Tabell 4.26	Utgifter til allmennlegehjelp 2019–2020 (mill. kroner)	402
Tabell 4.11	Oversikt over antall innvilgede autorisasjoner og lisenser i 2020 sammenliknet med 2019	213	Tabell 4.27	Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2019–2022 (mill. kroner)	402
Tabell 4.12	Foreslåtte tilskuddssatser i 2022 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser	287	Tabell 4.28	Utgifter til fysioterapeuter med drifts-avtale med kommunen 2019–2020 (mill. kroner)	403
Tabell 4.13	Utbetalingsprofil	288	Tabell 4.29	Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2019–2022 (mill. kroner)	403
Tabell 4.14	Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre for perioden 2018–2020. I forskningspoeng og pst. av totalt antall forskningspoeng.	318			

Tabell 5.1	Ventetider	411	Tabell 5.8	Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2022–2025 (mill. kroner)	423
Tabell 5.2	Passert planlagt tid	412	Tabell 7.1	Årsverk i omsorgstjenestene 2011–2020	429
Tabell 5.3	Pakkeforløp kreft samlet for 2020 (pst.)	413	Tabell 7.2	Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelse-tjenester (mrd. kroner) 2011–2020	430
Tabell 5.4	Årsresultat 2018–2020 (mill. kroner)	421	Tabell 11.1	Stillinger, Helse- og omsorgs-departementet 2020 (kvinner/menn)	455
Tabell 5.5	Budsjettert økonomisk resultat i 2021 (mill. kroner)	421	Tabell 11.2	Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgs-departementet	455
Tabell 5.6	Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2020	422			
Tabell 5.7	Tilstandsgrad for sykehusbyggene	423			

Figuroversikt

Figur 5.1	Fordeling av råd i saker Ekspertpanelet har vurdert, 2020	417	Figur 7.2	Mottakere av praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet og tjenester i institusjon etter alder pr 31. des 2010–2020.	428
Figur 7.1	Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand 2010–2020	427			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2021–2022)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2022

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 24. september 2021,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

Del I
Innledning del

1 Helse- og omsorgspolitikken

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

Vi skal ta Norge ut av koronakrisen. Vi skal sikre godt smittevern, god behandling i helse- og omsorgstjenesten og oppfølgingstilbud til de som trenger det, etter gjennomgått covid-19-sykdom eller andre negative virkninger av pandemien. Samtidig skal vi svare på de langsiktige utfordringene landet står overfor. Vi skal skape mer og inkludere flere slik at flere får mulighet til å delta både i arbeidsliv og i samfunnsliv. I tillegg skal tryggheten og tilliten i det norske samfunnet bevares, og det sterke internasjonale engasjementet skal videreføres.

Sentrale mål for regjeringen er:

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

Regjeringen vil styrke pasientens rettigheter og muligheter og vil flytte makt fra systemet over til den enkelte. Målet er bedre kvalitet, forutsigbarhet og trygghet for pasienter, brukere og pårørende.

Mye er bra i helse- og omsorgstjenesten. Innenfor en rekke områder viser forskning og

analyser at vi oppnår svært gode resultater. Dyktige ansatte i alle deler av tjenesten gjør en uvurderlig jobb og sørger for god kvalitet i tjenestene. Det er imidlertid fortsatt behov for endringer og forbedringer på viktige områder. Det er fremdeles for mange uønskede hendelser som kunne vært forebygget, og som fører til unødig skade på pasienter og brukere. Særlig er det behov for livslang læring og kompetanseutvikling hos helsepersonell, bedre organisering, ledelse og kommunikasjon og at ny kunnskap raskere blir tatt i bruk i tjenestene. Overganger og samhandling på tvers av nivåer og funksjoner må bli bedre. Det er for mye uønsket variasjon i kvaliteten mellom ulike sykehus, mellom kommuner og mellom tjenestene som tilbys. For mange venter fortsatt for lenge på helsehjelp. Regjeringen vil ta vare på det som fungerer bra, og forbedre det som kan bli bedre.

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

1.1 Pasientens helsetjeneste

Regjeringen vil fornye, forenkle og forbedre tjenesten med utgangspunkt i pasientens behov. Norge har – og skal ha – et godt offentlig helsetilbud som har tillit i befolkningen. Skal tilliten ivaretas, må tjenestene utvikles og mangfoldet tas i bruk i utvikling av tjenestene. Brukernes medvirkning skal ivaretas på alle nivåer – fra utvikling av tjenestene gjennom forskning, innovasjon og kvalitetsforbedring, til møtet mellom pasient og helse- og sosialpersonell. Regjeringen vil i budsjettet for 2022 fortsette å prioritere tiltak som styrker disse målene.

For å skape pasientens helsetjeneste må tjenestene legges til rette for at pasientene skal kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger om sin egen

helse. Da må pasienter med ulik helsekompetanse kunne forstå og ta i bruk helseinformasjon. Undersøkelser om helsekompetanse i den norske befolkningen og i utvalgte innvandrerpulasjoner tyder på at en relativt stor andel av befolkningen har lav helsekompetanse. Det er derfor viktig at helse- og omsorgstjenesten tar høyde for dette i sin virksomhet og tjenesteyting. Regjeringens strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen skal bidra til dette. Det er i 2021 gjennomført kartlegging av helsekompetansen i befolkningen samt en kartlegging av helsekompetanse blant fem innvandrergupper i Norge. Kartleggingene viser at så mange som én av tre i befolkningen kan ha lav helsekompetanse. For enkelte av innvandrerguppene kan andelen med lav helsekompetanse være høyere.

Regjeringen vil videreutvikle lærings- og mestringstjenester som skal gi pasienter og pårørende økt innsikt i egen livssituasjon slik at de kan mestre den bedre.

God helse ligger i evnen til å mestre sin livssituasjon, oppleve selvbestemmelse og føle verdighet. Mange vil leve hele eller deler av livet med sykdom eller funksjonsnedsettelse. I fremtiden vil det bli flere pasienter og brukere med kronisk sykdom som vil kreve langvarig oppfølging i helse- og omsorgstjenesten. For å møte denne utfordringen må tjenestene tilpasse seg brukernes og pasientenes behov, ønsker og forutsetninger. Pasienten skal kunne være en aktiv deltaker i alle spørsmål om egen helse.

Nye arbeidsformer i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til økt mestring. Mennesker med kronisk sykdom skal få bedre oppfølging blant annet gjennom digital hjemmeoppfølging og primærhelseteam som er under utprøving. I 2020 hadde 235 kommuner (66 pst. av landets kommuner) etablert frisklivssentral som en helsetjeneste som skal drive sykdomsforebyggende tiltak. Læring og mestring inngår i økende grad i dette tilbudet.

Det er en utfordring at pasienter venter for lenge på nødvendig behandling. Det gjelder også helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. Gjennom konkrete reformer og styrking av sykehusene har regjeringen redusert ventetiden og økt pasientbehandlingen. Ventetidene har gått ned med 14 dager fra 1. tertial 2013 til 1. tertial 2021.

For å lykkes med å redusere ventetider og antall fristbrudd har regjeringen tatt i bruk flere virkemidler. Regjeringen har fjernet taket for hvor mange pasienter sykehusene kan behandle. Samtidig får sykehusene betalt for å behandle flere

pasienter gjennom innsatsstyrt finansiering, som er økt fra 40 til 50 pst. Pasientene har også fått større valgfrihet. Dette gjør regjeringen ved å ta i bruk et mangfold av aktører i offentlig og privat sektor og ved å bruke mer av den ledige kapasiteten hos private, blant annet gjennom reformen fritt behandlingsvalg. Evalueringen av fritt behandlingsvalg viser at de som har benyttet seg av ordningen, har fått kortere ventetider, og at fritt behandlingsvalg har bidratt til økt valgfrihet og mangfold.

Koronapandemien har gjort det nødvendig å redusere planlagt aktivitet i spesialisthelsetjenesten for å frigjøre kapasitet, personell og utstyr til håndtering av pasienter med covid-19. Aktiviteten har også vært tatt ned av smittevern hensyn. Dette førte til økt ventetid i spesialisthelsetjenesten i 2020. Gjennom budsjettet for 2021 har regjeringen lagt til rette for at ventetidene reduseres i 2021. Det er blant annet bevilget 200 mill. kroner til en incentivordning som skal stimulere sykehusene til å gjennomføre tiltak som reduserer ventetidene.

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten gir pasienter med begrenset levetid mulighet for å få en ny vurdering av sine behandlingsmuligheter. De regionale helseforetakene skal innen utgangen av 2021 evaluere Ekspertpanelet. Målet er at flere pasientgrupper skal få ekspertråd. Regjeringen vil ha større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten er etablert for å undersøke alvorlige hendelser og andre forhold som kan påvirke pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Fra 1. juli 2019 fikk den kommunale helse- og omsorgstjenesten varslingsplikt til Statens helsetilsyn, og fra 1. juli 2021 fikk de varslingsplikt til undersøkelseskomisjonen. Arbeidet til det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet videreføres gjennom Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023).

Regjeringen følger opp Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Meldingen setter retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hovedtemaene er samhandling, psykisk helsevern, akuttmedisinske tjenester, kompetanse, teknologi og digitalisering. Regjeringen og KS har inngått en avtale om å etablere 19 helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak for å bidra til sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. I noen områder vil også private ideelle sykehus være en del av helsefelleskapene. Stor-

tinget har, gjennom behandlingen av Prop. 102 L (2020–2021), sluttet seg til regjeringens forslag om å innføre et nytt krav til samarbeidsavtalen. Kravet innebærer at kommuner og helseforetak må avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester.

Regjeringen følger opp Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester. Bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og næringslivet vil bidra til økt verdiskaping i norsk økonomi, flere lønnsomme arbeidsplasser og et bedre og mer effektivt tilbud til pasienter og brukere. Politikk og tiltak i meldingen skal bidra til at den offentlige helse- og omsorgstjenesten bedre kan dra nytte av innovasjonskraften, kompetansen og ressursene som finnes i næringslivet. Regjeringen vil ta alle gode krefter i bruk og ønsker å legge til rette for god samhandling og samarbeid mellom det offentlige og private, ideelle og frivillige aktører.

Regjeringen har oppnevnt et offentlig utvalg som skal lage en ny utredning om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Utvalget skal se helse i et helhetlig perspektiv og gjennomgå problemstillinger som gjelder likeverdighet mellom kjønnene på helseområdet. Utredningen skal også ta opp helse i et kjønnsperspektiv blant etniske minoriteter.

1.2 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Tjenestene må i større grad legge til rette for at brukerne kan leve et aktivt liv, samtidig som de skal ha trygghet for at de får god hjelp og omsorg, når de har behov for det.

Koronapandemien har utfordret den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene har hatt en helt sentral rolle i pandemibekjempelsen. Alle kommunene har hatt behov for beredskapsplanlegging og for å sikre smittevernkompetanse, smittevernutstyr og smittevernkapasitet for å ivareta de viktige «TISK-oppgavene», det vil si testing, isolering, smittesporing og karantene. Dette har vært både kompetanse- og ressurskrevende og krevd at kommunene har omstilt og tenkt nytt i tråd med lokale behov og nasjonale føringer. Kommunene har i tillegg hatt ansvar for å tilby innbyggerne vaksineringsprogrammet mot covid-19 i tråd med det nasjonale vaksinasjonsprogrammet.

Samtidig med de covid-relaterte oppgavene har de skullet holde mest mulig normal drift i de vanlige tjenestene.

Konsekvensene av koronapandemien og smitteverntiltakene for ulike grupper er kontinuerlig vurdert og fulgt opp gjennom flere kunnskapsinnhentinger og statlige grep. I mars 2020 ble det nedsatt en koordineringsgruppe for å vurdere tjenestetilbudet til barn og unge under covid-19-pandemien. I februar 2021 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet en arbeidsgruppe som så på konsekvensene for personer med funksjonsnedsettelse, og den ble bedt om å komme med forslag til tiltak på helse- og omsorgsområdet for å redusere konsekvensene av pandemien for personer med funksjonsnedsettelse og deres pårørende. Regjeringen nedsatte i mars 2021 en ekspertgruppe som har sett på konsekvenser pandemien har hatt for befolkningens psykiske helse, livskvalitet og rusmiddelbruk. Ekspertgruppen har tatt utgangspunkt i forskning og erfaringer fra Norge og andre land, og de har innhentet erfaringer fra tjenestene, brukere og pårørende.

Forskningen som er gjennomgått, viser ingen entydig forverring av den psykiske helsen og rusmiddelbruk under pandemien. Men de finner at pandemien har rammet skjevt, og i størst grad rammet dem som allerede var mest sårbare, herunder personer som lever i familier preget av økonomisk uro, rus og psykiske lidelser. Gruppen foreslo konkrete tiltak til hvor innsatsen bør styrkes innenfor psykisk helse- og rusfeltet, både på kort og lengre sikt. I revidert nasjonalbudsjett for 2021 ble det bevilget 750 mill. kroner til tiltak på kort sikt.

Regjeringen har løftet rehabiliteringsfeltet i statsbudsjettene fra 2017 til og med 2019 med en treårig opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det er bevilget totalt 300 mill. kroner til opptrappingsplanen, hvorav mesteparten av midlene fra 2021 inngår i kommunerammen. Det er et mål at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal skje i kommunen der brukeren bor. Derfor er oppmerksomheten i opptrappingsplanen rettet mot kommunene. Opptrappingsplanen ble evaluert i 2020 og viser flere positive utviklingstrekk, men også at det fortsatt er behov for ytterligere innsats på området.

Regjeringen gjennomfører Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Leve hele livet er regjeringens hovedsatsing for å skape et mer aldersvennlig samfunn og bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til eldre. Målet er at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg og aktiv alderdom. Målet er også å

bidra til at pårørende ikke blir utslitt, og at ansatte får gjort en faglig god jobb i et godt arbeidsmiljø. Kommunene er godt i gang med arbeidet til tross for en krevende periode, men reformarbeidet som helhet er om lag et år forsinket på grunn av pandemien. For å sikre kommunene tilstrekkelig tid og kapasitet til gjennomføring forlenges reformperioden med ett år, ut 2024. De kommunene som oms-tiller seg i tråd med reformen, blir prioritert innenfor flere tilskuddsordninger fra og med 2021. Rapporteringen fra statsforvalterne per 1. mai 2021 viser at nesten alle kommunene enten har vedtatt en plan eller er i prosess for å vedta en plan i 2021. De fleste kommunene rapporterer at de deltar i, eller planlegger å delta i nettverk.

Gjennomføringen av Leve hele livet er avhengig av en rekke nye strategier og planer gjeldende fra 2020/2021, herunder Kompetanseløft 2025, Demensplan 2025, pårørendestrategi og handlingsplan, nasjonal ernæringsstrategi for eldre og stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg. De nye satsingene inneholder en rekke virkemidler som er avgjørende for å lykkes med Leve hele livet. For eksempel vil det være avgjørende at fag- og kompetansevirkemidler i Kompetanseløft 2025 innrettes for å realisere målene i reformen, og ernæringsstrategi for eldre understøtter innsatsområdet mat og måltider. Satsingene skal, sammen med de nye løsninger i Leve hele livet, bidra til en ny og bærekraftig politikk som skal sikre innbyggerne et godt og trygt liv. Regjeringen vil bidra til å samordne de statlige initiativene overfor kommunene på omsorgsfeltet. Vi vil legge grunnlaget for en felles oppfølging både i statlig og kommunal sektor slik at kommunene lager helhetlige planer som ser de statlige virkemidlene i sammenheng.

Regjeringen er opptatt av god kvalitet og trygghet i tjenestene. Det skal være enkelt for ledere å finne frem til informasjon og verktøy som oppleves nyttig i det systematiske arbeidet med forbedring av kvalitet og sikkerhet. Derfor har regjeringen i 2021 lansert lederverktøyet Trygghetsstandard i sykehjem. Trygghetsstandard i sykehjem er et viktig tiltak for å understøtte målene i Leve hele livet. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester vil ha en avgjørende rolle i implementeringen av Trygghetsstandard-verktøyet.

Regjeringen vil ha en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste med dyktige ansatte som kan fremme god helse, drive godt forebyggende arbeid og gi god helsehjelp og omsorg. Derfor har regjeringen lagt frem en ny plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den

kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten – Kompetanseløft 2025. Kompetanseløft 2025 er et virkemiddel i gjennomføringen av nasjonal helse- og omsorgspolitik.

Norge var et av de første landene i verden som utviklet en nasjonal demensplan. Demensplan 2025 ble lagt frem høsten 2020, og planperioden er fra 2021 til ut 2025. Målet er å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens. Det er fire innsatsområder med tilhørende tiltak i planen.

Omsorg og hjelp som ytes av pårørende, står sterkt i Norge, og innsatsen er på størrelse med den profesjonelle omsorgen i de kommunale omsorgstjenestene. Med en økende andel eldre i befolkningen, utfordringer med å rekruttere fagpersonell og økt press på tjenestene er det viktig å opprettholde den uformelle omsorgen. Pårørende er en viktig ressurs for sine nære, for tjenestene og for samfunnet. Det er viktig at pårørende anerkjennes, og får den støtten og avlastningen de har behov for. Regjeringen har derfor lagt frem en samlet pårørendestrategi og handlingsplan for perioden 2021–2025. Strategien har tre hovedmål: Å anerkjenne pårørende som en ressurs, god og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid, og at ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre.

Regjeringen har lagt frem Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og de som mottar hjemmetjenester. Regjeringen vil gjennom en egen ernæringsstrategi for eldre bidra til å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring hos eldre, i tråd med målene i Leve hele livet og Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold. De som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, skal få en trygg og god mat- og ernæringsoppfølging som er tilrettelagt med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov. Strategien understøtter innsatsområdet mat og måltider i Leve hele livet-reformen og skal danne grunnlaget for at kommunene kan iverksette lokale ernæringstiltak.

Regjeringen gjennomfører Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Målet er å styrke innsatsen for personer som trenger lindrende behandling og omsorg. Tiltakene er knyttet til seks innsatsområder: åpenhet om døden, en helhetlig tilnærming, medvirkning og valgfrihet, barn og unge, familien, pårørende og frivillige og kompetanse og kunnskap. Gjennom stortingsmeldingen vil regjeringen bidra til at alle får en verdig

avslutning på livet, i tråd med egne ønsker og behov. Stortingsmeldingen følger opp NOU 2017: 16 På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende.

Regjeringen ønsker at staten skal ta et større ansvar for utbygging av flere heldøgns plasser i sykehjem og omsorgsboliger i kommunene. Det er lagt til rette for 19 500 heldøgns omsorgsplasser i perioden 2014–2021. I 2022 foreslår regjeringen en tilsagnsramme tilsvarende tilskudd til om lag 500 heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen har startet arbeidet med et kunnskapsgrunnlag for fremtidens boformer slik at vi kan legge til rette for gode tilpassede boligløsninger, både for de som ønsker å bli boende hjemme, og for kommunale heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen foreslår i statsbudsjettet for 2022 at det opprettes en pilotordning med investeringstilskudd til trygghetsboliger for eldre. Tilskuddet er rettet mot distriktskommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 (SSBs sentralitetsindeks). Videre skal det innføres et plankrav for investeringstilskuddet for heldøgns omsorgsplasser. Hensikten er å stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger.

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene startet i 2016 og skulle pågå i tre år. Forsøket er senere videreført og utvidet med flere deltakende kommuner. Regjeringen kan ikke se at det er behov for å prøve ut denne modellen for finansiering av omsorgstjenesten ytterligere. De gode erfaringene fra forsøket vil bli fulgt opp som en del av kvalitetsreformen Leve hele livet. Det foreslås at forsøket avsluttes 31. desember 2021.

Stortinget har lovfestet en valgfri godkjenningmodell for fritt brukervalg der pasienter og brukere kan velge mellom leverandører som er forhåndsgodkjent av kommunen de oppholder seg i. Godkjenningmodellen kan bidra til økt valgfrihet for pasienter og brukere, god ressursutnyttelse av aktørene i markedet og trygge rammer gjennom kommunal organisering. Det er opp til kommunene selv om de ønsker å innføre fritt brukervalg i de kommunale helse og omsorgstjenestene.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er et viktig område for regjeringen. Regjeringen vil at BPA skal være et verktøy for å fremme likestilling og sikre brukerne mulighet for selvstendighet og aktivitet i hverdagen. Regjeringen har nedsatt et utvalg som skal vurdere BPA i sin helhet, og komme med forslag til hvordan ordningen bør utformes for å sikre at den fungerer etter hensikten. Med bakgrunn i pandemien fikk utvalget utvidet frist, og utredningen skal etter planen leveres i desember 2021. Utvalgets mandat omfatter flere

av punktene i regjeringsplattformen. Fra 1. juli 2020 ble retten til BPA utvidet til også å omfatte personer over 67 år som har fått innvilget ordningen før fylte 67 år. Tiltakene er et ledd i regjeringens arbeid med å skape et samfunn der alle skal kunne delta på lik linje

Samboergaranti på sykehjem ble innført fra 1. juli 2020. Hensikten er å legge til rette for at eldre mennesker får bli gamle sammen, også når den ene parten har behov for opphold i sykehjem.

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble lansert i mai 2020 for perioden 2020 og ut 2024. Handlingsplanen ble lagt fram som en forpliktende opptrappingsplan. I 2024 vil regjeringen ha styrket allmennlegetjenesten med 1,6 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2020. Planen er fulgt aktivt opp i 2021. De 17 tiltakene i handlingsplanen skal tilrettelegge for en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste. Tiltakene skal bidra til å realisere tre målområder:

- En attraktiv og trygg karrierevei for fastlegene.
- God kvalitet til alle.
- En fremtid med teambaserte allmennlegetjenester.

Tiltakene skal bidra til å senke terskelen for leger til å gå inn i allmennpraksis. Det skal være attraktivt både å bli allmennlege og å forbli i allmennlegetjenesten.

På kort sikt er det viktigste målet å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i tjenesten. Basisfinansieringen ble lagt om og styrket allerede fra 2020. Basistilskuddet er styrket også i 2021 og foreslås styrket ytterligere i 2022. I tillegg foreslås å øke refusjonstakstene fra 1. januar 2022. Andre viktige rekrutteringstiltak omfatter ALIS-avtaler (Allmennleger i spesialisering) og å etablere ALIS-kontorer som støtter kommunene i arbeidet med å etablere og gjennomføre avtaler mellom kommuner og leger i spesialisering i allmennmedisin. Regjeringen vil øke antall ALIS-avtaler. Fra 2022 foreslår regjeringen å innføre en nasjonal ALIS-ordning. Videre foreslår regjeringen å innføre introduksjonsavtaler i 2022. Introduksjonsavtaler har som hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen.

Mange fastleger rapporterer om for høy arbeidsbelastning. Fastlegers utstedelser av attester og erklæringer gjennomgås, og forenklinger vurderes. En ekspertgruppe på legevakt ble nedsatt i januar 2021. Den har satt i gang et omfattende kartleggingsarbeid av vaktbelastning i legevakt på tvers av kommuner av ulik størrelse og sentralitet. Alternative organisasjonsmodeller for

legevakt i distriktene utprøves i de pågående legevaktpilotene.

Fastlegeordningen har ikke klart å gi gode nok tjenester til alle brukere med sammensatte problemer og omfattende behov. Det mangler gode data om kvaliteten i tjenesten. Planen har derfor flere tiltak for å styrke det systematiske kvalitetsarbeidet og måle kvalitet. Dette arbeidet er i god gang.

Tiltak skal også sørge for bedre tilgjengelighet, særlig for brukerne med størst behov. Det er samtidig viktig å bruke de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten best mulig. Det forutsetter riktig bruk av personellressursene. Godt samarbeid og riktig arbeidsdeling mellom personellgrupper og å ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsformer er viktig for å skape kvalitet og helhet. Målet er en teambasert fastlegeordning og allmennlegetjeneste. Arbeidet med å gjøre fastlegeordningen teambasert har startet gjennom forsøket med primærhelseteam. Dette arbeidet vil fortsette både i og etter planperioden.

Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – prioritering i helse- og omsorgstjenesten ble lagt frem 18. juni 2021. Meldingen bygger på NOU 2018: 16 Det viktigste først (Blankholm-utvalget). Regjeringen foreslår nytte, ressurs og alvorlighet som gjennomgående prioriteringskriterier og prioriteringsprinsipper i hele helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås videre at kriteriene for spesialisthelsetjenesten også skal omfatte mestring.

1.3 En folkehelsepolitikk som skaper gode liv i et trygt samfunn

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

Arbeidet med å legge til rette for gode helsevalg er fulgt opp i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn.

Utfordringene innen fysisk og psykisk helse er synliggjort sammen med den tverrsektorielle innsatsen for å møte disse utfordringene. Betydningen av en god oppvekst og av at tidlig innsats gir gode vaner og gode holdninger, er et sentralt tema i meldingen. Videre vektlegges betydningen av å redusere sosiale forskjeller i helse. Folkehelsemeldingen presenterte en strategi for å forebygge ensomhet, som følges opp blant annet gjennom et samarbeid med frivillig sektor.

Regjeringens mål om at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet, er fulgt opp blant annet gjennom regjeringens strategi Mestres hele livet – Strategi for god psykisk helse (2017–2022), Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017–2026), Strategi for å forebygge ensomhet (2019–2023) og Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024). Arbeid knyttet til befolkningens livskvalitet, bidrar også til at målet om at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet, blir nådd. Regjeringen vil vurdere å tydeliggjøre ensomhet, psykisk helsefremmende folkehelsearbeid og krav om samfunnspsykologfaglig kompetanse i folkehelseloven når den revideres.

Selv mord er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem og regjeringen har utgitt Handlingsplan for å forebygge selvmord (2020–2025). Et viktig tiltak er å utvikle og gjennomføre en pilot for å kartlegge alle selvmord i Norge både innenfor og utenfor helsetjenesten slik at forbedringen også blir på et samfunnsnivå.

Regjeringen har besluttet å utarbeide en nasjonal livskvalitetsstrategi. Arbeidet med livskvalitet er forankret i de to siste folkehelsemeldingene (2014–2015) og (2018–2019) og i Strategi for god psykisk helse (2017–2022). Hovedmålet med strategien er å utvikle mål på samfunnsutviklingen som gjenspeiler befolkningens opplevelse av hva som er viktig for et godt liv. Politiske tiltak kan derved utvikles mer i tråd med innbyggernes behov og også bidra til redusert sosial ulikhet og et mer bærekraftig samfunn.

Folkehelsemeldingen inkluderte også en nasjonal tobakksstrategi for perioden 2019–2021. I Norge er vi nå nær å oppnå målet om en røykfri ungdomsgenerasjon. Regjeringen ønsker å hindre at en ny generasjon blir avhengig av tobakk, og har i strategien presentert en rekke nye tiltak for å oppnå dette. Røyking er en risikofaktor for alvorlig utfall av covid-19. De fleste som røyker ønsker å slutte, og fra høsten 2020 startet regjeringen et treårig pilotprosjekt for røykeslutt i helseforetaket Vestre Viken. Deltakerne får veiledning fra frisklivssentraler og gratis legemidler til røyke-

slutt. Pågangen til prosjektet har vært langt høyere enn forventet.

Meldingen varset videre en ny NCD-strategi (non-communicable diseases/ikke-smittsomme sykdommer) som særlig skal løfte frem psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, overvekt og fedme og luftforurensning. Arbeidet med ny folkehelsemelding 2023 er startet opp.

Regjeringen følger opp Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023) – Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle! Handlingsplanperioden er forlenget til 2023. Samarbeidet med næringslivet for et sunnere kosthold videreføres gjennom revidert intensjonsavtale som trer i kraft 1. januar 2022, og varer til 2025.

Aktiv og sunn aldring er satt på dagsorden i folkehelsepolitikken. Med flere eldre og økende levealder er det et stort potensial for å øke antall aktive leveår og deltakelse i eldrebefolkningen. Regjeringen vil utvikle et aldersvennlig samfunn. Som del av kvalitetsreformen Leve hele livet er det etablert et program for et aldersvennlig Norge. Rådet for et aldersvennlig Norge er oppnevnt for å bidra til gjennomføring og forankring i alle sektorer. Senteret for et aldersvennlig Norge skal gjennomføre programmet og er sekretariat for rådet. Fra høsten 2020 har regjeringen etablert Eldreombudet for å fremme en uavhengig stemme for eldres interesser og behov på alle samfunnsområder. Eldreombudet og Senteret for et aldersvennlig Norge er samlokalisert i Ålesund.

Det er viktig for regjeringen å styrke de eldres helse. Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder antall hoftebrudd. Regjeringen har derfor startet arbeidet med å utvikle en nullvisjon for fallulykker i og ved hjemmet som medfører alvorlige personskader og død. Regjeringen vil sette målbar nasjonale mål og utarbeide tiltak for å nå målene. Helsedirektoratet vil i 2022 komme med et utkast til handlingsplan for å følge opp visjonen.

Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv ble lagt frem våren 2020 og er under oppfølging. Flere departementer samarbeider om oppfølgingen av planen med tiltak rettet mot fem innsatsområder: Gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer, fritids- og hverdagsarenaer, helse- og omsorgstjenester og kunnskapsutvikling og innovasjon. Det er et hovedmål å skape et mer aktivitetsvennlig samfunn som gjør det lettere for alle å være fysisk aktive, og å øke andelen fysisk aktive med 10 prosentpoeng innen 2025 og 15 prosentpoeng innen 2030, sammenliknet med 2010.

Våren 2021 ble Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025) lagt frem. Strategien følger opp Verdens helseorganisasjons globale mål om en

reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 pst. innen 2025 sammenliknet med 2010, jf. Verdens helseorganisasjons handlingsplan for forebygging og begrensnings av ikke-smittsomme sykdommer. Nasjonal alkoholstrategi inneholder seks hovedprioriteringer for å redusere skadelig alkoholbruk: 1) videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken, 2) understøtte alkoholforebygging i kommunene, 3) forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk, 4) fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med idretten, skolen og arbeidslivets parter, 5) styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol og 6) prioritere forskning på sykdomsutvikling og skader knyttet til alkohol.

Koronapandemien har vist at infeksjonssykdommer fortsatt utgjør et folkehelseproblem. Antibiotikaresistens er et økende problem globalt, og regjeringen har lyktes med å få ned antibiotikabruken i Norge. Nivået av resistente mikrober er lavt i Norge, sammenliknet med i resten av verden. Spesielt har vi et lavt forbruk av antibiotika i landbruket. Regjeringens nasjonale strategi mot antibiotikaresistens skal revideres. Målet er blant annet fortsatt reduksjon i antibiotikaforbruket og å få ned bruken av bredspektret antibiotika. Resistens er et globalt problem som krever videre internasjonal innsats og samarbeid.

Regjeringen har lagt frem en stortingsmelding om oppryddingen tilknyttet de norske atomanleggene, jf. Meld. St. 8 (2020–2021) Trygg nedbygging av norske atomanlegg og håndtering av atomavfall. Som øverste faglige myndighet, tilsynsmyndighet og som godkjenner av tillatelser på feltet, vil Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) være en viktig aktør i det som kalles dekommissioneringsfasen av de norske atomanleggene. Direktoratet er ansvarlig for norsk atomberedskap gjennom sin rolle som leder av kriseutvalget for atomberedskapen (KU). Med utviklingen i nordområdene og i den internasjonale situasjonen vil betydningen av denne rollen bli sterkere. En hovedoppgave innen medisinsk strålevern vil være å støtte opp under planlagte protonbehandlingssentre i Norge med faglig veiledning og som tilsynsmyndighet.

1.4 Koronapandemien

Norge har opplevd en av de alvorligste krisene siden andre verdenskrig. Regjeringen har iverksatt svært inngripende tiltak som har hatt store konsekvenser for alle deler av samfunnet. Befolkningen har stilt opp, og innsatsen har gitt resultater. Norge har, sammenliknet med svært mange

andre land, hatt et lavt antall smittede og dødsfall av covid-19 under pandemien. Vaksineringsen har også vært en suksess. Koronavaksinasjonsprogrammet omfatter nå alle som er 12 år og eldre, og oppslutningen om vaksinasjonsprogrammet har vært svært høy, med over 90 pst. dekning i noen grupper.

Vi vil fortsatt se smitte med covid-19 i lang tid fremover, men vaksineringsen gjør at det blir færre alvorlige infeksjoner og dermed færre innleggelser og dødsfall. Nye mutasjoner av viruset kan også oppstå. Vi må derfor være forberedt på å håndtere nye utbrudd selv om virkemidlene vil endre seg og være mindre inngripende. Når vaksinasjonsdekningen er tilfredsstillende, vil vi i Norge kunne leve tilnærmet som normalt, men samtidig ha en økt beredskap for å overvåke og håndtere eventuelle smittetilfeller. Pandemien er imidlertid ikke over i resten av verden, hvor majoriteten av befolkningen fremdeles er uvaksinerte og hvor smitten fortsatt kan bre seg.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har vært helt sentrale i å gi faglige råd og anbefalinger til regjeringen om håndtering av pandemien. Prosessen med rådgivning til regjeringen har vært basert på oppdrag som er besvart og offentliggjort, slik at rådene er transparente og tilgjengelige for befolkningen. Bidragene fra etatene har vært grunnpilarene for regjeringens strategi og den løpende håndteringen av pandemien. Etatene har også vært sentrale bidragsytere som rådgivere til kommunene under hele pandemien.

Tiltakene for å slå ned og holde kontroll over pandemien har vært både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Kommunene har ansvar for å håndtere pandemien lokalt. I bekjempelsen av covid-19 har det vært iverksatt ulike typer tiltak: 1) hygienetiltak som hyppig håndvask og renhold, 2) tidlig identifisering og isolering av smittede, 3) oppsporing og karantene av nærkontakter av smittende, 4) færre reisende fra områder med epidemisk spredning som reisefrådråinger eller reiseforbud, samt innreisekarantene, 5) redusert kontakthypighet i befolkningen, blant annet gjennom råd om avstand og strengere tiltak som stenging av virksomheter, arrangementer mv., 6) inngripende beskyttelsestiltak for beboere i heldøgns pleie- og omsorgsinstitusjoner, pasienter på sykehus og andre i høyrisikogruppen. Disse tiltakene har vært på plass for å holde pandemien under kontroll inntil vaksineringsen, som er det viktigste tiltaket mot pandemien, har fått effekt. Etter hvert som pandemien har forløpt, har vektleggingen mellom nasjonale og lokale tiltak endret seg med økende bruk av regionale og

lokale tiltak over tid. Fordi det har vært store forskjeller mellom geografiske områder i smittespredningen, har det vært behov for ulike grader av tiltak.

Regjeringen bestemte at vaksiner mot covid-19 skulle tilbys befolkningen som et nasjonalt vaksinasjonsprogram. Det innebærer at kommunene har hatt ansvar for å tilby vaksine til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Noen har også blitt tilbudt vaksine gjennom spesialisthelsetjenesten. Det er besluttet at vaksinasjonen skal være gratis for befolkningen, og staten dekker kommunenes og helseforetakenes utgifter til vaksinasjon som del av rammetilskuddet til kommuner og basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Vaksinasjonen startet i slutten av desember 2020 og omfattet i utgangspunktet befolkningen over 18 år. På grunn av begrenset tilgang til vaksiner har vaksinene vært tilbudt i prioritert rekkefølge etter risikoen for alvorlig sykdom og død som følge av covid-19. Utvalgte helsepersonellgrupper ble også prioritert tidlig i vaksinasjonsprogrammet. Vaksinene ble også i en periode geografisk omfordelt. På bakgrunn av ny kunnskap om vaksinenes effekt på smittespredning ble de yngste gruppene over 18 år prioritert foran de noe eldre unge. I august/september 2021 ble koronavaksinasjonsprogrammet utvidet til å omfatte aldersgruppene 12–17 år og en tredje dose til immunsupprimerte. Kommunene har gjort en stor innsats i forbindelse med vaksinasjonen. Vaksinasjonsoppslutningen er svært høy. Ambisjonen er å klare å fullvaksinere 90 pst. av den voksne befolkningen.

Regjeringen la 7. mai 2020 fram en overordnet langsiktig strategi og plan for håndtering av koronapandemien og justering av tiltak. Målet var at sykdomsbyrden skal være lav, og at antallet pasienter er håndterbart i helse- og omsorgstjenesten. Prioriteringen har hele tiden vært at barn og unge skal beskyttes mot inngripende tiltak.

Regjeringens langsiktige strategi for håndtering av covid-19-pandemien og beredskapsplan for smitteverntiltak under covid-19-pandemien ble sist oppdatert 5. juli 2021. Plan for gradvis gjenåpning ble sist oppdatert 2. september 2021.

Regjeringen la i april 2021 fram en plan for gradvis gjenåpning av samfunnet. Gjenåpningsplanen la opp til en trinnvis nedtrapping av de nasjonale tiltakene. Planen innebar at man gradvis lettet på nasjonalt bestemte tiltak, samtidig som det fortsatt var nødvendig å slå ned lokale utbrudd med kommunale eller regionale tiltak. Bakgrunnen har hele tiden vært at tiltakene skulle stå i forhold til smittesituasjonen. Da planen ble presen-

tert, inneholdt den fire trinn for gradvis gjenåpning, som senere ble justert ned til tre trinn. Fasen etter trinn 3 er kalt «en normal hverdag med økt beredskap».

Regjeringen innførte målrettede tiltak for å ivareta tilgangen til legemidler under pandemien. Blant annet ble det iverksatt oppbygging av beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler i primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder også H-reseptlegemidler og legemidler som brukes i intensivbehandling av covid-19-pasienter. Som et ytterligere tiltak er det kjøpt inn råstoff for å kunne produsere enkelte forsyningskritiske intensivlegemidler. Det har ikke vært nødvendig å iverksette slik kriseproduksjon fordi andre tiltak har vært tilstrekkelig for å ivareta legemiddeltilgangen. Norge har også vært i stand til å bistå andre land i kritiske mangelsituasjoner. Koronakommisjonen har blant annet funnet at det ikke oppsto reell mangel på legemidler i løpet av 2020. Organisering og omfang av fremtidige beredskapslagre for legemidler er under utredning.

Det var knapphet på medisinsk utstyr globalt, herunder smittevernutstyr. Pandemien påvirket tilgangen til og forbruket av mange produkter som er nødvendige for en forsvarlig håndtering av koronapandemien. Markedet og forsyningskjedene for alle disse produktene er globale, og Norge er avhengig av import. Det ble derfor etablert en midlertidig nasjonal ordning 6. mars 2020, der Sykehusinnkjøp HF fikk ansvar for å kjøpe inn smittevernutstyr og legemidler både til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF koordinerer arbeidet og er formell avtalepart. Regjeringen fremmer forslag om et permanent beredskapslager av smittevernutstyr og personlig beskyttelsesutstyr.

Som et lite land er Norge helt avhengig av å samarbeide med andre land om vaksineanskaffelser. Norge samarbeider med EU-kommisjonen om norsk involvering i felleseuropeiske vaksineanskaffelser.

En global krise krever global ledelse og internasjonalt samarbeid. Det er nødvendig at Verdens helseorganisasjon leder arbeidet med å utvikle kunnskap om viruset og tiltakene som trengs for å bekjempe sykdommen. Regjeringen støtter Verdens helseorganisasjon og har aktivt søkt internasjonale løsninger i krisehåndteringen både regionalt og globalt.

Koronapandemien har vist hvor viktig EU er som samarbeidspartner med Norge, blant annet gjennom EUs felles innkjøpsmekanismer og EUs instrument for krisestøtte. Regjeringen har deltatt

aktivt i EUs helseminister- og justisministermøter om koronasituasjonen. I tillegg har norsk deltakelse i EUs helsesikkerhetskomité (HSC) og Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) vært viktig i den nasjonale krisehåndteringen. EU har tatt initiativ til å bedre arbeidet med helseberedskap, beredskapssikring av legemidler og medisinsk utstyr gjennom EUs helseunion. Regjeringen arbeider for norsk deltagelse.

Det nordiske samarbeidet er også viktig i denne krisen. Gjennom tett kontakt mellom de nordiske landene har vi utvekslet nyttige erfaringer og bistått hverandre med råd, til tross for at vi har valgt forskjellige strategier. Nordisk samarbeid kan være et viktig bidrag inn i EUs arbeid på helseberedskapsområdet.

Koronapandemien har tydeliggjort at vi trenger mer internasjonal solidaritet og multilateralt samarbeid, ikke mindre. Ingen land kan løse denne krisen alene. Derfor har det vært viktig for Norge å støtte opp om FNs kriserespons. Norge har derfor tatt initiativ til å opprette et nytt flerpartnerfond i FN for å bremse konsekvensene av krisen. Norge har utbetalt et første bidrag på 150 mill. kroner og tar politisk lederskap for å mobilisere internasjonal støtte til fondet.

Det er fortsatt usikkerhet om den videre utviklingen av koronapandemien. Utviklingen avhenger også av hva som skjer i andre land. Så langt har Norge kommet relativt godt ut av det med få døde og syke sammenlignet med andre land. Vi har også kommet bedre ut av det økonomisk enn de fleste andre land. Vi vet ennå ikke hvor hardt en svekket verdensøkonomi vil ramme oss på sikt. Vi vet heller ikke om vi skal tilbake til den gamle normalen, eller om pandemien vil sette langvarige spor som endrer hva vi oppfatter som normalt. Selv om vi her i Norge nå på det nærmeste har vaksinert befolkningen, er vi avhengige av at alle land i verden gjør det samme. Hvor lenge smitteverntiltak må opprettholdes i Norge og internasjonalt, avhenger av vaksineringsen i verden for øvrig.

Regjeringen har besluttet overgang til «En normal hverdag med økt beredskap». Håndteringen av pandemien går da fra en kontrollstrategi til beredskapsstrategi. Det legges til grunn at dagens beredskap (organisasjons- og ledelsesberedskap), samt økt overvåking av situasjonen sammenlignet med en normalsituasjon, opprettholdes ut 2021. Dette kan innebære økte kostnader for kommunesektoren, statsforvaltere, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk mv. også i 2022. Dette gjelder blant annet beredskap til vak-

sinering og TISK, i tillegg til kostnader knyttet til økt beredskapsnivå. Beredskapsnivået for kommunene kommende vinter vil bli vurdert på nytt i november. Samtidig vil et generelt lavere tiltaksnivå føre til reduserte utgifter knyttet til en rekke tiltak. Regjeringen legger til grunn at beredskap prioriteres høyt blant de oppgavene virksomhetene og kommunesektoren har ansvaret for. Pandemien er ikke over, og situasjonen vil fortsatt vurderes nøye fremover. De bevilgningsmessige konsekvensene er planlagt håndtert i den ordinære budsjettprosessen og gjennom raskt å fremme forslag for Stortinget gjennom en egen proposisjon hvis situasjonen tilsier det. På samme måte som tidligere vil staten dekke kommunesektorens koronakostnader også i vinterseongen 2022.

Det er et viktig prinsipp at alle store hendelser skal evalueres. Regjeringen har, etter dialog med partiene på Stortinget, nedsatt en uavhengig kommisjon som skal evaluere myndighetenes håndtering av koronapandemien på en grundig og helhetlig måte. Kommisjonen la frem sin første rapport 14. april 2021. Hovedkonklusjonen er at regjeringen har gjort en god jobb med å håndtere pandemien. Likevel påpeker Kommisjonen flere forbedringspunkter. Regjeringen har allerede gjennomført flere av tiltakene Kommisjonen foreslår. Regjeringen vil følge opp Kommisjonens rapport. Regjeringen har bedt Koronakommisjonen fortsette arbeidet og komme med en ny rapport når krisehåndteringen er fullført.

I tillegg skal alle deler av helsetjenesten på normal måte planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere egen virksomhet slik at tjenesten er faglig forsvarlig. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver hvilke oppgaver plikten til å evaluere innebærer. En gjennomgang av egen håndtering av pandemien vil være et naturlig og sentralt tema i en slik evaluering.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med en stortingsmelding når krisehåndteringen er avsluttet.

1.5 Rus, psykisk helse, vold og traumer

Å prioritere arbeidet med rus, psykisk helse, vold og traumer er et sentralt mål for regjeringen. Disse områdene har tidligere ikke fått den oppmerksomhet og prioritering som utfordringene på området tilsier. Utfordringene er omfattende og dokumentert over flere år. Regjeringen vil fortsette å styrke innsatsen innenfor rus-, psykisk helse- og volds-

feltet. De generelle bevilgningene til spesialisthelsetjenesten er økt, og helseregionene er bedt om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern høyere enn somatikk.

Regjeringen ønsker en mer moderne og human narkotikapolitikk og la i 2021 frem Prop. 92 L (2020–2021) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.). Straffeløpfølging av bruk og besittelse av narkotika til egen bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting og har stått i veien for å møte den enkelte med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging. Gjennom lovforslaget ønsket regjeringen å overføre ansvaret for samfunnets reaksjoner på erverv, bruk og besittelse av narkotika til egen bruk fra justissektoren til helsetjenesten. Forslag til rusreform fikk ikke flertall i Stortinget, men jf. lovvedtak 148 (2020–2021), skal kommunene ha en rådgivende enhet for russaker. Enheten skal ha ansvar for å møte personer der oppmøte for enheten er satt som vilkår for en bestemt strafferettslig reaksjon knyttet til mindre alvorlige narkotikaovertrедelser.

Gjennom bevilgningen i statsbudsjettet for 2020 oppfylte regjeringen den lovede økonomiske rammen i Opptrappingsplanen for rusfeltet. Arbeidet med å innfri planens fem hovedmål har ført til at stadig flere rusavhengige kommer i aktivitet og får jobb, og antall årsverk innen rus og psykisk helse i kommunene har økt med 2600 siden 2016. Antallet personer med rus- og psykisk helseutfordringer som er uten egnet bolig, er kraftig redusert de siste årene.

I januar 2020 ble Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) behandlet i Stortinget. Planen inneholder både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak. Regjeringen vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innfasing og prioritering av enkelttiltak i planen.

Regjeringen har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og fra 1. januar 2020 ble alle kommuner lovpålagt å ha psykolog. Regjeringen har over flere år styrket tilskuddet til rekruttering av psykolog i kommunene og slik lagt til rette for at alle kommuner kunne motta tilskudd før plikten trådte i kraft. I 2013 hadde 95 kommuner og bydelier rekruttert psykolog, ved utgangen av 2019 hadde 384 kommuner og bydeler denne kompetansen. Antallet psykologer i norske kommuner økte fra 130 til over 617 i løpet av 6 år. Fra 2020 ble tilskuddet innlemmet i kommunerammen. I 2022 fortsetter arbeidet med en gradvis omlegging av tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp

for å sørge for at flere kommuner etablerer tilbudet om lavterskel behandling av angst, depresjon og søvnproblemer for personer over 16 år.

Regjeringen har innført pakkeforløp for rus og psykisk helse. Pakkeforløpene skal gi helhetlige og forutsigbare behandlingsforløp uten unødig ventetid. Pasientene skal få mer innflytelse på behandlingen, og den skal evalueres systematisk underveis. Fra 2019 til juni 2021 har 375 000 pasienter blitt henvist til pakkeforløp. Det er etablert indikatorer og en nettbasert løsning for å følge med på resultatene av pakkeforløpene. I tillegg følges innføringen av pakkeforløpene av en treårig følgeevaluering i regi av Sintef. I 2020 ble pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus i barnevernet lansert. Det skal bidra til strukturert samarbeid og tidlig innsats til barn i barnevernet som trenger psykisk helsehjelp. Pakkeforløpet skal utvides til å omfatte somatisk helse i 2022. Pakkeforløp for spiseforstyrrelser er utvidet fra 18 til 23 år. Det lages anbefalinger om utredning av ADHD hos barn og unge, oppfølging etter rusmiddeloverdose, samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) og om familiearbeid og ivaretagelse av barn som pårørende. Dette vil inngå som kapitler i eksisterende pakkeforløp. I tillegg er det gjort et arbeid for å redusere og forbedre rapportering. Det vil i tillegg utarbeides en samlet oversikt over dagens registreringskrav i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å synliggjøre områder med dobbeltkartlegging. Målet er å redusere den samlede registreringsbyrden og øke tilgangen på data til bruk i kvalitetsforbedring, forskning, planlegging og styring.

Høsten 2020 la regjeringen frem Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste. Med denne handlingsplanen er nullvisjon for selvmord innført i Norge. Åtte departementer samarbeider om planen. Planen har både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv.

Psykisk helsevern er et prioritert område i Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023, og det er skissert ti mål for planperioden. Blant annet vil regjeringen at helsefelleskapene skal utvikle bedre tjenester til brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og tjenester til barn og unge, herunder bedre henvisningsrutiner til psykisk helsevern for barn og unge, slik at barn og familier får raskere helsehjelp på riktig sted. Ved tettere samarbeid og dialog på tvers av nivåene er det et mål at avslag til psykisk helsevern for barn og unge skal reduseres betydelig. Helsefelleskapene vil være en viktig arena for samarbeid

på tvers av nivåene. Kommuner og spesialisthelsetjenesten skal også samarbeide om å innføre ambulante tverrfaglige team der det er befolkningsmessig grunnlag for det. Brukermedvirkning og kunnskap om brukernes opplevelser skal styrkes. Helsesatsingen i barnevernet skal utvikles videre.

Det er et mål å få bedre kunnskap om fremtidig behov for psykiske helsetjenester i befolkningen og hvordan tjenestene skal organiseres. Helseregionene, i samarbeid med Helsedirektoratet Folkehelseinstituttet og KS, har lagt fram en rapport om fremtidig behov for tjenester. Andre viktige tiltak er ny veileder om barn og unges psykiske helse og revidering av veilederen Sammen om mestring. Dette vil gi anbefalinger om det helhetlige tilbudet til barn, unge og voksne med psykiske vansker og rusmiddelproblemer. Regjeringen vil også prioritere kvalitet og innhold i tjenestene, herunder å styrke brukermedvirkning, oppdatere retningslinjer og øke kunnskap om variasjon og utfall av behandling gjennom utvikling av kvalitetsregistre og helseatlas.

Regjeringen har igangsatt et femårig forsøk med heroinassistert behandling. Det skal etableres ett tilbud i Oslo og ett i Bergen for opptil 300 opiatavhengige totalt. Det legges opp til egne heroinklinikker i begge byene med god helse- og sosialfaglig bemanning. Tiltaket skal følgeevalueres for å systematisere erfaringene og få ny kunnskap.

Regjeringen vil styrke behandlingstilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i kriminalomsorgen. De regionale helseforetakene fikk i 2021 i oppdrag å etablere en områdefunksjon for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som sikrer faste stedlige tjenester i alle fengsler.

Helsedirektoratet har sendt på høring utkast til revidert retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Den reviderte retningslinjen vil blant annet medføre økt brukermedvirkning og nye legemidler i LAR. Regjeringen har sørget for at kvinner i fertil alder som har fått rett til helsehjelp i LAR, skal få veiledning om, få satt inn eller eventuelt fjernet langtidsvirkende prevensjon uten å betale egenandel.

Som ledd i oppfølgingen av regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) ble det i 2020 etablert en anonym lavterskeltjeneste og et behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Helsetilbudet består av kampanjer som startet høsten 2020, en felles nettside, en landsdekkende lavterskeltjeneste for generell veiledning og timebestilling og

behandlingstilbud i alle fire helseregioner. Regjeringen har også styrket tilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd gjennom økt kompetanse og styrket behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det skal også utvikles lavterskeltilbud for å forebygge at barn og unge utøver skadelig seksuell atferd. Regjeringen la i august 2021 frem en ny handlingsplan mot vold i nære relasjoner og en ny strategi mot internettrelatert overgrep mot barn. I juni 2021 ble ny handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold lagt frem. Alle har rett til en trygg og god helse- og omsorgstjeneste, og ingen skal oppleve frykt for å bli utsatt for vold og overgrep i tjenestene. Regjeringen vil følge opp rapporter om vold og overgrep mot eldre og vurdere tiltak som kan bidra til å forebygge, hindre og følge opp overgrep generelt og i sykehjem spesielt.

Regjeringen vil videreføre og videreutvikle samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten, jf. Meld. St. 32 (2020–2021) Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv. Viktige tiltak er individuell jobb og studiestøtte (IPS), HelseArbeid og samarbeid om utvikling av tverretatlige team, for eksempel FACTung.

1.6 Bedre tilbud til kreftpasienter

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

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

Regjeringen ønsker å gi kreftpasienter mer systematisk og forutsigbar oppfølging etter endt kreftbehandling. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal bidra til dette. Helsedirektoratet jobber med å utvikle pakkeforløp hjem for kreftpasienter og sendte dette på høring i september. Målet er at pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal være klart i 2021. Pakkeforløpet skal beskrive hvordan pasientenes behov kan ivaretas i overgangen fra sykehus til kommunen. Mange

kreftpasienter og pårørende har behov for psykososial oppfølging.

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

1.7 Pakkeforløp for nye grupper

Regjeringen er opptatt av å ta erfaringene fra pakkeforløpene for kreft med i arbeidet med andre sykdommer og lidelser. I tillegg til pasientforløp for pasienter med kreft er det innført pakkeforløp for hjerneslag. Innen psykisk helse og rus er sju pakkeforløp gradvis innført fra 2019. Helsedirektoratet arbeider med forbedring og videreutvikling av pakkeforløpene.

Videre er regjeringen i gang med å utvikle pakkeforløp for smertebehandling, utmattelse og muskel- og skjelettlidelser, og det tas sikte på at disse kan tas i bruk i 2022.

1.8 Hjernehelse

Å ivareta god hjernehelse handler om å løfte frem det enkelte menneskes mulighet for å fremme egen helse og mestre livet med nedsatt funksjon på grunn av en hjernesykdom.

Regjeringen la frem Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024) i 2017, den første i sitt slag i Europa. Helsedirektoratet har fulgt opp arbeidet og etablert et partnerskap med representasjon fra brukerorganisasjoner, Hjernerådet, de regionale helseforetakene, KS og Oslo kommune. Det er iverksatt konkrete tiltak i tråd med hoved- og delmålene i strategien. Oppfølging av tiltakene er en kontinuerlig prosess i strategiperioden og må ses i sammenheng med øvrige satsningsområder som har tilknytning til hjernehelse, blant annet varslet NCD-strategi. Demensplan 2020 varte ut 2020 og har bidratt til en positiv utvikling på feltet. Regjeringen har besluttet at arbeidet må fortsette, og har lansert en ny demensplan – Demensplan 2025. Planen ble lagt frem høsten 2020 og har en planperiode fra 2021 til ut 2025.

Helsedirektoratet vil ha et overordnet blikk på utviklingstrekk i helsetjenestene til pasienter, brukere og pårørende med diagnoser innen hjernehelsedefinisjonen, med strategiske valg på noen områder som trenger spesiell oppmerksomhet.

Forskningscenteret for klinisk behandling av hjernesykdommer, Neuro-SysMed, er i gang.

Dette er Norges første nasjonale forskningssenter for klinisk behandling. Det er satt i gang flere kliniske studier som rekrutterer pasienter eller friske kontrollpersoner innen multippel sklerose (MS), Parkinsons sykdom, demens og amyotrofisk lateralsklerose (ALS).

I november 2019 publiserte Helsedirektoratet et helhetlig pakkeforløp for hjerneslag som omfatter både akuttforløp, oppfølging og rehabilitering etter hjerneslag. Den befolkningsrettede informasjonskampanjen for hjerneslag, «Løfte, smile, prate», ble gjennomført i 2019.

Regjeringen er opptatt av at personer med ALS opplever bedre kvalitet og sammenheng i helsetjenestene. Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide nasjonale faglige råd til helse- og omsorgstjenestene samt å oppdatere informasjon og opplæringsmateriell om ALS til ansatte og beslutningstakere i tjenestene. Arbeidet har blitt forsinket på grunn av koronapandemien. Regjeringen har bedt de regionale helseforetakene om å evaluere Ekspertpanelets mandat med sikte på om også pasienter med ALS bør omfattes av ordningen.

I 2017 ble ParkinsonNet, som bygger på en nederlandsk behandlingsmodell, innført som et pilotprosjekt i Oslo og Stavanger. De regionale helseforetakene har utarbeidet en plan for nasjonal iverksetting, som startet i juni 2021. ParkinsonNet er utviklet i tett samarbeid med Norges Parkinsonforbund. ParkinsonNet er i en tidlig fase, og først i 2024 vil modellen være ferdig utviklet og satt i system i sykehus og kommuner. Modellen, som er basert på faglige nettverk, tverrfaglig samarbeid og kompetanseheving, skal bidra til at personer med Parkinsons sykdom får optimal behandling og best mulig livskvalitet der de bor.

1.9 Likeverdsreformen

Regjeringen har lagt frem Meld. St. 25 (2020–2021) Likeverdsreformen. Stortinget har sluttet seg til meldingen, jf. Innst. 570 S (2020–2021). Målet med reformen er at familier og barn med behov for sammensatte tjenester, får oppleve et samfunn som stiller opp, og har bruk for alle. Alle skal ha like muligheter til å leve et selvstendig liv og delta i samfunnet på lik linje med andre, uavhengig av funksjonsnivå. Likeverdsreformen er en omfattende reform som består av mange tiltak under flere departementer. Tiltak i reformen skal utvikles og presenteres fortløpende i reformperioden til og med 2023.

Mange familier med barn som har behov for sammensatte tjenester, bruker mye tid på å koordinere og administrere tjenester. Et sentralt tiltak er å lovfeste en ny barnekoordinatorordning, jf. Prop. 100 L (2020–2021). Koordinatorgarantien vil være viktig for å avlaste familiene med blant annet å finne frem i alle hjelpetilbud, bistå med søknader og sørge for bedre koordinering av velferdstjenestene. Forslaget om barnekoordinator inngår i forslag til en felles styrking av samarbeidet mellom velferdstjenestene, blant annet harmonisere og styrke lovbestemmelsene om samarbeid mellom velferdstjenestene og harmonisere reglene om individuell plan.

Barrierer som hindrer deltakelse i arbeid eller utdanning, må bygges ned. Gjennom Likeverdsreformen vil vi satse på et inkluderende arbeidsliv og har derfor lagt til rette for flere varig tilrettelagte arbeidsplasser for personer med nedsatt funksjonsevne. Vi jobber også med tiltak for å bidra til bedre overganger fra skole til arbeidsliv. Det er også nedsatt et utvalg som skal gjennomgå ordningen med BPA (brukerstyrt personlig assistanse).

Pårørende må anerkjennes og støttes slik at de kan hjelpe og støtte sine nære, uten selv å bli utslitt. Vi har lagt frem en egen pårørendestrategi, etablert en kontaktfamilieordning og viderefører satsingene i pårørendeprogrammet. Videre er det lagt frem en ny nasjonal veileder om kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.

1.10 Digitalisering

Digitalisering og teknologi er en forutsetning for å realisere pasientens helse- og omsorgstjeneste, sikre et sammenhengende tjenestetilbud og for å effektivisere og videreutvikle helse- og omsorgstjenesten. For å sikre bedre kvalitet, økt pasient-sikkerhet og mer effektiv bruk av offentlige ressurser er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi, på en bedre måte. Vi står overfor en digital transformasjon som innebærer grunnleggende endringer i måten virksomhetene løser oppgavene på ved hjelp av teknologi.

Digitaliseringen skal ta utgangspunkt i tjenestenes behov og planer og legge til rette for at utviklingen av digitale løsninger bidrar til å realisere regjeringens mål for utvikling av helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen er opptatt av at digitale løsninger skal gi gevinster for pasienter og helsepersonell etter hvert som de innføres. God involvering av aktørene i sektoren og tydelig

fordeling av ansvar og roller i utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger er viktig for å lykkes. Innovasjon og næringsutvikling skal stimuleres gjennom å legge til rette for nye løsninger og bruk av markedet.

Den nasjonale styringsmodellen for e-helse er etablert for å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren og bidra til sterkere nasjonal koordinering. Styringsmodellen skal sikre forankring av e-helseutviklingen gjennom felles prioriteringer og bidra til koordinert gjennomføring slik at gevinstene av investeringene hentes ut. Styringsmodellen har tre nasjonale utvalg: Nasjonalt e-helsestyre, prioriteringsutvalget (NUIT) og fagutvalget (NUFA). Utvalgene har en rådgivende funksjon overfor Direktoratet for e-helse. Nasjonalt e-helsestyre har representasjon fra kommuner og KS, regionale helseforetak, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Sykepleierforbundet, Legeforeningen, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Digitaliseringsdirektoratet. Norsk helsenett SF er representert som observatør. For å styrke styringsmodellen som virkemiddel har departementet gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag å evaluere og videreutvikle modellen i samarbeid med aktørene i helse- og omsorgssektoren. Forslag til endringer skal sendes på høring.

Regjeringen har styrket arbeidet med digital samhandling og nasjonale e-helseløsninger. De nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, helsenorge.no, e-resept og grunndata skal videreutvikles, og det skal etableres en ny nasjonal tjeneste for laboratorie- og radiologisvar. Kjernejournal og helsenorge.no er tilrettelagt med ny funksjonalitet som har hatt stor betydning i håndtering av koronapandemien, slik som elektronisk tilgang til prøvesvar og koronasertifikat. Det er gode erfaringer med deling av dokumenter via kjernejournal, som er under utprøving i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF. Pasientens legemiddelliste er et viktig tiltak for å bedre pasientsikkerheten og redusere antall legemiddelfeil. Regjeringen foreslår å styrke arbeidet i 2022. Enklere tilgang til oppdatert legemiddelinformasjon er høyt prioritert, og utprøving av pasientens legemiddelliste starter i 2021. Innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger i kommunale helse- og omsorgstjenester er prioritert i 2022. Kjernejournal er under innføring og er tatt i bruk i 68 kommuner per august 2021. Departementet bidrar med støtte til KS' kompetansenettverk for å styrke innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunene.

Regjeringen har samtidig med statsbudsjettet lagt frem et forslag om lovfestet plikt til tilgjengeliggjøring av og betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. De nasjonale e-helseløsningene er nødvendige for å levere gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne og for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv bruk av offentlige ressurser. For at de nasjonale e-helseløsningene skal bli mest mulig effektive, er det viktig at de tas i bruk av alle relevante aktører i sektoren.

Regjeringen viderefører arbeidet med å modernisere journalløsningene gjennom flere strategiske tiltak. I 2022 starter innføring av felles journalløsning i helseregion Midt-Norge (Helseplattformen). Samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger fortsetter, og arbeidet i samarbeidsprosjektet felles kommunal journal utenfor helseregion Midt-Norge pågår under ledelse av kommunesektoren. Direktoratet for e-helse gjennomfører høsten 2021 en samlet vurdering av sektorens utvikling av journal- og kurveløsninger for å nå målene om én innbygger – én journal. Dette vil gi et grunnlag for videre oppfølging av arbeidet.

Felles standarder og arkitekturstyring er en forutsetning for helhetlig samhandling mellom ulike systemer og virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger ble sommeren 2021 oppdatert med ny formålsbestemmelse, utvidelse av hjemmelsgrunnlag til å omfatte helseregisterloven, flere obligatoriske standarder mv. Regjeringen viderefører satsingen på standardisert språk, kodeverk og terminologi. Dette vil styrke pasientsikkerheten og samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten og gi et bedre grunnlag for analyse og forskning ved at helsefaglige opplysninger kan dokumenteres, formidles og forstås på en entydig måte. I 2022 vil felles, standardisert språk tas i bruk i Helseplattformen i Midt-Norge.

Regjeringens satsing på Helseanalyseplattformen og Helsedataservice skal bidra til at Norges omfattende og verdifulle helsedata gjøres mer tilgjengelige for forskning og andre viktige formål for pasienter og befolkning. Etableringen av Helseanalyseplattformen med dataplattform og analyse tjenester er godt i gang, og Helsedataservice som nasjonal tilgangsforvalter er under etablering på Tynset. Stortinget har vedtatt nødvendige lovendringer, og forskriften som skal regulere Helseanalyseplattformen og Helsedataservice og nasjonal løsning for tilgang til helsedata, har vært på høring. I 2022 går Helseanalyseplattformen og

Helsedataservice over i ordinær drift. Helsedataprogrammet er i en krevende fase i gjennomføringen når løsningen skal realiseres, og det gjenstår fremdeles et betydelig arbeid for å innfri ambisjonene for en nasjonal infrastruktur for helseanalyse.

Bruk av velferdsteknologiske løsninger og digital hjemmeoppfølging av personer med kroniske sykdommer kan bidra til økt mestringsevne, selvstendighet og bedre livskvalitet for brukere og pårørende. Nasjonalt velferdsteknologiprogram foreslås videreført i perioden 2022–2024. Målet er å bidra til at det etableres varige strukturer for velferdsteknologi, og at det legges til rette for tjenesteinnovasjon i kommunene. Trygghets- og mestringsteknologi til barn, unge og unge voksne med nedsatt funksjonsevne samt digital hjemmeoppfølging skal prioriteres i programperioden.

En grunnleggende forutsetning for digitaliseringsarbeidet er at personvern og informasjonssikkerhet ivaretas. Riksrevisjonen har gjennomført en revisjon av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer, jf. Dokument 3:2 (2020–2021). Riksrevisjonens undersøkelse tydeliggjør behovet for å styrke arbeidet med informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Helseregionene arbeider systematisk med å styrke informasjonssikkerheten og evnen til å forebygge, oppdage og håndtere dataangrep i samarbeid med Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse arbeider med en strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, som skal bidra til å løfte sikkerhetsnivået i sektoren. Strategien skal tydeliggjøre roller og ansvar og identifisere relevante strategiske virkemidler og tiltak for å styrke arbeidet med digital sikkerhet i sektoren. Regjeringen styrker HelseCERT, helsetjenestenes kompetansemiljø for operativ informasjonssikkerhet, i Norsk helsenett SF. HelseCERT får økt kapasitet til å gjennomføre sikkerhetstesting av aktørene i sektoren, overvåke sikkerhetssituasjonen og drive aktiv kommunikasjon og bistand til aktørene slik at sektoren skal stå sterkere rustet overfor et trusselbilde som er i stadig endring.

1.11 Kunnskapsbaserte tjenester

For å videreutvikle helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet er vi avhengige av å utvikle og ta i bruk ny kunnskap og å legge til rette for at helse- og sosialpersonellens kompetanse er oppdatert og fremtidsrettet. Det arbeides systematisk med å omsette ny kunnskap til innovasjon og

bedre praksis. Et godt samarbeid mellom de ulike aktørene, herunder næringslivet og det offentlige, er en forutsetning for dette. Regjeringen har satt i gang en evaluering av det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Systemet skal bidra til at pasienter gis rask og likeverdig tilgang til trygge og effektive nye metoder.

For å sikre et system som bedre svarer på nye kompetansebehov, er det innført endringer i styringssystemet for de nasjonale kompetansetjenestene. Det er innført tydeligere tidsavgrensning for en kompetansetjeneste for å sikre et mer dynamisk system i tråd med forskriften.

De ansatte og deres kompetanse er den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter ledelse som planlegger strategisk for bemanning og kunnskaps- og kompetanseutvikling. I oppdragsdokumentet for 2021 er de regionale helseforetakene bedt om å opprette minst 100 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie i sykehus. De regionale helseforetakene skal utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Planarbeidet skal også inkludere en vurdering av sammensetning av kompetanse. Planen skal bidra til å ivareta behovet for å utdanne, rekruttere og beholde intensivsykepleiere og deres kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Metodene som brukes i planleggingen, skal kunne overføres til planlegging for andre spesialsykepleiegrupper, inkludert jordmødre. Regjeringen har styrket utdanningskapasiteten i helse- og sosialfag, og det er opprettet 138 nye stillinger for leger i spesialisering (LIS1-stillinger, som er første del av spesialistutdanningen) fra og med høsten 2020, hvorav 100 er midlertidige. I 2021 opprettes det 100 nye permanente LIS1-stillinger. I budsjettforslaget for 2022 foreslås det å opprette ytterligere 62 LIS1-stillinger, slik at antall årlige utlyste stillinger blir i tråd med det anslåtte behovet på 1150 stillinger. De nye stillingene foreslås bundet til spesialitetene allmennmedisin og psykiatri. Det er også lagt til rette for å utvide bruken av simulering i intern opplæring av ansatte i helseforetakene. Tiltakene understøtter kompetanse som et sentralt virkemiddel for å nå målene for pasientens helsetjeneste, som er omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.

Kompetanseløft 2025 skal bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er en faglig sterk tjeneste og har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2025 består av

om lag 60 tiltak med en samlet bevilgning på om lag 2,2 mrd. kroner. Tiltaksporteføljen i Kompetanseløft 2025 skal videreutvikles i planperioden 2021–2025. Regjeringen har etablert et samarbeidsforum med sentrale parter i arbeidslivet for å videreutvikle Kompetanseløft 2025.

HelseOmsorg21-rådet er en nasjonal dialogarena for viktige aktører innenfor helse og omsorg. Rådet skal bidra til videre oppfølging av HelseOmsorg21-strategien og andre relevante meldinger samt delta i samfunnsdebatten.

Regjeringen har i 2021 lagt frem den første nasjonale handlingsplanen for kliniske studier (2021–2025). Visjonen er at klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling og klinisk praksis. Regjeringens mål er at mange flere pasienter skal delta i kliniske studier, og at antall kliniske studier som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, er doblet i 2025. Nullpunktsmåling gjennomført i 2021 viser at 2,52 pst. av relevante pasienter i 2020 ble rekruttert til kliniske studier i helseforetakene og private ideelle som inngår i nasjonalt målesystem for forskning i helseforetakene. Implementering av NorTrials-satsingen startet i juni 2021. NorTrials skal være en partnerskapsmodell for kliniske studier som skal fungere som én vei inn i norsk helsetjeneste. NorTrials skal blant annet definere satsingsområder sammen med næringslivet, styrke kapasiteten når det gjelder studiepersonell og markedsføre Norge som utprøverland.

Regjeringen følger opp helsedatautvalgets forslag som skal bidra til enklere tilgang og bedre utnyttelse av helsedata. Mer bruk av kvalitetsindikatorer og data fra helse- og kvalitetsregistre skal bidra til mer kunnskapsbasert praksis, redusert variasjon og kvalitetsforbedring. I 2021 ble Helseatlas for kvalitet publisert. Atlaset inkluderer 31 kvalitetsindikatorer med data fra kvalitetsregistre innen fagområdene hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, nyresykdom og hoftebrudd.

Innenfor persontilpasset medisin fortsetter regjeringen oppbyggingen av kompetanse og infrastruktur, inkludert infrastruktur for genetisk presisjonsdiagnostikk. Det skal etableres et nasjonalt genomsenter med tilhørende register. Det nasjonale kompetansenettverket innen persontilpasset medisin er etablert. Infrastruktur for molekylære tester er under etablering i alle helseregioner. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin forlenges ut 2022. Det vil for 2022 gis oppdrag om å revidere den nasjonale strategien.

Et offentlig utvalg som skal utrede fremtidens apotek, ble oppnevnt 3. september 2021. Utvalget skal utrede hvordan framtidens apotek skal inn-

rettes, samtidig som de legemiddelpolitiske målsettingene ivaretas. Utvalget skal levere sin utredning (NOU) innen 1. januar 2023, jf. omtale under Kap. 717.

1.12 Rapportering av bærekraftsmålene

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet en koordinerende rolle for helsesektorens innsats for å nå bærekraftsmålene, både i nasjonal og internasjonal kontekst.

På nasjonalt plan vil innsatsen knyttet til mål 3 om helse konsentreres om følgende delmål: 3.3 om smittsomme sykdommer, 3.4 om ikke-smittsomme sykdommer og psykisk helse, 3.5 om forebygging og behandling av misbruk og 3.9 om å redusere sykdom og død forårsaket av forurensing og farlige kjemikalier. For nærmere omtale vises det til programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene, i Del II Budsjettottaler og kap. 5 Folkehelsepolitikken, i Del III, Omtale av særlige tema.

Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 pst. innen 2025. Dette målet er allerede nådd. Målet er videreført i bærekraftsmålene, med en tredel reduksjon innen 2030. Helse- og omsorgsdepartementet startet i 2020 arbeidet med en ny NCD-strategi hvor psykiske lidelser, rusbrukslidelser og muskel- og skjelettlidelser inngår, og der det også legges vekt på å møte utfordringene med overvekt og fedme. Arbeidet er satt på vent for å kunne ivareta økende kunnskap om pandemien og virkninger av denne.

I tillegg til målet om å redusere tidlige dødsfall, har Verdens helseorganisasjon satt globale mål for alkoholbruk, fysisk aktivitet, tobakksbruk, salt i kostholdet, diabetes, fedme, høyt blodtrykk og tilgang til behandling. For flere av målene er Norge på god vei. For to mål har vi ikke hatt framgang. Det gjelder målene om å øke den fysiske aktiviteten og stoppe økningen i diabetes og fedme. For salt i kostholdet mangler det datagrunnlag.

De globale målene for bærekraftig utvikling fram mot 2030 (bærekraftsmålene) ligger til grunn for nasjonal og internasjonal politikktvikling. Bærekraftsmål 3 om helse innebærer å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle. Våren 2021 la regjeringen fram Meld. St. 40 (2020–2021)

Mål med mening, med en nasjonal handlingsplan for oppfølging av bærekraftsmålene.

1.13 Redegjørelse om resultater i en fireårsperiode

Pasientens helsetjeneste

Regjeringens viktigste helsepolitiske prosjekt er å skape pasientens helsetjeneste. Det er du som pasient som er ekspert på hva som er viktig for deg, i møte med helsetjenesten. I pasientens helsetjeneste er det pasienten som er viktigst, ikke systemet. Det grunnleggende spørsmålet er «Hva er viktig for deg?». Spørsmålet skal stilles i møte med den enkelte pasient, men også når pasientene og deres organisasjoner deltar i utforming av tjenesten. Svarene må vi ta på alvor, og de skal være førende for arbeidet med pasientens helsetjeneste.

Fritt behandlingsvalg

For pasientene er valgmulighet en verdi i seg selv. Det bidrar til å endre maktforholdet og styrker pasientens mestring. Da må både offentlige og private aktører tas i bruk. Derfor har regjeringen innført fritt behandlingsvalg, som betyr at pasienter selv kan velge private behandlingssteder som er godkjent av Helfo, på det offentliges regning. Tidligere var det kun offentlige sykehus og private som helseforetakene inngikk avtale med, som var omfattet av denne valgfriheten. Evalueringen av fritt behandlingsvalg som kom i 2021, viser at de som har benyttet seg av ordningen, har fått kortere ventetider, og evalueringen fremhever at fritt behandlingsvalg har bidratt til økt valgfrihet og mangfold. Det slås fast at dette oppleves som svært viktig for noen pasienter, særlig innen psykisk helse, rusbehandling og rehabilitering.

Ventetider

En av de største utfordringene i helsetjenesten er at for mange pasienter venter unødvendig lenge for å få behandling. Fra 1. tertial 2013 til 1. tertial 2021 er ventetidene i sykehusene redusert med to uker. Regjeringen har lagt til rette for dette ved å ha prioritert vekst i sykehusenes aktivitet, tatt i bruk ledig kapasitet hos private, organisert pasientforløpene bedre gjennom pakkeforløp og fjernet aktivitetstaket som begrenset hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle. På grunn av pandemien økte ventetidene i 2020, og det er også en svak økning i 1. tertial 2021 sam-

menliknet med samme periode i fjor. Sykehusene er godt i gang med å hente igjen utsatt aktivitet, noe som legger til rette for at ventetidene reduseres fremover.

Psykisk helse

Regjeringens klare prioritering av psykisk helse og rus har bidratt til en vekst på 2600 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fra 2016 til 2020. I tillegg har regjeringen stilt krav om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse, og 93,8 prosent av kommunene hadde mottatt tilskudd til rekruttering ved inngangen til 2020. Vi vet at mange har behov for hjelp før små problemer rekker å vokse seg store. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er betydelig styrket. Rask psykisk helsehjelp er et tiltak som gir tidlig hjelp for angst, depresjon og søvnvansker. I 2013 var det kun 11 kommuner og interkommunale samarbeid som tilbød Rask psykisk helsehjelp. Nå tilbys dette i om lag 60 kommuner og bydeler. Under denne regjeringen har Norge løftet psykisk helse inn i det systematiske folkehelsearbeidet. Vi er blant de første landene som har gjort dette.

På Verdensdagen for psykisk helse i 2020 la regjeringen frem en ny handlingsplan for forebygging av selvmord. Med den innførte regjeringen en nullvisjon for selvmord i Norge. Det er en forpliktelse om å jobbe ut fra at vi ikke har noen å miste.

Regjeringen har lagt frem en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Å investere i barn og unges psykiske helse er viktig for den enkelte og for samfunnet. Målet med planen er at barn og unge skal oppleve å få et godt behandlingstilbud når de trenger det.

Regjeringen gjeninnførte den gylne regel som stiller krav om at veksten i aktivitet og reduksjonen i ventetider skal være større i psykisk helsevern og rusbehandling hver for seg, enn veksten i somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette er et ambisiøst mål som helseregionene har måttet strekke seg etter. Målet er ikke nådd, men har ført til en ønsket prioritering av psykisk helse og rusbehandling.

Koronapandemien har vært en krevende periode. Regjeringen nedsatte i mars 2021 en ekspertgruppe som har sett på konsekvensen pandemien har hatt for folks psykiske helse og rusmiddelbruk, og foreslått konkrete tiltak for å styrke innsatsen. Allerede i revidert nasjonalbudsjett for 2021 foreslo regjeringen 750 millioner kroner til psykisk helse og rusfeltet. Flere av tiltakene er oppfølging av ekspertgruppens forslag.

Rus

Å forbedre helsetilbudet til mennesker som sliter med rusproblemer, har vært et av regjeringens viktigste satsningsområder. Vi har nær halvert ventetiden på rusbehandling, gjennomført en opptrappingsplan for rusfeltet med en ramme på 2,4 milliarder kroner, og økt tilgang til bolig for personer med rusproblematikk. Evalueringen av opptrappingsplanen viser at utviklingen går i riktig retning. Det har vært høy aktivitet på rusfeltet, økt kapasitet og kompetanse, og tilbudene er blitt mer tilgjengelige for brukerne. Brukerundersøkelser viser også økt tilfredshet med tjenestetilbudene.

Våren 2021 la regjeringen frem et forslag til rusreform. Dette ville vært det viktigste grepet for å sikre at mennesker med rusproblemer og avhengighet får et bedre behandlingstilbud. Straff virker ikke forebyggende på narkotikabruk, men gjør livet vanskeligere for dem som allerede har det vanskelig. Rusreformen ville gitt oss mulighet til å hjelpe flere og samtidig forebygge rusproblemer hos unge ved å komme tidligere inn med helserettet hjelp. Dessverre støttet ikke flertallet på Stortinget rusreformen.

Sykehusinvesteringer

Sykehus-Norge fornyes og forbedres. Det gjennomføres nå et investeringsløft i sykehus over hele landet. Gjennom det store investeringsløftet som nå foregår ved norske sykehus, vil det legges til rette for nye, moderne og fremtidsrettede sykehusbygg som vil bidra til bedre pasientbehandling og arbeidsforhold for de ansatte. Det bygges fra Hammerfest i nord til Kristiansand i sør. Totalt gjennomføres nå 15 større sykehusprosjekter, og i tillegg kommer en rekke mindre prosjekter. Dette har vært mulig gjort gjennom regjeringens sykehusbudsjetter og at sykehusene selv har hatt kontroll med egen drift, og prioritert oppgradering av bygg, utstyr og IKT. De nye sykehusene vil legge til rette for god og effektiv pasientbehandling med enerom og økt grad av tekniske løsninger.

Folkehelsepolitikken

Regjeringen har ført en aktiv folkehelsepolitikk der både tversektorielle tiltak og det å legge til rette for gode valg hos den enkelte skal bidra til en bedre folkehelse. Vi ser at stadig færre dør av kreft og hjerte- og karsykdommer, men vi har fortsatt utfordringer knyttet til psykisk helse, overvekt og fedme, og vi beveger oss for lite. I folke-

helsemeldingen som ble lagt frem i 2015, ble psykisk helse likestilt med somatisk helse i folkehelsepolitikken. På bakgrunn av dette la regjeringen frem en stortingsmelding om folkehelsepolitikken våren 2019. Inkludert i meldingen var blant annet nasjonal tobakksstrategi (2019–2021) og strategi for å forebygge ensomhet (2019–2023). I 2016 inngikk helse- og omsorgsministeren en intensjonsavtale med matvarebransjen. Målet er å redusere salt, sukker og mettet fett i de varene vi bruker mest, og øke forbruket av fisk, frukt, grønnsaker og grove kornvarer. Samarbeidet gir gode resultater og ble fornyet våren 2021.

Regjeringen tok initiativ til at Norge var blant de første landene i verden som innførte standardiserte tobakkspakninger, for å redusere industriens muligheter for å rekruttere nye generasjoner til tobakksavhengighet.

Pakkeforløp

Pakkeforløp gir pasienter og pårørende en bedre hverdag med større trygghet og forutsigbarhet. Målet er å bidra til rask utredning og oppstart av behandling uten unødvendig ventetid. Regjeringen har innført flere pakkeforløp for kreft, psykisk helse og rus samt hjerneslag. Samtidig er vi godt i gang med å utrede pakkeforløp for blant annet langvarige smerter, utmattelse, hjem etter kreft og flere nye pakkeforløp for psykisk helse og rus. Selv i et krevende år har tjenestene jobbet godt med å sikre pasienter og brukere utredning innen anbefalt tid. Pakkeforløp er en stor kvalitetsreform. Evalueringen av pakkeforløp kreft viser gode resultater som kortere ventetid, større forutsigbarhet og trygghet for pasientene. Innen psykisk helse og rus gir også pakkeforløpene større medvirkning for pasientene. Regjeringen har tro på at pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rusbehandling vil gi tilsvarende resultater på sikt.

Leve hele livet

Regjeringen gjennomfører kvalitetsreformen Leve hele livet. Målet er at eldre kan mestre livet lenger, og ha en trygg og aktiv alderdom. Leve hele livet handler om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Leve hele livet er regjeringens hovedsatsing for å skape et mer aldersvennlig samfunn og bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til eldre. Kommunene er godt i gang med arbeidet, men reformarbeidet som helhet er forsinket med ett år på grunn av koronapandemien. Reformperi-

oden er derfor forlenget med ett år, ut 2024. Sammen med KS har vi etablert et nasjonalt og regionalt støtteapparat som bistår og veileder kommunene med å planlegge og gjennomføre reformen. Det regionale støtteapparatet skal også legge til rette for erfaringsdeling og læring.

Heldøgns omsorgsplasser

Regjeringen har økt bevilgningene til kommunene slik at de kan gi eldre, alvorlig syke og andre som trenger det, gode omsorgstjenester. Vi har bidratt til en historisk satsing på heldøgns omsorgsplasser, flere årsverk og økt kompetanse hos ansatte. Gjennom investeringstilskuddet er det blitt lagt til rette for om lag 8900 heldøgns omsorgsplasser (2018–2021), både til netto tilvekst og til rehabilitering av plasser.

Fritt brukervalg

Regjeringen ønsker at flere innbyggere skal få fritt brukervalg i helse- og omsorgstjenesten. Derfor har vi foreslått å innføre en godkjenningsmodell for fritt brukervalg. Denne ble vedtatt av Stortinget i 2021. Det vil føre til at kommuner som politisk bestemmer at de vil innføre fritt brukervalg, enklere og raskere kan innføre ordningen. Brukerne i kommuner som benytter seg av godkjenningsmodellen, vil kunne få velge mellom leverandører som kommunen på forhånd har godkjent. Det gir ikke brukerne bare klagerett, men i praksis også bytterett, og skifter maktforholdet i møtet med kommunen. Kommunen fastsetter prisen på forhånd slik at leverandørene leverer tjenester til samme pris. For å være attraktive for brukerne må leverandørene konkurrere på kvalitet.

Kompetansekrav

Rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende at regjeringen har sikret lovfesting av kompetansekrav. Det betyr at fra 2018 må kommunene ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Regjeringen bestemte at fra 2020 må kommunene også ha knyttet til seg ergoterapeut og psykolog.

Kompetanseløft 2020 og 2025

Oppgavene som skal løses i omsorgstjenesten, krever personell med god og riktig kompetanse. Med midler fra Kompetanseløft 2020 har om lag 146 000 ansatte fullført en grunn-, videre- eller

etterutdanning i perioden 2016–2020. Fordi Kompetanseløft 2020 har vært en suksess, har regjeringen fortsatt å satse på grunn-, videre- og etterutdanning i et nytt kompetanseløft – Kompetanseløft 2025. Kompetanseløft 2025 ble lagt frem 7. oktober 2020. Det inneholder en rekke virkemidler og tiltak som skal understøtte kommunenes og fylkeskommunenes ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester. Etablering av en heltidskultur i tjenestene, redusert vikarbruk og økt kontinuitet i bemanningen løftes opp som noen av temaene det særlig vil jobbes videre med i planperioden 2021–2025.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

Regjeringen la i 2019 frem Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Meldingen setter retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Meldingen favner bredt og dekker store tema som psykisk helse, teknologi, digitalisering, kompetanse og samhandling. Syke skal ikke være kasteballer mellom sykehus og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. De skal få god oppfølging og føle seg trygge. Sammen med KS har vi derfor blitt enige om å etablere 19 helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak. Disse er i ferd med å bli etablert. Helsefelleskapene skal bidra til bedre samarbeid mellom sykehus og kommuner slik at pasienter ikke faller mellom to stoler. Skrøpelige eldre er én av de prioriterte pasientgruppene for helsefelleskapene.

Lindrende behandling og omsorg

Våren 2020 la regjeringen frem Norges første stortingsmelding om lindrende behandling og omsorg – En dag skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Formålet er å bidra til å styrke lindrende behandling og omsorg og synliggjøre døden som en del av livet – i familien, i helse- og omsorgstjenesten og i samfunnet. De som trenger lindrende behandling og omsorg, og deres pårørende skal ivaretas på en helhetlig måte for best mulig livskvalitet og økt grad av valgfrihet ved livets slutt. Det er et mål at flere skal få mulighet til mer hjemmetid ved livets slutt, og muligheten til hjemmedød for de som ønsker det. For å bidra til at alle får en verdig avslutning på livet, i tråd med egne ønsker og behov, løfter meldingen frem 30 ulike tiltak for økt åpenhet om døden, en mer helhetlig tilnærming, styrket medvirkning og valgfrihet, ivaretagelse av pårørende og familien og økt kompetanse i tjenestene.

Demensplan 2025

Demens er en av de største globale utfordringene verden står overfor. Derfor har regjeringen lagt frem Demensplan 2025. Dette er den tredje demensplanen i rekken. Vi har hatt gode erfaringer med demensplaner – men vi er ikke i mål. Fortsatt lever altfor mange med demens uten å bli utredet eller diagnostisert. Mange opplever for lite aktivitet, og flere pårørende sliter seg ut. Derfor er det fortsatt behov for satsing på dette feltet. Et viktig mål med Demensplan 2025 er at mennesker med demens skal fanges opp til rett tid og få gode og tilpassede tjenester. Vi vil at alle, til tross for sykdommen, skal kunne oppleve mestring og leve aktive og meningsfulle liv. Det overordnede målet er å bidra til et mer demensvennlig samfunn.

Digitaliseringstiltak

Pasientens helsetjeneste er også digital. I løpet av de siste fire årene er det gjennomført en rekke viktige digitaliseringstiltak. Nasjonale e-helseløsninger, som e-resept, kjernejournal og helsenorge.no, er innført og tatt i bruk i store deler av tjenesten. Løsningene har vist stor nytte under pandemien og bidratt til mer effektiv håndtering. Flere digitale løsninger er etablert for å understøtte pandemihåndteringen, herunder applikasjonen Smittestopp, koronasertifikat, digital tilgang til prøvesvar for helsepersonell og innbyggere og enklere tilgang til data om smitte for aktørene i tjenesten. Innføring av de nasjonale e-helseløsningene legger grunnlaget for realiseringen av pasientens legemiddelliste hvor utprøving skal starte i Helse Vest RHF og Bergen kommune i 2021. Gjennom nasjonalt velferdsteknologiprogram har over 300 kommuner tatt i bruk teknologier for trygghet og mestring. Regjeringen har gjennom satsingen på Helseanalyseplattformen og Helsedataservice lagt et viktig grunnlag for å gjøre Norges helsedata mer tilgjengelige for forskning og andre viktige formål for pasienter og øvrig befolkning. Felles kommunal journal er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom KS, kommunesektoren og staten. KS vil høsten 2021 etablere et

heleid aksjeselskap som vil ivareta videre programaktiviteter og utredningsarbeid frem til et beslutningsgrunnlag legges frem for kommuner for videre veivalg. Regjeringen har satsset på å forbedre og styrke de nasjonale samhandlingsløsningene for å bidra til at nødvendig informasjon om pasienten er tilgjengelig for helsepersonell på en trygg, rask og effektiv måte.

Internasjonalt samarbeid

Pandemien har vist at europeisk samarbeid er avgjørende for Norges evne til å håndtere grensekryssende helsetrusler. Det siste året har regjeringen intensivert samarbeidet med EU på helseberedskapsområdet. Pandemien har vært en vekker. Som et lite land er Norge sårbart når det gjelder forsyningssikkerhet for legemidler, herunder vaksiner, medisinsk utstyr og smittevernutstyr. EU har politisk og økonomisk slagkraft til å vise lederskap for Europas borgere og verden. EUs vaksinestrategi har sikret verdifulle doser til norske borgere. Regjeringen er stolt av å være en del av det europeiske samarbeidet. Regjeringen har aktivt støttet opp under EUs styrkede ambisjoner for helseberedskap. Regjeringen ønsker en bred tilknytning til EU-samarbeidet for å styrke Norges evne til å ivareta nasjonal krisehåndtering på helseområdet og for å bidra til at Europa kommer sterkere ut av krisen.

Regjeringen har videre vært en pådriver for styrking av den globale innsatsen mot pandemien med Verdens helseorganisasjon som leder i det internasjonale helsearbeidet. Regjeringen har også investert i tiltak for å bedre kunnskapsgrunnlaget for mottiltak mot pandemier og utvikling av vaksiner mot framtidige vaksineresistente varianter.

Norge var under Regjeringen Solberg en av initiativtakerne til at antibiotikaresistens ble løftet opp som eget tema på høynivåmøtet i FN. Det har bidratt til et tversektorielt arbeid i FNs organisasjoner for helse, miljø, og dyrehelse. Pandemien har satt søkelyset på viktigheten av arbeidet mot antibiotikaresistens, som er helsetjenestens klimautfordring.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 241,6 mrd. kroner, jf. tabell 2.1. Dette er fordelt med 204,3 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 37,3 mrd.

kroner på programområde 30, Helsetjenester, folketrygden. Samlet foreslås om lag 1,3 mrd. kroner mindre enn i Saldert budsjett 2021. Dette svarer til en reduksjon på 0,5 pst.

Tabell 2.1 Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

Betegnelse	Mill. kroner		
	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	3 962,0	2 135,7	-46,1
10.10 Folkehelse mv.	4 681,2	4 215,8	-9,9
10.30 Spesialisthelsetjenester	179 281,4	182 455,6	1,8
10.40 Sentral helseforvaltning	4 430,6	4 438,3	0,2
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	13 947,5	9 844,2	-29,4
10.70 Tannhelse	406,3	432,7	6,5
10.80 Kunnskap og kompetanse	566,7	786,0	38,7
Sum Helse og omsorg	207 275,6	204 308,2	-1,4
<i>Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	6 292,0	6 398,2	1,7
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	29 154,2	30 708,2	5,3
30.90 Andre helsetiltak	202,3	199,9	-1,2
Sum Helsetjenester, folketrygden	35 648,6	37 306,4	4,7
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	242 924,2	241 614,6	-0,5

For å komme fram til hvor stor reell endring budsjettforslaget representerer sammenliknet med Saldert budsjett 2021, må det bl.a. gjøres fratrukk for bevilgningsøkninger for å dekke opp for forventet pris- og kostnadsvekst, herunder takstoppgjør for leger, psykologer, fysioterapeuter mv., samt korrigerer for flytting av oppgaver og ansvar mellom departementene. For 2022 foreslås det bl.a. overført om lag 2,3 mrd. kroner til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett knyttet til forslag om å avvikle forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene og

endret finansieringsansvar for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger. Selv om bevilgningene til formålene er de samme på statsbudsjettet samlet sett, vil slike ansvarsoverføringer medføre at budsjettproposisjonene for avgivende og mottakende departement ikke gir et dekkende bilde for hvor stor reell endring budsjettforslagene representerer. Den reelle endringen som presenteres i denne proposisjonen er således regnet i forhold til samme ansvarsforhold som i saldert budsjett for 2021, dvs. før eventuell flytting av bevilgninger mellom

departementer. Korrigert for ovennevnte forhold representerer budsjettforslaget en reell nedgang på om lag 6,9 mrd. kroner, eller om lag -2,8 pst. sammenliknet med Saldert budsjett 2021. Realnedgangen skyldes at det i Saldert budsjett 2021 ble bevilget vel 12 mrd. kroner til ekstraordinære tiltak ifb. koronapandemien, mens det i denne proposisjonen foreslås vel 3,8 mrd. kroner til samme formål i 2022. Realnedgangen fordeler seg med om lag -7,5 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag +0,6 mrd. kroner på programområde 30 Helsetjenester, folketrygden. De viktigste styrkingene i budsjettforslaget ut over anslag for regelstyrte ordninger under folketrygden er omtalt i boks 2.1. Under pkt. 2.42 redegjøres det for gjennomgående budsjett- og strukturtiltak som foreslås for 2022.

100 mill. kroner til lovfestet rett til barnekoordinator og 100 mill. kroner til etablering av kommunale rådgivende enheter for russaker, som begge foreslås bevilget over rammetilskuddet til kommunene på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, inngår i anslag for reell endring i denne proposisjonen. I tillegg er 100 mill. kroner av den foreslåtte veksten i de frie inntektene til kommunene begrunnet med tiltak for barn og unges psykiske helse.

2.1 Vaksiner mot covid-19

Det foreslås 3,2 mrd. kroner knyttet til innkjøp av vaksiner mot covid-19 og vaksinasjon mv. Det er ventet at hele befolkningen fra 12 år og oppover vil ha fått tilbud om vaksiner som beskytter mot covid-19 i løpet av 2021. Pandemisituasjonen tilsier imidlertid at befolkningen også i 2022, og sannsynligvis i årene framover, vil ha behov for oppfriskningsdoser og/eller vaksiner som beskytter mot nye virusvarianter.

Deltakelse i EUs vaksineanskaffelser er regjeringens hovedstrategi for tilgang til koronavaksiner til befolkningen i Norge, også gjennom deltakelse i vaksineavtaler for 2022 og 2023. Den første avtalen om avrop på EUs leveranser i 2022 og 2023 ble inngått i juni 2021. For å kunne inngå ytterligere avtaler om framtidige vaksineleveranser, foreslås en bestillingsfullmakt på inntil 2 mrd. kroner i 2022.

2.2 Aktivitetsvekst sykehus

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2022 med 1 647 mill. kroner. Samtidig er

ekstraordinære bevilgninger i Saldert budsjett 2021 på 4 840 mill. kroner grunnet covid-19 ikke videreført i 2022. Beløpet 1 647 mill. kroner inkluderer 150 mill. kroner til innføring av ny inntektsmodell, jf. NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.

I saldert budsjett for 2021 ble det bevilget 1 140 mill. kroner til ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst på 1 pst. for å sette sykehusene i stand til å håndtere pandemien. Det legges til grunn at sykehusene i 2022 vil være tilbake i en mer normal driftssituasjon og de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene foreslås derfor ikke videreført i 2022. Med dette som utgangspunkt legges det opp til en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1 500 mill. kroner, eller om lag 1,4 pst., regnet fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner.

Foreslått økt driftsbevilgning på 1 647 mill. kroner framkommer etter at det er gjort fratrukk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (206 mill. kroner) og underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (29 mill. kroner). Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen for de regionale helseforetakene gjennomføres i tråd med etablert praksis, jf. nærmere omtale under punkt 2.43. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,7 pst.

Virusutbruddet har fra 2020 og gjennom 2021 endret driftssituasjonen for de regionale helseforetakene. Bevilgningsforslaget for 2022 tar derfor utgangspunkt i Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner for budsjettpostene innsatsstyrt finansiering og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Dette nivået representerer et normalår og understøtter målet om at sykehusene skal ha mest mulig normal drift framover.

Sykehusene har hatt betydelige merutgifter og reduserte inntekter som følge av virusutbruddet i 2020 og 2021, bl.a. som følge av økt beredskap, smitteverntiltak og utsatt planlagt aktivitet. De regionale helseforetakene er kompensert for dette gjennom flere ekstraordinære tiltak i 2020 og 2021, og som ikke videreføres i 2022. Sammenliknet med Saldert budsjett 2021 videreføres ikke midler til ekstrakostnader og smittevernuttstyr ifm. covid-19 (3 500 mill. kroner), ettårig aktivitetsvekst i sykehus (1 140 mill. kroner medregnet 250 mill. kroner til økt kjøp fra private) og midlertidig insentivordning for å redusere ventetider og forbedre kapasitetsutnyttelsen ved poliklinikker (200 mill. kroner). Insentivordningen i 2021 skal

Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2021

Vaksiner mot covid-19	3 200 mill. kroner
Aktivitetsvekst sykehus ¹	1 497 mill. kroner
Nasjonalt beredskapslager for legemidler	300 mill. kroner
Opptappingsplan for allmennlegetjenesten ²	300 mill. kroner
Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter.....	274 mill. kroner
Endringer i bioteknologiloven.....	225 mill. kroner
Barn og unges psykiske helse og forebygging av selvmord ³	200 mill. kroner
EU-programmer- Deltakelse i helseprogrammet EU4Health	195 mill. kroner
Innføring ny inntektsmodell regionale helseforetak.....	150 mill. kroner
Nasjonalt permanent beredskapslager for smittevernustyr	150 mill. kroner
Drift av koronavaksinasjonsprogrammet.....	150 mill. kroner
Felles kommunal journal	113 mill. kroner
Etablering av kommunale rådgivende enheter for russaker ⁴	100 mill. kroner
Likeverdsreformen – lovfestet rett til barnekoordinator ⁵	100 mill. kroner
500 heldøgns omsorgsplasser – investeringstilskudd	95,1 mill. kroner
LIS1-stillinger	58,8 mill. kroner
Pasientens legemiddelliste i kommunal helse- og omsorgstjeneste	57,9 mill. kroner
Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede.....	45 mill. kroner
Nasjonalt smittesporingsteam	34 mill. kroner
Tarmscreening	28,9 mill. kroner
Heroinassistert behandling	21,2 mill. kroner
Livmorhalscreening – hjemmetester	20,5 mill. kroner
WHO Collaborating Center	20 mill. kroner
Styrking av fylkeskommunens TOO- tilbud.....	20 mill. kroner
Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19.....	14 mill. kroner
Tverrfaglig helsekartlegging i barnevernet	13,5 mill. kroner
Pilotprosjekt med anbud på legemidler under folketrygden	11 mill. kroner
Digital samhandling – utvikling av nasjonale e-helseløsninger	10 mill. kroner
Implementering av Trygghetsstandard som del av Leve hele livet	10 mill. kroner
Handlingsplan for forebygging av selvmord.....	10 mill. kroner
Vold og overgrep.....	8 mill. kroner
Digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren.....	8,9 mill. kroner
Investeringstilskudd til trygghetsboliger.....	5,7 mill. kroner
Fagmyndighet medisinsk utstyr	5 mill. kroner
Økt saksbehandlingskapasitet i Helseklage	3,5 mill. kroner
Tilskudd til Dødehavstiftelsen.....	3 mill. kroner
Legemiddelregister	2,5 mill. kroner
Senteret for et aldersvennlig Norge.....	2,2 mill. kroner
Etisk kompetanseheving.....	2 mill. kroner
Velferdsteknologi.....	2 mill. kroner
Pasienterfaringsundersøkelse i psykisk helsevern for barn og unge.....	1,5 mill. kroner
Økt saksbehandlingskapasitet i Norsk pasientskadeerstatning	1,5 mill. kroner
Eldreombudet	1 mill. kroner

Merknad:

¹ Beregnet fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner

² 205 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, innbyggertilskudd

³ 100 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, innbyggertilskudd

⁴ Bevilges over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, innbyggertilskudd

⁵ Bevilges over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, innbyggertilskudd

dekke utgifter til ulike forbedringstiltak som analyser, bemanningsplanlegging samt pasientrettet arbeid.

Den foreslåtte aktivitetsveksten på 1 497 mill. kroner legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,4 pst. fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner. I tråd med etablert praksis fra 2008 er det da lagt til grunn at den økte aktiviteten kan realiseres til 80 pst. av gjennomsnittlig behandlingstkostnad.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. De regionale helseforetakene har ansvar for utredning og diagnostisering av pasienter som får langvarige, komplekse og sammensatte symptomer etter akuttforløpet av covid-19 i senfølgeklinikker. Tilbudet for rehabilitering etter covid-19 skal følge de nasjonale faglige rådene og nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19-sykdom. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer at den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,2 pst. i 2022.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering legges det til rette for en vekst på om lag 1,3 pst. fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på om lag 2,7 pst. neste år.

2.3 Nasjonalt beredskapslager for legemidler

Det foreslås 300 mill. kroner til beredskapslagring av forsyningskritiske legemidler i primær- og spesialisthelsetjenesten i 2022. For å trygge forsyningen av legemidler i forbindelse med koronapandemien er det i 2020 og 2021 iverksatt oppbygging av nasjonale beredskapslagre. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vurderer i 2021 fremtidig omfang av lagrene og organisering.

2.4 Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter

Det foreslås en samlet låneramme på 722 mill. 2022-kroner til byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna HF, med en lånebevilgning i 2022 på 173 mill. kroner. Videre foreslås det en samlet låneramme på 695 mill. 2022-kroner til nytt bygg for samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF, med en lånebevilgning på 35 mill. kroner i 2022. Det foreslås også en samlet låneramme på 928 mill. 2022-kroner til utbygging ved Sykehuset Telemark HF i Skien, med en lånebevilgning på 66 mill. kroner i 2022.

2.5 Opptrappingsplan for allmennlegetjenesten

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble lagt frem 11. mai 2020 som en forpliktende opptrappingsplan for perioden 2020 og ut 2024. Det inngår 17 tiltak i handlingsplanen som til sammen skal tilrettelegge for en bærekraftig og framtidrettet allmennlegetjeneste. Tiltakene skal bidra til å realisere de tre målområdene; en attraktiv og trygg karrierevei for fastlegene, god kvalitet til alle og en framtid med teambaserte allmennlegetjenester.

Det foreslås å øke bevilgningene til tiltak i opptrappingsplanen med 300 mill. kroner i 2022, hvorav 205 mill. kroner på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Refusjonstakstene for allmennlegene økes med 49 mill. kroner fra 1. januar 2022. Basert på erfaringer med ALIS vest og ALIS nord foreslås det 29 mill. kroner til en ordning med nasjonal ALIS for alle leger som spesialiserte seg i allmennmedisin. Totalt foreslås det 195 mill. kroner til dette tiltaket. Videre foreslås det 17 mill. kroner til introduksjonsavtaler som har som hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen ved å bedre tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin. Dette vil bidra til å heve kvaliteten i disse tjenestene. Totalt foreslås det 20 mill. kroner til introduksjonsavtaler.

2.6 Endringer i bioteknologiloven

Det foreslås 225 mill. kroner til helårseffekt av endringer i bioteknologiloven og oppfølging av anmodningsvedtak. Dette gjelder tidlig ultralyd,

endret aldersgrense for fosterdiagnostikk inklusiv NIPT og andre kostnader som tilkommer på sykehusene i tilknytning til å etablere og tilby assistert befruktning med eggdonasjon.

2.7 Barn og unges psykiske helse og forebygging av selvmord

Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) foreslås fulgt opp med ytterligere 200 mill. kroner i 2022, hvor av 100 mill. kroner på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 100 mill. kroner på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

Det foreslås 53,5 mill. kroner til etablering av flere oppsøkende og tverrfaglige FACT ung-team for barn og unge med sammensatte og alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser, samt en styrking på 2 mill. kroner til evaluering av teamene. Det foreslås videre 20 mill. kroner til utvikling, pilotering og evaluering av lavterskeltilbud for barn og unge i kommunene, 5 mill. kroner til økt kunnskap om barn og unges psykiske helse og 5 mill. kroner til Rådgivning for spiseforstyrrelser. Det foreslås videre 4,5 mill. kroner til lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for problematisk eller skadelig seksuell atferd. I tillegg foreslås det 5 mill. kroner til kompetanseutvikling om selvska- dings- og selvmordstematikk hos personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt 5 mill. kroner til utvikling av felles opplæringsmodul forhjelpelefoner innen psykisk helse. Sistnevnte to forslag følger opp tiltak i Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025. Videre begrunnes 100 mill. kroner av veksten i kommunesektorens frie inntekter med tiltak for barn og unges psykiske helse, herunder psykisk helse i VGS og lavterskeltilbud i kommunene.

Forslagene som inngår i oppfølgingen av Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse svarer også på anbefalingene i rapporten fra ekspertgruppen som har sett på konsekvenser koronapandemien har hatt for befolkningens psykiske helse, livskvalitet og rusmiddelbruk.

2.8 EU-programmer – deltakelse i helseprogrammet EU4Health

Det foreslås 195 mill. kroner i 2022 til deltakelse i EUs helseprogram EU4Health med programperiode 2021–2027. EU4Health skal bidra til å beskytte europeiske borgere mot grenseoverskri-

dende helsetrusler, forbedre tilgjengeligheten til medisinsk utstyr, legemidler og annet kriserelatert utstyr samt bidra til å styrke de nasjonale helssystemene. EU4Health skal støtte tiltak som bidrar til mer europeisk egenproduksjon av legemidler, medisinsk utstyr og personlig beskyttelsesutstyr, samt til felles anskaffelser og lagring. Programmet vil også støtte tiltak som gjør slik produksjon mer miljø- og klimavennlig.

2.9 Nasjonalt permanent beredskapslager for smittevernustyr

Det foreslås 150 mill. kroner til etablering av et nasjonalt permanent beredskapslager for smittevernustyr. Lageret vil kunne supplere helsetjenesten med smittevernustyr dersom det oppstår behov for dette, men kommer ikke til erstatning for kommunenes og sykehusenes ansvar for å sørge for tilstrekkelig smittevernustyr i egen tjeneste.

2.10 Drift av koronavaksinasjonsprogrammet

Det foreslås 150 mill. kroner til drift av koronavaksinasjonsprogrammet, herunder 122 mill. kroner til utgifter i Folkehelseinstituttet, 19,2 mill. kroner i Legemiddelverket og 8,8 mill. kroner til utstyr mv. i primærhelsetjenesten.

2.11 Felles kommunal journal

Det foreslås å styrke arbeidet med felles kommunal journal med 113 mill. kroner for å dekke statens bidrag til programaktiviteter i felles kommunal journal (Akson) for kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor helseregion Midt-Norge. Totalt foreslås bevilget 211,4 mill. kroner i 2022. Tilskuddet skal bidra til fremdrift, god styring og forankring og koordinering med nasjonale fagmyndigheter. Staten skal gjennom tilskuddsordningen bidra som pådriver og tilrettelegger for å realisere målet om én innbygger – én journal.

2.12 Etablering av kommunale rådgivende enheter for russaker

Det foreslås 100 mill. kroner til etablering av kommunale rådgivende enheter for russaker. Forslaget har sammenheng med Stortingets behandling

av Prop. 92 L (2020–2021) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.).

2.13 Likeverdsreformen – lovfestet rett til barnekoordinator

Regjeringen har i Prop. 100 L (2020–2021), jf. Innst. 581 L (2020–2021), foreslått å lovfeste en rett til barnekoordinator. Lovfesting av barnekoordinator er en ny oppgave for kommunene, og skal kompenseres i tråd med retningslinjene for statlig styring av kommunesektoren. Helårsvirkningen av forslaget er 180 mill. kroner, tilsvarende om lag 280 koordinatorstillinger. Det foreslås at lovendringen trer i kraft fra og med 1. august 2022. Det foreslås å kompensere kommunene med 100 mill. kroner over rammetilskuddet til kommunene over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

2.14 500 heldøgns omsorgsplasser – investeringstilskudd

Det foreslås 95,1 mill. kroner til å dekke første års utbetaling av investeringstilskudd til om lag 500 heldøgns omsorgsplasser, med en samlet tilsagnsramme svarende til om lag 951 mill. kroner. 50 pst. av tilsagnsrammen er øremerket til netto tilvekst av heldøgns plasser i kommunene. Den resterende delen av tilsagnsrammen kan i tillegg nyttes til rehabilitering og modernisering.

2.15 LIS1-stillinger

Samlet foreslås det å øke bevilgningene til LIS1-stillinger med 58,8 mill. kroner i 2022. Det foreslås 15,7 mill. kroner i 2022 til å øke antallet årlige LIS1-stillinger med 62 stillinger, med oppstart av 31 stillinger høsten 2022. Det foreslås å binde stillingene til spesialitetene allmennmedisin og psykiatri, begrunnet med at det er særlige rekrutteringsutfordringer knyttet til disse spesialitetene. Kombinert med økningen i antall utlyste LIS1-stillinger i 2020 og 2021, medfører dette at det årlige antallet utlyste stillinger fra 2023 vil være i samsvar med det anslåtte behovet fra Helsedirektoratet på 200 nye stillinger. Videre foreslås det ytterligere 19,8 mill. kroner til å fase inn flere stillinger i Helse Nord som ble opprettet i 2020 og 125,8 mill. kroner til 100 permanente LIS1-stillinger med oppstart høsten 2021. Samtidig reduseres bevilg-

ningen med 102,5 mill. kroner knyttet til 100 midlertidige stillinger som ble opprettet i 2020 for å håndtere virusutbruddet i tjenesten.

2.16 Pasientens legemiddelliste til kommunal helse- og omsorgstjeneste

Det foreslås 57,9 mill. kroner til pasientens legemiddelliste for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Pasientens legemiddelliste skal samle pasientens legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt.

2.17 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Det foreslås ytterligere 45 mill. kroner til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede, med en samlet bevilgning på om lag 160 mill. kroner i 2022. Midlene skal dekke økte kostnader knyttet til gjennomføring av dom til tvungen omsorg.

2.18 Nasjonalt smittesporingsteam

Det foreslås å videreføre 34 mill. kroner til for å sikre at det nasjonale smittesporingsarbeidet ifm. med covid-19 pandemien ivaretas på en robust og bærekraftig måte. Folkehelseinstituttets nasjonale smittesporingsteam skal bistå kommunene i utbruddshåndtering, samordne håndtering av utbrudd dersom flere kommuner og har ansvar for smittesporing på fly og annen offentlig transport der denne ikke kan knyttes til en kommune.

2.19 Tarmscreening

Det foreslås ytterligere 28,9 mill. kroner til innføring av et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft, med en samlet bevilgning på 157,1 mill. kroner i 2022. Tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år, og skal gjøres landsdekkende innen 2024.

2.20 Heroinassistert behandling

Det foreslås ytterligere 21,2 mill. kroner til videreføring av 5-årig forsøk med heroinassistert behandling. Midlene finansierer behandlingstil-

bud i Oslo og Bergen samt følgeforskning i regi av Helsedirektoratet.

2.21 Livmorhalscreening – hjemmetester

Det foreslås 20,5 mill. kroner i 2022 for å dekke oppstarts- og utviklingskostnader ved innføring av tilbud om hjemmetest til kvinner som har falt ut av Livmorhalsprogrammet. Målet med å innføre hjemmetest er at deltakelsen i Livmorhalsprogrammet skal øke og at færre kvinner på sikt skal utvikle livmorhalskreft. En ny norsk studie viser at tilbud om hjemmetest fører til økt deltakelse, avdekker et betydelig antall forstadier til kreft og kreft som ikke ville blitt avdekket ved ordinær påminnelse om å ta screeningprøve hos lege.

2.22 WHO Collaborating Center

Det foreslås 20 mill. kroner til «WHO Collaborating Centre» i Folkehelseinstituttet. Bevilgningen skal dekke effektstudier, gjennomføring av evalueringstudier av smitteverntiltak, kunnskapsoppsummeringer, midler til nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid, samt kjøp av utstyr og forskningstjenester.

2.23 Styrking av fylkeskommunens TOO-tilbud

Det foreslås 20 mill. kroner til styrking av tannhelsetjenestetilbudet rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi).

2.24 Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19

Det foreslås å videreføre 14 mill. kroner til et kunnskapsprogram for å dekke akutte kunnskapsbehov i forbindelse med koronapandemien. Programmet skal sikre pålitelig kunnskap for rådgiving, pasientbehandling og sentrale beslutninger i håndteringen av covid-19-epidemien i Norge.

2.25 Tverrfaglig helsekartlegging i barnevernet

Det foreslås 13,5 mill. kroner til å finansiere de regionale helseforetakenes utgifter til helsepersonell i kartleggingsteamene.

2.26 Pilotprosjekt med anbud på legemidler under folketrygden

Områdegjennomgangen av legemidler under folketrygden peker på at økt bruk av konkurransemekanismer i årene fremover kan bidra til å begrense folketrygdens og pasientenes legemiddelutgifter. Anbud har vært benyttet i spesialisthelsetjenesten i flere år med gode resultater, og har bidratt til å oppfylle flere legemiddelpolitiske mål. Det foreslås 11 mill. kroner for å gjennomføre en pilot for anbud på folketrygdfinansierte legemidler.

2.27 Digital samhandling – utvikling av nasjonale e-helseløsninger

Det foreslås 10 mill. kroner for å styrke arbeidet med de nasjonale e-helseløsningene, gjennom investeringer i grunndata- og tillitstjenester, og nasjonal tjeneste for laboratorie- og radiologisvar i 2022. Totalt foreslås bevilget 204,2 mill. kroner til digital samhandling.

2.28 Implementering av Trygghetsstandard som del av Leve hele livet

Bevilgningen til oppfølgingen av Leve hele livet foreslås videreført i 2022. Innenfor denne bevilgningen foreslås det å styrke Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) med 10 mill. kroner. USHTene vil framover ha en større og viktigere rolle i den regionale oppfølgingen av Leve hele livet. De fleste kommunene er over i en gjennomføringsfase og har behov for faglig støtte og veiledning til endrings- og implementeringsarbeidet. USHTene vil være en avgjørende bidragsyter i dette arbeidet. I tillegg skal USHTene ha en avgjørende rolle i implementeringen av Trygghetsstandard-verktøyet. Verktøyet skal bidra til å forbedre kvaliteten på tjenestene og redusere uønsket variasjon i sykehjem.

2.29 Vold og overgrep

Det foreslås til sammen 8 mill. kroner over kap. 765, post 21 til lavterskeltilbud for barn og unge som står i fare for å utvikle problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA). Formålet er å komme tidlig inn for å forhindre at barn og unge utvikler skadelig seksuell atferd og begår overgrep mot andre barn. 4,5 mill. kroner foreslås innenfor rammen av Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, jf. pkt. 2.7. I tillegg foreslås 3,5 mill. kroner til formålet gjennom arbeidet mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. For omtale av øvrige tiltak på voldsfeltet, se budsjettproposisjonene til Justis- og beredskapsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kulturdepartementet.

2.30 Digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Det foreslås 8,9 mill. kroner for å styrke Norsk helsenett SFs arbeid med digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren.

2.31 Investeringstilskudd til trygghetsboliger

Regjeringen foreslår å gjennomføre en pilot med investeringstilskudd til trygghetsboliger for eldre. Det foreslås 5,7 mill. kroner til første års utbetaling av en samlet tilsagnsramme på 57 mill. kroner i 2022, tilsvarende investeringstilskudd til om lag 50 trygghetsboliger. Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere kommunene og borettslag til å øke tilbudet av trygghetsboliger til eldre. Det foreslås opprettet en investeringstilskuddsordning til bygging av trygghetsboliger, avgrenset til distriktskommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 (SSBs sentralitetsindeks). Målgruppen for boligene er eldre, og det foreslås en nedre aldersgrense på 65 år. Dette kan bidra til at flere kan leve et selvhjulpent liv og bidra til å utsette behovet for omsorgstjenester.

2.32 Fagmyndighet medisinsk utstyr

Det foreslås 5 mill. kroner til styrking av fagmyndighet på området medisinsk utstyr. Nye EU-forordninger for medisinsk utstyr trådte i kraft 26. mai 2017 og kommer gradvis til full anvendelse over en overgangsperiode på 4 til 6 år. Rettsaktene vil medføre større arbeidsbyrde for Statens lege-

middelverk, og det er behov for flere personellressurser for å oppfylle myndighetskravene.

2.33 Økt saksbehandlingskapasitet i Helseklage

Det foreslås 3,5 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

2.34 Tilskudd til Dødehavstiftelsen

Det foreslås 3 mill. kroner til å videreføre tilskudd til Dødehavstiftelsen i 2022. Ved Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett 2021 ble det bevilget 3 mill. kroner i øremerket tilskudd til Dødehavstiftelsen til pasientopphold i Israel.

2.35 Legemiddelregister

Det foreslås 2,5 mill. kroner for å dekke kostnader til etablering av dagens pseudonyme reseptregister som et personidentifiserbart register. Legemiddelregisteret skal baseres på og erstatte dagens reseptregister, og er viktig for å få økt kunnskap om legemidlenes effekt og sikkerhet.

2.36 Senteret for et aldersvennlig Norge

Det foreslås 2,2 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til å øke den utadrettede virksomheten til senteret for å fremme aldersvennlig samfunnsutvikling, herunder å styrke opplæring av de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene og styrke arbeidet til Rådet for et aldersvennlig Norge.

2.37 Etisk kompetanseheving

Det foreslås 2 mill. kroner til å styrke satsingen på etisk kompetanseheving i regi av KS. Etikksatsingen i KS bistår kommunene regionalt og lokalt med nyttige verktøy for etisk refleksjon og tett og praksisnær oppfølging. Tiltaket bidrar til systematisk kompetanseheving på etisk refleksjon i tjenestene. Gjennom kompetanseheving bidrar tiltaket til å øke kvaliteten i tjenestene, som er ett av målene i kvalitetsreformen for eldre, Leve hele livet. Samlet foreslås det 4,6 mill. kroner til formålet i 2022 for å oppnå et likeverdig tilbud i hele landet.

2.38 Velferdsteknologi

Det foreslås å videreføre nasjonalt velferdsteknologiprogram i perioden 2022–2024 med en samlet bevilgning på 93 mill. kroner. Forslaget innebærer en styrking på 2 mill. kroner til teknologisk støtte til fritidsaktiviteter for barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse med formål å gjøre det enklere å delta i og mestre fritidsaktiviteter. Totalt foreslås en bevilgning på 12 mill. kroner til dette formålet i 2022.

2.39 Pasienterfaringsundersøkelse i psykisk helsevern for barn og unge

Det foreslås 1,5 mill. kroner for å gjennomføre en pasienterfaringsundersøkelse innen psykisk helsevern for barn og unge ved alle landets poliklinikker i 2022. Undersøkelsen gjennomføres av Folkehelseinstituttet, som har en nasjonal funksjon for måling av brukererfaringer med helsetjenesten.

2.40 Økt saksbehandlingskapasitet i Norsk pasientskadeerstatning

Det foreslås 1,5 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet i Norsk pasientskadeerstatning.

2.41 Eldreombudet

Det foreslås 1 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til ordinære driftsutgifter og til å videreutvikle virksomheten. Eldreombudet sin virksomhet er hjemlet i lov om Eldreombudet (eldreombudsloven) av 8. juni 2020 og ble etablert høsten 2020.

2.42 Budsjett- og strukturtiltak

Gjennomgående budsjetttiltak

Regjeringen vil bygge sin politikk på en effektiv bruk av fellesskapets ressurser. Som i næringslivet er det også i offentlig forvaltning et potensiale for å bli mer effektiv. Regjeringen har derfor innført en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform, og forutsetter at alle statlige virksomheter gjennomfører tiltak for å bli mer effektive. Reformen vil gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skaper handlingsrom for prioriteringer i statsbudsjettet. Virksomhetene har også god anledning til å planlegge og gjennomføre tiltak for å effektivisere

driften når reformen er et årlig krav. Deler av gevinsten fra mindre byråkrati og mer effektiv bruk av pengene overføres til fellesskapet i de årlige budsjettene. Den årlige overføringen settes til 0,5 pst. av alle driftsutgifter som bevilges over statsbudsjettet.

For Helse- og omsorgsdepartementet innebærer dette at bevilgningene reduseres med 862 mill. 2022-kroner, hvorav 823,7 mill. kroner for regionale helseforetak og 38,4 mill. kroner for sentral helseforvaltning mv. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Reformen innpasses på samme måte for regionale helseforetak som i 2021, og det foreslås å tilføre 617,8 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2022.

Videre er det, med enkelte unntak, foreslått at tilskudds- og 21-poster underreguleres med om lag 0,9 pst. sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til en samlet innsparing til andre prioriterte formål på om lag 38 mill. kroner. Det er gjort unntak bl.a. for bevilgninger til de regionale helseforetakene og tilskuddsposter til private ideelle organisasjoner, som blir prisomregnet fullt ut.

Avvikling av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Det vurderes å ikke være behov for ytterligere å prøve ut modellen for statlig finansiering av omsorgstjenestene. Det foreslås at forsøket avsluttes 31.12.2021. I 2022 innebærer dette innsparinger på statsbudsjettet knyttet til aktivitet, enhetskostnader, inntektpåslag og administrasjon av forsøket. Ved avvikling av forsøket skal inntektpåslaget settes ned med 40 pst. første år og med 60 pst. andre år etter avslutning. Tredje året etter avslutning utbetales ikke inntektpåslag. Samlet medfører dette en innsparing i 2022 på 313 mill. kroner.

Kommunene i forsøkets finansieringsmodell får dekket utgifter til ressurskrevende tjenester samme år som de påløper, mens øvrige kommuner får dekket disse utgiftene året etter. Som følge av foreslått avvikling av forsøket skal bevilgningen reduseres med ytterligere 307,8 mill. kroner i 2022, til sammen 620,8 mill. kroner.

I tillegg foreslås det å flytte 1 983,4 mill. kroner tilbake til kommunenes rammetilskudd over

Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden

For 2022 foreslås egenandelsbetalingene i sum prisjustert med 2 ¼ pst., svarende til 101 mill. kroner. Dette foreslås gjennomført ved å øke egenandelstaket med 74 kroner. Ut over dette foreslås egenandelstaket økt ytterligere med 352 kroner, med en samlet innsparing for folketrygden på anslagsvis 500 mill. kroner. Dagens bagatellgrense på 200 kroner medfører i praksis en høyere egenandelsbetaling enn egenandelstaket for de som har betalt mer i egenandeler enn taket, men mindre enn 200 kroner over. Det foreslås å oppheve bagatellgrensen f.o.m. 2022. Merutgiftene på anslagsvis 52 mill. kroner foreslås dekket inn ved å øke egenandelstaket med 35 kroner. Nytt egenandelstak foreslås fastsatt til 2921 kroner.

Som oppfølging av anbefalingene i områdegjennomgangen av legemidler under folketrygden, sendte Statens legemiddelverk sommeren 2021 på høring forslag til endringer i legemiddelforskriften om avvikling av det første kuttet for syntetiske legemidler i trinnprisordningen. Endringen vil innebære at dagens første trinnpriskutt for syntetiske legemidler på 35 pst. fjernes. Forutsatt at forskriftsendringene kan tre i kraft 1. januar 2022 antas forslaget å redusere folketrygdens utgifter med om lag 30 mill. kroner i 2022. Videre følges anbefalingene i områdegjennomgangen opp når det gjelder legereservasjoner uten faglig begrunnelse gjennom styrkede informasjons- og kontrolltiltak. Tiltakene anslås å redusere folketrygdens utgifter med om lag 8,5 mill. kroner i 2022.

Videre foreslås takstene for stønad til tannbehandling fra folketrygden prisjustert med 1,7 pst. for 2022. Dette er 0,9 pst. under forventet pris- og kostnadsvekst. Innsparingen på folketrygden, anslått til 20 mill. kroner, foreslås rettet inn mot å styrke fylkeskommunenes tverrfaglige psykolog- og tannbehandlingstilbud til personer utsatt for tortur eller overgrep, samt personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi), jf. pkt. 2.23.

Som for de regionale helseforetakene foreslås refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester underregulert sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til en innsparing for folketrygden med om lag 20 mill. kroner i 2022.

Økt ansvarliggjøring av statlige virksomheter for egne pensjonskostnader – innføring av ny premiemodell fra 2022

Effektiv bruk av ressurser i staten krever riktig prising av innsatsfaktorene. Pensjonspremie er et viktig kostnadselement og påvirkes bl.a. av den enkelte virksomhets lønnsutgifter og de ansattes uttak av tidligpensjon. Det pågår et arbeid med å modernisere premiesystemet i Statens pensjonskasse. Fra 2022 innføres en ny virksomhetsspesifikk og hendelsesbasert premiemodell for betaling av pensjonspremie for statlige virksomheter. Den nye premiemodellen tar løpende hensyn til de faktiske hendelser i medlemsbestanden, så som lønnsendringer og uttak av pensjon, slik at premiereserven er a jour med medlemmenes opp-tjening. Dette skal bidra til økt ansvarliggjøring av statlige virksomheter for egne pensjonskostnader. Pensjonspremien for de statlige virksomhetene vil fra samme tidspunkt bli beregnet etter nytt pensjonsregelverk, herunder påslagspensjon og nye samordningsregler, samt ny dødelighetstariff.

Innføringen av ny modell skal være om lag budsjettneutral på innføringstidspunktet ved at de berørte virksomhetene får en reduksjon eller en økning i bevilgningen i tråd med endret premie. Beregningene er basert på en sammenligning av nytt premienivå for 2022 med hva pensjonspremien ville blitt for 2022 med dagens premiemodell. Ettersom virksomhetene også betaler arbeidsgiveravgift av pensjonspremien, innebærer en endring av premienivået også endringer i arbeidsgiveravgiften virksomhetene skal betale. Det er hensyntatt i beregningene. Det vises til Arbeids- og sosialdepartementets Prop. 1 S (2021–2022) for nærmere omtale.

Budsjettgevinster fra endrede jobbreisevaner

Pandemien har krevd økt bruk av digitale møter og gitt statlige virksomheter en mulighet til å redusere reiseomfanget både på kort og lang sikt. Selv om reiseaktiviteten vil gå opp igjen etter hvert som samfunnet åpner ytterligere opp, vil nivået på reiseaktiviteten trolig være varig redusert. Dette vil redusere reiseutgifter i virksomhetene og spare reisetid for de ansatte. Regjeringen foreslår et varig gevinstuttak på 5 pst. av reiseutgiftene slik de var før pandemien fra og med 2022. Departementet viser videre til Prop. 1 S (2021–2022) Gul bok for nærmere redegjørelse av gevinstuttaket.

3 Oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak

Nedenfor gis en oversikt over oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak under Helse- og omsorgsdepartementet. Oversikten inkluderer alle vedtak fra stortingssesjonen 2020–2021, samt de vedtakene som kontroll- og konstitusjonskomiteen i Innst. 580 S (2020–2021) mente ikke var

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

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

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2021–2022)
2020–2021	4	Besøk i boliger for eldre og funksjonshemmede	Ja
2020–2021	5	Økonomiske modeller for utvikling av antibiotika	Nei
2020–2021	9	Lovendring om mennesker på sykehjem mot deres egen vilje	Nei
2020–2021	12	Nasjonal plan for rehabilitering av personer som har gjennomgått covid-19	Ja
2020–2021	13	Retningslinjer for hvordan grupper skal ivaretas ved en eventuell ny nedstenging	Ja
2020–2021	14	Innsyn i pasienttall	Ja
2020–2021	24	Offentlig tilgjengelig faglig grunnlag for smitteverntiltak	Ja
2020–2021	83	FoU-samarbeidet med legemiddelindustrien	Ja
2020–2021	84	Revisjon av smittevernloven etter Koronakommisjonens rapport	Nei
2020–2021	90	Etablering av palliativ medisin som en medisinsk spesialitet	Ja
2020–2021	91	Handlingsplan for lindrende behandling og omsorg	Ja
2020–2021	92	Finansiering av spesialisthelsetjenestens palliative team	Ja
2020–2021	93	Finansiering av Lukas Hospice i Malvik	Ja
2020–2021	95	Helseregistre i helseanalyseplattformen	Ja
2020–2021	96	Gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling	Ja
2020–2021	153	Hospice Malvik og barnehospice i Kristiansand	Nei
2020–2021	164	E-sigaretter og tobakksfri nikotinsnus	Ja
2020–2021	165	Autorisasjon til naprapater, osteopater og akupunktører	Ja

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2021–2022)
2020–2021	174	Godkjenningsordning for private aktører som vil tilby NIPT	Ja
2020–2021	177	NIPT-test til gravide	Ja
2020–2021	178	Pasientomlastning på Skaidi	Ja
2020–2021	179	Styrking av regionale barnepalliative team	Ja
2020–2021	226	Modell for økt testing for covid-19 ved grensen	Ja
2020–2021	227	Økt testkapasitet i hele landet	Ja
2020–2021	228	Økt testing og testkapasitet for risikogrupper	Ja
2020–2021	229	Sykehusenes intensivkapasitet og beredskap i etterkant av covid-19-pandemien	Nei
2020–2021	328	Alternative behandlere – fritak fra merverdiavgiftsloven	Nei
2020–2021	531	Alkoholservering i kommuner med lavt smittetrykk	Ja
2020–2021	556	Testkapasitet i kommuner	Ja
2020–2021	557	Tilstrekkelig testkapasitet ved lufthavnene	Ja
2020–2021	558	Kontrollsystem for etterlevelse av testplikt og karanteneplikt	Ja
2020–2021	560	Kobling mellom innreiseregisteret og MSIS-labdatabase	Ja
2020–2021	561	Karantenereregler ved import av arbeidskraft	Ja
2020–2021	604	Planlegging og evaluering av nye sykehusbygg	Nei
2020–2021	605	Økt bruk av avtalespesialister i helseforetakene	Ja
2020–2021	607	Utredning av endringer i innkjøpsforskriften for Vinmonopolet	Nei
2020–2021	608	Medisinsk og palliativ behandling av eldre personar med covid-19-smitte	Ja
2020–2021	609	Eldre på helseinstitusjon og tilstedeværelse frå pårørende	Ja
2020–2021	610	Rapportering om eldre som dør alene på helseinstitusjon	Ja
2020–2021	611	Tiltak for å sikre eldre bedre smittevern og verdig omsorg	Ja
2020–2021	612	Kommunikasjon til kommuner og kommuneoverleger om nasjonale endringar og tiltak	Ja
2020–2021	645	Voksenvaksinasjonsprogram	Nei
2020–2021	646	Automatisk informasjonsordning	Nei
2020–2021	649	Svangerskapsoppfølging for partner	Ja

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2021–2022)
2020–2021	650	Sikring av fortsatt drift av fødeavdelingen i Kristiansund	Nei
2020–2021	651	Drift av fødeavdelingen i Kristiansund	Nei
2020–2021	652	Regelverket for pasientreiseordningen	Ja
2020–2021	653	Pasientreiseordningen og avtaler med taxiselskap	Ja
2020–2021	692	Botilbud for personer som har kommet ut av aktiv rus	Nei
2020–2021	693	Finansieringsordning innen rusfeltet	Nei
2020–2021	694	Levekårsundersøkelse for personer med alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)	Nei
2020–2021	695	Nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern	Ja
2020–2021	696	Gjennomgang av kapasitet og behov innen psykisk helsevern	Ja
2020–2021	697	Gjennomgang av utskrivningspraksis innenfor rus- og psykisk helsevern	Ja
2020–2021	699	Irreversibelt steriliseringsinngrep i forbindelse med endring av kjønn	Ja
2020–2021	700	Synsundersøkelse av pasienter med hjerneslag	Ja
2020–2021	701	Rehabilitering for pasienter med synsnedsettelse	Ja
2020–2021	702	Helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud	Nei
2020–2021	707	Nedlegging av rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten	Ja
2020–2021	709	Bruk av avtalespesialister innen psykisk helsevern	Ja
2020–2021	710	Nedlegging av det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet på Sykehuset innlandet	Ja
2020–2021	723	Pandemiberedskap og legemiddelberedskap	Ja
2020–2021	724	Norsk beredskapsproduksjon av viktige legemidler, vaksiner og medisinsk utstyr,	Ja
2020–2021	725	Lagre av essensielle legemidler	Ja
2020–2021	726	Responstider, kompetanse og akuttmedisinsk utstyr	Nei
2020–2021	727	Norges tilgang til produksjonskapasitet for kritisk medisinsk utstyr	Ja
2020–2021	806	Salg av sykehustomta på Ullevål	Ja
2020–2021	807	Aker sykehus – fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen	Ja
2020–2021	808	Sykehusaktiviteten i Oslo	Ja
2020–2021	809	Granheim lungesykehus	Ja

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2021–2022)
2020–2021	873	Uavhengig gransking av regjeringens arbeid for å sikre Norges befolkning vaksiner	Ja
2020–2021	874	Uavhengig gransking – vaksiner	Ja
2020–2021	875	Koronakommisjonen – sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene	Ja
2020–2021	876	Koronakommisjonen – situasjonen for kommune-overleger og kommunale smittevernleger	Nei
2020–2021	877	Ekspertgruppe – koronapandemien og smittevern-tiltakene for eldre og personer med nedsatt-funksjonsevne	Ja
2020–2021	889	Nasjonal produksjon og beredskap for kritisk viktig smittevernutstyr	Ja
2020–2021	890	Investeringstilskudd til norske produsenter av smittevernutstyr	Ja
2020–2021	891	Nasjonal produksjon av beredskapsprodukter	Ja
2020–2021	892	Beredskapsavtaler for produksjon av smittevernutstyr	Ja
2020–2021	963	Beredskapsavtaler for norsk produksjon av legemidler	Ja
2020–2021	964	Forhåndskjøpsavtaler med private – norsk vaksineproduksjon	Ja
2020–2021	966	Lovregulering av språkkrav – kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten	Ja
2020–2021	986	Eldrevoldssaker – nasjonale retningslinjer	Nei
2020–2021	987	Eldrevoldssaker – meldeplikt	Nei
2020–2021	989	Pasienter med ALS – kliniske studier	Ja
2020–2021	990	Forskning på sykdommer som rammer sentral-nervesystemet	Ja
2020–2021	991	Stamcellebehandling for MS-pasienter	Ja
2020–2021	994	Beslutningsforum for nye metoder – samfunns-økonomiske beslutninger	Ja
2020–2021	1105	Helse-, sosial- og omsorgssektoren – saksbehandling av klager	Ja
2020–2021	1114	Legemiddeloven – narkotika til eget bruk	Nei
2020–2021	1119	Bruk av Naltrekson	Ja
2020–2021	1120	Rusfaglig kompetanse i BUP	Ja
2020–2021	1121	Avrusning og videre behandling	Ja
2020–2021	1122	Ettervernsreform for rusavhengige	Nei
2020–2021	1123	Bruk av Nalokson	Nei

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2021–2022)
2020–2021	1144	Midlertidig løsning før koronasertifikat	Ja
2020–2021	1156	NKVTS – studie om Alexander L. Kielland-ulykken	Ja
2020–2021	1164	Evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene	Nei
2020–2021	1165	Styrking av tannhelsetilbudet – TOO	Ja
2020–2021	1170	WHO – tilgang til effektive antibiotika	Nei
2020–2021	1281	Styrket opplæring av eldrerådene	Nei
2020–2021	1284	Vern av sårbare eldre	Ja
2020–2021	1344	Anbud på folketrygdfinansierte legemidler	Ja
2020–2021	1347	Offentlig autorisasjon til naprapater og osteopater	Ja
2020–2021	1348	Plan for rekruttering i helse- og omsorgstjenesten	Ja
2019–2020	294	Evaluering av systemet for nye metoder for legemidler	Ja
2019–2020	347	Prøveprosjekt der helsesykepleiere henviser til BUP	Nei
2019–2020	573	Luftambulansetjenesten i Kirkenes og Tromsø	Nei
2019–2020	575	Beredskapsmodell for norsk produksjon av legemidler	Nei
2019–2020	577	Sykehuset i Kirkenes – intensivvirksomhet nivå 2	Nei.
2019–2020	578	Produksjonskapasitet av legemidler og medisinsk utstyr	Ja
2019–2020	581	Gjennomgang av helselovgivningen jf. FN's barnekonvensjon	Nei
2019–2020	609	Medisinsk fødselsregister	Ja
2019–2020	610	Biomedisinkonvensjonen og mitokondriedonasjon	Ja
2019–2020	611	Utredning av markedet for genetisk selvtesting	Nei
2019–2020	612	Forbud genetisk testing av barn	Nei
2019–2020	613	Kompensasjon av donasjon av kjønnsceller	Ja
2019–2020	615	Prioriteringsveileder for donasjon av egg	Ja
2019–2020	616	Preimplantasjonsdiagnostikk	Nei
2019–2020	617	Svangerskap – ultralyd med tilleggsundersøkelser	Ja
2019–2020	618	Aldersgrense tilbud om fosterdiagnostikk	Ja
2019–2020	619	NIPT til alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk	Ja
2019–2020	620	NIPT tillatt å utføre i Norge for alle gravide	Ja
2019–2020	622	Endringer i bioteknologiloven – økonomiske konsekvenser	Ja
2019–2020	711	Endringer i Smittestopp-applikasjonen	Ja
2019–2020	712	Planlagt svangerskapsavbrudd på sykehus	Ja

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2021–2022)
2019–2020	713	Spontanabort – oppfølging fra helsepersonell	Ja
2018–2019	20	Styrking av norsk tannhelse	Nei
2018–2019	25	Ensomhet inn i folkehelseloven §7	Nei
2018–2019	28	Nasjonal strategi for ernæring hos eldre	Ja
2018–2019	29	Ernæringskompetanse og arbeid i tjenesten	Ja
2018–2019	38	Samarbeid om holdninger til alkohol i arbeidslivet	Ja
2018–2019	39	Forslag om merking av alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	44	Innføring av merking av alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	82	Ideelle organisasjoners pensjonskostnader	Nei
2018–2019	87	Utredning av BPA-ordningen	Nei
2018–2019	93	Årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter	Nei
2018–2019	589	Forskrivningsrett på prevensjon til de under 16 år	Ja
2017–2018	363	Medisinstudenter i primærhelsetjenesten	Ja
2017–2018	436	Reduksjon i alkoholforbruk	Ja
2017–2018	438	Nye finansieringsformer – Boliger til eldre	Ja
2017–2018	468	Legevakt- og fastlegeordningen	Ja
2017–2018	469	Evalueringsplan av turnusordningen	Nei
2017–2018	508	Institusjonsplasser for barn	Ja
2017–2018	614	Handlingsplan mot selvmord og selvskading	Ja
2017–2018	615	Regelverket for pasientreiser	Ja
2017–2018	616	Evalueringsplan av pasientreiseforskriften	Ja
2017–2018	617	Organisering av pasientreiseordningen	Ja
2017–2018	624	Oppfølging av rapporten «Gode liv i Norge»	Ja
2017–2018	625	Styringen av helsevesenet	Nei
2017–2018	626	Folkehelseinstituttet – målesystem for livskvalitet	Ja
2017–2018	627	Nasjonale undersøkelser om livskvalitet	Ja
2017–2018	628	Data om livskvalitet	Ja
2017–2018	634	Evalueringsplan av LAR-ordningen	Ja
2017–2018	642	Spesialisering innen geriatri	Ja
2017–2018	753	Fødselsomsorg	Nei
2017–2018	839	Kosmetiske injeksjoner	Ja
2017–2018	843	Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser	Ja

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

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2021–2022)
2017–2018	851	Markedsføring av kosmetisk kirurgi	Ja
2017–2018	861	Drift av luftambulansetjenesten	Ja
2017–2018	915	Tobakksskadeloven	Nei
2017–2018	922	Kvalitet i spesialistutdanning for leger	Ja
2016–2017	847	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	848	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	849	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	850	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2015–2016	545	Basestrukturen for luftambulansen i Norge	Ja
2015–2016	627	Prevensjon til rusavhengige	Nei
2015–2016	786	Ungdomshelsestrategi og reklame	Ja
2015–2016	787	Ungdomshelsestrategi og tiltak mot kroppspress	Ja

Stortingssesjon (2020–2021)

Besøk i boliger for eldre og funksjonshemmede

Vedtaks nr. 4, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for en kartlegging av offentlige myndigheters håndtering av besøksrestriksjoner og besøksstans i boliger for eldre og funksjonshemmede under koronapandemien, enten som egen gransking eller ved å tydeliggjøre mandatet til koronakommisjonen til å omfatte dette.»

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom Koronakommisjonens rapport og rapporten Senter for omsorgsforskning utarbeidet på oppdrag fra Koronakommisjonen om hvordan pandemien har rammet de eldste og mest sårbare i Norge. Videre vises det til pågående arbeider og særskilte satsinger rettet mot eldre og personer med funksjonsnedsettelser, jf. blant annet Prop. 117 S (2019–2020), Prop. 127 S (2019–2020), Innst. 360 S (2020–2021) og Prop. 1 S (2020–2021), Innst. 11 S (2020–2021). Det vises til nærmere vurdering under kap. 761.

Økonomiske modeller for utvikling av nye, virksomme antibiotika

Vedtaks nr. 5, 6. oktober 2020

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

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

Norge har bidratt i arbeidet med utvikling av nye antibiotika, i hovedsak gjennom deltakelse i EU-prosjekter. Folkehelseinstituttet har ledet arbeidet med å utvikle nye insentiver. Insentivene er designet med hensyn til både å stimulere ny antibiotikainnovasjon, men samtidig sikre forutsigbar tilgang. Folkehelseinstituttet har gjennom EU-samarbeid samlet 13 lands uformelle tilbakemelding angående insentiver, med mål om at flere land vil samarbeide og teste disse. Fra 2019 har Legemiddelverket tillatt inklusjonen av den brede samfunnsmessige merverdien i legemiddeløkonomiske analyser til nye antibiotika. Ved behandlingen av Prop. 42 S (2020–2021), jf. Innst. 165 S (2020–2021), vedtok Stortinget en bevilgning på 15 mill. kroner knyttet til en mulighetsstudie for

antibiotikaproduksjon. I 2020 ble 15 mill. kroner stilt til disposisjon til Helsedirektoratet, men midlene vil først bli utbetalt i 2021. Den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens skal revideres og regjeringen vil i den anledning komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Lovendring om mennesker på sykehjem mot deres egen vilje

Vedtak nr. 9, 6. oktober 2020

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et utredningsarbeid med tanke på å sende på høring forslag som følger opp vedtaket. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Nasjonal plan for rehabilitering av personer som har gjennomgått covid-19

Vedtak nr. 12, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest få på plass en nasjonal plan for rehabilitering av personer som har gjennomgått covid-19, og har behov for opp-trening.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trontaledebatt i Stortinget, 6. oktober 2020. Anmodningsvedtaket anses som utkvittert gjennom Helsedirektoratets lansering av nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19 den 21. juni 2021. Planen angir anbefalt retning for arbeidet med rehabilitering for personer som har rehabiliteringsbehov etter å ha gjennomgått covid-19-sykdom. Det vises til omtale på kap. 762.

Retningslinjer for hvordan grupper skal ivaretas ved en eventuell ny nedstenging

Vedtak nr. 13, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen utarbeide klare retningslinjer for hvordan sårbare barn og unge, rusavhengige, funksjonshemmede, mennesker

med alvorlige psykiske lidelser og andre utsatte grupper skal ivaretas ved en eventuell ny nedstenging.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trontaledebatt i Stortinget, 6. oktober 2020.

Vedtaket anses som oppfylt gjennom oppdrag 220 til Helsedirektoratet som ble sendt 6. november 2020. Helsedirektoratet besvarte oppdraget 12. november, og har på bakgrunn av oppdraget blant annet oppdatert relevante veiledere fortløpende under pandemien. Det er også iverksatt tiltak for mer tilpasset informasjon til særlig sårbare grupper, herunder også deler av innvandrerbefolkningen. Direktoratet gjennomførte også nasjonale kampanjer på flere digitale arenaer med råd om ivaretagelse av egen psykisk helse vinteren 2020 og våren 2021. Det vises til omtale på kap. 765, post 21.

Innsyn i pasienttall

Vedtak nr. 14, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen gjøre konkrete vurderinger av meroffentlighet når det bes HOD om innsyn i de samlede pasienttallene for hver helse-region i forbindelse med covid-19.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom Folkehelseinstituttets statistikker over antall smittede og inneliggende pasienter for hver helseregion. Folkehelseinstituttets statistikk gir et godt kunnskapsgrunnlag for å kunne følge smitteutvikling og pasienttall både på nasjonalt og lokalt nivå. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Offentlig tilgjengelig faglig grunnlag for smitteverntiltak

Vedtak nr. 24, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen gjøre offentlig tilgjengelig det faglige grunnlaget for nye smitteverntiltak for de annonseres.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp ved at det fra og med oktober 2020 er lagt til rette for at alle oppdragsbesvarelser og annet faglig grunnlag utarbeidet i Helsedirektoratet eller Folkehelseinstituttet som benyttes som underlag for politiske ved-

tak om smitteverntiltak, offentliggjøres før smitteverntiltak annonseres. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

FoU-samarbeidet med legemiddelindustrien

Vedtak nr. 83, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen styrke FoU-samarbeidet med legemiddelindustrien, slik at offentlige forskningsmidler kan bidra til å øke mulighetene for deltakelse i kliniske studier for norske pasienter, samt bedre tilgangen på legemidler.»

Vedtaket er truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:98 S (2019–2020).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene i 2021 om etablering av NorTrials, et gjensidig forpliktende partnerskap mellom spesialisthelsetjenesten og helsenæringen. Det vises til omtale under kap. 732, post 78.

Helhetlig revisjon av smittevernloven

Vedtak nr. 84, 17. november 2020

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

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

Arbeidet har blitt forsinket som følge av arbeid med håndtering av koronapandemien. Oppfølging av vedtaket må også sees i sammenheng med at regjeringen 15. april 2021 ba koronakommisjonen fortsette sitt arbeid etter at kommisjonen 14. april 2021 fremla sin første rapport, NOU 2021: 6 – Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om saken på egnet måte.

Etablering av palliativ medisin som en medisinsk spesialitet

Vedtak nr. 90, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen etablere palliativ medisin som en medisinsk spesialitet, eller påbyggingsspesialitet som gir en formalisering av kompetanse i palliativ medisin med status som medisinsk spesialitet. Muligheten for å bygge på læringsmål/innhold fra ulike spesialiteter skal

inngå i etableringen av den nye spesialiteten. Som en følge av dette må det opprettes kliniske utdanningsstillinger.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve, jf. Innst. 73 S (2020–2021).

Helsedirektoratet er gitt oppdrag i tildelingsbrevet for 2021 om å starte arbeidet med å etablere en ny medisinsk spesialitet i palliasjon i henhold til Stortingets vedtak. Muligheten for å bygge på læringsmål og innhold fra ulike spesialiteter skal inngå i etableringen av den nye spesialiteten. Den nye spesialiteten skal ivareta faglige behov i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger skal legges til grunn for arbeidet med etableringen. Anmodningsvedtaket anses å være oppfylt. Det vises til omtale i kap. 783.

Handlingsplan for lindrende behandling og omsorg

Vedtak nr. 91, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en egen forpliktende handlingsplan for lindrende behandling og omsorg og fremlegge den for Stortinget på egnet måte. Planen bør blant annet sikre:

- at sykehusene har en plan for å forhindre overbehandling mot livets slutt
- at helseforetakene har en plan for hvordan de i et samarbeid med kommunene kan forhindre uverdige transporter av pasienter i livets slutfase
- at ingen som mottar hjelp fra helsetjenesten – i den grad det er mulig – skal dø alene eller være alene i livets slutfase. Dette målet gjelder også i pandemier og tilsvarende kriser
- bedre samarbeid om den alvorlig syke pasienten ved at det opprettes samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus om felles utvikling og bruk av pasienttilpassede forløp innenfor palliasjon, og ved å involvere pasientorganisasjonene i arbeidet.
- en plan for å styrke kompetansen til å ivareta menneskers åndelige og eksistensielle behov, slik at pasienter og pårørende sikres helhetlig behandling og omsorg.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 24 (2019–2020).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom regjeringens omtale i Prop. 1 S (2021–2022), del III. De fem områdene Stortinget foreslår i ny handlingsplan er i all hovedsak en videreutvikling av innsatsområder og tiltak som allerede inngår i stortingsmeldingen. Innenfor de fem områdene finnes det nye og pågående tiltak, både som en del av stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg, og som en del av pågående arbeid i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å sikre en helhetlig oppfølging av Meld. St. 24 (2019–2020), der tiltakene ses i sammenheng, også på tvers av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har utarbeidet en plan for gjennomføring, og det tas sikte på at alle tiltak som er identifisert gjennom Stortingets behandling vil bli fulgt opp innen utgangen av 2023.

Organiseringen av arbeidet involverer fagmiljøet og relevante organisasjoner. Statsforvalterne skal følge opp meldingen regionalt. Oppfølgingen av stortingsmeldingen skal også ses i sammenheng med oppfølgingen av øvrige satsinger innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet med å se satsingene i sammenheng er å samordne de statlige initiativene overfor kommunene på helse- og omsorgsfeltet, og legge grunnlaget for en felles oppfølging av satsingene i både statlig og kommunal sektor. Vedtaket anses som oppfylt, og det vises til omtale i del III.

Finansiering av spesialisthelsetjenestens palliative team

Vedtaket nr. 92, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen ta en gjennomgang av finansieringsordningen, slik at måten veiledning og ambulerende virksomhet finansieres på for spesialisthelsetjenestens palliative team, ikke blir et hinder for å oppnå gode oppfølgingsløp.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 24 (2019–2020), jf. Innst. 73 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp gjennom å gi Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere om finansieringsordningene understøtter ønsket kvalitet og faglig utvikling knyttet til veiledning og ambulerende virksomhet for spesialisthelsetjenestens palliative team. På bakgrunn av Helsedirektoratets svar på oppdraget, tas det sikte på å gjøre enkelte

endringer i regelverket for innsatsstyrt finansiering fra 2022. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 76. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Finansiering av Lukas Hospice i Malvik

Vedtaket nr. 93, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Lukas Hospice i Malvik sikres forutsigbar finansiering i prosjektperioden.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 24 (2019–2020), jf. Innst. 73 S (2020–2021).

Det vises til anmodningsvedtak 153 av 3. desember 2020 om å øremerke tilskudd til hospice Malvik og barnehospice i Kristiansand i pilotperioden. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn en femårig pilotperiode for Lukas hospice Malvik, fra og med første år med tilskudd. For Lukas hospice Malvik er pilotperioden definert til å være fra og med 2019 til og med 2023. Regjeringen foreslår å avslutte rapporteringen på vedtak nr. 93 og viser til videre oppfølging av vedtak 153 fra stortings sesjonen 2020–2021. Det vises for øvrig til omtale under kap. 761, post 73.

Helseregistre i helseanalyseplattformen

Vedtaket nr. 95, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen konsultere Sametinget før forskrift etter § 20 i helseregisterloven som skal regulere hvilke helseregistre som skal tilgjengeliggjøres i helseanalyseplattformen, sendes på høring, med mål om å oppnå enighet om sikring av urfolks kontroll med innsamling, tilgang til, analyse og fortolkning av helserelevante data.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 59 L (2019–2020), jf. Innst. 75 L (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp gjennom konsultasjon med Sametinget ved utarbeidelse av høringsnotat om «Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata (Helseanalyseplattformen og Helsedataservice)». Departementet foreslår å ikke innlemme den befolkningsbaserte helseundersøkelsen Saminor i ordningen på det nåværende tidspunkt. Konsultasjonsprosessen er avsluttet med enighet mellom Sametinget og Helse- og omsorgsdepartementet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurdering under kap. 701.

Gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling

Vedtak nr. 96, 17. november 2020

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

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

Vedtaket er vurdert i sammenheng med Stortingets vedtak nr. 20 fra 15. november 2018 om styrking av norsk tannhelse, der Stortinget ba regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak blant annet basert på en gjennomgang av refusjonsordningene på tannhelsefeltet. I Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – om prioritering i helse- og omsorgstjenesten*, er det er tydeliggjort at en slik gjennomgang forutsetter bred involvering fra brukere, fagfelt og organisasjoner og tid til kunnskapsinnhenting. Regjeringen vil derfor komme tilbake til Stortinget med en egen melding om tannhelsetjenesten.

Folketrygdloven § 22-15 a gir hjemmel for å kreve tilbake feil utbetalt refusjon til behandlere, tjenesteytere og andre som har direkte oppgjør med hhv. Helfo og Nav. Paragrafen har et bredt virkeområde og omfatter bl.a. leger, tannleger, fysioterapeuter, psykologer, kiropraktorer, private laboratorier og røntgeninstitutter, apotek og bandasjister samt leverandører av ortopediske hjelpemidler og brystproteser. Tilbakekreving skjer som hovedregel på objektive grunnlag.

En objektiv tilbakekrevingsregel sikrer forutsigbarhet og likebehandling mellom grupper av behandlere og tjenesteytere. Gjennom unntaksreglene i § 22-15 a er det tatt høyde for at bl.a. feil hos Helfo og subjektive forhold hos behandleren kan fritta for krav om tilbakebetaling.

Det vurderes ikke som nødvendig eller hensiktsmessig å endre ordlyden eller foreta presiseringer i folketrygdloven § 22-15 a, med sikte på forenkling av regelverket spesielt i forhold til tannleger. Det vises til omtalte på kap. 2711, post 72.

Hospice Malvik og Barnehospice Kristiansand

Vedtak nr. 153, 3. desember 2020

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

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

Regjeringen foreslår å videreføre øremerket tilskudd med 30,8 mill. kroner til Lukas hospice Malvik og til barnehospice i Kristiansand i 2022.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn en femårig pilotperiode for både Lukas hospice Malvik og for barnehospice i Kristiansand, fra og med første år med tilskudd. For Lukas hospice Malvik er pilotperioden definert til å være fra og med 2019 til og med 2023. For barnehospice i Kristiansand er pilotperioden definert til å være fra 2020 til og med 2024.

E-sigaretter og tobakksfri nikotinsnus

Vedtak nr. 164, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest, i tråd med Stortingets vedtak om godkjenningsordning basert på EUs tobakksdirektiv, tillate salg av e-sigaretter med nikotin og tobakksfri nikotinsnus.»

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

Vedtaket er dels fulgt opp ved at forskrift 13. oktober 1989 nr. 1044 om forbud mot nye tobakks- og nikotinprodukter er opphevet fra 1. juli 2021 og erstattet med forskrift 17. juni 2021 nr. 2131 om godkjenningsordning for nye tobakks- og nikotinprodukter. Videre er en registreringsordning for salg av e-sigaretter med nikotin allerede vedtatt, jf. lov 10. februar 2017 nr. 5 om endringer i tobakkskadeloven (gjennomføring av direktiv 2014/40/EU og standardiserte tobakksprodukter) § 34 a. Ikrafttredelse av bestemmelsen avventer innlemmelse av EUs tobakksdirektiv i EØS-avtalen, som forventes høsten 2021. Anmodningsvedtaket anses med dette som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 714.

Autorisasjon til naprapater, osteopater og akupunktører

Vedtak nr. 165, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen gi offentlig autorisasjon til naprapater og osteopater, samt ta en ny vurdering av om akupunktører skal autoriseres som helsepersonell. Inntil vurderingen av akupunktører er fullført skal momsunnatak videreføres.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 11 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp ved Prop. 236 L (2020–2021) om endringer i helsepersonelloven som ble fremmet for Stortinget 17. september 2021. I proposisjonen er det foreslått å autorisere naprapater og osteopater etter helsepersonelloven, jf. omtale av vedtak nr. 1347.

Etter en helhetlig vurdering av om akupunktører skal gis autorisasjon som helsepersonell eller ikke, er det besluttet at akupunktører ikke gis autorisasjon. Det er lagt vekt på hovedformålet med autorisasjonsordningen, kriteriene som bør tillegges vekt ved vurderingen av autorisasjon av nye yrkesgrupper. Det vises til omtale under kap. 783.

Godkjenningsordning for private aktører som vil tilby NIPT

Vedtak nr. 174, 3. desember 2020.

«Stortinget ber regjeringen innen 1. april få på plass en godkjenningsordning for private aktører som vil tilby NIPT, i tråd med føringene fra Stortingets flertall i Innst. 296 L (2019–2020).»

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

Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har etablert en godkjenningsordning for private virksomheter som ønsker å tilby NIPT. Søknadsskjema og informasjon om godkjenningsordningen er tilgjengelig på direktoratets hjemmeside. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurdering under kap. 732.

NIPT-test til gravide

Vedtak nr. 177, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake i revidert nasjonalbudsjett med forslag om at gravide

kan tilbys NIPT-test også i offentlig regi i løpet av 2021, i tråd med føringene fra Stortingets flertall i Innst. 296 L (2019–2020).»

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

Vedtaket anses oppfylt ved at Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2021 har sagt at gravide med rett til fosterdiagnostikk høsten 2021 skal gis tilbud om NIPT, i tråd med Stortingets føringer. Nødvendige bevilgninger til formålet er gitt i revidert nasjonalbudsjett 2021. Det vises til omtale under kap. 732.

Pasientomlastning på Skaidi

Vedtak nr. 178, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen vurdere løsninger for å stoppe pasientomlastning på Skaidi for pasientreiser mellom Alta og Hammerfest.»

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

Helse Nord RHF fikk i foretaksmøte juni 2019 i oppdrag å gjennomføre en pilot for personalbytte for strekningen Alta-Hammerfest. Helse Nord skal i samarbeid med Helsedirektoratet kartlegge mulige løsninger for personalbytte. Konsekvenser for personell, pasientsikkerhet og beredskapen skal utredes. Tekniske løsninger som kan understøtte personalbytte skal utredes. Piloten ble avsluttet i 2020 og evalueres nå av Helsedirektoratet. Vedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 732.

Styrking av regionale barnepalliative team

Vedtak nr. 179, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen styrke de regionale barnepalliative teamene, for sikre at det gis et godt og likeverdig til barn og deres familier.»

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

Vedtaket anses som oppfylt ved at Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentet for 2021 har bedt de regionale helseforetakene sørge for et mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. Som oppfølging av Stortingets behandling

av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020) er det presisert i Helse- og omsorgsdepartementets brev av 24. juni 2020 at tilleggsbevilgningen på 600 mill. kroner også skal gå til etablering av barnepalliative team. Det vises til omtale under kap. 732.

Modell for økt testing for covid-19 ved grensen

Vedtak nr. 226 10. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen vurdere en modell for økt testing for covid-19 ved grensen, som sammen med innreisekarantene kan bidra til lavere smitte i Norge, der man også tar med erfaringene fra Island.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:2 S (2020–2021), jf. Innst. 142 S (2020–2021).

Vedtaket anses som oppfylt ettersom alle innreisende til Norge fikk testplikt ved åpne grenseovergangene ved inngangen til 2021. Antallet teststasjoner er utvidet og kapasiteten er bygget opp slik at kapasiteten står i forhold til testkravet. Dette sammen med innreisekarantene har bidratt til redusert importsmitte. Det vises også til omtale og utkvittering av vedtaket i Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021). Det vises til omtale på kap. 762, post 63.

Økt testkapasitet i hele landet

Vedtak nr. 227, 10. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest komme tilbake til Stortinget med en oppdatert plan for hvordan man skal sikre økt testkapasitet i hele landet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:2 S (2020–2021), jf. Innst. 142 S (2020–2021).

Vedtaket anses som utkvittert gjennom den løpende oppfølgingen Helsedirektoratet har med testkapasiteten, samt midler bevilget over kommunerammen og andre tilskudd. I all hovedsak har kapasiteten vært god gjennom pandemien. Kommunene har hatt beredskap til å teste inntil 5 pst. av befolkningen i uken. Midler til TISK (testing, isolering, smittesporing og karantenering) er i all hovedsak bevilget over kommunerammen, samt enkelte egne tilskudd til blant annet teststasjoner på grensene. Det vises også til omtale og utkvittering av vedtaket i Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021). Det vises til omtale på kap. 762, post 63.

Økt testing og testkapasitet for risikogrupper

Vedtak nr. 228, 20. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig komme tilbake til Stortinget med en plan for hvordan sikre økt testing og økt testkapasitet for risikogrupper, og straks legge til rette for testing for covid-19 hos ansatte og personer uten symptomer i helseinstitusjoner, dersom fagmyndighetene tilrår dette.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:2 S (2020–2021), jf. Innst. 142 S (2020–2021).

Vedtaket anses som utkvittert gjennom den løpende oppfølgingen Helsedirektoratet har av testkapasiteten, samt midler bevilget over kommunerammen og andre tilskudd. I all hovedsak har kapasiteten vært god gjennom pandemien. Kommunene har hatt beredskap til å teste inntil 5 pst. av befolkningen i uken. Midler til TISK (testing, isolering, smittesporing og karantenering) er i all hovedsak bevilget over kommunerammen, samt enkelte over egne tilskudd til blant annet teststasjoner på grensene. Det vises til omtale på kap. 762, post 63.

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

Vedtak nr. 229, 11. desember 2020

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

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av representantforslag Dokument 8:144 S (2019–2020) om å styrke norsk intensivkapasitet, jf. Innst. 144 S (2020–2021).

I oppdragsdokument for 2021 ble de regionale helseforetakene bedt om å utrede det fremtidige behovet for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Utredningen skal omfatte organisering, sammensetning av kompetanse, utforming og utstyrsnivå. Variasjoner i behov ved intensivenheter skal ivaretas i utredningen. Relevante aktører herunder Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag om plan for tilstrekkelig tilgang til og opprettelse av nye utdanningsstillinger for inten-

sivsykepleiere. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Alternative behandlere – fritak fra merverdiavgiftsloven

Vedtak nr. 328, 18. desember 2020.

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

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

Oppfølgingen av vedtaket har blitt forsinket, hovedsakelig på grunn av pandemisituasjonen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte, men viser imidlertid til at regjeringen i Prop. 236 L (2020–2021) om endringer i helsepersonelloven, som ble fremmet for Stortinget 17. september 2021, har foreslått å autorisere naprapater og osteopater etter helsepersonelloven.

Alkoholservering i kommuner med lavt smittetrykk

Vedtak nr. 531, 19. januar 2021.

«Stortinget ber regjeringen sikre at kommuner med lavt smittetrykk skal kunne tillate alkoholservering i forbindelse med matsservering.»

Vedtaket er truffet i forbindelse med Stortingets behandling 19. januar 2021 av statsministerens redegjørelse 18. januar 2021 om håndteringen av koronapandemien og helse- og omsorgsministerens redegjørelse om status for vaksinearbeidet.

Vedtaket ble fulgt opp ved endring av covid-19-forskriften § 14a fra 22. januar slik at det generelle forbudet mot alkoholservering ble erstattet med krav om matsservering samtidig med servering av alkohol. I tillegg ble det innført skjenkestopp ved midnatt og forbud mot å slippe inn gjester etter kl 22, slik reglene var før innstrammingen 4. januar 2021. Det vises til omtale under kap. 714.

Testkapasitet i kommuner

Vedtak nr. 556, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen tilføre kommunene tilstrekkelige ressurser for å øke testkapasiteten i samsvar med testplikt direkte ved ankomst og ved karantenehotell, og for å kunne sikre økt testing for covid 19 blant risikogrupper i kommunale helseinstitusjoner.»

Vedtaket ble fattet i etterkant av statsministerens redegjørelse om håndteringen av koronapandemien i Stortinget, 18. januar.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at det fra 2. januar ble obligatorisk å teste seg ved innreise fra røde land. Fra 18. januar ble det obligatorisk å teste seg ved teststasjoner på grensen ved innreise til Norge fra røde land. Antallet teststasjoner er utvidet og kapasiteten er bygget opp slik at kapasiteten står i forhold til testkravet. Utgiftene til ordningen dekkes gjennom et øremerket tilskudd til kommuner med teststasjoner på grensen forvaltet av Helsedirektoratet og via folketrygden. Det er også opprettet et eget øremerket tilskudd til testing i karantenehotellene. Alle beboere i sykehjem som kan ta vaksinen er vaksinert. Det vises til omtale på kap. 762, post 63. Det vises også til omtale og utkvittering av vedtaket i Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021).

Tilstrekkelig testkapasitet ved lufthavnene

Vedtak nr. 557, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre tilstrekkelig testkapasitet ved lufthavnene slik at testing kan skje på flyplassene ved ankomst.»

Vedtaket ble fattet i etterkant av statsministerens redegjørelse om håndteringen av koronapandemien i Stortinget, 18. januar.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp ved at antallet teststasjoner er utvidet og kapasiteten er bygget opp slik at kapasiteten står i forhold til testkravet. Fra 2. januar ble det obligatorisk å teste seg ved innreise fra røde land. Fra 18. januar ble det obligatorisk å teste seg ved teststasjoner på grensen ved innreise til Norge fra røde land. Utgiftene til ordningen dekkes gjennom et øremerket tilskudd til kommuner med teststasjoner på grensen forvaltet av Helsedirektoratet og via folketrygden. Det vises til omtale på kap. 762, post 63. Det vises også til omtale og utkvittering av

vedtaket i Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021).

Kontrollsystem for etterlevelse av testplikt og karanteneplikt

Vedtaket nr. 558, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for et bedre kontrollsystem for etterlevelse av testplikt og karanteneplikt med økt bruk av stikkprøver og bruk av bøter.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av statsministerens redegjørelse om håndteringen av koronapandemien.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at regjeringen besluttet å opprette Nasjonalt kontrollsen-ter for innreisende, en nasjonal telefonsen-ter for oppfølging av innreisende til Norge. Hensikten er å kontrollere etterlevelsen av karantene-reglene og at innreisende testes i tråd med regler og anbefalinger. Vedtaket er omtalt i Prop. 79 S (2020–2021) og anses fulgt opp, jf. Innst. 233 S (2020–2021). Det vises til omtale under kap. 740.

Kobling mellom innreiseregisteret og MSIS-labdatabase

Vedtaket nr. 560, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen om å raskt få på plass en kobling mellom innreiseregisteret og MSIS-labdatabase i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger, for å sikre bedre oppfølging av plikt for testing og overholdelse av karantenerogler/isolasjon.»

Ved behandling av Prop. 79 S (2020–2021), jf. Innst. 233 S (2020–2021) ble anmodningsvedtaket behandlet og anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Helsedirektoratet, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Direktoratet for e-helse, Norsk helse-nett SF og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har på oppdrag fra Helse- og omsorgs-departementet lagt til rette for at kommunene får tilgang til innreiseregisteret og MSIS for å følge opp etterlevelse av karanteneplikt, gjennomføre smitteoppsporing og for å vurdere risiko for smit-tespredning.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp, og det vises til omtale under kap. 701.

Karantenerogler ved import av arbeidskraft

Vedtaket nr. 561, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om strenge reaksjoner mot arbeidsgivere som gjen-nom sin virksomhet bryter karantenerogler ved import av arbeidskraft.»

Vedtaket er truffet i forbindelse med Stortingets behandling 19. januar 2021 av statsministerens redegjørelse 18. januar 2021 om håndteringen av koronapandemien og helse- og omsorgs-mi-nisterens redegjørelse om status for vaksinearbei-det.

Vedtaket anses som utkvittert ved at det 19. februar 2021 ble fastsatt et nytt kapittel 2A i covid-19-forskriften om krav om forhåndsgodkjenning fra Arbeidstilsynet av oppholdssted som benyttes av arbeids- eller oppdragstagere til gjennomføring av innreisekarantene, jf. forskriften § 8a. Vilkår for slik godkjenning følger av § 8b og av § 8c fremgår at Arbeidstilsynet kan trekke tilbake godkjenning av oppholdssted for gjennomføring av innreiseka-rantene, dersom karantene ikke gjennomføres på en forsvarlig måte. Brudd på covid-19-forskriften kan straffes, jf. forskriften § 24. Dette vil også kunne ramme arbeidsgiver som forsettlig eller grovt uaktsomt bryter covid-19-forskriften for å omgå innreisekaranteneroglene ved import av arbeidskraft, både generelle regler om innreiseka-rantene og reglene i forskriften kapittel 2A. Det vises til omtale under kap. 714.

Planlegging og evaluering av nye sykehusbygg

Vedtaket nr. 604, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at ansatte invol-veres i planlegging og evaluering av nye sykehus-bygg.»

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

Vedtaket er fulgt opp i foretaksmøte i de regio-nale helseforetakene 15. juni 2021. Det er vist til at det ved planlegging av nye sykehusbygg i dag er slik at det er stor grad av involvering av de ansatte i planleggingsprosessen. I foretaksmøtet ble de regionale helseforetakene bedt om å rapportere på hvilke rutiner og prosesser som foreligger for å involvere de ansatte i planlegging og evaluering av nye sykehusbygg i årlig melding for 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Økt bruk av avtalespesialister i helseforetakene

Vedtak nr. 605, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for tiltak som kan bidra til økt bruk av avtalespesialister i helseforetakene, og informere Stortinget på egnet vis.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:147 S (2019–2020), jf. Innst. 205 S (2020–2021).

Helse- og omsorgsdepartementet har arbeidet med tiltak som skal bidra til økt bruk av avtalespesialister. Tiltakene omfatter samarbeidsavtaler med sykehusene, avtalespesialistenes rolle i utdanning av nye spesialister, avtalespesialistenes rett og plikt til å vurdere og tildele pasientrettigheter og mulige endringer i finansieringssystemet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom de forskjellige utviklingsprosjekter departementet har initiert siden 2013. Det vises til omtale i kap. 732.

Utredning av endringer i innkjøpsforskriften for Vinmonopolet

Vedtak nr. 607, 11. februar 2021

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

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dok 8:54 S (2020–2021), jf. Innst. 206 S (2020–2021). Arbeidet er forsinket som følge av koronapandemien. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Medisinsk og palliativ behandling av eldre personer med covid-19-smitte

Vedtak nr. 608, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa sørge for at medisinsk og palliativ behandling av eldre personer med covid-19 smitte må vurderast individuelt og etter behov.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:68 (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom dagens lovverk og pågående satsinger og tiltak. Det er kommunene og spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte gode tjenester og finne gode løsninger i møte med mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Tjenestene skal utformes etter en individuell vurdering og tilpasses den enkeltes behov.

Regjeringen har videre lagt frem Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Stortingsmeldingen skal bidra til å legge til rette for at mennesker som trenger palliativ behandling skal få god omsorg og pleie basert på vurderinger av den enkeltes behov og ønsker. Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester (covid – 19), Nasjonale faglige råd om lindrende behandling og omsorg i livets slutfase skal bidra til god palliativ behandling under pandemier. Det vises til nærmere omtale under kap. 761.

Eldre på helseinstitusjon og tilstedeværelse fra pårørende

Vedtak nr. 609, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa sikre at ingen eldre på helseinstitusjonar skal måtte dø aleine under pandemien. Nære pårørende må få høve til vere til stades i livets slutfase.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:68 (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom dagens lovverk og pågående satsinger og tiltak. Det er kommunene og spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte gode tjenester og finne gode løsninger i møte med mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Tjenestene skal utformes etter en individuell vurdering og tilpasses den enkeltes behov.

Regjeringen har lagt frem Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Stortingsmeldingen skal bidra til å legge til rette for at mennesker som trenger palliativ behandling skal få god omsorg og pleie i tråd med egne ønsker og behov. Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester (covid-19) og Nasjonale faglige råd om lindrende behandling og omsorg i livets slutfase skal bidra til god palliativ behandling, herunder tilrettelegging for døende pasienter under pandemier. Det vises til omtale under kap. 761.

Rapportering om eldre som dør alene på helseinstitusjon

Vedtak nr. 610, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa sikre at kommunar og sjukehus rapporterer om tilfelle der eldre dør åleine på helseinstitusjon, og kvifor pårørende ikkje kunne vere til stades.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av vedtak av Dok 8:68 (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021). Vedtaket anses som utkvittert gjennom følgende:

Det er kommunene og spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte gode tjenester og finne gode løsninger i møte med mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Tjenestene skal utformes etter en individuell vurdering og tilpasses den enkeltes behov.

Det innebærer at det er sykehusene og kommunene som sammen med de pårørende må finne fram til en god løsning slik at de pårørende får være mest mulig sammen med sine nære den siste levetiden. Det innebærer også at kommunene og spesialisthelsetjenesten må ha oversikt over brukeres, pasienters og pårørendes behov og hvordan tjenestetilbudet ved livets slutt ytes for å dekke den enkeltes behov i tråd med regelverk og retningslinjer. Kommuner og helseforetak har også ansvar for å evaluere og korrigere tjenestene. Det vises til omtale under kap. 761.

Tiltak for å sikre eldre bedre smittevern og verdig omsorg

Vedtak nr. 611, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa foreslå tiltak for å sikre eldre betre smittevern og verdig omsorg under koronapandemien, og snarast råd kome tilbake til Stortinget på eigna måte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:68 (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom dagens lovverk og pågående satsinger og tiltak.

Det er kommunene og spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte gode tjenester og finne gode løsninger i møte med mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Tjenestene skal utformes etter en individuell vurdering og tilpasses den enkeltes behov.

Regjeringen har lagt frem Meld. St. 24. (2019-2020) Stortingsmeldingen skal bidra til å legge til rette for at mennesker som trenger palliativ behandling skal få god omsorg og pleie i tråd med egne ønsker og behov. I Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester (covid-19), viser Helsedirektoratet til at personer i livets slutfase må gis god lindrende behandling og omsorg, samt at man for døende pasienter i sykehjem bør legge til rette for at pårørende kan være til stede og at dette ivaretas innenfor rammen av forsvarlig smittevern. Nasjonale faglige råd om lindrende behandling i livets slutfase omhandler blant annet symptomlindrende legemiddelbehandling og at den døende pasientens ønske om hvor han eller hun vil motta omsorg den siste tiden så langt som mulig skal innfris, samt at pasient og pårørendes behov for samtale og informasjon imøtekommes. Det vises til omtale under kap. 761.

Kommunikasjon til kommuner og kommuneoverleger om nasjonale endringer og tiltak

Vedtak nr. 612, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa endre sin kommunikasjonspraksis under pandemien på ein slik måte at kommunane og kommuneoverlegane blir direkte varsla om nasjonale endringar og tiltak.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:68 S (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert ved at det er lagt til rette for at det faglige grunnlag utarbeidet av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet som medfører endring i smitteverntiltak og/eller forskriftsendringer, viderefremmes til statsforvalterne og kommunene så raskt som mulig. Det vises til omtale under kap. 762.

Voksenvaksinasjonsprogram

Vedtak nr. 645, 18. februar 2021

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

Vedtaket ble truffet under behandlingen av Dok. 146 S (2019–2020), jf. Innst. 211 S (2020–2021). Arbeidet er forsinket som følge av koronapandemien. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på eigna måte.

Automatisk informasjonsordning
Vedtak nr. 646, 18. februar 2021

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

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

Svangerskapsoppfølging for partner
Vedtak nr. 649, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at hurtigtester kan brukes på sykehusene slik at det legges bedre til rette for at partneren får være med på svangerskapsoppfølgingen og i fødsels- og barseltiden.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dok. 8:7 S (2020–2021), jf. Innst. 217 S (2020–2021).

Helsedirektoratet fikk den 17. februar i oppdrag å gi råd om hvilke smittevernstiltak som er nødvendige for å åpne for at partner er mer til stede, inkludert bruk av hurtigtester.

I sitt svar til Helse- og omsorgsdepartementet den 26. februar anbefalte Helsedirektoratet bruk av hurtigtester i situasjoner der det er nødvendig for å sikre partners mulighet til deltakelse før, under og etter fødsel. Det ble imidlertid ikke anbefalt hurtigtesting av alle partnere.

Folkehelseinstituttet uttalte senere i sine råd til spesialisthelsetjenesten at avdelingene må etablere rutiner for pre-triagering av partner/nærmeste pårørende. Når dette er på plass, anses antigenhurtigtester, brukt som rutinemessig screening, å ha minimal tilleggsgevinst og anbefales derfor ikke.

Helsedirektoratet og FHI sine vurderinger ble meddelt de regionale helseforetakene i møte 3. mars. De regionale helseforetakene har fulgt opp anbefalingene overfor sine helseforetak. Anmodningsvedtaket er omtalt under kap. 732.

Sikring av fortsatt drift av fødeavdelingen i Kristiansund

Vedtak nr. 650, 23. februar 2021

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

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

Vedtakene er fulgt opp i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 8. mars 2021. Det ble i denne forbindelse vist til at forsvarlighetskravet også gjelder for fødetilbudet ved Molde sjukehus, og at vedtaket må følges opp på en måte som ivaretar dette. Helseforetaket jobber med sikte på å kunne gjenåpne fødetilbudet i Kristiansund som forutsatt senere i år. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Drift av fødeavdelingen i Kristiansund
Vedtak nr. 651, 23. februar 2021

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

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

Det vises til omtale under vedtak 650. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Regelverket for pasientreiseordningen
Vedtak nr. 652, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig og innen 1. april 2021 fremme en sak for Stortinget om forenklinger og forbedringer i regelverket for pasientreiser og de regionale helseforetakenes organisering av tilbudet, jf. Stortingets anmodningsvedtak av 19. april 2018, jf. Innst. 196 S (2017–2018).»

Vedtak 652 og 653 ble truffet ved behandlingen av Dok. 8:13 S (2020–2021), jf. Innst. 218 S (2020–2021).

Det ble gitt en orientering om arbeidet med å følge opp vedtakene i Prop. 195 S (2020–2021). Vedtakene er fulgt opp i foretaksmøte i de regionale helseforetakene 15. juni 2021. Det tas sikte på å sende høringsnotat om revisjon av pasientreise-forskriften på offentlig høring høsten 2021. Det vises til omtale under kap. 732.

Pasientreiseordningen og avtaler med taxiselskap

Vedtak 653, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen presisere de regionale helseforetakenes plikt til å yte pasienttransport og pålegge alle helseforetak å ha avtaler med taxiselskap slik at pasienter med rettigheter til å få dekket sin pasientreise ikke skal måtte legge ut for reisen selv.»

Vedtak 652 og 653 ble truffet ved behandlingen av Dok. 8:13 S (2020–2021), jf. Innst. 218 S (2020–2021).

Det vises til omtalen under vedtak 652. Vedtakene er omtalt under kap. 732. Vedtakene anses som fulgt opp.

Botilbud for personer som har kommet ut av aktiv rus

Vedtak nr. 692, 25. februar 2021

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

Dokumentene som ligger til grunn for vedtaket er representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tuva Moflag, Tore Hagebakken, Hege Haukeland Liadal og Tellef Inge Mørland om at rusavhengige fortjener bedre behandling, jf. Dok. 8:49 S (2020–2021) og Innst. 235 S (2020–2021).

I desember 2020 lanserte regjeringen sin nye strategi for sosial boligpolitikk «Alle trenger et trygt hjem – nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021–2024)». Strategien varsler flere tiltak for å styrke bo- og tjenestetilbudet til personer med rus- og psykiske lidelser. Regjeringen har også tatt initiativ til å utvikle KOBO – en digital løsning for å søke, tildele og forvalte kommunale utleieboliger. KOBO vil gjøre det enklere for kommunene å holde oversikt og tildele egnede boliger tilpasset den enkelte beboers behov. Regjeringen sendte i desember 2020 på

høring et forslag om en ny boligsosial lov som klargjør kommunenes ansvar overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Regjeringen tar sikte på å fremme endelig lovforslag for Stortinget i 2022. Oppfølging av anmodningsvedtaket vil blant annet bli vurdert i forbindelse med dette arbeidet.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Finansieringsordning innen rusfeltet

Vedtak nr. 693, 25. februar 2021

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

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

Kommunene har etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 6c, plikt til å tilby plass i institusjon, dersom det er det eneste tilbudet som kan sikre at en pasient eller bruker mottar nødvendige- og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder også pasienter og brukere med rusmiddelproblematikk. Det finnes noen slike institusjoner i kommunal regi, men kommunene har ingen plikt til selv å ha institusjoner som yter heldøgns helse- og omsorgstjenester til personer med rusmiddelproblemer. Det er følgelig heller ingen oversikt over antall kommunale institusjonstilbud rette mot denne gruppen. Både ideelle og kommersielle aktører tilbyr imidlertid døgnplasser til kommunene. I 2021 ble det gitt tilskudd til 17 ideelle og frivillige organisasjoner som driver institusjonstilbud utenfor spesialisthelsetjenesten over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, se omtale under kap. 765. Det pågår allerede et arbeid knyttet til ordningens regelverk og regjeringen vil på egnet måte komme tilbake til Stortinget med forslag om hvordan den fremtidige innretningen bør utformes.

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

Vedtak nr. 694, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa gjennomføre ei levekårsundersøking for personar med alvorleg ruslidning og psykisk lidning (ROP) med utgangspunkt

i evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet.»

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

Det er allerede godt dokumentert, blant annet gjennom brukerplankartlegginger, at personer med samtidige rus- og psykiske lidelser har større levekårsutfordringer enn personer uten samtidige lidelser. Evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016)) viser ikke at situasjonen for denne gruppen har bedret seg under planperioden. Regjeringen har styrket tiltak innen psykisk helsefeltet som har vist seg å være effektive også overfor personer med samtidige rusbrukslidelser, som ACT og FACT. I Oslo er det fra 2018 etablert et eget FACT-team (RusFACT) for personer med rusproblemer med omfattende og sammensatte hjelpebehov som ikke drar nytte av det ordinære hjelpetilbudet. Regjeringen vil fortsette å legge til rette for at flere kommuner og helseforetak samarbeider om å etablere slike tjenstilbud til målgruppen. Videre vil regjeringen vurdere på hvilken måte og utstrekning kunnskap om målgruppens levekårsutfordringer bør styrkes, og vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern

Vedtaket nr. 695, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen umiddelbart stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern.»

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at foretaksmøtet 20. april 2021 ba de regionale helseforetakene følge opp Stortingets vedtak. Foretaksmøtet viste for øvrig til at det er satt i gang en gjennomgang av kapasitet og analyse av fremtidige behov for døgnplasser og øvrige tjenester i psykisk helsevern. Oppdraget ble gitt i revidert oppdragsdokument 2019 og rapport om arbeidet ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2021. Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene vurderer kapasiteten innenfor psykisk helsevern på bakgrunn av denne rapporten.

Foretaksmøtet vedtok: De regionale helseforetakene skal ikke redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering

på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Gjennomgang av kapasitet og behov innen psykisk helsevern

Vedtaket nr. 696, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå tilgjengelig kapasitet og behov innen psykisk helsevern, med sikte på å øke døgnkapasiteten i tråd med behovet.»

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

Anmodningsvedtaket anses som oppfylt. I tråd med nasjonal helse- og sykehusplan ble det satt ut oppdrag i 2019 om å videreutvikle framskrivningsmodellen i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Som grunnlag for dette har man gjennomgått kapasitet, og gjort analyser av fremtidige behov. Dette omfatter både behov for døgnbehandling, poliklinisk- og ambulant behandling. Det ble også gitt i oppdrag å etablere et fagnettverk som utvikler og forvalter framskrivningsmodellene. Arbeidet har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe.

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

Gjennomgang av utskrivningspraksis innenfor rus- og psykisk helsevern

Vedtaket nr. 697, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av utskrivningspraksis innenfor rus- og psykisk helsevern.»

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

Anmodningsvedtaket anses som oppfylt. En god utskrivningsprosess er viktig for å sikre kontinuitet til tjenestene, og er tydelig adressert i pakkeforløpene. Det er anbefalinger om samhandling før utskrivning og hva som må gjennomgås i avsluttende samtale, slik som bolig, nettverk, aktiviteter, kriseplan, kontaktperson i kommunen mv. Helsedirektoratet følger med på utskrivningspraksis i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert

rusbehandling gjennom pakkeforløpene og brukerundersøkelser.

I tillegg har Helsedirektoratet i oppdrag gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan å utrede hva som er ønsket innretning av utskrivningsprosessen og basert på dette foreslå eventuelle endringer i nasjonale rammevilkår, herunder forskrift om utskrivningsklare pasienter, relevant veileder, styringsinformasjon, finansieringsordninger og digitale forutsetninger. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Irreversibelt steriliseringsinngrep i forbindelse med endring av kjønn

Vedtaket nr. 699, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen påse at de som har måttet gjennomgå et irreversibelt steriliseringsinngrep i forbindelse med endring av kjønn, får sakene sine grundig behandlet innenfor de generelle erstatningsordningene som i dag finnes.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:25 S (2020–2021), jf. Innst. 238 S (2020–2021).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom allerede eksisterende erstatningsordninger og gjennom de saksbehandlingsregler som der gjelder. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 732.

Synsundersøkelse av pasienter med hjerneslag

Vedtaket nr. 700, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for en fast praksis i alle helseforetak, der alle personer som er innlagt etter hjerneslag, får undersøkt synsfunksjonen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:34 S (2020–2021), jf. Innst. 237 S (2020–2021).

Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid for å sikre at anbefalingen i retningslinjen for behandling og rehabilitering av hjerneslag om oppfølging av synsforstyrrelser blir fulgt i alle helseforetak. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 732.

Rehabilitering for pasienter med synsnedsettelse

Vedtaket nr. 701, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for en fast praksis i alle helseforetak, der alle pasienter med påvist synsnedsettelse blir henvist til nødvendig rehabilitering.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:34 S (2020–2021), jf. Innst. 237 S (2020–2021).

Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid med å foreslå tiltak for en styrking av det helhetlige rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlige øyesykdommer. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 732.

Helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud

Vedtaket nr. 702, 25. februar 2021

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

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

Departementet tar sikte på å sende lovforslaget ut på høring i løpet av høsten 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Nedlegging av rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten

Vedtaket nr. 707, 9. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:43 S (2020–2021), jf. Innst. 271 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp gjennom foretaksmøte med de regionale helseforetakene hvor foretaksmøtet vedtok at de regionale helseforetakene bes om å sikre at rehabiliteringstilbud innen spesia-

listhelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene. Det vises til omtale under kap. 732.

Bruk av avtalespesialister innen psykisk helsevern

Vedtak nr. 709, 9. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at de regionale helseforetakene utvider bruken av avtalespesialister innen psykisk helsevern.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dok. 8:47 S (2020–2021), jf. Innst. 261 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom vedtak i foretaksmøter med de regionale helseforetakene. Det vises til omtale i kap. 732.

Nedlegging av det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet på Sykehuset innlandet

Vedtak nr. 710, 9. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen stanse Sykehuset Innlandet sin plan om nedlegging av det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet ved Kringsjøatunet.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dok. 8:47S (2020–2021), jf. Innst. 261 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Foretaksmøtet 20. april 2021 ba Helse Sør-Øst RHF følge opp Stortingets vedtak. Foretaksmøtet viste til oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019 om å gjøre særskilte analyser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å videreutvikle framskrivningsmodellen for disse tjenesteområdene. Foretaksmøtet vedtok at tilbudet ved Kringsjøatunet skal opprettholdes til det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov i psykisk helsevern, jf. oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019 om en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Pandemiberedskap og legemiddelberedskap

Vedtak nr. 723, 11. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen øke pandemiberedskapen og legemiddelberedskapen ved å sørge for

økt produksjonskapasitet og økt tilgang på smittevernutstyr.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr og beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Norsk beredskapsproduksjon av viktige legemidler, vaksiner og medisinsk utstyr

Vedtak nr. 724, 11. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen styrke norsk beredskapsproduksjon av og beredskap for viktige legemidler og medisinsk utstyr, vaksiner, smittevernutstyr og laboratoriediagnostikk.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr og beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel. Regjeringen vil videre se nærmere på mulighetene for produksjon eller delproduksjon av vaksiner i Norge. Arbeidet ble satt i gang i 2021 gjennom to studier: en markedsanalyse for vaksineproduksjon i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og en gjennomgang av ulike virkemidler og modeller for samarbeid mellom offentlige og private aktører om vaksineproduksjon i sammenliknbare EU/EØS-land i regi av Nærings- og fiske-ridepartementet. Det vises til omtale i Prop. 232 S (2020–2021). Regjeringen vil vurdere videre oppfølging når resultatene av disse studiene foreligger. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Lagre av essensielle legemidler

Vedtak nr. 725, 11. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Norge skal ha lagre for minimum tre måneders forbruk av essensielle legemidler.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Responstider, kompetanse og akuttmedisinsk utstyr

Vedtak nr. 726, 2. mars 2021

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

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

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

Norges tilgang til produksjonskapasitet for kritisk medisinsk utstyr

Vedtak nr. 727, 11. mars 2021

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smitte-

vernutstyr og beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Salg av sykehustomta på Ullevål

Vedtak nr. 806, 20. april 2021

«Stortinget ber regjeringen ikke tillate salg av sykehustomta på Ullevål, og avvende en eventuell salgsbeslutning til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehusstilbud ved Aker sykehus.»

Vedtak 806, 807 og 808 ble fattet under behandlingen av Dok 8:72 S (2020–2021), jf. Innst. 319 S (2020–2021).

Vedtakene er fulgt opp i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 15. juni 2021. Helse Sør-Øst RHF har opplyst at salg av Ullevål-tomten ikke vil skje før forprosjekt for etappe 2 av planene for Nye Oslo universitetssykehus gjennomføres. Det planlegges også for at bydelene i Groruddalen skal bli en del av opptaksområdet til Nye Aker sykehus så raskt dette er forsvarlig. I foretaksmøtet 15. juni 2021 ble det presisert at den framskrevne sykehusaktiviteten skal legges til grunn for den videre planleggingen av Nye Oslo universitetssykehus. Det vises til omtale under kap. 732. Vedtakene anses som fulgt opp.

Aker sykehus – fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen

Vedtak nr. 807, 20. april 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at Aker sykehus snarest blir et fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen.»

Vedtak 806, 807 og 808 ble fattet under behandlingen av Dok 8:72 S (2020–2021), jf. Innst. 319 S (2020–2021).

Det vises til omtalen under vedtak 806. Det vises til omtale under kap. 732. Vedtakene anses som fulgt opp.

Sykehusaktiviteten i Oslo

Vedtak nr. 808, 20. april 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det ikke planlegges for en reduksjon i den fremskrevne sykehusaktiviteten i Oslo.»

Vedtak 806, 807 og 808 ble fattet under behandlingen av Dok 8:72 S (2020–2021), jf. Innst. 319 S (2020–2021).

Det vises til omtalen under vedtak 806. Det vises til omtale under kap. 732. Vedtakene anses som fulgt opp.

Granheim lungesykehus

Vedtak nr. 809, 20. april 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at tilbudet på Granheim lungesykehus som et minimum opprettholdes på samme nivå som i dag, inntil den bebudede evalueringen av behovet for rehabilitering og behandling for lungesyke i regionen er ferdig.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:84 S (2020–2021), jf. Innst. 318 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 15. juni 2021. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å sørge for at Sykehuset Innlandet HF følger opp Stortingets vedtak om at tilbudet på Granheim lungesykehus som et minimum opprettholdes som i dag, inntil den bebudede evalueringen av behovet for rehabilitering og behandling av lungesyke er ferdig. Foretaksmøtet merket seg styrevedtaket i Sykehuset Innlandet HF i februar 2021 om å utsette prosessen med samlokalisering av tilbudet på Lillehammer sykehus og at en ny vurdering vil skje våren 2023. Styret vektla at faglige endringer i tråd med nasjonale føringer vil være viktige for behandling og oppfølging av pasienter med behov for spesialisert lungerehabilitering uavhengig av lokalisering. Det vises til omtale under kap. 732. Vedtaket anses som fulgt opp.

Uavhengig gransking av regjeringens arbeid for å sikre Norges befolkning vaksiner

Vedtak nr. 873, 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen igangsette en uavhengig gransking av regjeringens arbeid for å sikre

Norges befolkning vaksiner og sammenligne denne med sammenlignbare land utenfor EU som Israel og Storbritannia.»

Vedtaket ble truffet under behandlingen av statsministerens redegjørelse holdt den 26.4.2021 om Koronakommisjonens rapport.

Koronakommisjonen ble oppnevnt i statsråd 24. april 2020 for å få en grundig og helhetlig gjennomgang og evaluering av myndighetenes håndtering av covid 19-pandemien. NOU 2021: 6 ble lagt frem 14. april 2021.

Den 15. april 2021 ba regjeringen kommisjonen om å fortsette sitt arbeid. Den har et vidt mandat som gir kommisjonen stor frihet til å velge hvilke områder den bør gå inn i. Kommisjonen er av statsministeren særskilt bedt om å granske regjeringens arbeid med å sikre Norges befolkning vaksiner og strategien for utrulling av vaksiner. Etter at kommisjonen har levert sin sluttrapport, vil regjeringen legge frem en melding til Stortinget blant annet om oppfølgingen av kommisjonens arbeid. Det vises til omtale under kap. 710. Vedtaket ansees som fulgt opp.

Uavhengig gransking – vaksiner

Vedtak nr. 874, 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen igangsette en uavhengig gransking av strategien for utrulling av vaksiner, herunder prioriteringer og tempo.»

Vedtaket ble truffet under behandlingen av statsministerens redegjørelse holdt den 26.4.2021 om Koronakommisjonens rapport.

Koronakommisjonen ble oppnevnt i statsråd 24. april 2020 for å få en grundig og helhetlig gjennomgang og evaluering av myndighetenes håndtering av covid-19 pandemien. NOU 2021: 6 ble lagt frem 14. april 2021.

Den 15. april 2021 ba regjeringen kommisjonen om å fortsette sitt arbeid. Den har et vidt mandat som gir kommisjonen stor frihet til å velge hvilke områder den bør gå inn i. Immunitet i befolkningen mot covid-19 gjennom vaksiner, er avgjørende for å avslutte pandemien. Departementet mener at anmodningsvedtaket om dette temaet er innenfor koronakommisjonens mandat. Anmodningsvedtaket anses som utkvittert. Det vises til omtale under kap. 710.

Koronakommisjonen – sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene

Vedtak nr. 875, 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at Koronakommisjonen gjør en grundig vurdering av behovet for sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene og på den bakgrunn fremme anbefalinger om hvor mye kapasitet og bemanning bør økes for å gjøre sykehusene rustet til møte eventuelle kommende pandemier.»

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

Den 12. mai 2021 ba regjeringen Koronakommisjonen om å gjøre en grundig vurdering av behovet for sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene, og på den bakgrunn fremme anbefalinger om hvor mye kapasitet og bemanning bør økes for å gjøre sykehusene rustet til å møte eventuelle kommende pandemier. Det vises til nærmere omtale og vurderinger omtalt under kap. 732.

Koronakommisjonen – situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger

Vedtak nr. 876 4. mai 2021

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

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

Koronakommisjonen ble oppnevnt i statsråd 24. april 2020 for å få en grundig og helhetlig gjennomgang og evaluering av myndighetenes håndtering av covid-19 pandemien. NOU 2021: 6 ble lagt frem 14. april 2021. Den 15. april 2021 ba regjeringen kommisjonen om å fortsette sitt arbeid. I etterkant av kommisjonens sluttrapport vil regjeringen gjøre en gjennomgang av regelverk og planer innen helseberedskap, og legge frem en melding til Stortinget blant annet om oppfølgingen av kommisjonens arbeid. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte vedrørende oppfølgingen av anmodningsvedtaket.

Ekspertgruppe – koronapandemien og smitteverntiltakene for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne

Vedtak nr. 877, 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen sette ned en ekspertgruppe for å gå gjennom konsekvensene av koronapandemien og smitteverntiltakene for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne og fremme konkrete forslag om hvordan innsatsen framover bør styrkes.»

Vedtak 877 ble truffet under behandlingen av statsministerens redegjørelse holdt den 26.4.2021 om Koronakommisjonens rapport.

Anmodningsvedtaket anses som avgrenset til Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder og fulgt opp gjennom gjennomførte konsekvensvurderinger, pågående arbeid og særskilte satsinger rettet mot eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Det vises til nærmere omtale og vurderinger under kap. 761.

Nasjonal produksjon og beredskap for kritisk viktig smittevernutstyr

Vedtak nr. 889, 11. mai 2021

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Investeringsstilskudd til norske produsenter av smittevernutstyr

Vedtak nr. 890, 11. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen stille til rådighet investeringsstilskudd til norske produsenter av smittevernutstyr.»

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

Vedtaket anses fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at bevilgningen til Innovasjon Norges Innovasjonstilskudd rettet mot små og mellomstore gründer- og vekstbedrifter er økt med 500 mill. kroner. Målet er å bidra til at virksomheter kan gjennomføre utviklingsprosjekter, herunder produksjon av smittevernutstyr, til tross for utfordringer med likviditeten. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Nasjonal produksjon av beredskapsprodukter

Vedtak nr. 891, 11. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at hensynet til nasjonal produksjon av beredskapsprodukter tillegges større vekt i anbudsprosesser.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Beredskapsavtaler for produksjon av smittevern-utstyr

Vedtak nr. 892, 11. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen etablere beredskapsavtaler med norske produksjonsmiljøer for produksjon av smittevernutstyr.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder ånde-

drettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Beredskapsavtaler for norsk produksjon av legemidler

Vedtak nr. 963, 20. mai 2021

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

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

Det vises til omtale av vedtak nr. 575 og 578 av 14. mai 2020. Eventuell kriseproduksjon av legemidler må sees i sammenheng med andre tiltak for å ivareta forsyningssikkerheten, som utvidet beredskapslagring og internasjonalt samarbeid. Helsedirektoratet skal vurdere om det i særskilte tilfeller bør lagerføres enkelte virkestoff. Etter departementets syn ivaretar arbeidet intensjonen om å vurdere behov for produksjon av legemidler i eventuelle tilfeller der markedet ikke kan levere og andre iverksatte tiltak ikke er tilstrekkelig for å ivareta forsyningssikkerheten. Videre vises det til at regelverk for statsstøtte og for offentlige anskaffelser i hovedsak er gjeldende når helsetjenesten kjøper inn legemidler. Vedtaket anses som fulgt opp og er omtalt under kap. 702.

Forhåndskjøpsavtaler med private – norsk vaksineproduksjon

Vedtak nr. 964, 20. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede og om mulig inngå forhåndskjøpsavtaler med private aktører som ønsker å etablere norsk vaksineproduksjon.»

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

Regjeringen vil se nærmere på mulighetene for produksjon eller delproduksjon av vaksiner i Norge. Arbeidet ble satt i gang i 2021 gjennom to studier: en markedsanalyse for vaksineproduksjon i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og en gjennomgang av ulike virkemidler og modeller for samarbeid mellom offentlige og private aktører om vaksineproduksjon i sammenliknbare EU/EØS-land i regi av Nærings- og fiskerideparte-

mentet. Det vises til omtale i Prop. 232 S (2020–2021). Regjeringen vil vurdere videre oppfølging når resultatene av disse studiene foreligger. Vedtaket anses som fulgt opp og er omtalt under kap. 702.

Lovregulering av språkkrav – kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten

Vedtaket nr. 966, 20. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede en lovregulering av språkkrav – kombinert med tilbud om språkopplæring – som er nødvendig for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:181 S (2020–2021), Innst. 401 S (2020–2021).

Vedtaket anses oppfylt ved at spørsmålet om lovregulering av språkkrav er utredet i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utarbeide en nasjonal veileder med eksempler på nødvendige språkkunnskaper i ulike type jobber. Formålet med veilederen er å understøtte arbeidsgiveres ansvar for å sikre nødvendige språkkunnskaper. Vedtaket er omtalt under kap. 783.

Eldrevoldssaker – nasjonale retningslinjer

Vedtaket nr. 986, 25. mai 2021

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8: 218 S (2020–2021), jf. Innst. 485 S (2020–2021). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Eldrevoldssaker – meldeplikt

Vedtaket nr. 987, 25. mai 2021

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8: 218 S (2020–2021), jf. Innst. 485 S (2020–2021). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Pasienter med ALS – kliniske studier

Vedtaket nr. 989, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at pasienter med ALS får mulighet til å kunne delta i kliniske behandlingsstudier og til å få vurdering hos Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:220 S (2020–2021), Innst. 487 S (2020–2021).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom to tiltak. De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet 16. april 2021 i oppdrag å evaluere Ekspertpanelet og vurdere endringer i mandatet slik at dette fanger opp eventuelle behov for justeringer identifisert gjennom evalueringen, samt de føringer som ble gitt i interpellasjonsdebatten om at pasienter med ALS også bør omfattes av ordningen. Frist for oppdraget er innen utgangen av 2021.

Videre, og i forbindelse med til Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021) og den økte bevilgningen til kjøp og bruk av nye medisiner og behandlingsmetoder gjennom klinisk utprøving for pasientgrupper over kap. 732, post 70, ble det i revidert oppdragsdokument for 2021 omtalt at den økte bevilgningen skal knyttes til å finansiere nasjonale behovsidentifiserte studier som gir tilgang til klinisk utprøving av nye legemidler og andre behandlingsmetoder til blant annet behandling av hjernesykdommer som demens og ALS. Det vises til rapportering på vedtak nr. 990. Det vises til omtale under kap. 732.

Forskning på sykdommer som rammer sentralnervesystemet

Vedtaket nr. 990, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjering sørge for økt finansiering av klinisk forskning på alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet slik som ALS, MS og demens.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:220 S (2020–2021), Innst. 487 S (2020–2021). Det vises også til Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021) vedrørende økt bevilgning til kjøp og bruk av nye medisiner og behandlingsmetoder gjennom klinisk utprøving for pasientgrupper over kap. 732, post 70.

Vedtaket anses som oppfylt gjennom revidert oppdragsdokument til de regionale helseforetakene for 2021. Her vises det til at den økte bevilg-

ningen skal knyttes til å finansiere nasjonale behovsidentifiserte studier som gir tilgang til klinisk utprøving av nye legemidler og andre behandlingsmetoder til prioriterte pasientgrupper. De prioriterte områdene med et svakt kunnskapsgrunnlag som det ble vist til var bruk av amfetamin som substitutt for behandling av personer med rusmiddelavhengighet, behandling av hjernesykdommer som demens og ALS og bruk av genterapi for behandling av pasienter med sjeldne diagnoser og tilstander som uhelbredelig blodkreft, øyesykdommer, sjeldne immunsykdommer og alvorlige sykdommer som rammer barn. De regionale helseforetakene rapporterer på igangsatte studier i årlig melding for 2021. Vedtaket er omtalt under kap. 732.

Stamcellebehandling for MS-pasienter

Vedtak nr. 991, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen snarest foreslå tiltak for å sikre at et økt antall MS-pasienter får delta i klinisk utprøving av stamcellebehandling i Norge, og informere Stortinget på egnet måte.»

Vedtaket ble truffet under behandling av Dokument 8:221 S (2020–2021) Innst. 483 S (2020–2021).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom revidert oppdragsdokument for 2021 der de regionale helseforetakene ble bedt om å sikre god informasjon til MS-pasienter om muligheten for å delta i klinisk utprøving av stamcellebehandling i Norge, og vurdere strategier for å øke antall pasienter som deltar i den pågående kliniske studien med stamcellebehandling i Norge. Vedtaket er omtalt under kap. 732.

Beslutningsforum for nye metoder – beslutninger på tvers av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Vedtak nr. 994, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede hvordan Beslutningsforum for nye metoder kan ta best mulige beslutninger på tvers av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik at man sikrer gode samfunnsøkonomiske beslutninger.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:141 S (2020–2021), jf. Innst. 471 S (2020–2021).

Vedtaket anses som utkvittert gjennom vurderinger i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering, vedtatte prinsipper for prioritering, samt forslag om videreføring og revidering av disse i Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Sistnevnte melding ligger nå til behandling i Stortinget. Det vises til nærmere omtale av anmodningsvedtaket under kap. 732.

Helse-, sosial- og omsorgssektoren – saksbehandling av klager

Vedtak nr. 1105, 2. juni 2021

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 25 (2020–2021), jf. Innst. 570 S (2020–2021).

Vedtaket anses som utkvittert ved den gradvise implementeringen av den nye budsjettfordelingsmodellen til statsforvalterne, som vil tilføre midler til de embetene med størst restanser i dag. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet igangsatt restanseprosjekter hos Statsforvalteren for å redusere saksbehandlingstiden. Rapportering og utvikling for saksbehandlingstid i klagesaker kan leses i statsforvalterenes årsrapporter. Det vises til omtale på kap. 762, post 21.

Legemiddeloven – narkotika til eget bruk

Vedtak nr. 1114, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen foreslå lovendringer som sørger for at fengsel ikke lenger blir straffereaksjon for brudd på legemiddelovens bestemmelser om bruk og besittelse av narkotika til eget bruk, herunder også foreslå avbøtende tiltak for konsekvenser av endringer i lov.»

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

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer i legemiddeloven § 31 annet ledd, vedrørende strafferammen for overtredelse av legemiddeloven § 24 første ledd. Regjeringen vil videre legge frem forslag til eventuelle avbøtende tiltak for konsekvenser av endringer i lov.

Bruk av Naltrekson

Vedtak nr. 1119, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen vurdere å utvide bruken av Naltrekson.»

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

Vedtaket anses som oppfylt gjennom at Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått Naltrekson depotinjeksjoner som legemiddel i LAR overfor Nye metoder, som er det nasjonale systemet for innføring og utfasing av metoder i spesialisthelsetjenesten. Det er de regionale helseforetakene som tar beslutninger i Nye metoder. Konklusjonen i Bestillerforum RHF 21. september 2020 var at videre behandling og beslutning i Nye metoder avventer søknad om markedsføringstillatelse i Europa. Så langt er det ikke kommet inn en slik søknad.

Bruk av legemidler uten norsk markedsføringstillatelse regnes i stor grad som utprøvende behandling. Det vil si at det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon av effekt og sikkerhet til at behandlingen kan være en del av det ordinære behandlingstilbudet. Regjeringen har ambisiøse mål når det kommer til kliniske studier. Med den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier har regjeringen lansert en visjon om at klinisk forskning skal bli en integrert del av all pasientbehandling og klinisk praksis. Målet er at langt flere pasienter enn i dag skal delta i kliniske studier og at antall kliniske studier skal være doblet i 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Rusfaglig kompetanse i BUP

Vedtak nr. 1120, 3. juni 2021

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

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

Vedtaket anses som oppfylt gjennom ved at det enkelte helseforetak har ansvar for tilstrekkelig kunnskap om rusproblematikk hos spesialister i psykisk helsevern for barn og unge og kompetanse i intervensjoner og behandling. Regjeringen har en målsetning om å utvikle det faglige samarbeidet mellom psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og der-

ved også behandlingstilbudet til unge med skadelig bruk av rusmidler og rusbrukslidelser. I tillegg legger regjeringen til rette for å utvikle oppfølgings- og behandlingstilbudet til barn og unge med rusproblemer, jf. opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse. Gjennom regjeringens Nasjonal alkoholstrategi 2021–2025 fremgår det videre at regjeringen også ønsker å utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge (TSB-Ung). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Avrusning og videre behandling

Vedtak nr. 1121, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen foreslå tiltak som sikrer at det etter avrusning normalt ikke går mer enn 24 timer før pasienten får tilbud om videre poliklinisk eller annen behandling.»

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

Vedtaket anses som oppfylt gjennom innføring av pakkeforløp og faglige retningslinjer som inkluderer overgang til videre behandling. Her fremgår det at oppfølging og/eller behandling i kommunen eller spesialisthelsetjenesten etter avrusningen bør planlegges i forkant eller i løpet av behandlingen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Ettervernsreform for rusavhengige

Vedtak nr. 1122, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en ettervernsreform der rusavhengige blir fulgt opp på en systematisk måte etter behandlings- og fengselsopphold, herunder sikre boforhold og oppfølging som forebygger at de faller tilbake til rusmiljøet.»

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

Regjeringen har løpende prioritert og styrket rusfeltet, herunder lagt til rette for bedre oppfølgingstjenester fra kommunene og aktivitets- og oppfølgingstilbud fra frivillig og ideell sektor. Regjeringen har også innført og videreutviklet pakkeforløp for rusbehandling der samhandling og forberedelser av oppfølging etter behandling inngår. Det vises også til nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017–2021) og ny nasjonal strategi for den sosiale

boligpolitikken (2021–2024) samt forslag til en egen boligsosial lov. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om det foreligger behov for en reform vedrørende oppfølging etter rusbehandling og fengselsopphold utover de rettigheter og krav på tjenester og ytelser som allerede følger av dagens lovverk, herunder sektorenes og tjenestenivåenes samhandlingsplikt.

Bruk av Nalokson

Vedtak nr. 1123, 3. juni 2021

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

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

I dag deles Nalokson nesep spray ut i om lag 50 kommuner og er et sentralt tiltak i overdosestrategien. Regjeringen vil på egnet måte komme tilbake til Stortinget med en vurdering av hvordan ordningen bør utvikles og innrettes.

Midlertidig løsning før koronasertifikat

Vedtak nr. 1144, 7. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen i påvente av koronasertifikat snarest få på plass en trygg og verifiserbar midlertidig løsning som sikrer at personer som er beskyttet, ikke skal behøve opphold på koronahotell.»

Vedtaket ble fattet ved behandling av Prop. 203 LS (2020–2021), jf. Innst. 649 L (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert gjennom den midlertidige ordningen på helsenorge.no, som ble innført 3. juni 2021. Løsning innebar at reisende ikke ble pålagt opphold på karantenehotell, men kunne ta karantenen hjemme eller på annet egnet sted, hvis de på grensen kunne dokumentere på helsenorge.no at de er vaksinert eller har hatt covid-19 de siste seks månedene. Politiet på grensen hadde i oppgave å verifisere den digitale informasjonen. Den midlertidige ordningen varte frem til 11. juni 2021, hvor verifiserbart koronasertifikat ble implementert i Norge. Det vises til omtale på kap. 762.

NKVTS – studie om Alexander L. Kielland-ulykken

Vedtak nr. 1156, 8. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen gi Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å gjennomføre en studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken for å få kunnskap om hvilke konsekvenser manglende oppfølging etter ulykken, og ulykken i seg selv, har for menneskers fysiske og psykiske helse. Studiene skal gjøres i samarbeid med Kielland-nettverket.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 3:6 (2020–2021), jf. Innst. 577 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert ved at det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til formålet, og Helsedirektoratet gis i oppdrag å sørge for at en slik studie igangsettes. NKVTS AS er et aksjeselskap eiet av forskningsstiftelsen Norce. Slik eierforholdene knyttet til NKVTS er i dag, har ikke regjeringen anledning til å direkte tildele oppdrag om forskningsaktiviteter til senteret. Oppdraget gis derfor til Helsedirektoratet. Det vises til omtale på kap. 765, post 21.

Evalueringsav de regionale odontologiske kompetansesentrene

Vedtak nr. 1164, 8. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene. Evalueringen må blant annet vurdere hvorvidt man har nådd målet om at sentrene skal bidra til en desentralisering av spesialisert kompetanse på tannhelsefeltet, om innretningen av dagens statlige tilskuddsordning er riktig, og hvorvidt bruken av disse statlige tilskuddsmidlene bør endres, for bedre å kunne bidra til at man sikrer pasienter tilgang på god spesialisert tannhelsebehandling i hele landet. Resultatet av evalueringen og forslag til tiltak legges fram for Stortinget.»

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

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

Styrking av tannhelsetilbudet – TOO

Vedtak 1165, 8. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen styrke det tilrettelagte tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi) (TOO) og fremme forslag i budsjettet for 2022 for å sikre nødvendig finansiering.»

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

Vedtaket anses som utkvittert ved forslag om styrking av det tilrettelagte tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi) (TOO) med 20 mill. kroner. Det vises til omtale på kap. 770, post 70.

WHO – tilgang til effektive antibiotika

Vedtak 1170, 8. juni 2021

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

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

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

Styrket opplæring av eldrerådene

Vedtak nr. 1281, 17. juni 2021

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på, i samarbeid med Kommunal- og moderniseringsdepartementet, å gi Helsedirektoratet ved Senteret for et aldersvennlig Norge i oppdrag å tilby de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene og andre kommunale folkevalgte og administrative medarbeidere opplæring i eldrerådernes oppgaver og i medvirkningsarbeid for å fremme mer aldersvennlige lokalsamfunn. Oppgaven skal løses i samarbeid med Rådet for et aldersvennlig Norge, herunder med Pensjonistforbundet og KS, og også involvere andre organisasjoner som representerer eldre innbyggere. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Vern av sårbare eldre

Vedtak nr. 1284, 17. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til hvordan man kan styrke vernet av sårbare eldre i forbindelse med statsbudsjettet for 2022.»

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

Vedtaket anses som utkvittert gjennom forslag om å styrke TryggEst over Kulturdepartementets budsjett. Det vises også til andre nasjonale satsinger som er med og bidrar til å styrke vernet av sårbare eldre i helse- og omsorgstjenesten, herunder Kompetanseløft 202, Demensplan 2025, Leve hele livet, Pårørendestrategien og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ved etablering av helsefelleskap. Det vises til nærmere omtale på kap. 761.

Anbud på folketrygdfinansierte legemidler

Vedtak nr. 1344, 23. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede konsekvensene for pasienter av å innføre anbud på folketrygdfinansierte legemidler og de helseøkonomiske gevinstene av legemidlene, og legge frem vurderingen for Stortinget på egnet måte. Anbud på folketrygdfinansierte legemidler iverksettes ikke før Stortinget har behandlet saken.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021).

En vurdering av helseøkonomiske gevinster inngår i metodevurderingen for hvert enkelt legemiddel. Metodevurderingen innebærer en samlet vurdering av om kostnadene ved å ta i bruk legemidlet står i et rimelig forhold til nytten, tatt i betraktning alvorlighetsgraden til den aktuelle tilstanden, jf. legemiddelforskriftens § 14-3 andre ledd. Utgangspunktet for en anbuds-konkurranse på folketrygdfinansierte legemidler vil som hovedregel være at de legemidlene som inngår er metodevurdert og funnet kostnadseffektive. Videre fikk Legemiddelverket – som ledd i oppfølging av områdegjennomgangen – i oppdrag å gjennomføre en konsekvensvurdering av å innføre anbud på folketrygdfinansierte legemidler. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingen gjengitt under kap. 2751, post 70.

Offentlig autorisasjon til naprapater og osteopater

Vedtak nr. 1347, 23. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at naprapater og osteopater gis offentlig autorisasjon, og fremme et lovforslag om dette så raskt som mulig over sommeren og senest i september, samt sikre at det midlertidige momsfrifatet videreføres frem til autorisasjon er på plass.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp ved Prop. 236 L (2021–2022) om endringer i helsepersonelloven som ble fremmet for Stortinget 17. september. I proposisjonen er det foreslått å autorisere naprapater og osteopater etter helsepersonelloven. Det tas sikte på at loven trer i kraft raskt etter en ev. vedtakelse. Vedtaket er omtalt under kap. 783.

Plan for rekruttering i helse- og omsorgstjenesten

Vedtak nr. 1348, 23. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2022 legge frem en plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere i årene fremover. Planen skal inneholde forslag til ulike tiltak som bidrar til rekruttering og sikrer nok kompetente hender og hoder i helse- og omsorgstjenestene.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 2 (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale i del III. Kompetanseløft 2025 og Nasjonal helse- og sykehusplan legges til grunn for denne planen som oppsummerer status, igangsatte og nye tiltak som skal bidra til å rekruttere, utvikle og beholde sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere i årene som kommer. Vedtaket er omtalt under kap. 732.

Stortingssesjon (2019–2020)

Evaluering av systemet for nye metoder for legemidler

Vedtak nr. 294, 13. desember 2019

«Stortinget ber regjeringen å – i tråd med prioriteringsmeldingen og de vedtatte målene for legemiddelpolitikken samt premissene i Prop. 55 L (2018–2019) – sørge for en evaluering av dagens organisering av og saksbehandling i systemet for nye metoder, med hensikt å videreutvikle et system for likeverdig og rask introduksjon av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 55 L (2018–2019), jf. Innst. 93 L (2019–2020).

Helse- og omsorgskomiteen hadde i Innst. 11 S (2020–2021) merknad om at de ikke anser tiltaket for å være oppfylt før evaluering er gjennomført. I Innst. 580 S (2020–2021) merket Kontroll- og konstitusjonskomiteen at departementet har tildelt oppdrag om evaluering, og avventer fremleggelse av evalueringsrapporten før vedtaket kan kvitteres ut.

Helse- og omsorgsdepartementet inngikk høsten 2020 kontrakt med Proba Samfunnsanalyse om gjennomføring av evalueringen etter anbuds-konkurranse. Frist for evalueringen er 31. oktober

2021. Vedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 732.

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

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helseledirektoratet i oppdrag å vurdere en slik ordning. Helseledirektoratet har frist for leveranse av første deloppdrag 30. juni 2022. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte vedrørende oppfølging av anmodningsvedtaket.

Permanent ambulanshelikopter i Kirkenes og jettfly i Tromsø

Vedtak nr. 573, 14. mai 2020

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

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

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

Vedtaket ble fulgt opp i foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. juni 2020. Her ble det vist til foretaksmøte i Helse Nord RHF 17. april 2020, der det ble gitt oppdrag om at det fra 15. juli 2020 skulle stasjoneres et sivilt ambulanshelikopter i Kirkenes til erstatning for Forsvarets Bell-helikopter. Dette er gjennomført og den delen av Stortingets anmodningsvedtak som er knyttet til ambulanshelikopter i Kirkenes er med dette oppfylt. Det vises også til bevilgning til ambulanshelikopter i Kirkenes under kap. 732, post 70.

I foretaksmøtet 10. juni 2020 ble de regionale helseforetakene bedt om å legge til rette for stasjonering av et jettfly i Tromsø, om mulig gjennom anskaffelse av et jettfly som norsk bistand for transport av pasienter med «høy-risiko for smitte» under RescEU-programmet. Luftambulansetjenesten HF har etter dette inngått avtale med ope-

ratør og det er gjort en bestilling av nytt jettfly til dette formålet. Det er forventet at jettflyet er stasjonert i Tromsø fra og med 1. mars 2022. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Beredskapsmodell for norsk produksjon av legemidler

Vedtak nr. 575, 14. mai 2020

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

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

Som ledd i oppbyggingen av beredskapslagre for legemidler under pandemien er det kjøpt inn råstoff for å kunne kriseproducere enkelte forsyningskritiske intensivlegemidler ved behov. Helseledirektoratet vurderer fremtidig organisering og omfang av beredskapslager av legemidler i primærhelsetjenesten, herunder om det i særskilte tilfeller bør lagreføres enkelte virkestoff. Dersom utredningen kommer frem til at dette er aktuelt, skal det utarbeides systemer for vurdering og lagerføring, samt tydelige kriterier for når og hvordan kriseproduksjon ev. kan iverksettes. Helseledirektoratet utreder mulighetsrommet for produksjon av antibiotika, og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Sykehuset i Kirkenes – intensivvirksomhet nivå 2

Vedtak nr. 577, 14. mai 2020

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

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

Kontroll- og konstitusjonskomiteen opprettholdt vedtaket, jf. Innst. 580 S (2020–2021), men hadde ingen merknader til vedtaket. I Innst. 11 S (2020–2021) merket komiteen seg at dette er under vurdering i Helse Nord RHF, og kunne ikke anse vedtaket som utkvittert. Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom vedtak i foretaksmøtet 10. juni 2020 hvor Helse Nord RHF ble bedt om å vurdere styrevedtaket fra 2008 om nivåde-

ling av intensivavdelingene i regionen på nytt på bakgrunn av erfaringer gjort siden den gang og på bakgrunn av Stortingets anmodningsvedtak. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Produksjonskapasitet av legemidler og medisinsk utstyr

Vedtak nr. 578, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen utrede hvilken produksjonskapasitet som eksisterer i Norge, og hvilke essensielle legemidler og medisinsk utstyr som kan og bør produseres nasjonalt for å sikre forsyning og beredskap, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom Lege-middelverkets kartlegging av produksjonskapasitet for legemidler våren 2020. Som oppfølging av kartleggingen ble det kjøpt inn råstoff for å kunne kriseprodusere enkelte forsyningskritiske intensivlegemidler ved behov, samt igangsatt en mulighetsstudie for antibiotikaproduksjon i regi av Helse-direktoratet. I forbindelse med videre utredning av fremtidige beredskapslagre for legemidler skal det vurderes om det i særskilte tilfeller bør lagreføres enkelte virkestoff for kriseproduksjon, jf. omtale av vedtak nr. 575 av 14. mai 2020. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevern-utstyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer. Det er også igangsatt produksjon av desinfeksjonsmiddel. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Gjennomgang av helselovgivningen jf. FNs barnekonvensjon

Vedtak nr. 581, 14. mai 2020

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

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

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

Etter regjeringens oppfatning er barnekonvensjonens prinsipper fullt ut gjennomført i norsk helselovgivning og oppfylder barns rett til å bli hørt, beslutninger til barns beste og rett til privatliv. Regjeringen vil likevel gjennomgå reglene på bakgrunn av Stortingets vedtak. Arbeidet har blitt forsinket som følge av pandemisituasjonen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Medisinsk fødselsregister

Vedtak nr. 609, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen endre Medisinsk fødselsregisterforskriften med sikte på å registrere alle behandlinger med assistert befruktning i Medisinsk fødselsregister, uavhengig av utfall.»

Vedtaket ble truffet under behandlingen av Prop. 34 L (2019–2020), Innst. 296 L (2019–2020).

Vedtaket er fulgt opp ved endringer i forskrift 21. desember 2001 nr. 1483 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister fastsatt ved kongelig resolusjon 11. juni 2021, jf. forskrift 11. juni 2021 nr. 1877. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurdering under kap. 745.

Biomedisinkonvensjonen og mitokondriedonasjon

Vedtak nr. 610, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen jobbe for å endre Biomedisinkonvensjonen eller forståelsen av den, for å sikre at mitokondriedonasjon kan bli tillatt i Norge når metoden er trygg og faglig forsvarlig.»

Vedtaket ble truffet under behandlingen av Prop. 34 L (2019–2020), Innst. 296 L (2019–2020).

Helsedirektoratet deltar i Europarådets komite for bioetikk (DH-BIO) sine diskusjoner om forståelsen av forbudet i Biomedisinkonvensjonen artikkel 13, inkludert forholdet til mitokondriedonasjon. I plenumsmøte 3. til 6. november 2020 stemte de norske representantene for å se på mulighetene for å klargjøre bestemmelsen i artikkel 13. Forslaget fikk flertall. Våren 2021 ble delegasjonene bedt om å sende inn forslag til tema som bør klargjøres. Norge har gitt innspill. I møtet ble det gjort klart at mitokondriedonasjon ikke er et tema som kan tas inn i en slik klargjøring, siden denne teknologien ikke var mulig eller

tenkt på da Oviedo-konvensjonen ble vedtatt. Det betyr ikke at tema er uaktuelt, men det må håndteres på annen måte. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Utredning av markedet for genetisk selvtesting

Vedtak 611, 26. mai 2020

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

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

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede markedet for genetisk selvtesting som beskrevet i dette vedtaket. Direktoratet skal involvere Bioteknologirådet og Forbrukerrådet i arbeidet. Utredningen skal også omfatte forslag til lovendringer som sikrer at testing av barn utenfor helsetjenesten blir forbudt, jf. vedtak 612. Frist for levering av oppdraget er 1. desember 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forbud genetisk testing av barn

Vedtak nr. 612, 26. mai 2020

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

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

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede markedet for genetisk selvtesting som beskrevet i vedtak 611. Direktoratet skal involvere Bioteknologirådet og Forbrukerrådet i arbeidet. Utredningen skal også omfatte forslag til lovendringer som sikrer at testing av barn utenfor helsetjenesten blir forbudt, jf. vedtak 612. Frist for levering av oppdraget er 1. desember 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Kompensasjon av donasjon av kjønnsceller

Vedtak nr. 613, 8. juni 2020

«Stortinget ber regjeringen utarbeide retningslinjer ved kompensasjon av donasjon av kjønnsceller, som reflekterer belastningen og tidsbruken for donor. Kompensasjonen settes på et moderat nivå, som ikke driver opp det generelle kompensasjonsnivået i nordiske land. Dokumenterte reiseutgifter dekkes i tillegg.»

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

Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet utarbeidet retningslinjer for økonomisk kompensasjon til eggdonor og oppdatert retningslinjene for kompensasjon til sæddonor. Retningslinjene er inntatt i Helsedirektoratets oppdaterte rundskriv *Assistert befruktning med donoregg og donorsæd*. Det vises til omtale under kap. 732.

Prioriteringsveileder for donasjon av egg

Vedtak nr. 615, 8. juni 2020

«Stortinget ber regjeringen utforme en prioriteringsveileder for donasjon av egg, som i stor grad harmoniserer med prioriteringsveilederen for donasjon av sæd.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har oppdatert sitt rundskriv *Assistert befruktning med donoregg og donorsæd*. Det vises til omtale under kap. 732.

Preimplantasjonsdiagnostikk

Vedtak nr. 616, 8. juni 2020

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

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

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

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå vilkårene og retningslinjene for PGD og fosterdiagnostikk. Direktoratet er også bedt om å utrede og foreslå eventuelle lovendringer som følge av gjennomgangen. Frist for levering av oppdraget er 1. desember 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Svangerskap – ultralyd med tilleggsundersøkelser

Vedtak nr. 617, 26. mai 2020

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

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

I Innst. 11 S (2020–2021) merker komiteen seg at tiltaket ikke er utkvittert av regjeringen, og understreker at tilbudet skal være tilgjengelig for alle kvinner i første trimester gjennom den offentlige svangerskapsomsorgen innen 1. januar 2021.

Vedtaket er fulgt opp gjennom bevilgningsforslag under kap. 732 i Prop. 1 S (2021–2022). Vedtaket er omtalt under kap. 732.

Aldersgrense tilbud om fosterdiagnostikk

Vedtak nr. 618, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at aldersgrensen for å få tilbud om fosterdiagnostikk senkes fra kvinner som er over 38 år ved termin, til kvinner som er over 35 år ved termin.»

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

Vedtaket er fulgt gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2021 hvor de regionale helseforetakene er bedt om å forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Vedtaket er omtalt under kap. 732.

NIPT til alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk

Vedtak nr. 619, 26. mai 2020

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

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2021 hvor de regionale helseforetakene er bedt om å forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak. Vedtaket er omtalt under kap. 732.

NIPT tillatt å utføre i Norge for alle gravide

Vedtak nr. 620, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Non-invasiv prenatal test (NIPT) blir tillatt å utføre i Norge for alle gravide kvinner.»

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

I Innst. 580 S (2020–2021) viser komiteen til at regjeringen har gitt Helsedirektoratet i oppgave å etablere en godkjenningsordning for private aktører som vil tilby NIPT innen 1. april 2021 og kvitterer ut vedtaket på dette grunnlag. Helse- og omsorgsdepartementet har ved vedtak 18. mars 2021 endret vilkårene for å bruke Non-invasive prenatal testing (NIPT) for påvisning av trisomi 13, 18 og 21, jf. bioteknologiloven § 4-2. Metoden kan etter dette tilbys alle gravide. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingen under kapittel 732.

Endringer i bioteknologiloven – økonomiske konsekvenser

Vedtak nr. 622, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen innarbeide de økonomiske konsekvensene av endringene i bioteknologiloven i statsbudsjett for 2021.»

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

I Innst. 11 S (2020–2021) mente komiteen at vedtaket ikke kan anses å være fulgt opp, da de totale økonomiske konsekvensene av endringene i bioteknologiloven ikke er innarbeidet i nasjonalbudsjettet for 2021. I Innst. 580 S (2020–2021) bemerket komiteen at regjeringen vil komme tilbake til de økonomiske konsekvensene i revidert statsbudsjett for 2021 og avventer dette før vedtaket kvitteres ut.

Helse- og omsorgsdepartementet har innarbeidet de økonomiske konsekvensene av endringene i bioteknologiloven gjennom bevilgningsforslag i Prop. 1 S (2020–2021), Prop. 195 S (2020–2021) og i budsjettforslaget for 2022 under kap. 732, post 70, 72-77 og kap. 2755, post 70 og 72. Samlet foreslås det 225 mill. kroner over ulike poster som følge av endringer i bioteknologiloven i 2022. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale i kap. 732.

Endringer i Smittestopp-applikasjonen

Vedtak nr. 711, 16. juni 2020

«Stortinget ber regjeringen endre Smittestopp-applikasjonen og sørge for at de som laster ned appen får mulighet til delt samtykke. Ett til smittesporing og ett til kunnskapsinnhenting.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 130 L (2019–2020), jf. Innst. 385 L (2019–2020).

Ved behandling av Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021) ble anmodningsvedtaket behandlet og en ny applikasjon er utviklet, kun med funksjonalitet for varsling av nærkontakter. Med dette bortfalt også grunnlaget for å utvikle en egen samtykkeløsning for innsamling av statistikk til analyseformål. Applikasjonen er frivillig i bruk, og den har to samtykkeløsninger, én for nasjonal smittesporing og én for den europeiske smittesporingsløsningen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom omtalen under kap. 701.

Planlagt svangerskapsavbrudd på sykehus

Vedtak nr. 712, 16. juni 2020

«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset, dersom kvinnen selv ønsker det.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:45 S (2019–2020), jf. Innst. 374 S (2019–2020).

Vedtaket er fulgt opp gjennom følgende oppdrag til de regionale helseforetakene for 2021:

De regionale helseforetakene skal sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell. Vedtaket er omtalt under kap. 732.

Spontanabort – oppfølging fra helsepersonell

Vedtak nr. 713, 16. juni 2020

«Stortinget ber regjeringen sikre at alle som gjennomgår en spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:45 S (2019–2020), jf. Innst. 374 S (2019–2020).

Vedtaket er fulgt opp gjennom følgende oppdrag til de regionale helseforetakene for 2021:

De regionale helseforetakene skal sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell. Vedtaket er omtalt under kap. 732.

Stortingssesjon (2018–2019)

Styrking av norsk tannhelse

Vedtak nr. 20, 15. november 2018

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak om styrking av norsk tannhelse, med mål om å utjevne sosial ulikhet i

tannhelse gjennom å hjelpe dem som trenger det mest. Stortinget ber om at saken inneholder:

- a. forslag til hvordan man kan styrke det forebyggende arbeidet for god folketannhelse
- b. en gjennomgang av refusjonsordningene på tannhelsefeltet
- c. forslag som i større grad vil hjelpe dem som i dag ikke har økonomisk mulighet for å få gjennomført nødvendig tannhelsebehandling
- d. forslag til forbedring og forenkling av ordningene for refusjon gjennom folketrygden til spesielle diagnoser.»

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

I Innst. 11 S (2020–2021) merker komiteen seg at regjeringen vil komme tilbake på egnet måte. I Innst. 580 S (2020–2021) opprettholder komiteen vedtaket. Vedtaket vil bli fulgt opp i arbeidet med en egen melding om tannhelsetjenesten som er varslet i Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte ressurs og alvorlighet, prioritering i helse- og omsorgstjenesten, som ble lagt frem i Stortinget 18. juni 2021. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ensomhet inn i folkehelseloven § 7

Vedtaket nr. 25, 20. november 2018

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

Vedtaket ble truffet ved Stortingets møte 20. november 2018.

I tråd med Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn vil regjeringen ta initiativ til en samlet gjennomgang av folkehelseloven med forskrifter. Gjennomgangen vil bl.a. bidra til at regelverket er bedre tilpasset ny kunnskap om forhold som påvirker helsen, slik som ensomhet. Arbeidet er forsinket som følge av koronapandemien. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Nasjonal strategi for ernæring hos eldre

Vedtaket nr. 28, 20. november 2018

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

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom framleggelsen av Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Ernæringskompetanse og arbeid i tjenesten

Vedtaket nr. 29, 20. november 2018

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

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom framleggelsen av Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Samarbeid om holdninger til alkohol i arbeidslivet

Vedtaket nr. 38, 20. november 2018

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

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

Regjeringen la våren 2021 fram Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). Strategien følger opp WHO-målet om en reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 pst. innen 2025 sammenliknet med 2010. Som en del av strategien, og som et ledd i arbeidet med å styrke samarbeidet med arbeidslivets parter om forebygging av rusmidler i arbeidslivet, arrangerte Helsedirektoratet i samarbeid med Akan kompetansesenter, et toppmøte om rus og arbeidsliv 1. september 2021. Det var enighet om å nedsette en arbeidsgruppe med representanter fra arbeidslivets parter og med støtte fra Helsedirektoratet og Akan kompetansesenter. Arbeidsgruppen vil utarbeide forslag til tiltak og videreutvikling av innsatsen som drøftes på

et nytt toppmøte i 2022. Det vises til omtale under kap. 714.

Forslag om merking av alkoholholdig drikk

Vedtak nr. 39, 20. november 2018

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

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

Regjeringen la våren 2021 fram Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). Strategien følger opp WHO-målet om en reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 pst. innen 2025 sammenliknet med 2010. I strategien framgår det at regjeringen vil starte en prosess for å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking i Norge. Som et ledd i dette arbeidet har departementet gitt Mattilsynet oppdrag om å vurdere muligheten for å innføre innholdsmerking på alkoholholdige drikkevarer i Norge, herunder både næringsdeklarasjon og ingrediensliste. Frist for oppdraget er 1. februar 2022. Departementet vil følge opp dette videre og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Innføring av merking av alkoholholdig drikk

Vedtak nr. 44, 20. november 2018

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

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

Regjeringen la våren 2021 fram Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). Strategien følger opp WHO-målet om en reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 pst. innen 2025 sammenliknet med 2010. I strategien framgår det at regjeringen vil foreslå å innføre krav til advarselsmerking på alkoholholdig drikk i Norge. Som et ledd i dette arbeidet har departementet gitt Helsedirektoratet oppdrag om å utrede forslag til en ordning med advarselsmerking på alkoholholdig drikk med siktemål å innføre slik merking i Norge. Frist

for oppdraget er 1. februar 2022. Departementet vil følge opp dette videre og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ideelle organisasjoners pensjonskostnader

Vedtak nr. 82, 3. desember 2018

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

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

Vedtaket omfatter ideelle organisasjoners arbeid for kommuner og fylkeskommuner over flere år og innenfor ulike sektorer. Anmodningsvedtaket forutsetter et omfattende kartleggingsarbeid når det gjelder i hvor stor grad kommunene og fylkeskommunene allerede har påtatt seg forpliktelser, og i hvilket omfang kommuner og fylkeskommuner i dag står uten ansvar. Utredningen har blitt forsinket som følge av koronasituasjonen både i 2020 og hittil i 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Utredning om BPA-ordningen

Vedtak nr. 87, 3. desember 2018

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

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

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå og foreslå forbedringer i ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Utvalget er godt i gang med arbeidet, og skal levere sin utredning desember 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter

Vedtak nr. 93, 4. desember 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 6 (2017–2018), jf. Innst. 78 S (2018–2019). Kontroll- og konstitusjonskomiteen opprettholdt vedtaket, jf. Innst. 580 S (2020–2021).

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

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

Som redegjort i svarbrevet til justiskomiteen 25. juni 2018 nedsatte regjeringen i 2016 et lovutvalg, Tvangslovutvalget, som fikk i mandat å foreta en revisjon av tvangshjemler i helse- og omsorgssektoren. Tvangslovutvalget leverte sin innstilling (NOU 2019: 14) 18. juni 2019. Utvalget har levert et omfattende lovutkast med bl.a. forslag til bestemmelser om elektrokonvulsiv behandling (ECT). Utredningen ble sendt på høring med frist 16. desember samme år. Regjeringen arbeider med å følge opp høringen. Regjeringen sendte 6. juli 2021 ut et høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget der høringsinstansene inviteres til å komme med innspill til hva som må til for å lykkes med innføring av et nytt regelverk for bruk av tvang. Det går fram av notatet at departementet i det videre arbeidet med tvangslovgivningen vil ta utgangspunkt i Tvangslovutvalgets forslag om lovfesting av en snever adgang til å bruke ECT. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forskrivningsrett på prevensjon til de under 16 år

Vedtak nr. 589, 13. juni 2019

«Stortinget ber regjeringen fjerne begrensningen som gjør at helsesykepleiere og jordmødre ikke

har forskrivningsrett på alle typer prevensjon til unge under 16 år.»

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

I Innst. 11 S (2020–2021) viser komiteens flertall til at forslaget er sendt ut på høring med frist 8. januar 2021, og at regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert ettersom Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2020 sendte på høring forslag om å utvide rekvireringsretten slik at jordmødre og helsesykepleiere også gis rett til å rekvirere hormonell prevensjon til unge under 16 år. I Innst. 580 S (2020–2021) merket kontroll- og konstitusjonskomiteen seg at forslaget var sendt på høring, og forventet utkvittering av vedtaket til forskriftsendringene ble gjennomført. Det ble 24. august 2021 fastsatt endringer i forskrift om rekvirering av legemidler fra apotek som innebærer at helsesykepleiere og jordmødre kan rekvirere alle typer prevensjon, også til personer under 16 år. Forskriften trer i kraft 01.01.22. Det vises til omtale på kap. 762, post 21.

Stortingssesjon (2017–2018)

Medisinstudenter i primærhelsetjenesten

Vedtak nr. 363, 19. desember 2017

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

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

I Innst. 11 S (2020–2021) viser Helse- og omsorgskomiteen til at Stortinget ikke har mottatt egen sak og anser derfor ikke vedtaket som utkvittert. I Innst. 580 S (2020–2021) har kontroll- og konstitusjonskomiteen vist til behandlingen av vedtaket i helse- og omsorgskomiteen og at departementet vil komme tilbake til saken på egnet måte. Komiteen avventer tilbakemeldingen før vedtaket kvitteres ut. I Innst. 12 S (2020–2021) sluttet Stortinget seg til en økning i kapasiteten av medisinstudenter i Norge ved bruk av desentraliserte studiemodeller.

I den nasjonale retningslinjen for medisinstudenter som ble vedtatt i 2020 ble det forskriftsfestet at alle medisinstudenter skal ha 10 ukers praksis i primærhelsetjenesten. Som en oppføl-

ging av Grimstadutvalgets rapport har regjeringen nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe som ser på mulighetene for å øke utdanningskapasiteten i medisin i Norge gjennom bruk å ta en større deler av helsetjenesten i bruk. Gjennom dette arbeidet har universitetene ved de medisinske fakultetene meldt om utfordringer knyttet til praksisplasser i kommunene.

I Meld. St. 19 (2020–2021) Styring av statlige universiteter og høyskoler vises det til en nasjonal prosess om dimensjoneringen av medisinutdanningen i årene framover. Stortinget behandlet meldingen våren 2021.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede etablering av praksiskontor i kommunene for helse- og sosialfaglige utdanninger. Praksiskontorer kan bidra til bedre organisering og koordinering av praksis. Vedtaket er omtalt under kap. 783.

Reduksjon i alkoholforbruk

Vedtaket nr. 436, 31. januar 2018

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

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

Regjeringen la våren 2021 fram Nasjonal alkoholstrategi. Strategien følger opp WHO-målet om en reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 pst. innen 2025 sammenliknet med 2010. Alkoholstrategien inneholder seks hovedprioriteringer for å redusere skadelig alkoholbruk, der den første hovedprioriteringen er å videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken: Bl.a. bevillings-systemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgiftene og aldersgrensene. De andre hovedprioriteringene er å understøtte alkoholforebygging i kommunene, forsterke tidlig innsats, fremme alkoholfrie arenaer, styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol samt prioritere forskning på sykdomsutvikling og skader knyttet til alkohol. Strategien inneholder en rekke tiltak knyttet til de ulike hovedprioriteringene. Både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er sentrale i oppfølgingen av alkoholstrategien. Vedtaket er nærmere omtalt under kap. 714 Folkehelse.

Nye finansieringsformer – Boliger til eldre

Vedtaket nr. 438, 31. januar 2018

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

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Regjeringen har hatt et forslag til investeringstilskudd til trygghetsboliger for eldre på høring og foreslår på denne bakgrunn å gjennomføre en pilot med investeringstilskudd til trygghetsboliger i distriktskommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 (SSBs sentralitetsindeks). Videre tas det sikte på å innføre et plankrav f.o.m. 2022 for investeringstilskuddet for heldøgns omsorgsplasser. Videre tas det sikte på å innføre et plankrav f.o.m. 2022 for investeringstilskuddet for heldøgns omsorgsplasser, som skal stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger fra kommunene. Det vises til nærmere vurdering under kap. 761.

Legevakt- og fastlegeordningen

Vedtaket nr. 468, 13. februar 2018

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

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

I Innst. 11 S (2020–2021) viste Helse- og omsorgskomiteen til at Stortinget ikke har mottatt en egen sak om forbedringer i legevaktordningen som også bidrar til rekrutteringen til fastlegeordningen, samt at regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten ikke gikk nærmere inn i legevaktordningen. Kontroll- og konstitusjonskomiteen opprettholdt vedtaket, jf. Innst. 580 S (2020–2021). Komiteen viser til vedtakets ordlyd hvoretter regjeringen ble bedt om å legge fram en egen sak om legevakts- og fastlegeordningen og avventer dette før vedtaket kan kvitteres ut.

Vedtaket er fulgt opp gjennom handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Legevakt inngår som eget tiltak i handlingsplanen «regjeringen vil skaffe økt innsikt om legevaktarbeid og prøve ut nye måter å drive legevakt». I januar 2021 nedsatte departementet en ekspertgruppe som skal kartlegge hvordan legers vaktbelastning er fordelt på kommuner av ulik størrelse og sentralitet. Ekspertgruppen leverte sin rapport november 2021.

Legevaktspiloten videreføres og vil gi erfaring med alternative måter å organisere legevakt på. Innsikten fra ekspertgruppen og piloten vil bli brukt aktivt forbedringen av legevaktordningen slik at den ikke virker til hinder for rekruttering til allmennlegetjenesten. Det vises til omtale under kap. 762, post 21.

Evaluering av turnusordningen

Vedtak nr. 469, 13. februar 2018

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

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

Helsedirektoratet har gjennomført en evaluering av omleggingen av turnusordningen til LIS1. Direktoratet har også kommet med forslag til ulike forbedringer, herunder tiltak som kan bidra til å styrke rekrutteringen av leger til de delene av tjenestene og landet som har særlig behov for leger. Direktoratet overleverte rapporten 9. juni 2021. Departementet vil vurdere oppfølgingen av de foreslåtte tiltakene og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Institusjonsplasser for barn

Vedtak nr. 508, 27. februar 2018

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

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

I Innst. 580 S (2020–2021) ble utkitteringen av vedtaket avvist. Kontroll- og konstitusjonskomiteen ba om en egen sak med orientering om bruk av institusjonsplasser for barn i strid med barnets beste og familiens ønske.

Det vises til anmodningsvedtak 9 av 6. oktober 2020, der Stortinget ber regjeringen fremme nødvendig lovendring som slår fast at ingen kommuner kan plassere mennesker mellom 0 og femti år, på sykehjem mot deres egen vilje. Det fremgår av vedtaket at for barn vil det være nærmeste pårørendes vilje som må gjelde. Det vises også til anmodningsvedtak. 702 av 16. februar 2021 der Stortinget ber regjeringen fremme forslag om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, barn ikke bosettes i sykehjem i strid med familiens ønske og barnets beste, samt pasienter mellom 18-49 år ikke bosettes i sykehjem i strid med eget eller vergens ønske.

Regjeringen foreslår å avslutte rapporteringen på vedtak 508 og viser til videre oppfølging av vedtak 9 og 702 fra stortingssesjonen 2020–2021. Det vises til omtale på kap. 761.

Handlingsplan mot selvmord og selvskading

Vedtak nr. 614, 19. april 2018

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

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

Kontroll- og konstitusjonskomiteen valgte i Innst. 580 S (2020–2021) å opprettholde vedtaket.

Vedtaket er fulgt opp gjennom regjeringens Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste, som ble lagt frem 10. september 2020. Med denne handlingsplanen er nullvisjon for selvmord innført i Norge. Åtte departementer samarbeider om planen. Planen har både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv. Tjenestedelen inkluderer den kommunale helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og

somatiske enheter. Som del av planen er det opprettet et nytt nasjonalt forum for forebygging av selvmord, som har som mandat å jevnlig vurdere måloppnåelse og å komme med forslag til justering av tiltakene i lys av ny kunnskap. Forumet er bredt sammensatt med representanter fra brukere, pårørende- og etterlatteorganisasjoner, tjenester og ulike fag- og kompetansemiljøer. Det er også opprettet et tilhørende direktoratssamarbeid. Forebygging av selvsykdom er omhandlet i Prop. 121 S (2018–2019). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024), jf. Prop. 1 S (2018–2019). I tillegg er det tiltak som omhandler både selvmord og selvsykdom i handlingsplanen. Det vises til omtale på kap. 765, post 21.

Regelverket for pasientreiser

Vedtak nr. 615, 19. april 2018

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

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

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2019 i oppdrag å foreta en gjennomgang av regelverket for pasientreiser. Det tas sikte på å sende høringsnotat om revisjon av pasientreiseforskriften på offentlig høring høsten 2021. Basert på høringen vil departementet vurdere endringer i pasientreiseforskriften. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 732.

Evalueringsprosjektet for pasientreiseforskriften

Vedtak nr. 616, 19. april 2018

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

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

Det vises til omtale under vedtak 615. Vedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 732.

Organisering av pasientreiseordningen

Vedtak 617, 19. april 2018

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

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

Det vises til omtale under vedtak 615. Vedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 732.

Oppfølging av rapporten «Gode liv i Norge»

Vedtak nr. 624, 19. april 2018

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

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

Gode liv i Norge er fulgt opp av en arbeidsgruppe med deltakelse fra Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå (SSB), OsloMet/NOVA og Helsedirektoratet i rapporten «Livskvalitet – anbefalinger for et bedre målesystem» (Helsedirektoratet 2018, IS-2727). Vedtaket har blitt fulgt opp gjennom oppfølging av Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga, og i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og SSB. Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en nasjonal livskvalitetsstrategi som blant annet skal bidra til at livskvalitet blir et supplerende mål på samfunnsutviklingen. Det ble videre besluttet at Helse- og omsorgsdepartementet skal lede arbeidet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 714.

Styring av helsevesenet

Vedtak nr. 625, 18. februar 2018

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

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

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

Folkehelseinstituttet – målesystem for livskvalitet

Vedtak nr. 626, 18. februar 2018

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

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

Det er flere etater som kan være godt egnet for å koordinere målesystemet. I henhold til organisering hittil har Helsedirektoratet gitt SSB i oppdrag å gjennomføre nasjonale, undersøkelser, mens FHI har fått oppdrag om å gjennomføre regionale undersøkelser. Helse- og omsorgsdepartementet har tatt dette opp med etatene som melder at virksomhetene har ulike roller og fyller ulike behov, slik at det ikke lenger er hensiktsmessig å peke på én aktør eller institusjon. I arbeidet så langt har det vært en styrke å være flere og det vil fortsatt være behov for å fortsette samarbeidet på feltet og koordinere dette. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 714.

Nasjonale undersøkelser om livskvalitet

Vedtak nr. 627, 18. februar 2018

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

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

Anmodningsvedtakene 627, 628 og 629 må sees i sammenheng. Spørsmål om livskvalitet er nå innarbeidet i opplegget for fylkeshelseundersøkelsene. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark som ble gjennomført i juni 2019, benyt-

tet det nye instrumentet for måling av livskvalitet i befolkningen. Flere fylker gjennomfører nå, eller planlegger å gjennomføre fylkeshelseundersøkelser hvor livskvalitet nå er innarbeidet. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal fortsette arbeidet med å innhente og publisere data om livskvalitet. Fullversjonen av målebatteriet er testet ut en gang regionalt (i Hallingdal), og en gang nasjonalt. Datainnsamling for den nasjonale målingen ble foretatt i mars-april 2020. Resultater forelå høsten 2020. I tillegg er det publisert en foreløpig rapport om livskvalitet før og etter innføring av korona-tiltakene og resultater i forbindelse med tiltak ble publisert i desember 2020. Folkehelseinstituttet utgav i august 2020 rapporten Livskvalitet i Norge – fra nord til sør.

SSB publiserte på oppdrag fra Helsedirektoratet resultatene fra den første nasjonale målingen om livskvalitet i oktober 2020. Nasjonale og regionale datainnsamlinger skal følges opp som del av arbeidet med en nasjonal livskvalitetsstrategi som starter opp under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2021. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 714.

Data om livskvalitet

Vedtak nr. 628, 18. februar 2018

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

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

Anmodningsvedtaket må sees i sammenheng med nr. 627, og anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 714.

Evaluering av LAR-ordningen

Vedtak nr. 634, 24. april 2018

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

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

Det vises til merknader i Innst. 11 S (2020–2021) der komiteen viser til at regjeringen skal

publisere en revidert retningslinje i løpet av 2020 og avventer dette før vedtaket kan utkvitteres. Videre mener komiteen at en revidert retningslinje ikke er tilstrekkelig for å kvittere ut vedtaket. En ny retningslinje er ikke en garanti for at LAR-ordningen skal fungere normalt. Det burde også handle om å sikre LAR-ordningen nok ressurser og bemanning til å for eksempel sikre innhold, kvalitet, og rehabilitering, redusere lekkasje av LAR-medisin og overdoser av LAR-medisin.

Det vises og til Innst. 580 S (2020–2021) der komiteen registrerer at Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med en nærmere redegjørelse i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2022. Komiteen anser ikke vedtaket for å være fulgt opp.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har revidert den nasjonale faglige retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Formålet er å sikre innhold, kvalitet og forbedringer i ordningen, slik at LAR kan fungere optimalt. Den reviderte retningslinjen er sendt på høring og vil etter planen bli publisert i løpet av andre halvår 2021. Helsedirektoratet har videre fått i oppdrag å gjennomføre en følge-evaluering av implementeringen av den nye retningslinjen. Helsedirektoratet har og utarbeidet egne pandemianbefalinger om LAR. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Spesialisering innen geriatri

Vedtak nr. 642, 24. april 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018). I Innst. 11 S (2019–2020) og Innst. 373 S (2019–2020), samt i Innst. 11 S (2020–2021) uttaler Stortinget at de avventer med å utkvittere vedtaket til slik bemanning er på plass ved samtlige store sykehus, herunder i Helse Førde HF og Nordlandssykehuset HF. Det vises til tilsvarende merknad fra Kontroll- og konstitusjonskomiteen, jf. Innst. 580 S (2020–2021).

De regionale helseforetakene fikk i 2020 i oppdrag å sikre at alle akutt-sykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og at alle store akutt-sykehus skal ha spesialist i geriatri.

I årlig melding for 2020 rapporterer Helse Vest RHF at Helse Førde HF har ansatt geriater i bistilling, i et samarbeid med Haraldsplass diakonale sykehus, og de har leger i spesialisering i geriatri. Helse Nord RHF rapporterer at det ved Nordlandssykehuset HF er geriater i Bodø. De regionale helseforetakene rapporterer at de arbeider med rekruttering og de har leger i spesialisering i denne spesialiteten ved mange sykehus. I tillegg arbeides det mange steder med breddekompetanse på tvers av personellgrupper og legespesialiteter for å ivareta og styrke tilbudet innen geriatri. Anmodningsvedtaket ansees som oppfylt. Vedtaket er også omtalt i kap. 783.

Fødselsomsorg

Vedtak nr. 753, 24. mai 2018

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

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

Etter anbefaling fra Helsedirektoratet vurderer Helse- og omsorgsdepartementet at det vil være hensiktsmessig å vurdere behovet for screening av gravide og barselkvinner som en del av et pågående nordisk prosjekt innen samme fagområde som tar sikte legge fram sine erfaringer i 2021. Det nordiske prosjektet er forsinket som følge av koronapandemien. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Kosmetiske injeksjoner

Vedtak nr. 839, 6. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av representantforslag Dokument 8:174 S (2017–2018) om et mer regulert marked for kosmetiske injeksjoner og innstilling fra helse- og omsorgskomiteen (Innst. 348 S (2017–2018)).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom Prop. 221 L (2020–2021) om endringer i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven med regulering av kosmetiske inngrep, injeksjoner og behandling. I proposisjonen foreslås det en aldersgrense på 18 år for å få utført kosmetiske inngrep, injeksjoner og behandling uten medisinsk eller odontologisk begrunnelse. Videre foreslås det endringer i helsepersonelloven som innebærer et kompetansekrav for å gjennomføre visse former for kosmetiske inngrep, injeksjoner og behandlinger slik at bare helsepersonell skal kunne utføre disse behandlingene dersom de kan påføre pasienten alvorlig skade, sykdom, komplikasjoner eller bivirkninger. I proposisjonen drøftes videre hvorvidt markedsføring av kosmetiske injeksjoner og bestilling og bruk i private hjem bør forbys, uten at departementet kommer frem til at det ikke er grunnlag for et generelt forbud, men at det vil foretas enkelte presiseringer i forskrift. Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom vurderingen under kap. 732.

Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtaket nr. 843, 5. juni 2018

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

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

Det vises til merknader i Innst. 11 S (2020–2021) der flertallet merker seg at regjeringen viser til pakkeforløpene, og ikke til vedtakets konkrete forespørsel om at en finansieringsnøkkel for å sikre tilstrekkelig ettervern vurderes. Flertallet kan derfor ikke anse vedtaket som utkvittert. Det vises og til Innst. 580 S (2020–2021) der komiteen viser til at departementet vil komme tilbake til Stortinget i tilknytning til statsbudsjettet for 2022 og avventer dette før vedtaket kvitteres ut.

Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtaket blant annet ved å innføre pakkeforløp innen

psykisk helse og rus, der oppfølging etter behandling også inngår. Regjeringen har vurdert om en ny finansieringsnøkkel kunne være hensiktsmessig, men mener det ikke er ønskelig å gjøre endringer i dagens ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Når pasienter skrives ut fra døgnbehandling er det et kommunalt ansvar å sørge for et godt tilbud for den enkelte. Samtidig kan personer med ruslidelser få oppfølging av spesialisthelsetjenesten, også etter utskrivning fra døgninstitusjon. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Markedsføring av kosmetisk kirurgi

Vedtaket nr. 851, 6. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av representantforslag Dokument 8:174 S (2017–2018) om et mer regulert marked for kosmetiske injeksjoner og innstilling fra helse- og omsorgskomiteen (Innst. 348 S (2017–2018)).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom Prop. 221 L (2020–2021) under punkt 9.4. Her redegjør departementet for hvorfor det ikke vil være grunnlag for å innføre et generelt forbud mot markedsføring av produkter og tjenesteytingen ved utføring av kosmetiske inngrep, injeksjoner eller behandling. Departementet finner det mer hensiktsmessig å foreta enkelte presiserende endringer i forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep. I denne forbindelse er det foreslått at helsepersonell skal utforme markedsføringen slik at den ikke oppfattes av barn under 18 år til å være rettet mot deres aldersgruppe, eller på annen måte bidrar til kroppspress blant barn. Videre er det foreslått endringer som gjør at det skal fremgå tydelig at markedsføringsreglene skal gjelde for kosmetiske inngrep i form av kosmetiske injeksjoner eller ved bruk av fillers og legemidler, i motsetning til kosmetiske inngrep i form av plastikkirurgiske inngrep og inngrep i hud og underhud slik det er i dag. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom utredning i Prop. 221 L (2020–2021) og planlagte forskriftsendringer.

Drift av luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 861, 7. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dok. 224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

En ekspertgruppe har utredet framtidig drift av luftambulansetjenesten, jf. omtale i Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan. Ekspertgruppen leverte sin utredning i mars 2021. På bakgrunn av ekspertgruppens utredning og anbefalinger vil regjeringen i all hovedsak videreføre dagens modell, med noen justeringer. Det vises til omtale under kap. 732. Vedtaket anses med dette som fulgt opp.

Tobakksskadeloven

Vedtak nr. 915, 12. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:189 S (2017–2018), jf. Innst. 367 S (2017–2018). Regjeringen la frem en nasjonal tobakksstrategi for perioden 2019–2021 i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga, hvor det ble varslet at flere ulike tiltak ville utredes og vurderes. Forslag til endringer i tobakksskadeloven ble sendt på høring 22. juni 2021, herunder forslag om strengere regulering av e-sigaretter og utvidelse av røykeforbudet på flere utendørs områder og i biler hvor barn er passasjer. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Kvalitet i spesialistutdanning for leger

Vedtak nr. 922, 12. juni 2018

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

kompetanse for alle legespesialister som utdannes i Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:210 S (2017–2018), jf. Innst. 339 S (2017–2018). I Innst. 373 (2020–2021) framgår det at komiteen opprettholder vedtaket.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for nasjonal standardisering i legenes spesialistutdanning i henhold til Stortingets vedtak. Direktoratet rapporterer at de har gjennomført en bred høring for å kvalitetssikre prosedyrelistene. Videre er direktoratet i gang med å utvikle en helhetlig plan for kvalitetsoppfølging av alle elementene i ny spesialistutdanning for leger. Anmodningsvedtaket ansees som oppfylt. Vedtaket er også omtalt i kap. 783.

Stortingssesjon (2016–2017)

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

Vedtak nr. 847, 8. juni 2017

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

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

Forutsetningene for gjennomføring av forsøket hvor utvalgte kommuner overtar ansvaret for tannhelsetjenesten, er betydelig endret som følge av pandemisituasjonen. Utbruddet av covid-19 har hatt vesentlige konsekvenser for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, og vil ha betydning for tjenestens drift det kommende året. Tilsvarende er kommunene i en krevende situasjon på grunn av pandemiutbruddet. Oppstart av forsøket er utsatt til 2022. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

Vedtak nr. 848, 8. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen sørge for at prøveordningen som starter i 2020, i de kommunene som ønsker å overta tannhelsetjenesten, følgeevalueres frem til 2023. Basert på erfaringene i prøvetiden og endringer i kommunestruktur etter

2020, kan en videre utvidelse til flere kommuner tidligst skje etter 2023.»

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

Oppfølging av anmodningsvedtaket blir forsinket på grunn av pandemisituasjonens konsekvenser for kommuner og fylkeskommuner og tidspunktet for oppstart av forsøket er utsatt til 2022. Det vises til omtale under anmodningsvedtak 847. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

Vedtak nr. 849, 8. juni 2017

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

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

Oppfølging av anmodningsvedtaket blir forsinket på grunn av pandemisituasjonens konsekvenser for kommuner og fylkeskommuner og tidspunktet for oppstart av forsøket er utsatt til 2022. Det vises til omtale under anmodningsvedtak 847. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

Vedtak nr. 850, 8. juni 2017

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

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

Oppfølging av anmodningsvedtaket blir forsinket på grunn av pandemisituasjonens konsekvenser for kommuner og fylkeskommuner og tids-

punktet for oppstart av forsøket er utsatt til 2022. Det vises til omtale under anmodningsvedtak 847. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Stortingssesjon (2015–2016)

Basestrukturen for luftambulansen i Norge

Vedtak nr. 545, 17. mars 2016

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

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

I Innst. 11 S (2020–2021) viser komiteen til at regjeringen mener dette er svart ut med Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Flertallet viser til at under behandlingen av denne planen ble det vedtatt at regjeringen skulle komme tilbake til Stortinget med en egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge, som må omfatte Innlandet og Bykle/Vinje, senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2021. Flertallet kan ikke se at dette er gjort og anser ingen av vedtakene som utkvittert. I Innst. 580 S (2020–2021) merker komiteen seg at departementet i Meld. St. 15 (2020–2021) opplyser at det vil komme tilbake til Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 2022 og avventer dette før vedtaket kvitteres ut.

De regionale helseforetakene har utredet basestruktur for luftambulansetjenesten, og tilråningene er fulgt opp. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingene under kap. 732.

Prevensjon til rusavhengige

Vedtak nr. 627, 28. april 2016

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

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

I Innst. 11 S (2020–2021) viser komiteen til at saken fortsatt er under behandling, og forventer videre oppfølging av vedtaket. Komiteen merker seg at vedtaket er over tre år gammelt, og det har

vært anledning til å høste erfaringer fra gratis prevensjon til kvinner i LAR. Komiteen merker seg at regjeringen skal komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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

Ungdomshelsestrategi og reklame

Vedtak nr. 786, 7. juni 2016

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

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

I Innst. 11 S (2020–2021) merker komiteen seg at regjeringen skal komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Vedtaket har vært fulgt opp gjennom Barne- og familiedepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av anmodningsvedtak nr. 849-853 truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), jf. Innst. 344 S (2017–2018). Vedtakene 849–853 følges opp som del av Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, jf. Prop. 121 S (2018–2019). Forslag i Prop. 134 L (2020–2021) om å endre markedsføringsloven

§ 21 for å tydeliggjøre at markedsføring som bidrar til kroppspress kan anses å stride mot god markedsføringsskikk etter markedsføringsloven § 2 ble vedtatt av Stortinget 2. juni 2021. Endringen forventes å tre i kraft 1. juli 2022. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 714.

Ungdomshelsestrategi og tiltak mot kroppspress

Vedtak nr. 787, 7. juni 2016

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

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:26 S (2015–2016), jf. Innst. 327 S (2015–2016). I Innst. 11 S (2020–2021) merker komiteen seg at regjeringen skal komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Vedtaket følges opp gjennom Barne- og familiedepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av anmodningsvedtak nr. 849-853 truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), jf. Innst. 344 S (2017–2018). Vedtakene 849 – 853 følges opp som del av Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, jf. Prop. 121 S (2018–2019). Forslag i Prop. 134 L (2020–2021) om endringer i markedsføringsloven ved blant annet å innføre en plikt til å merke retusjert eller på annen måte manipulert reklame ble vedtatt av Stortinget 2. juni 2021. Det skal utarbeides et merke og forskrift om unntak til merkekrevet. Det legges opp til at loven kan tre i kraft 1. juli 2022. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til nærmere omtale under kap. 714.

Del II
Budsjettomtaler

4 Nærmere omtale av bevilgningsforslag mv.

Alle budsjettforslag er endringer sammenliknet med saldert budsjett 2021 så langt som annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2021 og uten bevilgningsforslag i 2020, er ikke omtalt.

Programområde 10 Helse- og omsorg Programkategori 10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
700	Helse- og omsorgsdepartementet	240 969	240 716	250 803	4,2
701	E-helse, helseregistre mv.	1 245 697	1 464 530	955 063	-34,8
702	Beredskap	28 877	2 012 844	482 494	-76,0
703	Internasjonalt samarbeid	99 608	86 246	286 435	232,1
704	Norsk helsearkiv	68 344	73 913	74 829	1,2
708	Eldreombudet	7 017	10 060	10 722	6,6
709	Pasient- og brukerombud	73 440	73 707	75 321	2,2
	Sum kategori 10.00	1 763 952	3 962 016	2 135 667	-46,1

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
01-29	Statens egne driftsutgifter	940 581	3 180 267	1 189 204	-62,6
50-89	Overføringer til andre	823 371	781 749	946 463	21,1
	Sum kategori 10.00	1 763 952	3 962 016	2 135 667	-46,1

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	240 969	240 716	250 803
	Sum kap. 700	240 969	240 716	250 803

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2021:

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

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

- Prop. 12 S (2020–2021) – Endringer i statsbudsjettet 2020 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følgje av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)
- Prop. 16 L (2020–2021) – Endringer i folketrygdloven (sammenslåing av egenandelstak 1 og 2)
- Prop. 28 L (2020–2021) – Midlertidige endringer i helseberedskapsloven (forlengelse av midlertidige endringer for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19)

- Prop. 42 S (2020–2021) – Endringer i statsbudsjettet 2020 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 65 L (2020–2021) – Endringer i helsepersonelloven mv. (lovfestet opprettelse av klinisk etikkomite, utvidet varslingsplikt og enkelte unntak fra taushetsplikten mv.)
- Prop. 84 L (2020–2021) – Endringer i legemiddeloven og apotekloven (bytte av biologiske legemidler i apotek)
- Prop. 92 L (2020–2021) – Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)
- Prop. 102 L (2020–2021) – Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak)
- Prop. 112 L (2020–2021) – Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven (bruk av helseopplysninger for å lette samarbeid, læring og bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten mv.)
- Prop. 116 L (2020–2021) – Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (godkjenningmodell for fritt brukervalg)
- Prop. 121 L (2020–2021) – Endringer i helsepersonelloven (melding ved helsesvekkelse av betydning for trafikksikkerheten)
- Prop. 131 L (2020–2021) – Midlertidige endringer i smittevernloven (forskriftshjemmel om isolering og begrensninger i bevegelsesfrihet for å forebygge eller motvirke overføring av SARS-CoV-2)
- Prop. 187 L (2020–2021) – Midlertidige endringer i helseberedskapsloven (forlengelse av midlertidige endringer for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19)
- Prop. 202 S (2020–2021) – Endringer i statsbudsjettet 2021 under Helse- og omsorgsdepartementet for å dekke økte kostnader til koronasertifikat, under Justis- og beredskapsdepartementet om endringer i karantenehotellordningen, under Nærings- og fiskeridepartementet for å dekke kompensasjonsordning for utgifter

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

- til innreisekarantene ved bruk av utenlandsk arbeidskraft
- Prop. 203 LS (2020–2021) – Midlertidige endringer i smittevernloven mv. (koronasertifikat) og samtykke til deltakelse i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse av forordning (EU) om koronasertifikat i EØS-avtalen
- Prop. 205 S (2020–2021) – Endringer i statsbudsjettet 2021 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følgje av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)
- Prop. 215 L (2020–2021) – Lov om informasjonstilgang m.m. for utvalg som skal undersøke saker om overgrep begått av helsepersonell mot pasienter i perioden 2010 til 2020
- Prop. 219 S (2020–2021) – Endringer i statsbudsjettet 2021 under Helse- og omsorgsdepartementet som følge av statlig finansiering av testing til koronasertifikat ved bruk av private aktører uten avtale med det offentlige
- Prop. 221 L (2020–2021) – Endringer i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven (regulering av kosmetiske inngrep, injeksjoner og behandling)
- Meld. St. 6 (2020–2021) – Tilbaketrekning av Prop. 65 L (2019–2020) Lov om e-helse (e-helseloven)
- Meld. St. 11 (2020–2021) – Kvalitet og pasientsikkerhet 2019
- Meld. St. 25 (2020–2021) – Likeverdsreformen

- Meld. St. 38 (2020–2021) – Nytt, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet hadde om lag 208 årsverk i 2020, mot om lag 207 årsverk i 2019.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 3,2 mill. kroner til kap. 100 Utenriksdepartementet, post 01 Driftsutgifter knyttet til opprettelsen av ny stilling i 2021 som spesialutsending ved EU-delegasjonen med ansvar for covid-19 og fremtidig helseberedskap, jf. omtale i Prop. 195 S (2020–2021) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2021.

Det foreslås å flytte 0,2 mill. kroner fra kap. 1605 Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, post 01 Driftsutgifter i tilknytning til finansiering av SAP-lisenser og fakturahåndtering for kunder av DFØ, jf. omtale i Finansdepartementets Prop. 1 S (2021–2022).

Bevilgningen under posten er økt med 3 mill. kroner som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er økt, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Kap. 701 E-helse, helseregistre mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	520 334	767 228	593 274
70	Norsk helsenet SF	175 797	153 733	90 896
71	Medisinske kvalitetsregistre	38 666	38 685	39 493
72	Nasjonale e-helseløsninger	510 900	504 884	
73	Tilskudd til e-helse i kommunal sektor, <i>kan overføres</i>			231 400
	Sum kap. 701	1 245 697	1 464 530	955 063

Vesentlige endringsforslag, utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i Del I og generell prisjustering:

- Bevilgningen foreslås økt med:
 - 113 mill. kroner til å dekke statens bidrag til programaktiviteter i felles kommunal journal

for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor helseregion Midt-Norge

- 57,9 mill. kroner til Pasientens legemiddelliste til kommunal helse- og omsorgstjeneste
- 36,4 mill. kroner mot tilsvarende merinntekter over kap. 3701, post 02

- 5 mill. kroner til nettverk i regi av KS som er flyttet fra kap. 761
- 10 mill. kroner til steg 1 i program digital samhandling
- 7,8 mill. kroner til Norsk helsenett SFs arbeid med digital sikkerhet
- 1 mill. kroner til forvaltning og drift av Én vei inn som er flyttet fra kap. 781, post 21

Det foreslås å flytte:

- 322,2 mill. kroner til kap. 571, post 60 Rammetilskudd til kommuner Innbyggertilskudd, til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger
- 267,9 mill. kroner til kap. 732, post 72-75 til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger
- 0,23 mill. kroner til kap. 740, post 21 til forvaltning og drift av innsynsløsningen for Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Bevilgningen foreslås redusert med:

- 159,4 mill. kroner til Helseanalyseplattformen
- 20 mill. kroner til Modernisert folkeregister

Regjeringen vil realisere målene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal gjennom å utvikle nasjonale e-helseløsninger for å bedre digital samhandling, modernisere sektorens journalløsninger og legge til rette for mer og bedre bruk av helsedata. Digitale løsninger gjør det mulig å levere helsetjenester av høy kvalitet samtidig som vi ivaretar en bærekraftig utvikling for helse- og omsorgstjenesten. Digitale løsninger gjør kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere for innbyggerne samtidig som de får større innflytelse over egen behandling og helse. Gode journalløsninger forenkler arbeidshverdagen for helsepersonell, tilrettelegger for bedre arbeidsprosesser og samhandling slik at pasienter blir ivare tatt på en helhetlig og god måte. Med enkel og sikker tilgang til helsedata ruster vi forsknings- og utviklingsmiljøene til arbeidet med å utvikle fremtidsrettede behandlingsmetoder som kommer enkeltpasienter og felleskapet til gode. En grunnleggende forutsetning for å lykkes med digitaliseringen er at personvern og informasjonssikkerhet ivaretas.

Riksrevisjonen har gjennomført en undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med oppfølging av stortingsmeldingen om én innbygger – én journal. Riksrevisjonen konkluderer i Dokument 3:14 (2020–2021) med at det er store svakheter i departementets oppfølging og at det ikke har vært god nok fremdrift i gjennomføring av tiltakene.

Departementet viser til at arbeidet med én innbygger – én journal har vært gjenstand for flere faser med tilhørende beslutningspunkter. Som det framgår av statsrådets redegjørelse til Riksrevisjonen mener departementet at rapporteringen til Stortinget har gjenspeilet en utredning i flere faser, der detaljeringsgraden har økt ved sentrale beslutninger. Departementet mener at de vesentligste saksopplysninger er rapportert til Stortinget i arbeidet med én innbygger – én journal, og viser til at konseptvalget også er vurdert to ganger av ekstern kvalitetssikrer. Risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble kommunisert til Stortinget i Prop. 1 S (2020–2021) etter at KS2 for Akson – felles kommunal journal og helhetlig samhandling, var gjennomført.

Departementet viser videre til at samhandlingsfunksjonalitet har vært høyt prioritert gjennom hele arbeidet, og det er ikke gjort en aktiv nedprioritering av samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson. Det ble vurdert å gjennomføre samhandling stegvis, for å redusere risiko og kompleksitet i arbeidet. Det pågår en betydelig satsing for å styrke nasjonale e-helseløsninger gjennom investeringer i tjenester for enkel og sikker tilgang til helsedata, grunndataregistre for personell og virksomhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og utvikling av en nasjonal tjeneste for laboratorie- og radiologisvar. Det er etablert et forprosjekt for å utrede neste steg i utviklingen av digital samhandling.

Riksrevisjonen anbefaler blant annet at departementet sørger for koordinering av IT-utviklingen, sikrer bedre involvering og medinnflytelse fra sektor, i større grad involverer forsknings- og fagmiljøer i utredningsprosesser, videreutvikler og avklarer rollefordeling, viderefører arbeidet med nye mekanismer for prioritering og samfinansiering, og sørger for at felles grunnmur og nasjonale e-helseløsninger videreutvikles i tråd med sektorens behov.

Departementet viser til at den nasjonale styringsmodellen er styrket i 2020 gjennom etableringen av et felles veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Veikartet er utarbeidet i tett samarbeid med sektoren og gir en samlet oversikt over utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene. Veikartet skal videreutvikles som del av nasjonal portefølje. Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse, og det pågår arbeid med å etablere en mer helhetlig og forutsigbar oversikt over framtidige kostnader til forvaltning og drift.

Det pågår videre en rekke tiltak for å styrke arbeidet med å følge opp målene i én innbygger – én journal:

- Pasientens legemiddelliste er høyt prioritert, og i 2022 har regjeringen foreslått en satsing på å utvikle funksjonalitet for sykehjem og hjemmetjenester
- Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å gjøre en samlet vurdering av sektorens utvikling av journal- og kurveløsninger
- Departementet har sendt på høring forslag om endringer i pasientjournalloven som legger det rettslige grunnlaget for målene i én innbygger – én journal
- Regjeringen har sammen med statsbudsjettet lagt fram et forslag til lovhjemmel om plikt til tilgjengeliggjøring av, og betaling for drift og forvaltning av de fire nasjonale e-helseløsningene (helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no).
- Det er etablert et teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger som har en viktig rolle med å bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag
- Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å utrede og komme med en anbefaling på hvordan aktører innen forskning, innovasjon og næringsutvikling kan mobiliseres for å øke gjennomføringsevnen på e-helseområdet.

Anmodningsvedtak

Endringer i Smittestopp-applikasjonen

Vedtak nr. 711, 16. juni 2019

«Stortinget ber regjeringen endre Smittestopp-applikasjonen og sørge for at de som laster ned appen får mulighet til delt samtykke. Ett til smittesporing og ett til kunnskapsinnhenting.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 130 L (2019–2020), jf. Innst. 385 L (2019–2020).

Ved behandling av Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021) ble anmodningsvedtaket behandlet og en ny applikasjon er utviklet, kun med funksjonalitet for varsling av nærkontakter. Med dette bortfalt også grunnlaget for å utvikle en egen samtykkeløsning for innsamling av statistikk til analyseformål. Applikasjonen er frivillig i bruk, og den har to samtykkeløsninger, én for nasjonal smittesporing og én for den europeiske smittesporingsløsningen.

Helseregistre som skal tilgjengeliggjøres i helseanalyseplattformen

Vedtak nr. 95, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen konsultere Sametinget før forskrift etter § 20 i helseregisterloven som skal regulere hvilke helseregistre som skal tilgjengeliggjøres i helseanalyseplattformen, sendes på høring, med mål om å oppnå enighet om sikring av urfolks kontroll med innsamling, tilgang til, analyse og fortolkning av helserelaterte data.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 59 L (2019–2020), jf. Innst. 75 L (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp gjennom konsultasjon med Sametinget ved utarbeidelse av høringsnotat om Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata (Helseanalyseplattformen og Helsedataservice). Departementet foreslår å ikke innlemme den befolkningsbaserte helseundersøkelsen Saminor i ordningen på det nåværende tidspunkt. Konsultasjonsprosessen er avsluttet med enighet mellom Sametinget og Helse- og omsorgsdepartementet.

Kobling mellom innreiseregisteret og MSIS-labdatabase

Vedtak nr. 560, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen om å raskt få på plass en kobling mellom innreiseregisteret og MSIS-labdatabase i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger, for å sikre bedre oppfølging av plikt for testing og overholdelse av karanteneregler/isolasjon.»

Ved behandling av Prop. 79 S (2020–2021), jf. Innst. 233 S (2020–2021) ble anmodningsvedtaket behandlet og anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Helsedirektoratet, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet lagt til rette for at kommunene får tilgang til innreiseregisteret og MSIS for å følge opp etterlevelse av karanteneplikt, gjennomføre smitteoppsporing og for å vurdere risiko for smittespredning.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker oppfølging og gjennomføring av tiltak som bidrar til digitalisering av helse- og omsorgstjenesten, og bedre utnyttelse av helsedata, herunder videreutvikling av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Bevilgningen foreslås økt med:

- 57,9 mill. kroner til Pasientens legemiddelliste til kommunal helse- og omsorgstjeneste
- 36,4 mill. kroner mot tilsvarende merinntekter over kap. 3701, post 02
- 10 mill. kroner til steg 1 i program digital samhandling

Det foreslås å flytte:

- 98,4 mill. kroner til kap. 701, post 73 for å dekke statens kostnader til programaktivitetene i arbeidet med felles kommunal journal
- 15 mill. kroner til kap. 701, post 73 til nettverksaktiviteter for innføring av nasjonale e-helseløsninger i regi av KS

Bevilgningen foreslås redusert med:

- 159,4 mill. kroner til Helseanalyseplattformen som følge av at deler av investeringene er gjennomført
- 20 mill. kroner til Modernisert folkeregister i henhold til planlagt gjennomføring av tiltaket

EPJ-løftet for fastleger, privatpraktiserende spesialister og fysioterapeuter videreføres med 20 mill. kroner for avtaleåret 2021/2022.

Digital samhandling

Det foreslås å øke bevilgningen med 10 mill. kroner, til totalt 204,2 mill. kroner, til steg 1 i digital samhandling for å styrke arbeidet med grunndata- og tillitstjenester, etablere nasjonal tjeneste for laboratorie- og radiologisvar, og gjennomføre forprosjekt for neste steg i utviklingen.

Målet for arbeidet med digital samhandling er å gi innbyggere og helsepersonell bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt. I helse- og omsorgstjenesten er normalsituasjonen at pasienter har behov for tjenester fra ulike virksomheter og tjenestenivåer i et behandlingsforløp. Skiftet mellom ulike virksomheter kan skje raskt og hyppig.

Tjenester for enkel og sikker tilgang til relevant helseinformasjon skal støtte samhandling mellom helsepersonell, gi innbyggere tilgang til enkle og sikre digitale tjenester og tilgjengeliggjøre data for kvalitetsforbedring, helseovervå-

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

Det ble med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2020–2021) besluttet investeringer for steg 1 av digital samhandling, innenfor en samlet styringsramme på 635 mill. kroner (P50) og samlet kostnadsramme på 730,5 mill. kroner (P85) over fire år eksklusiv mva. Digital samhandling steg 1 omfatter følgende prosjekter: 1) tjenester for enkel og sikker tilgang til helseopplysninger (grunndata- og tillitstjenester), 2) nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar og 3) forprosjekt for neste steg i utviklingen av digital samhandling. Programmet digital samhandling ledes av Direktoratet for e-helse og arbeidet gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett SF og aktører i helse- og omsorgssektoren som er bredt representert i programmet.

I 2021 har løsninger for å håndtere koronapandemien vært prioritert, noe som har ført til at det har tatt lenger tid å samle sektoren om felles omfang og innretning på arbeidet i neste steg i utviklingen av digital samhandling. I 2022 vil innsatsen i programmet bli rettet mot å etablere tillitstjenester for å støtte laboratorie- og radiologisvartjenesten, tjenester og funksjonalitet for dokumentdeling og modernisering av grunndata-tjenester.

Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag i laboratorie- og radiologisvar skal gjøre prøvesvar innen laboratoriefag, radiologi og nukleærmedisin lettere tilgjengelig for helsepersonell og innbyggerne. Målet er å gjøre laboratorie- og radiologisvar tilgjengelige for helsepersonell gjennom kjernejournal og/eller pasientjournal, og for innbyggerne via helsenorge.no. Departementet vil vurdere de rettslige konsekvensene av de ulike løsningsalternativene og om det eventuelt er behov for regelendringer.

Direktoratet for e-helse fikk i desember 2020 i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for det neste steget i utviklingsretningen av digital samhandling. Prioritering av tiltak i steg 2 skal ta utgangspunkt i veikartet for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger og prinsipper om at hvert steg har selvstendig verdi, dekker behov i tjenesten, og er teknisk modent.

Forprosjektet vil synliggjøre hvordan steg 2 bidrar til å realisere målene for digital samhand-

ling, og danne grunnlag for planleggingen av påfølgende steg i utviklingen. Forprosjektet for digital samhandling steg 2 vil bli kvalitetssikret i henhold til statens prosjektmodell som grunnlag for å legge fram en eventuell investeringsbeslutning for Stortinget.

E-helsetiltak for trygg og sikker legemiddel- håndtering

Realisering av pasientens legemiddelliste foreslås styrket med 57,9 mill. kroner i 2022. Midlene skal gå til utvikling av funksjonalitet i sentral forskrivningsmodul for sykehjem og hjemmetjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen legger opp til at minst 50 pst. av gevinstene synliggjøres i kommuneopplegget i statsbudsjettet det enkelte år. Pasientens legemiddelliste krever samtidighet for å lykkes, og styrkingen gir kommunene mulighet til å være med på utviklings- og innføringsløpet som legges for programmet.

Digitalisering av legemiddelområdet skal gi helsepersonell tilgang til riktige legemiddelopplysninger uavhengig av tid og sted, og legge til rette for at pasientsikkerheten kan ivaretas gjennom hele pasientforløpet. Pasientens legemiddelliste er et sentralt tiltak for å realisere dette. I dag finnes det ikke én samlet oversikt over pasientens legemidler. Det medfører at helsepersonell bruker tid på å skaffe oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker og at risikoen for feil øker.

Realisering av pasientens legemiddelliste er høyt prioritert. Det legges opp til en trinnvis utvikling som gradvis vil gi helsepersonell bedre oversikt over oppdatert legemiddelopplysninger. Pasientens legemiddelliste er summen av ulike tiltak som til sammen skal gi en mer helhetlig og oppdatert oversikt. Tiltakene bygger videre på eksisterende nasjonale løsninger, som kjernejournal for rask tilgang til legemiddelopplysninger for helsepersonell, e-resept og helsenorge.no for innbyggernes tilgang til egne legemiddelpopplysninger. I tillegg etableres en ny tjeneste for legemiddelforskrivning (sentral forskrivningsmodul).

I 2020 ble Legemiddelprogrammet reorganisert med bedre forankring og sterkere representasjon fra sektoren. I 2021 har programmet endret navn til Program pasientens legemiddelliste, og det er utarbeidet et styringsdokument med mer detaljerte planer for det videre arbeidet. I 2021 starter utprøving av pasientens legemiddelliste i Helse Vest RHF og Bergen kommune. Riksrevisjonen mener det er alvorlig at realisering av pasientens legemiddelliste er forsinket. Direktoratet

for e-helse har iverksatt tiltak og departementet vil følge opp videre framdrift i styringsdialogen i 2022.

Kjernejournal og e-resept er viktig for at alle grupper av helsepersonell skal få tilgang til pasientens legemiddelinformasjon. Løsningene er tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, hos legevakter og majoriteten av fastleger, og er under innføring i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Per august 2021 er 68 kommuner i gang med å innføre kjernejournal i helse- og omsorgstjenesten og ytterligere 70 kommuner har foreløpig meldt inn ønske om å ta løsningen i bruk.

I 2022 er de viktigste aktivitetene innføring av kjernejournal i flere kommuner, videre utprøving av pasientens legemiddelliste i Helse Vest RHF og Bergen kommune, tilrettelegging for Helseplattformen, og utprøving og videreutvikling av sentral forskrivningsmodul for å redusere de tekniske hindringene for innføring av pasientens legemiddelliste. Samtidig vil Direktoratet for e-helse arbeide tett med sektoren for å utvikle en forutsigbar innføringsplan. Arbeidet krever samarbeid mellom flere ulike leverandører og aktører i sektoren, både nasjonalt og lokalt, og det er fortsatt risiko knyttet til gjennomføring av aktivitetene.

Modernisering av journalløsningene

Et viktig arbeid for å realisere én innbygger – én journal er modernisering av journalløsningene som skjer gjennom: 1) innføring av en felles journalløsning i helseregion Midt-Norge (Helseplattformen), 2) samordnet utvikling av journalløsningene i øvrige regionale helseforetak, og 3) utvikling av en felles kommunal journal i kommunene utenfor helseregion Midt-Norge. Moderniseringen av journalløsningene skal understøttes av etablerte og nye nasjonale løsninger for digital samhandling.

I helseregion Midt-Norge er Helseplattformen under utvikling som en ny felles elektronisk pasientjournal for sykehus, kommuner og fastleger, jf. omtale under kap. 732, post 70. Helseplattformen AS eies av Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. Alle kommuner i regionen har opsjon på å slutte seg til journalløsningen, og flere kommuner har vedtak på å utløse opsjon i 2020 og 2021. Per 2. juli 2021 har 28 kommuner i helseregion Midt-Norge vedtatt å utløse opsjon på Helseplattformen. Innføringsplan for Helseplattformen ble i 2021 utsatt med 6 måneder som følge av forsinkelser i prosjektet, blant annet grunnet covid-19. I 2021 preges arbeidet av forberedelser og opplæring i organisasjonene, integrasjon mot tred-

jeparter og mot nasjonale tjenester. Det er etablert et tett samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF om innføringen. Innføring av løsningen er planlagt å starte i Trondheim kommune og St. Olav hospital våren 2022. Som utprøvningsarena for det nasjonale målbildet én innbygger – én journal, er det viktig med overføring av erfaring fra arbeidet til øvrige deler av sektoren.

I Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF pågår et langsiktig arbeid med å videreutvikle og samordne eksisterende journal-systemer. Modernisering av journal-løsningene vil bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen og skal gjøre det enklere å ta i bruk nasjonale løsninger for digital samhandling, slik at helsepersonell får tilgang til nødvendig og relevant informasjon uavhengig av hvor pasienten har fått behandling tidligere. De regionale helseforetakene skal i 2021 utarbeide en felles plan for arbeidet med å modernisere journal- og samhandlingsløsningene hvor det også skal legges til rette for samhandling mellom helseforetak og kommunene. Regionenes planer skal ses i sammenheng med de nasjonale planene for digital samhandling. Direktoratet for e-helse vil høsten 2021 gjøre en samlet vurdering av sektorens utvikling av journal- og kurveløsninger for å nå målene i én innbygger – én journal. Se nærmere omtale av arbeidet med modernisering av journal-løsninger i de regionale helseforetakene under kap. 732 Regionale helseforetak.

Se omtale av arbeidet med felles kommunal journal under post 73.

Forslag til lovendringer

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 5. juli 2021 forslag til endringer i pasientjournalloven mv. for å sikre nasjonal digital samhandling til beste for pasienter og brukere på høring. Høringsnotatet består av tre deler som omfatter 1) regulering av nasjonal digital datainfrastruktur, 2) lovhjemmel for å automatisere individuelle administrative vedtak, og 3) lovhjemmel for bruk av journalopplysninger for å utvikle og teste behandlingsrettede helseregistre (pasientjournalssystemer mv.). Høringsfristen er satt til 15. oktober.

Lovforslaget skal sikre at relevante og nødvendige opplysninger om pasientene er tilgjengelige for helsepersonell i forbindelse med helsehjelp. Målet én innbygger – én journal forutsetter en nasjonal digital datainfrastruktur som samlet vil utgjøre en nasjonal løsning.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram og digital hjemmeoppfølging

Det foreslås å videreføre nasjonalt velferdsteknologiprogram i perioden 2022–2024, der formålet er å understøtte kommunene i deres arbeid med å integrere velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det foreslås en rekke nye og videreførte tiltak, med en samlet bevilging på 93 mill. kroner i 2022 over kap. 761, post 21, kap. 762, post 63 og kap. 701, post 73.

Koronapandemien har ført til en betydelig økning i bruken av velferdsteknologiske løsninger i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Kommunene har under koronapandemien vist evne til rask omstilling og samarbeid. Dette har bidratt til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har kunnet opprettholde et tilnærmet likt tjenestetilbud under pandemien. Det har også bidratt til å redusere smittespredning, da hjemmetjenesten har kunnet redusere antall fysiske besøk samtidig som brukerne blir ivaretatt og føler trygghet.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har i perioden 2013–2021 bidratt til utvikling, utprøving og innføring av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, kompetanseheving og opplæring, og etablering av åpne standarder for velferdsteknologi. Gjennomføringen av programmet ledes av Helse-direktoratet og er gjort i tett samarbeid med KS, kommunesektoren, Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og statsforvalterne.

Helsedirektoratet rapporterte høsten 2020 at innføring av trygghets- og mestringsteknologi som GPS, trygghetsalarmer, medisindispensere mv., har gitt gode resultater i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Det rapporteres om spart tid, unngåtte kostnader og økt kvalitet på tjenesten for brukeren, pårørende og ansatte. Innføringstakten har vært rask. Oppmerksomheten på kompetanseheving, helhetlige tjenestemodeller og nettverksarbeid har bidratt til at en stor del av kommunene har innført velferdsteknologi, i hovedsak trygghets- og mestringsteknologi, som en del av tjenestetilbudet. Over 300 kommuner har tatt i bruk teknologi for trygghet og mestring. Samtidig er det flere kommuner, særlig mindre og mellomstore kommuner, som ikke har kommet like langt i innføringen av velferdsteknologi. For å understøtte disse kommunene, bidra til videre utbredelse og sikre at etablerte strukturer for samarbeid omkring velferdsteknologi ikke avvikes, mener regjeringen at det er viktig å videreføre programmet.

Som del av programmet er det gjennomført en nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging i kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegekontor og primærhelseteam, for pasienter med kroniske sykdommer. De foreløpige resultatene viser at digital hjemmeoppfølging gir mindre bruk av helsetjenester i hjemmet, ingen forskjell i bruk av spesialisthelsetjenester, men flere kontakter med fastlegen. En foreløpig samfunnsøkonomisk vurdering viser at kostnadene ved innføring av digital hjemmeoppfølging overstiger verdien av den tallfestede samfunnsøkonomiske nytte. Samtidig er brukerne mer fornøyde og opplever større grad av mestring, og en ser et potensiale for at tjenesten kan bidra til redusert bruk av andre tjenester på sikt. Sluttrapporten fra utprøvingen vil foreligge i desember 2021. På bakgrunn av resultatene, vil Helsedirektoratet vurdere om det er behov for å videreføre utprøvingen for å innhente mer kunnskap før eventuelt innføring og utforming av nasjonale anbefalinger i 2022.

For å bygge videre på erfaringene fra arbeidet og bidra til at implementering og spredning av velferdsteknologi fortsetter i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, foreslås det å gjøre virkemidlene for nettverk og prosessveiledning i kommunene varige og legge dem til etablerte strukturer. Det foreslås å etablere et varig nettverk for innføring av velferdsteknologi i kommunene i regi av KS, og å etablere en varig løsning på prosessveiledning av kommunene. Det foreslås videre å styrke satsingen på teknologisk støtte til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse og digital hjemmeoppfølging.

Innenfor trykghets- og mestringsteknologi vil nasjonale myndigheter først og fremst støtte kommunene gjennom nettverk og prosessveiledning. Arbeidet vil basere seg på metodikken og erfaringene fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram arbeid med trykghet- og mestringsteknologi. Se nærmere omtaler på kap. 761, post 21.

Arbeidet med arkitektur og infrastruktur, herunder velferdsteknologisk knutepunkt, videreføres i en ny programperiode under ledelse av Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse leverte 20. mai en første vurdering av helse- og omsorgssektorens behov for tilgang til relevant informasjon fra medisinsk utstyr som benyttes ved digital hjemmoppfølging, nåværende og mulig fremtidig rolle for velferdsteknologisk knutepunkt og anbefalte nasjonale tiltak som understøtter behovene. Leveransen viser til at det pågår flere relevante aktiviteter på området. Det er behov for å konkretisere de foreslåtte tiltakene nærmere i

samarbeid med sektoren. Direktoratet for e-helse vil legge fram en plan for det videre arbeidet høsten 2021.

Se nærmere omtale av prosjektene som inngår i velferdsteknologiprogrammet under kap. 761, post 21, kap. 762, post 63 og kap. 701, post 73.

Oppdaterte og tilgjengelige helsedata

Det foreslås samlet bevilget 77,9 mill. kroner til investeringer for å videreutvikle analysetjenester og dataprodukter, etablere Helsedataservice som forvaltningsorganisasjon, og til forvaltning og drift av løsningen. For øvrig finansieres forvaltning og drift av løsningen gjennom ulike former for brukerfinansiering.

Helseanalyseplattformen og Helsedataservice skal bidra til at Norges omfattende og verdifulle helsedata gjøres mer tilgjengelige for forskning og andre viktige formål for pasienter og befolkning. Målet er å bidra til bedre helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling.

Direktoratet for e-helse har i regi av Helsedataprogrammet (2017–2021) etablert helsedata.no med en oversikt over data i nasjonale helseregistre, felles søknadsskjema, variabelutforsker og informasjon og veiledning om søknadsprosessen. Det er også utviklet felles tjenester for helseregistrene for innsyn, samtykke og reservasjon. Stortinget har vedtatt nødvendige endringer i helseregisterloven. Forskriften som skal regulere Helsedataservice og Helseanalyseplattformen har vært på høring og er til behandling i departementet.

Arbeidet med å bygge opp Helsedataservice vil stå sentralt høsten 2021. Det pågår rekruttering av ansatte på Tynset og i Trondheim, og det er etablert samarbeid med registerforvalterne og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om opplæring og kompetanseoverføring. Videre skal tjenestene som tilbys på helsedata.no utvides og videreutvikles. Felles søknadsskjema og andre tjenester skal utvides med flere datakilder og så langt i 2021 er tjenestene utvidet med data fra Statistisk sentralbyrå og Helsearkivregisteret. Registerforvalterne skal rapportere variabler og metadata fra helseregistrene og helseundersøkelsene til ny nasjonal variabelkatalog til bruk for forskning og kvalitetsarbeid. Innsynsløsningen på helsenorge.no skal innføres for flere registre og det skal etableres innsynsløsninger for data på Helseanalyseplattformen. Arbeidet med å utvikle løsninger for tilrettelegging og utlevering av data pågår. Det

samme gjelder felles saksbehandlingssystem, analysetjenester (kohortutforsker) og analyserom.

I 2022 skal Helsedataservice settes i drift med vedtaksmyndighet og tilgjengeliggjøring av data. Videre skal Helsedataprogrammet fases ut og det skal etableres en ny organisering av fag- og brukerrinnflytelse. Helsedataprogrammet er i en krevende fase både når det gjelder framdrift og ressurser når løsningen nå skal realiseres. Den nye saksbehandlingsløsningen er fremdeles under utvikling og innføring, det pågår oppbygging av et helt nytt fagmiljø på Tynset og det har oppstått utfordringer knyttet til Schrems II-dommen. Videre er forskriftsarbeidet forsinket fordi Stortingets behandling av nødvendige lovendring ble utsatt som følge av koronapandemien. Det gjenstår derfor utviklings- og innføringsarbeid før løsningene kan settes i drift 2022. Programmet har replanlagt og oppdatert framdriftsplanen i 2021 og arbeider kontinuerlig med å redusere risiko i gjennomføringen.

Helseanalyseplattformen og Helsedataservice etableres på et tidspunkt der europakommisjonen satser på helsedata, digital helse og datadrevet innovasjon. Oppmerksomheten på data og digitale løsninger er styrket i kjølvannet av covid-19. Gode data er en forutsetning for den planlagte styrkingen av rådgivningskapasiteten til European Medicines Agency (EMA) og European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Norge deltar i et samarbeidsprosjekt som skal utrede juridisk, organisatorisk, teknisk og medisinsk-faglig rammeverk for et europeisk helsedatafelleskap – European Health Data Space. Norge leder, sammen med Finland, et nordisk samarbeidsprosjekt på helsedata – Nordic Commons – som har som mål å utvikle en nordisk infrastruktur for å utveksle helsedata og etablere nordiske samarbeidsprosjekter for forskningsmiljø og næringsliv. Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på god koordinering mellom nasjonalt, nordisk og europeisk arbeid for å sikre effektiv bruk av ressurser og økt gjennomføringskraft.

Det har i sammenheng med etablering av Helseanalyseplattformen og Helsedataservice som nasjonal løsning for tilgang til helsedata vært rettet mye oppmerksomhet mot å gjøre helsedata enklere tilgjengelig. Løsningen er fremdeles under etablering og arbeidet vil prege helsedataområdet i lang tid framover. Samtidig går vi over i en ny fase der det i økende grad er behov for å rette oppmerksomheten mot de langsiktige ambisjonene for oppdaterte og tilgjengelige helsedata. Direktoratet for e-helse har på bakgrunn av dette fått i oppdrag å beskrive utviklingsretning for

arbeidet med automatisk innrapportering og datafangst til helseregistre som grunnlag for å styrke datagrunnlaget.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Formålet til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. KPR er etablert med data fra allerede etablerte registre som Kontroll og utbetaling av helse- refusjoner (KUHR) og Individbaserte pleie- og omsorgsdata (Iplos). I 2020 rapporterte alle 356 kommuner Iplos-data. KPR inneholder også oppdaterte data som viser aktivitet i den kommunale allmennlegetjenesten. Statistikk utvikles og publiseres på helsedirektoratet.no. Registeret er etablert med innebygget personvern og har løsninger for innsyn og reservasjon på helsenorge.no.

Under koronapandemien er det økt etterspørsel etter mer oppdaterte data i registeret. Helsedirektoratet arbeider derfor med å legge til rette for hyppigere innsending av Iplos-data. Dette pilotes sammen med kommuner og leverandører, implementeres i kommunenes EPJ og skal omfatte resten av tjenestene i 2022. Framdrift for pilot og implementering er avhengig av EPJ-leverandører.

Prioriterte områder for utvikling av registeret i 2022 er ytterligere datafangst fra allmennlegetjenesten, omsorgstjenestene og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsedirektoratet gjennomfører også et forprosjekt om innsamling og behandling av tannhelsedata. Se omtale under kap. 770, post 21.

Modernisering av Folkeregisteret

Bevilgningen til modernisert folkeregister for helse- og omsorgssektoren foreslås videreført med 61,6 mill. kroner i 2022.

Skatteetaten har i perioden 2016 – 2020 modernisert Folkeregisteret, jf. omtale i Prop. 1 S (2015–2016) for Finansdepartementet. Tiltaket gjør informasjon om innbyggere raskere tilgjengelig samtidig som arbeidsprosesser forenkles og sikkerheten øker. Direktoratet for e-helse koordinerer helse- og omsorgssektorens arbeid. Fra 2020 ble alle nyfødte barn meldt inn elektronisk til modernisert Folkeregister. I 2020 ble innføring av elektroniske meldinger om dødsfall fremskyndet pga. covid-19. Ved utgangen av 2020 ble tilnærmet 65 pst. av alle dødsfall meldt elektronisk til modernisert Folkeregister og Dødsårsaksregisteret.

Digitaliseringen reduserer tiden det tar å oppdatere disse registrene, fra måneder og uker, til timer. Arbeidet med å etablere helse- og omsorgstjenestens kopi av Folkeregisteret (Persontjenesten) i Norsk helsenett SF ble i 2020 utsatt på grunn av Schrems II-dommen. Tjenesten blir etablert i Norsk helsenett SFs infrastruktur høsten 2021. Nasjonal innføring starter i 2022. Planen er at den nye persontjenesten erstatter dagens løsning (PREG) slik at denne kan avvikles i 2023.

Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor
2019 – 2025: Alvorlig sykt barn

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer arbeidet med livshendelsen Alvorlig sykt barn. Dette er én av syv prioriterte livshendelser i regjeringens og KS felles digitaliseringsstrategi for 2019–2025. I 2020 fikk Helsedirektoratet midler til å gjennomføre en Stimulab-prosess for å få en bred og omforent innsikt i brukerens behov og utfordringer. Helsedirektoratet leder arbeidet i samarbeid med Direktoratet for e-helse, Utdanningsdirektoratet, Statped, NAV, KS og Flekkefjord kommune. Stimulab-prosjektet startet opp i januar 2021 og skal etter planen ferdigstilles i løpet av året. Prosjektet har i 2021 gjennomført en innsikts- og innovasjonsfase, hvor det er kartlagt utfordringer i tjenesten knyttet til livshendelsen. Helsedirektoratet vil på bakgrunn av dette arbeidet foreslå relevante prioriterte tiltak for det videre arbeidet med livshendelsen Alvorlig sykt barn, som ses i sammenheng og koordineres med andre tiltak som retter seg mot målgruppen, som for eksempel 0-24-samarbeidet og BarnUnge21-strategien.

Post 70 Norsk helsenett SF

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

Bevilgningen foreslås styrket med:

- 7,8 mill. kroner til Norsk helsenett SFs arbeid med digital sikkerhet
- 4,1 mill. kroner fra kapittel 701, post 72 og 1 mill. kroner fra kap. 781, post 21 til forvaltning og drift av En vei inn

Det foreslås å flytte:

- 72,1 mill. kroner fra posten til kap. 571, post 60 som følge av gjeninnføring av medlemsavgift til

helsenettet for kommunene, jf. forslag om innføring av plikt til betaling for nasjonale e-helseløsninger

- 1,8 mill. kroner fra posten til kap. 571, post 60 som kompensasjon for betaling for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger, jf. forslag om innføring av plikt til betaling for nasjonale e-helseløsninger
- 1,9 mill. kroner fra posten til kap. 732, post 72-75, fordelt mellom de regionale helseforetakene etter fordelingsnøkklene i inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen. Gjelder kompensasjon for innføring av betaling for nasjonale helseløsninger
- 0,23 mill. kroner fra posten til kap. 740, post 21 som gjelder forvaltning og drift av innsynsløsningen for Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Rollen som nasjonal tjenesteleverandør

Norsk helsenett SF er nasjonal tjenesteleverandør på e-helseområdet og skal legge til rette for sikker og effektiv elektronisk samhandling. Statsforetaket sørger for sikker, stabil og effektiv drift av IKT-infrastruktur og de nasjonale e-helseløsningene, og har en sentral rolle i arbeidet med å nå målene for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Norsk helsenett SF har under pandemien sørget for at de nasjonale e-helseløsningene ble utviklet med funksjonalitet for å understøtte sektorens håndtering, slik som rask tilgang til prøvesvar for helsepersonell og innbyggere, vaksinasjonsstatus, koronasertifikat og bestilling av time for test og vaksinasjon. Dette var viktig for regjeringens strategi for testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK) og koronavaksinasjonsprogrammet. Statsforetaket har som nasjonal tjenesteleverandør en viktig rolle i det nasjonale e-helsearbeidet, og bidrar med leveranser i arbeidet med pasientens legemiddelliste, program digital samhandling, Helseanalyseplattformen, dokumentdeling via kjernejournal, velferdsteknologisk knutepunkt, ny funksjonalitet på helsenorge.no, Modernisert folkeregister mv.

Norsk helsenett SF har ansvar for forvaltning av elektronisk meldingsutveksling og bidrar til koordinert innføring i sektoren. I 2020 ble det sendt 193,5 millioner elektroniske meldinger over helsenettet. Antallet mikrobiologiske meldinger økte med over syv millioner i andre halvår 2020 som følge av koronatesting.

Norsk helsenett SF har i 2020 og 2021 videreutviklet helsenettet med sikre tjenester og nødvendig kapasitet. Blant annet bli infrastrukturen

styrket gjennom pågående utbygging av stamnettet til Helse Sør-Øst RHF. Første hovedleveranse til Helse Sør-Øst RHF ble ferdigstilt våren 2021 og arbeidet videreføres. I tillegg har statsforetaket tilrettelagt for at medlemmer i helsenettet kan benytte skybaserte løsninger av elektronisk pasientjournal på en enklere måte. Under koronapandemien har statsforetaket oppgradert løsninger for bruk av hjemmekontor og video for egne ansatte, helseforvaltningen og medlemmene i helsenettet. Kapasiteten på hjemmekontorløsningen økte i 2020 fra 2000 til 20 000 samtidige brukere. Antall virtuelle møterom økte fra 1200 til 22 930 for å kunne møte både pasienter og kolleger over video. Statsforetaket har videre arbeidet med å forbedre hele prosessen fra bestilling, levering og forvaltning av helsenetttilknytning og tjenester i stamnettet. Dette skal bidra til at tjenestene forvaltes og videreutvikles i tråd med sektorens behov.

Digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Bevilgningen foreslås styrket med 8,9 mill. kroner i 2022, inkludert 1,1 mill. kroner fra Center for Cyber and Information Security (CCIS). Bevilgningen skal bidra til å styrke HelseCERT, helsetjenestenes kompetansemiljø for operativ informasjonssikkerhet, med økt kapasitet til å gjennomføre sikkerhetstesting av aktørene i sektoren, overvåke sikkerhetssituasjonen og drive aktiv kommunikasjon og bistand til aktørene i helse- og omsorgssektoren. Samtidig vil HelseCERTs kapasitet til å inngå i nasjonalt IKT-beredskapsarbeid styrkes. Den interne sikkerhetsmonitoreringen i helseregionene og Norsk helsenett SF forsterkes, og arbeidet gjøres i samarbeid med de regionale helseforetakene, slik at HelseCERT bygger monitoreringstjenester som treffer de regionale helseforetakenes behov. Trusselbildet og sårbarhetene for digitale angrep er i endring og styrking av arbeidet med informasjonssikkerhet er viktig for å sikre at sensitive opplysninger ikke kommer på avveie.

Riksrevisjonen har gjennomført en revisjon av helseforetakenes forebygging av angrep mot IKT-systemene, jf. Dokument 3:2 (2020–2021). Riksrevisjonens undersøkelse tydeliggjør behovet for å styrke arbeidet med informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Norsk helsenett SF har som tjenesteleverandør en viktig rolle i dette arbeidet. Norsk helsenett SF skal sørge for en sikker og trygg infrastruktur for effektiv samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren, og bidra til at den nasjonale helseberedskapen blir ivaretatt, jf. Nasjonal helseberedskapsplan. Norsk helsenett

SF skal bidra til godt samarbeid med relevante aktører, inkludert Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet. Gjennom HelseCERT samarbeider Norsk helsenett SF tett med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), Nasjonalt cybersikkerhetssenter (NCSC) og øvrige sektorens responsmiljøer (CERTer) for å oppdage, forebygge og håndtere ondsinnede inntrengingsforsøk og uønskede hendelser.

HelseCERT har siden 2011 videreutviklet Nasjonalt beskyttelsesprogram til helse- og omsorgstjenesten for å styrke den operative sikkerheten. Det er etablert løsninger for sikkerhetsmonitorering som kan oppdage cyberangrep og tekniske sårbarheter før de utnyttes av trusselaktører. Over 400 virksomheter deltar i beskyttelsesprogrammet per juni 2021. Dette inkluderer 326 kommuner, etater underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, spesialisthelsetjenesten og en rekke leverandører tilknyttet Helsenettet. HelseCERT deler viktig kunnskap og innsikt som virksomhetene i sektoren kan bruke i egne risikovurderinger. Digital beskyttelse i dybden (DBD) er et program som ble utviklet og etablert i 2020. Målet er at virksomhetene i helsesektoren, sammen med HelseCERT, aktivt kan forsvare seg mot og oppdage cyberangrep som skjer i infrastrukturen internt i den enkelte virksomhet. I 2021 har Norsk helsenett SF inngått avtale med Helse Nord IKT om å knytte seg til denne tjenesten. Dialog med IKT-miljøene i de øvrige regionale helseforetakene pågår.

I 2021 har samarbeidet med Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) bidratt til at sentrale virksomheter i helse- og omsorgssektoren har tatt i bruk NSMs varslingsystem for digital infrastruktur. Samarbeidet skal videreutvikles i 2022 og bidrar til økt evne til å avdekke mistenkelig aktivitet i virksomheters nett. Norsk helsenett SF har i 2021 gjennomført inntrengingstester hos helseregioner, kommuner og andre virksomheter i sektoren og statsforetaket vurderer samlet sett at sikkerhetsnivået i sektoren er bedret. HelseCERT har også gjennomført øvelser, inkludert øvelser på IKT-sikkerhet, gjenoppretting av tjenester og Nasjonal helseøvelse 2021.

Center for Cyber and Information Security (CCIS)

Det foreslås 1 mill. kroner til Center for Cyber and Information Security (CCIS) i 2022. Det innebærer en reduksjon på 1,1 mill. kroner som går til å styrke Norsk helsenett SFs arbeid med digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. CCIS ved Norges tekniske og naturvitenskapelige universitet (NTNU) er et nasjonalt senter for forskning,

utdanning og kompetansebygging innen cyber- og informasjonssikkerhet. Senterets mandat er å styrke samfunnets kompetanse og ferdigheter når det gjelder å beskytte mot, oppdage, respondere på og etterforske kriminelle handlinger som gjennomføres ved bruk av digital teknologi. I 2020 utarbeidet CCIS på oppdrag fra departementet et forslag om etter- og videreutdanning innen digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Oppdraget er fulgt opp i 2021 og CCIS vil gjøre nærmere vurderinger av mulighetene for etablering av en slik etter- og videreutdanning.

Meldeportalen Én vei inn

Det foreslås til sammen 5,1 mill. kroner til forvaltning og drift av meldeportalen Én vei inn på melde.no for melde- og varselsplikter som er pålagt helse- og omsorgstjenesten. I tillegg vil forvaltnings- og driftskostnader knyttet til meldinger av bivirkninger av koronavaksiner faktureres Folkehelseinstituttet som del av koronavaksinasjonsprogrammet, se kap. 745, post 01.

Målet med Én vei inn er å gjøre det enklere for helsetjenesten, pasienter og pårørende å melde og å redusere underrapportering slik at pasientsikkerheten kan forbedres. Meldeportalen for helsepersonell inkluderer bivirkninger av vaksiner, legemidler, kosmetikk, medisinsk og elektromedisinsk utstyr, varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten samt uønskede hendelser knyttet til blod, celler og vev og organer (biovigilans).

Meldeportalen er i 2020 og 2021 videreutviklet i tett samarbeid med eierne av meldeordningene og koronavaksinasjonsprogrammet. Portalen er blitt viktig i koronavaksinasjonsprogrammet, blant annet ved melding av bivirkninger av vaksiner. Det er etablert egen portal for meldinger fra pasienter og pårørende, videreutviklet felles funksjonalitet på melde.no for toveisdialog, og påbegynt arbeid med å integrere melde.no mot virksomhetssystemene. I 2022 er målet at kosttilskudd inkluderes og det planlegges for å inkludere uønskede hendelser ved bruk av strålegivende utstyr. Videreutvikling vil fortsette i samarbeid med eierne av ordningene og finansieres i tråd med modellen som er etablert mellom Norsk helsenett SF og aktørene.

Post 71 Medisinske kvalitetsregistre

Bevilgningen dekker finansiering av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved

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

Medisinske kvalitetsregistre er registre som løpende dokumenterer behandlingsresultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Hovedformålet er kvalitetsforbedring og forskning. Helsedirektoratet beslutter hvilke registre som får nasjonal status. I alt 51 kvalitetsregistre har nasjonal status medio 2021. Etter forskrift om medisinske kvalitetsregistre er det meldeplikt til registre med nasjonal status.

SKDE utarbeider årlige statusrapporter for arbeidet med medisinske kvalitetsregistre på kvalitetsregistre.no. Statusrapporten for 2020 viser nøkkeltall basert på årsrapportene til de nasjonale kvalitetsregistrene for 2019. Rapporten viser fortsatt positiv utvikling på datakvalitet og inkludering av pasientrapporterte data i kvalitetsregistrene, og dokumenterer at de nasjonale kvalitetsregistrene i økende grad brukes til kvalitetsforbedring og forskning. Alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre publiserer kvalitetsindikatorer på nettportalen på kvalitetsregistre.no. Portalen er under stadig utvikling og inneholder fra 2020 en sammenstilling av resultater på sykehusnivå på tvers av registre som gir en samlet framstilling av kvalitet for styringsformål.

Det er fortsatt en utfordring at løsningene for elektronisk innrapportering til kvalitetsregistre mangler direkte tilknytning til elektronisk pasientjournal, noe som medfører manuell duplisering av informasjon som kunne vært hentet ut direkte. Direktoratet for e-helse har i 2021 fått i oppdrag å beskrive en utviklingsretning for datafangst og automatisk innrapportering til helseregistre. De regionale helseforetakene har en sentral rolle i å legge til rette for automatisert datafangst til helse- og kvalitetsregistre fra strukturerte data i journal-systemene.

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i SKDE og Helsedirektoratet har etablert samarbeid for å benytte sentrale helseregistre som datakilde for utvalgte medisinske kvalitetsregistre for å unngå unødig dobbelrapporte-

ring. Det pågår et prosjekt for å etablere kvalitetsregistre innenfor psykisk helsevern med utgangspunkt i automatisk uttrekk fra tilgjengelige datakilder.

De regionale helseforetakene og fagmiljøene knyttet til kvalitetsregistrene er viktige premissleverandører i det nasjonale arbeidet med å utvikle felles løsninger for helseregistrene. Målet er å dreie ressursene fra datainnhenting til kvalitets sikring og analyse av data, og kunne analysere data fra flere fagområder enn i dag.

Post 72 Nasjonale e-helseløsninger

Bevilgningen til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, grunndata og helseID overføres til kommunerammen og sykehusrammen i tråd med forslaget om å innføre plikt til betaling for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger.

Det foreslås å flytte:

- 4,1 mill. kroner til kap. 701, post 70 til forvaltning og drift av meldeportalen En vei inn
- 248,3 mill. kroner til kap. 571, post 60, jf. forslaget om å innføre plikt til betaling for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger
- 261,7 mill. kroner til kap. 732, post 72-75, fordelt mellom de regionale helseforetakene etter fordelingsnøklerne i inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen, jf. forslaget om å innføre plikt til betaling for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger. Beløpet inkluderer også 13,6 mill. kroner som gjelder felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten

Nasjonale e-helseløsninger

Nasjonale e-helseløsninger gir innbyggerne og helsepersonell muligheten til å få tilgang til, se, bruke og dele helseinformasjon digitalt. Helsepersonellens adgang til informasjon om pasientene er knyttet til tjenstlig behov og regulert i eget regelverk. De nasjonale e-helseløsningene helsenet, inkludert grunndata og helseID, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no er viktige for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for innbyggerne. Løsningene bør benyttes av alle relevante aktører i tjenesten for å gi best mulig effekt.

Kjernejournal gir helsepersonell innsyn i nødvendig pasientinformasjon. Kjernejournal er innført ved sykehus, legevakter og fastlegekontor. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til egen kjernejournal via helsenorge.no. Bruken av kjernejournal er økende, og antall oppslag fra helse-

personell passerte 100 000 per måned i 2020. Bruken har økt jevnt gjennom 2020. I mars 2021 ble det registrert totalt 160 000 oppslag fra helsepersonell fra akuttmedisinsk kjede og kommunal pleie- og omsorg. Det gjøres flest oppslag fra helseforetak og fastlegekontor. Kjernejournal var per første tertial 2021 i bruk i totalt 552 virksomheter innenfor tjenesteområdene sykehjem og hjemmetjenesten i kommunene. Norsk helsenet SF samarbeider med KS og utvalgte kommuner om utprøving og innføring i sykehjem og i hjemmetjenestene. Per juni 2021 har om lag 50 kommuner startet med å bruke kjernejournal og enda flere er koblet til.

Direktoratet for e-helse og Norsk helsenet SF har i tett samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF gjennomført en utprøving av dokumentdeling via kjernejournal fra høsten 2020. Erfaringene fra utprøvingen er positiv og helsepersonell opplever at deling av journaldokumenter, slik som epikriser, sammenfatninger og radiologisvar, forenkler samarbeidet mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og sykehusene. Dokumentdeling bidrar til å effektivisere arbeidsprosesser og gi bedre beslutningsgrunnlag, helsepersonell sparer tid på å innhente opplysninger og de får mer tid til behandling og oppfølging av pasienter og brukere. Det arbeides med å utvide utprøvingen til flere aktører og flere grupper helsepersonell. Direktoratet for e-helse og Norsk helsenet SF samarbeider med aktørene om planer for videre innføring i 2022.

E-resept er en løsning for sikker overføring av resepter mellom rekvirenter, apotek og bandasjist. Løsningen bidrar til at helsepersonell får bedre oversikt over pasientens gyldige resepter, og pasienter får oversikt over egne resepter på helsenorge.no. E-resept er tatt i bruk av fastleger, apotek og alle sykehus. Over 90 pst. av alle resepter er elektroniske, og det arbeides med å innføre løsningen for flere rekvirentgrupper. I 2020 ble de to aktuelle journalløsningene for tannleger godkjent for e-resept.

Helsenorge.no er innbyggernes inngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett og gir tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon, digitale helsetjenester og sikker dialog med helse- og omsorgstjenesten. Helsenorge.no har vært en svært viktig kilde til informasjon og tjenester for innbyggerne under koronapandemien og det har vært en sterk økning i bruken av nettstedet i 2020 og 2021. Fra 2019 til 2021 økte antall brukere fra 3,2 til 4,7 millioner innbyggere. I juni 2021 var det 13 millioner besøk på nettstedet, tre ganger så høyt besøkstall som samme måned året før. I sam-

menheng med koronapandemien er det utviklet tjenester for innsyn i prøvesvar på koronatester, selvbetjent timebestilling for koronatesting, innkalling til vaksinerings, og innbyggerne kan hente ut koronasertifikat.

Nasjonale e-helseløsninger omfatter også grunndata som gir tilgang til ulike registre med informasjon om personer, personell og virksomheter, og helseID som gir helsepersonell enkel og sikker tilgang til ulike systemer via én pålogging. Både grunndata og helseID er felleskomponenter i helsenettet, og en forutsetning for identitetsforvaltning, sporbarhet og tilgangsstyring som bidrar til å øke digital sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. I 2020 og 2021 er grundataplattformen gjort tryggere gjennom å innføre helseID for pålogging og innføring av egne konti per fagsystem for tilgang til grunndata. Informasjonen i grunndata benyttes av hele helse- og omsorgstjenesten og er nødvendig for sikker og helhetlig samhandling mellom aktørene. Totalt er 13 000 virksomheter integrert med grunndata. Det har vært en økning i oppslag i løsningen i 2020 på om lag 38 pst. sammenlignet med 2019. HelseID er i 2020 og 2021 videreutviklet for å støtte Helseplattformen i helseregion Midt-Norge, gi helsepersonell tilgang til e-resept via elektronisk pasientjournal og informasjonssikkerhet og stabilitet er forbedret. Se omtale av helsenettet under post 70 Norsk helsenett SF.

Forslag til lovendringer

Helse- og omsorgsdepartementet legger fram forslag til endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger) samtidig med statsbudsjettet. Formålet med lovendringene er å bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv bruk av offentlige ressurser. Det forutsetter at relevante og nødvendige opplysninger følger den enkelte pasienten og er tilgjengelige for helsepersonellet. For at de nasjonale e-helseløsningene skal bli mest mulig effektive, er det viktig at de brukes av alle relevante aktører i sektoren.

For å stimulere til innføring og bruk, foreslår departementet blant annet hjemler for tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger. Forslaget pålegger virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å gjøre tilgjengelig og ta i bruk fire bestemte nasjonale e-helseløsninger i sin virksomhet. Forslaget omfatter løsningen for elektroniske resepter (e-resept), Nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert

grunndata. Forslaget gir videre hjemmel til å pålegge regionale helseforetak og kommuner å betale for forvaltning og drift av løsningene, apotek og bandasjist pålegges å betale for e-resept. Norsk helsenett SF skal ha plikt til å tilby de nasjonale e-helseløsningene til helse- og omsorgssektoren. Videre foreslår departementet at Norsk helsenett SF gis lovhjemmel til å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt og til å etablere en kopi av Folkeregisteret. Forslaget er en videreføring av enkelte av lovbestemmelsen i Prop. 65 L (2019–2020) Lov om e-helse (e-helseloven) og følger opp Meld. St. 6 (2020–2021) og Innst. 59 S (2020–2021) om tilbaketrekkning av e-helseloven.

Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger ble satt ned av Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2019. Utvalget skal legge fram en best mulig vurdering av tallgrunnlaget for beregnede kostnader til forvaltning og drift av eksisterende nasjonale e-helseløsninger, inkludert helsenettet, og bidra til transparens og størst mulig grad av konsensus blant aktørene både når det gjelder kostnadsanslag og fordeling mellom aktørene. Utvalget ledes av Direktoratet for e-helse og består for øvrig av representanter for kommunesektoren, regionale helseforetak, Legeforeningen, Apotekforeningene og Norsk helsenett SF. Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF er sekretariat for utvalget. Utvalget ble etablert som et supplement til den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Sektorens forslag til prioriteringer vil gjøres gjennom den nasjonale styringsmodellen, mens beregningsutvalget vil vurdere og kvalitets sikre kostnader knyttet til forvaltning og drift av disse prioriteringene.

Utvalget skal som grunnlag for fastsetting av betalingen, hvert år gjennomføre en overordnet gjennomgang av tallmaterialet i løpet av våren basert på prognoser fra Norsk helsenett SF. På høsten skal utvalget behandle Norsk helsenett SFs beregninger av priser og avgiftsatser på et mer detaljert nivå. Utvalget vurderte våren 2021 både nivå på og fordeling av kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

I høring av forslag til endringer i pasientjournalloven og forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten, foreslår departementet at oppgaver og sammensetning av det tekniske beregningsutvalget reguleres i forskrift. Departementet vil videre vurdere om det er behov for å

justere mandatet til utvalget når det er avklart hvordan betalingen for nasjonale e-helseløsninger skal reguleres.

Meldeportalen Én vei inn

Bevilgningen til meldeportalen Én vei inn foreslås flyttet til post 70 Norsk helsenett SF og status for arbeidet og prioriteringer i 2022 er omtalt der.

Post 73 Tilskudd til e-helse i kommunal sektor

Bevilgningen dekker tilskudd til programaktiviteter i felles kommunal journal for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor helseregion Midt-Norge og tilskudd til nettverk i regi av KS for å bidra til innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunene.

Det foreslås:

- 211,4 mill. kroner for å dekke statens kostnader til programaktivitetene i arbeidet med felles kommunal journal, 113 mill. kroner er styrking og 98,4 mill. kroner er flyttet fra kap. 701, post 21
- 20 mill. kroner til nettverksaktiviteter for innføring av nasjonale e-helseløsninger i regi av KS, hvorav 15 mill. kroner er flyttet fra kap. 701, post 21 og 5 mill. kroner er flyttet fra kap. 761.

Felles kommunal journal

Det foreslås å styrke arbeidet med felles kommunal journal (Akson) med 113 mill. kroner for å dekke statens bidrag til programaktiviteter i felles kommunal journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor helseregion Midt-Norge. Totalt foreslås bevilget 211,4 mill. kroner i 2022.

Det er etablert en tilskuddsordning for å finansiere statens bidrag til programaktiviteter i realiseringen av felles kommunal journal, som forvaltes av Direktoratet for e-helse. Tilskuddsordningen skal bidra til å realisere felles kommunal journal for kommunene utenfor helseregion Midt-Norge, jf. Innst. 11 S (2020–2021). Statens bidrag til programaktivitetene har en øvre grense på 1 374,8 mill. kroner (P50) over ti år, jf. Prop. 1 S (2020–2021). Kommunene har ansvar for å dekke øvrige kostnader. Statens bidrag til finansiering av programaktiviteter til felles kommunal journal utover 2022 betinger at føringene omtalt under punkt a-c, jf. Prop. 1 S (2020–2021), er oppfylt:

- a) den forberedende styringsgruppen, og senere selskapet med kommunalt majoritetseierskap,

skal utarbeide et oppdatert styringsdokument for felles kommunal journalløsning

- b) styringsdokumentet skal underlegges kvalitetssikring, men det stilles ikke krav om bruk av statens kvalitetssikringsordning (KS2)
- c) før kunngjøring av anskaffelse skal det være forpliktende deltagelse fra kommuner som representerer minst 55 pst. av befolkningen utenfor helseregion Midt-Norge.

Staten skal gjennom tilskuddsordningen bidra som pådriver og tilrettelegger for å realisere målet om én innbygger – én journal. Programaktivitetene skal bidra til fremdrift, god styring og forankring og koordinering med nasjonale fagmyndigheter. Tilskuddet skal blant annet dekke frikjøp av ressurser fra kommunene, KS, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF som bidrar inn i prosjektet.

Direktoratet for e-helse leverte i 2020 et sentralt styringsdokument for prosjektet basert på konseptvalget Løsning for helhetlig samhandling og felles kommunal journal i kommunal helse- og omsorgstjenesten, jf. omtale i Prop. 1 S (2019–2020). Konseptet fikk arbeidstittelen Akson. Styringsunderlag og kostnadsestimeringen for investeringene i felles kommunal journalløsning ble eksternt kvalitetssikret (KS2) våren 2020, i tråd med statens prosjektmodell. Risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble kommunisert til Stortinget i Prop. 1 S (2020–2021) etter at kvalitetssikringen var gjennomført.

Felles kommunal journal er et samarbeidsprosjekt mellom staten, KS og samarbeidskommuner. Tiltaket Felles kommunal journal innebærer en stegvis utvikling av fremtidens journalplattform for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, der ulike løsninger spiller sammen, og der brukerflatene skal kunne tilpasses den enkelte helsepersonells ulike behov. Målet er at helsepersonell i kommunene på sikt jobber mot en felles journalplattform slik at informasjon kan deles effektivt og ulike deler av løsningen kan gjenbrukes på tvers.

KS har vedtatt å etablere et heleid aksjeselskap høsten 2021 som vil være mottaker av statens tilskudd til programaktiviteter og ivareta videre utredningsarbeid frem til et beslutningsgrunnlag legges frem for kommuner for videre veivalg. Utredningsarbeidet skal skje i nært samarbeid med samarbeidskommuner, KS, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF. Regjeringen og KS har i 2021 inngått en samarbeidsavtale om det videre arbeidet med Felles kommunal journal. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen.

KS har som juridisk vertskapssorganisasjon og tilskuddsmottager for samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal rapportert (juni 2021) risiko ved valgt organisasjonsmodell og tilhørende sårbar ressursituasjon. Arbeidet med stegvis tilnærming til utvikling av journal har hatt lavere framdrift enn forutsatt på grunn av ressursmangel i prosjektet, delvis som følge av covid-19-håndteringen i kommunene.

Samarbeidsprosjektet skal i 2021 og 2022 utarbeide et oppdatert styringsdokumentet som skal underlegges ekstern kvalitetssikring. I 2022 skal samarbeidsprosjektet arbeide videre med å forbedre beslutningsgrunnlag for kommunal behandling, gjennomføre ekstern kvalitetssikring, og sikre forankring til det videre arbeidet med å realisere Felles kommunal journal hos samarbeidskommunene og øvrige kommuner utenfor helse-region Midt-Norge. Videre skal endelig organisasjons- og styringsmodell avklares. Ved en eventuell videreføring av prosjektet, til gjennomføringsfase og videre inn i permanent drift og forvaltning, er staten ved Helse- og omsorgsdepartementet villig til å gå inn på eiersiden i et aksjeselskap med en minoritetspost som ikke gir negativ kontroll, dersom kommunene ønsker det. Statens videre rolle, herunder en eventuell statlig minoritetspost i selskapet, utredes nærmere før det legges frem for Stortinget.

I lys av oppdatert styringsdokument vil departementet vurdere periodiseringen av det statlige bidraget til programaktivitetene.

Nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene

Det foreslås 20 mill. kroner til nettverksaktiviteter i regi av KS. Støtte til kommunale nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene er et viktig virkemiddel for å understøtte kommunenes arbeid med innføring av nasjonale e-helseløsninger, jf. samarbeidsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS fra desember 2020. Kommunesektoren forventes fremover å skulle ta i bruk flere digitale løsninger i takt med innføringen av felles kommunal journal og andre samhandlingsløsninger. KS kompetansenettverk for e-helse (KS e-Komp) har i 2021 blant annet bidratt til innføring av kjernejournal i den kommunale helse- og omsorgssektoren og digitaliseringstiltak i forbindelse med håndtering av pandemien, herunder forsert innføring av elektronisk melding om dødsfall.

I 2022 skal nettverket bidra til å støtte opp under innføring av prioriterte e-helseløsninger, som pasientens legemiddelliste og forberedelser til innføring av felles kommunal journal. Nettverket skal også understøtte kommunenes arbeid med innføring av velferdsteknologi. Dette er løsninger som vil understøtte en sammenhengende helse- og omsorgstjenestene. Direktoratet for e-helse forvalter tilskuddet.

Kap. 3701 E-helse, helseregistre mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse			
		Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
02	Diverse inntekter	121 739	81 941	120 051
	Sum kap. 3701	121 739	81 941	120 051

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås økt med 36,4 mill. kroner mot tilsvarende merutgifter over kap. 701, post 21

som følge av økte inntekter ved etablering av Helse-dataservice og reduserte inntekter fra regionale helseforetak.

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	24 875	27 714	28 257
22	Beredskapslagring legemidler, <i>kan overføres, kan nyttes under post 71</i>		1 981 000	150 000
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	4 002	4 130	4 237
71	Tilskudd beredskapslagring legemidler og smittevern, <i>kan overføres, kan nyttes under post 22</i>			300 000
	Sum kap. 702	28 877	2 012 844	482 494

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- Bevilgningen foreslås satt ned til 150 mill. kroner over post 22.
- Bevilgningen foreslås økt med 300 mill. kroner over ny post 71 til beredskapslager av legemidler og smittevernutstyr – personlig verneutstyr (PVU)

Helseberedskap er en del av regjeringens innsats for samfunnssikkerhet og beredskap og har til formål å verne liv og helse, samt bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer, i fredstid og krig. Helseberedskapsloven og øvrig helselovgivning regulerer ansvar og finansiering ivaretas i hovedsak over de ordinære driftsbudsjettene. Nasjonal helseberedskapsplan beskriver mål, lov og plangrunnlag, aktører, ansvar og oppgaver, samt system for risikostyring. Prinsippene om ansvar-, nærhet- og likhet- og samvirke ligger til grunn. Helseberedskapsplanen bygger på den daglige helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet. Kommunene har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen. Kommunene har også ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade ved å sørge for smittevern, miljørettet helsevern, trygt drikkevann og strålevern. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester. Kommuner og helseforetak skal ved kriser kunne legge om, og utvide driften for å yte nødvendige tjenester tilpasset situasjonen. Statsforvalteren er bindeledd mellom lokalt og sentralt nivå og har en

samordningsrolle i fylket. På sentralt nivå er de viktigste aktørene Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk, Mattilsynet, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og Statens helsetilsyn. Helsedirektoratet har koordinerende rolle i kriser. Helse- og omsorgsdepartementet har det nasjonale ansvaret for helseberedskapsplanen. Departementet er hovedansvarlig departement for de kritiske samfunnsfunksjonene *helse- og omsorg* og *vann og avløp* og koordinerer innsatsen på området med andre departementer og sektorer. Dette følger av instruks av 1. september 2017 for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet.

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

Mål og hovedprioriteringer for 2022 er å:

- Styrke informasjon- og digital sikkerhet i sektoren og implementere sikkerhetsloven
- Styrke helsesektorens robusthet og beredskap mot pandemier og andre alvorlige kriser ved å følge opp Koronakommisjonen, andre erfaringer og risiko og sårbarhetsanalyser;
 - Forbedre systemer, som lov- og planverk, organisering, styring, roller og ansvar
 - Øke robusthet for tilgang på kompetanse og innsatsfaktorer, særlig vann, strøm, IKT, legemidler, smittevernutstyr/personlig verneutstyr og materiell, analyse, for å ha nødvendig kapasitet for TISK, intensivkapasitet, analyse mv.

- Videreutvikle spesialiserte beredskapskapasiteter for nasjonal og internasjonal innsats
- Utvikle og øve planer for masseskader ved tverrsektorielt og sivilt-militært samarbeid
- Forberede og gjennomføre nasjonal og internasjonal atomberedskapsøvelse 2022
- Fremme en stortingsmelding om helseberedskap.

Robuste og forberedte systemer

Regelverk, beredskapsplaner og systemer for å forhindre og håndtere hendelser og kriser skal være integrert i virksomhetenes ledelses- og styringssystemer i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det er nå 10 år siden terrorangrepet mot regjeringkvartalet og Utøya 22. juli 2011. Evaluering av denne og andre tidligere hendelser avdekket læringspunkter, men har konkludert med at hovedinnretningen på helseberedskapen i Norge er god. Eksempler på større hendelser og øvelser er Ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015, skredulykken i Longyearbyen 2015, cyberangrepet på Helse Sør-Øst RHF 2018, vannforurensningen på Askøy 2019 og Nasjonal helseøvelse, som var del av NATO øvelsen Trident Juncture 2018.

Koronapandemien har gitt oss nye erfaringer. Regjeringen har siden januar 2020 håndtert koronautbruddet med det formål å slå ned og ha utbruddet under kontroll, ved hjelp av smittevern tiltak for å forhindre smitte, testing, isolering, sporing og karantene (TISK) for å oppdage og slå ned smitte, innsats for å skaffe vaksiner og vaksinere befolkningen for å utvikle immunitet, og tiltak for å bygge opp og sikre kapasitet i helse- og omsorgstjenestene for å kunne behandle de som blir syke av covid-19 og andre sykdommer. Strategi og tiltak vurderes jevnlig basert på oppdaterte risikoanalyser og erfaringer. HOD har gitt innspill til Koronakommisjonens rapport og vil gi innspill til kommisjonens avsluttende rapport. Regjeringen legger kommisjonens analyse og anbefalinger til grunn, følger opp læringspunkter, og innfører nye tiltak ved behov så lenge pandemien pågår. Regjeringen vil legge frem en stortingsmelding om helseberedskap i løpet av 2022. Gjennomgang av regelverk, beredskapsplaner, systemer og hvordan sikre robust tilgang på kompetanse, innsatsfaktorer og infrastruktur vil bli belyst i meldingen.

Ny lov om nasjonal sikkerhet trådte i kraft 1. januar 2019 og implementeres i alle sektorer. Hovedformålet med loven er å trygge nasjonale sikkerhetsinteresser og forebygge, avdekke og

motvirke sikkerhetstruende virksomhet. De nasjonale sikkerhetsinteressene ivaretas ved å identifisere grunnleggende nasjonale funksjoner (GNF), det vil si tjenester, produksjon og andre former for virksomhet der et helt eller delvis bortfall av funksjonen vil få konsekvenser for statens evne til å ivareta nasjonale sikkerhetsinteresser. Departementet har identifisert GNFe *helseberedskap* og *trygg vannforsyning* innenfor eget myndighetsområde, samt en felles departemental GNF. Virksomheter i helsesektoren har utarbeidet skadevurderinger, som vil danne grunnlag for å identifisere virksomheter med vesentlig og avgjørende betydning for GNFe, samt utpeking og klassifisering av eventuelle skjermingsverdige verdier, og fastsettelse av frister for gjennomføring av sikringstiltak. Skadevurderingene vil også gi grunnlag for å identifisere avhengigheter til andre offentlige og private virksomheter, som er av vesentlig eller avgjørende betydning for GNF. Inntil det er fattet vedtak etter ny lov, gjelder alle vedtak fattet etter den gamle loven. Dette betyr blant annet at objekter klassifisert etter gammel sikkerhetslov også er klassifisert og sikret etter ny lov, jf. kgl.res. 20. desember 2018.

Helseberedskapen er generisk og aktørene, skal med utgangspunkt planer som angir ansvar, roller, kompetanse og ressurser, kunne omstille seg og mobilisere for å håndtere hendelsen. Samtidig er det noen scenarier og områder som krever særlig oppmerksomhet og oppfølging.

Beredskapsplaner for håndtering av masseskader

Masseskadehendelser kan forekomme både ved naturkatastrofer og ulykker og tilsiktede hendelser. Det er sannsynlig at masseskadehendelser vil skje i framtiden. Beredskapsplaner for å håndtere masseskader utvikles i en pilot ledet av Helse Nord RHF. Arbeidet bygger på Totalforsvarsprogrammet, erfaring fra Nasjonal helseøvelse og Trident Juncture i 2018 og oppfølging etter terrorangrepet 22. juli 2011. Det er tidligere utarbeidet prosedyre for samvirke mellom politi, brannvesen, redningstjenesten og helsetjenesten ved hendelser der det utøves Pågående Livstruende Vold mot flere personer (PLIVO) og andre retningslinjer.

Beredskapsplaner mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer (CBRNE)

CBRNE er en fellesbetegnelse på hendelser med høyt farepotensiale som omfatter kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer,

nukleært materiale (RN) og eksplosiver (E). Koronapandemien er et eksempel på en slik hendelse. Helsesektorens beredskap mot CBRNE-hendelser bygger på smittevernberedskap, miljørettet helsevern, og atomberedskap, supplert av spesialiserte planer og kompetansemiljøer. Det er nasjonale og internasjonale systemer for overvåking, deteksjon, varsling, måling, analyse og tiltak for å forebygge og møte slike hendelser. Folkehelseinstituttet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er faginstanser og har eksperter som kan bistå kommuner og andre ved hendelser. Nasjonal behandlingstjeneste for personer utsatt for kjemiske og biologiske agens, radioaktiv stråling og eksplosiver (CBRNE-skader) er lagt til Helse Sør-Øst RHF og Oslo Universitetssykehus. Det vises til omtale under kap. 710 om vaksiner og kap. 745 om Folkehelseinstituttets ansvar, samt kap. 747 for omtale av Direktoratet for strålevern og atomberedskap.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for tverrsektoriell koordinering av smittevernberedskap og atomberedskap. Når det gjelder utbrudd og pandemier fastsatte departementet i 2019 Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og etablerte Beredskapsutvalg mot biologiske hendelser for å koordinere beredskap og håndtering av utbrudd. I 2022 vil departementet utbedre beredskapen mot pandemier og andre alvorlig smittsomme sykdommer med utgangspunkt i rapportene fra Koronakommisjonen og andre relevante erfaringer.

Atomberedskap koordineres av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, som leder Kri-seutvalget for atomberedskap. Øvrige deltakere er Helsedirektoratet, Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap, Forsvaret, Politidirekto-ratet, Mattilsynet, Kystverket og Utenriksdepar-te-mentet. Prioriterte tiltak i 2021 og 2022 er å videreutvikle planer og systemer, herunder måle-kapasiteter, modellverktøy og tiltaksstrategier, bygge kompetanse i regionale målelaboratorier og opprettholde DSAs kapasitet som avansert laboratorium, trene og øve.

Øvelser

Nasjonale helseøvelse 2020 hadde fokus på IKT sikkerhet. Norske myndigheter forbereder en atomberedskapsøvelse i 2022, med deltakelse fra alle sektorer og nivåer nasjonalt, samt flere nordiske og europeiske land. Formålet er å øve hele det norske atomberedskapsapparatet for å videreutvikle atomberedskapen. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er ansvarlig for og leder

planleggingen i Norge i samarbeid med DSB, Kystverket og Hovedredningsentralen, i tillegg til Kri-seutvalget for atomberedskap med rådgivere, regionale helseforetak, kommuner og fylker. Det legges også opp til deltakelse fra helsesektoren i Barents Rescue og andre relevante øvelser.

Robust tilgang til kompetanse, kritiske innsatsfaktorer og infrastruktur

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

Legemidler, medisinsk materiell og personlig verneutstyr

De regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvaret for legemiddelberedskapen i spesialisthelsetjenesten, mens legemiddelgrossistene plikter å ha beredskapslagre av enkelte legemidler til bruk i primærhelsetjenesten for minst to måneders ordinær omsetning, jf. vedlegg til grossistforskriften. Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Helsedirektoratet har i tillegg avtaler med grossister om beredskapslagre av antivirale legemidler og jod. De siste årene har det oppstått stadig flere situasjoner med legemiddelmangel. Dette er en global utfordring. De viktigste årsakene til mangelsituasjoner er produksjonsproblemer, at legemidler trekkes fra markedet, logistikkproblemer og rask etterspørselsendring. Vekst i antall mangelmeldinger har imidlertid flattet ut i 2020. Helsedirektoratet gjennomgikk i 2019 legemiddelberedskapen og foreslått en rekke tiltak, jf. rapport IS-2837. Rapporten har blitt fulgt opp i ulike spor. Blant annet er anbefalinger om beredskapslagring fulgt opp gjennom omfattende grossistavtaler, tilpasninger i apotekdrift, elektronisk tilgang til grossistenes lagerstatus og regler om omsetningsrestriksjoner som rasjonering av legemidler, prioritering mellom pasientgrupper og eksportforbud. Forslag til lovendring for å styrke Legemiddelverkets hjemler har vært på høring og departementet jobber med en proposisjon til Stortinget. Helsedirektoratet leder en større mulighetsstudie for norsk antibiotikaproduksjon. Koronakommisjonen fant at gjennomgangen i 2019 bidro til at helsemyndighetene kunne komme raskt i gang med tiltak for å sikre legemiddelforsyningen i første fase av

pandemien. For å sikre befolkningens tilgang til kritiske legemidler er det iverksatt oppbygging av beredskapslagre for primær- og spesialisthelsetjenesten. Fremtidig omfang og organisering er under vurdering, jf. omtale og forslag til bevilgning under post 22 og post 71. Både markedet og forsyningslinjene for legemidler er globale. Internasjonalt samarbeid er viktig for å redusere antall mangelsituasjoner og sikre god informasjon. Norge deltar i samarbeid på nordisk, europeisk og globalt nivå. Samarbeidet med EU har vært av stor betydning under pandemien, og Norge deltar i innkjøp av legemidler under EUs felles innkjøpsmekanisme. Koronakommisjonen har anbefalt at internasjonalt samarbeid om legemiddelberedskap styrkes. Det vises til omtale under kap. 703.

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

Informasjonssikkerhet og digital sikkerhet

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

Trygg vannforsyning

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

Kommuner og vannverk har ansvar for helsemessig trygg og leveringsmessig sikker drikkevannsforsyning. Det sikres gjennom kommunal og fylkeskommunal planlegging. Mattilsynet forvalter drikkevannsforskriften og fører tilsyn med vannforsyningssystemer og påser at drikkevannshensyn blir ivaretatt i kommunale og fylkeskommunale planer, mens Folkehelseinstituttet er kunnskapsinstitusjon på drikkevannsområdet for HOD og Mattilsynet.

De aller fleste vannverk, som forsyner minst 50 personer, har rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplaner. Noe over halvparten av disse har ifølge rapportene oppdatert planene siste år. En del mindre vannverk har mangler i planene og enkelte større vannverk mangler tilstrekkelig reservevannforsyning. Dette siste gjelder også Oslo kommune. Departementet og Mattilsynet følger særskilt opp arbeidet med Oslos nye reservevannforsyning som skal stå klar i 2028. For øvrig er den viktigste utfordringen på vannområdet gammelt og dårlig ledningsnett. Forebyggende sikkerhet og beredskap på drikkevannsområdet følges opp i tråd med Meld. St. 19 (2019–2020) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn. Samfunnssikkerhet og beredskap for å sikre trygg vannforsyning i Norge vil også bli belyst i den planlagte stortingsmeldingen om helseberedskap.

Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

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

En rekke helsetrusler er grenseoverskridende. Norge deltar derfor i internasjonalt samarbeid om overvåking, varsling, analyse og tiltak for å forebygge, oppdage og håndtere hendelser i Verdens helseorganisasjon, Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA), NATO og OECD. Nordisk helseberedskapsavtale gir rammer for nordisk samarbeid og omfatter blant annet informasjonsutveksling og assistanse ved kriser. Norge samarbeider nært med EU om helseberedskap. Det vises til omtale under kap. 703. Norge har i samarbeid med EU etablert medisinske team (Emergency Medical Team (EMT)) som kan ivareta prehospital triage, stabilisering og livreddende behandling av pasienter en avgrenset periode i et land som er rammet av en krise. NOR EMT ble godkjent av WHO i 2018 og er meldt inn som kapasitet til EU. NOR EMT er et supplement til mottakerlandets helsetjeneste og ikke-statlige aktørers innsats i akutte kriser. Norge bidro i 2020 med NOR EMT i Italia og Hellas, og NOR EMT bistår nå i Haiti. HOD forvalter en pilot for ordningen sammen med Justis- og beredskapsdepartementet og Utenriksdepartementet. Helsedirektoratet leder piloten i samarbeid med de regionale helseforetakene, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Folkehelseinstituttet, Forsvaret og frivillige organisasjoner. Piloten skal gjennom en ekstern evaluering i 2022, som grunnlag for beslutning om permanent etablering fra 2023.

Anmodningsvedtak

Innsyn i pasienttall

Vedtak nr 14, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen gjøre konkrete vurderinger av meroffentlighet når det bes HOD om innsyn i de samlede pasienttallene for hver helse-region i forbindelse med covid-19.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom Folkehelseinstituttets statistikk over antall smittede og inneliggende pasienter for hver helseregion. Folkehelseinstituttets statistikk gir et godt kunnskapsgrunnlag for å kunne følge smitteutvikling og pasienttall både på nasjonalt og lokalt nivå.

Offentlig tilgjengelig faglig grunnlag for smitteverntiltak

Vedtak nr 24, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen gjøre offentlig tilgjengelig det faglige grunnlaget for nye smitteverntiltak før de annonseres.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp ved at det fra og med oktober 2020 er lagt til rette for at alle oppdragsbesvarelser og annet faglig grunnlag utarbeidet i HelseDirektoratet eller Folkehelseinstituttet som benyttes som underlag for politiske vedtak om smitteverntiltak, offentliggjøres før smitteverntiltak annonseres.

Pandemiberedskap og legemiddelberedskap

Vedtak nr. 723, 11. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen øke pandemiberedskapen og legemiddelberedskapen ved å sørge for økt produksjonskapasitet og økt tilgang på smittevernutstyr.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr og beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel.

Norsk beredskapsproduksjon av viktige legemidler, vaksiner og medisinsk utstyr

Vedtak nr. 724, 11. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen styrke norsk beredskapsproduksjon av og beredskap for viktige legemidler og medisinsk utstyr, vaksiner, smittevern-utstyr og laboratoriediagnostikk.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr og beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel. Regjeringen vil videre se nærmere på mulighetene for produksjon eller delproduksjon av vaksiner i Norge. Arbeidet ble satt i gang i 2021 gjennom to studier: en markedsanalyse for vaksineproduksjon i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og en gjennomgang av ulike virkemidler og modeller for samarbeid mellom offentlige og private aktører om vaksineproduksjon i sammenliknbare utvalgte EU/EØS-land i regi av Nærings- og fiskeridepartementet. Det vises til omtale i Prop. 232 S (2020–2021). Regjeringen vil vurdere videre oppfølging når resultatene av disse studiene foreligger.

Lagre av essensielle legemidler

Vedtak nr. 725, 11. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Norge skal ha lagre for minimum tre måneders forbruk av essensielle legemidler.»

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

Vedtaket ansees som fulgt opp gjennom oppbygging av beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler i primær- og spesialisthelsetjenesten under covid-19.

Norges tilgang til produksjonskapasitet for kritisk medisinsk utstyr

Vedtak nr. 727, 11. mars 2021

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr og beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel.

Uavhengig gransking av regjeringens arbeid for å sikre Norges befolkning vaksiner

Vedtak nr. 873, 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen igangsette en uavhengig gransking av regjeringens arbeid for å sikre Norges befolkning vaksiner og sammenligne denne med sammenliknbare land utenfor EU som Israel og Storbritannia.»

Vedtaket ble truffet under behandlingen av statsministerens redegjørelse holdt den 26.4.2021 om Koronakommisjonens rapport.

Koronakommisjonen ble oppnevnt i statsråd 24. april 2020 for å få en grundig og helhetlig gjennomgang og evaluering av myndighetenes håndtering av covid 19-pandemien. NOU 2021: 6 ble lagt frem 14. april 2021.

Den 15. april 2021 ba regjeringen kommisjonen om å fortsette sitt arbeid. Den har et vidt mandat som gir kommisjonen stor frihet til å velge hvilke områder den bør gå inn i. Kommisjonen er av statsministeren særskilt bedt om å granske regjeringens arbeid med å sikre Norges befolkning vaksiner og strategien for utrulling av vaksiner. Etter at kommisjonen har levert sin sluttrapport, vil regjeringen legge frem en melding til Stortinget blant annet om oppfølgingen av kommisjonens arbeid. Vedtaket ansees som fulgt opp.

Nasjonal produksjon og beredskap for kritisk viktig smittevernutstyr

Vedtak nr. 889, 11. mai 2021

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel.

Investeringstilskudd til norske produsenter av smittevernutstyr

Vedtak nr. 890, 11. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen stille til rådighet investeringstilskudd til norske produsenter av smittevernutstyr.»

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

Vedtaket anses fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at bevilgningen til Innovasjon Norges Innovasjonstilskudd rettet mot små og mellomstore gründer- og vekstbedrifter er økt med 500 mill. kroner. Målet er å bidra til at virksomheter kan gjennomføre utviklingsprosjekter, herunder produksjon av smittevernutstyr, til tross for utfordringer med likviditeten.

Nasjonal produksjon av beredskapsprodukter

Vedtak nr. 891, 11. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at hensynet til nasjonal produksjon av beredskapsprodukter tillegges større vekt i anbudsprosesser.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder ånde-

drettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel.

Beredskapsavtaler for produksjon av smittevernutstyr

Vedtak nr. 892, 11. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen etablere beredskapsavtaler med norske produksjonsmiljøer for produksjon av smittevernutstyr.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer og desinfeksjonsmiddel.

Beredskapsavtaler for norsk produksjon av legemidler

Vedtak nr. 963, 20. mai 2021

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

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

Det vises til omtale av vedtak nr. 575 og 578 av 14. mai 2020. Eventuell kriseproduksjon av legemidler må sees i sammenheng med andre tiltak for å ivareta forsyningssikkerheten, som utvidet beredskapslagring og internasjonalt samarbeid. Helsedirektoratet skal vurdere om det i særskilte tilfeller bør lagerføres enkelte virkestoff. Etter departementets syn ivaretar arbeidet intensjonen om å vurdere behov for produksjon av legemidler i eventuelle tilfeller der markedet ikke kan levere og andre iverksatte tiltak ikke er tilstrekkelig for å ivareta forsyningssikkerheten. Videre vises det til at regelverk for statsstøtte og for offentlige anskaffelser i hovedsak er gjeldende når helsetjenesten kjøper inn legemidler.

Forhåndskjøpsavtaler med private – norsk vaksineproduksjon

Vedtak nr. 964, 20. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede og om mulig inngå forhåndskjøpsavtaler med private aktører som ønsker å etablere norsk vaksineproduksjon.»

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

Regjeringen vil se nærmere på mulighetene for produksjon eller delproduksjon av vaksiner i Norge. Arbeidet ble satt i gang i 2021 gjennom to studier: en markedsanalyse for vaksineproduksjon i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og en gjennomgang av ulike virkemidler og modeller for samarbeid mellom offentlige og private aktører om vaksineproduksjon i sammenliknbare EU/EØS-land i regi av Nærings- og fiskeridepartementet. Det vises til omtale i Prop. 232 S (2020–2021). Regjeringen vil vurdere videre oppfølging når resultatene av disse studiene foreligger.

Produksjonskapasitet av legemidler og medisinsk utstyr

Vedtak nr. 578, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen utrede hvilken produksjonskapasitet som eksisterer i Norge, og hvilke essensielle legemidler og medisinsk utstyr som kan og bør produseres nasjonalt for å sikre forsyning og beredskap, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom Lege-middelverkets kartlegging av produksjonskapasitet for legemidler våren 2020. Som oppfølging av kartleggingen ble det kjøpt inn råstoff for å kunne kriseprodusere enkelte forsyningskritiske intensivlegemidler ved behov, samt igangsatt en mulighetsstudie for antibiotikaproduksjon i regi av Helse- og omsorgsdepartementet. I forbindelse med videre utredning av fremtidige beredskapslagre for legemidler skal det vurderes om det i særskilte tilfeller bør lagreres enkelte virkestoff for kriseproduksjon, jf. omtale av vedtak nr. 575 av 14. mai 2020. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevern-

utstyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer. Det er også igangsatt produksjon av desinfeksjonsmiddel.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 2 mill. kroner til kap. 451 Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, post 01 Driftsutgifter i tilknytning til øvelsen Barents Rescue 2022, jf. omtale i Justis- og beredskapsdepartementets Prop. 1 S (2021–2022).

Post 22 Beredskapslagring legemidler

Det foreslås 150 mill. kroner til beredskapslagring av legemidler. Det vises også til post 71 Tilskudd beredskapslagring legemidler og smittevern.

Som ledd i håndteringen av pandemien ble det i 2020 og 2021 iverksatt oppbygging av beredskapslagre av forsyningskritiske legemidler i primær- og spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet fikk sommeren 2020 i oppdrag å vurdere behov og innretning av et permanent beredskapslager. Videre utredningsarbeid gjøres basert på videreføring av en todelt modell for beredskapslagring av legemidler, med avtalebasert beredskapslagring for spesialisthelsetjenesten og en forskiftet beredskapsplikt for legemiddelgrossistene for legemidler i primærhelsetjenesten. I dag plikter legemiddelgrossister som distribuerer legemidler til apotek å beredskaps sikre et ekstra lager av legemidler, jf. vedlegg til grossistforskriften. Helse- og omsorgsdepartementet fikk i mai 2021 i oppdrag å utarbeide forslag til forskriftsendringer om beredskapslagre av legemidler i primærhelsetjenesten. Oppdraget omfatter bl.a. oppgavebeskrivelser for og sammensetning av en ev. videreutvikling av Nasjonal legemiddelberedskapskomite. Det skal også vurderes om det i særskilte tilfeller bør lagreres enkelte virkestoff. Dersom dette er tilfellet, skal det utarbeides systemer for vurdering og lagerføring, samt tydelige kriterier for når og hvordan kriseproduksjon iverksettes. Våren 2021 ble de regionale helseforetakene bedt om å konsolidere og redimensjonere beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler i spesialisthelsetjenesten ut fra smitte- og forsynings situasjonen.

I lys av overnevnte oppdrag presiseres det at anslagene er usikre. Regjeringen vil ev. komme tilbake med forslag til justeringer i forbindelse med revidert budsjett.

Post 70 Tilskudd

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

Post 71 Tilskudd beredskapslagring legemidler og smittevern

Legemidler

Det foreslås 150 mill. kroner til tilskudd til beredskapslagring av legemidler. Det vises også til post 22 Beredskapslagring legemidler.

Smittevernustyr- personlig verneutstyr (PVU)

Det foreslås 150 mill. kroner til drift, forvaltning, videre oppbygging og utvikling av nasjonalt beredskapslager av smittevernustyr – personlig verneutstyr (PVU).

Det ble i mars 2020 opprettet en midlertidig nasjonal innkjøps- og distribusjonsordning for smittevernustyr som gjaldt ut 2020. I 2021 ble det bevilget 771 mill. kroner som et engangsbeløp til oppbygging, drift og vedlikehold av et lager for smittevernustyr, jf. Prop. 1 S Tillegg 1 (2020–2021) og Innst. 11 S (2020–2021). De siste inngåtte anskaffelsene fra nasjonale leverandører vil bli levert i 2022. Lageret inneholder åndedrettsvern, munnbind, hansker, øyebeskyttelse, smittefrakker og heldekkende dresser, sprøyter, opptrekkskanyler og injeksjonskanyler til vaksina-

sjon. Lageret har et volum tilsvarende seks mnd. pandemiforbruk. Det foreslås at lageret etableres som et permanent nasjonalt beredskapslager og utvides med smittevernustyr for å møte utbrudd med delvis smitte via luftsmitte.

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

Gitt en holdbarhet på 5-6 år, kan årlig kassasjon av smittevernustyr bli på 173 mill. kroner. Dette fordi lageret er langt større enn det helsetjenesten kan rullere. For å sikre gode insentiver til effektiv drift foreslås det at beredskapslageret organiseres i en modell med lager i helseregionene, der de regionale helseforetakene eier varebeholdningen, står for innkjøp, rulling og utvikling av lageret.

De regionale helseforetakene kan over tid utvikle beredskapslageret gjennom innkjøps- og beredskapsavtaler. Det er under pandemien inngått samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernustyr. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer. Det er også igangsatt produksjon av desinfeksjonsmiddel. Departementet vil også utrede forskriftsfesting av krav til kommuner og helseregioner om å sørge for tilgang til smittevernustyr – personlig verneutstyr, for eksempel tilsvarende seks måneders normalforbruk, ved å ha beredskapslager eller produksjon i Norge.

De nasjonale løsningene må tilpasses Norges internasjonale samarbeid. Dette er forhold som skal utredes i en mulighetsstudie for den videre utviklingen av det nasjonale pandemilageret.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	5 602	5 929	5 998
71	Internasjonale organisasjoner	74 006	60 317	259 917
72	Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)	20 000	20 000	20 520
	Sum kap. 703	99 608	86 246	286 435

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- Bevilgningen foreslås økt med 195 mill. kroner til deltakelse i helseprogrammet EU4Health over post 71 Internasjonale organisasjoner
- Bevilgningen foreslås økt med 5 mill. kroner til deltakelse i andre programmer og byråer i EU over post 71 Internasjonale organisasjoner knyttet i hovedsak til høyere utgifter til EU-byråer

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

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

Helse som globalt fellesgode

Koronapandemien har vist hvordan alle lands nasjonale helsesikkerhet og beredskap er avhengig av solide strukturer for internasjonalt samarbeid – også land med sterke helsesystemer, slik som Norge. Ingen land kan effektivt håndtere en pandemi uten internasjonale systemer for funksjoner som overvåkning, effektiv varsling, forskning og utvikling, tilgang til vaksiner, legemidler og medisinsk utstyr. Disse er avgjørende for den nasjonale evnen til å forebygge og bekjempe smitte. Slike funksjoner avhenger både av kvaliteten og kapasiteten på nasjonale helsesystemer, nasjonale myndigheters evne og vilje til å delta i internasjonalt samarbeid, og av organisasjoner som har globalt allmenntilgjengelige funksjoner innen helse, slik som Verdens helseorganisasjon (WHO) og vaksineutviklingskoalisjonen CEPI. Alt dette er innsatsfaktorer i helsesikkerhet som kommer alle til gode. Helsesikkerhet er et *globalt fellesgode*.

Hoveddelen av internasjonale investeringer for bedre helse har i flere tiår vært rettet inn mot å bekjempe sykdommer i utviklingsland gjennom utviklingsbistanden. Norge har tatt en lederrolle i

dette arbeidet. Denne helsebistanden har bidratt til gode resultater, f.eks. økt vaksinedekning og redusert mødre- og barnedødelighet.

Det er en økende erkjennelse av at verden har underinvestert i global helsesikkerhet, som styrket beredskap og responsevne for nye pandemier. Alle land har egeninteresse i å investere i slike globale fellesgoder. Slike investeringer kan ses på som investeringer i kritisk infrastruktur for nasjonal beredskap i en verden som blir vevet stadig tettere sammen.

Evalueringer fra blant andre det WHO-oppnevnte uavhengige panelet for pandemiberedskap og -respons (IPPPR) og G20 sitt høynivåpanel for finansiering av globale fellesgoder (HLIP) viser til et samlet behov for internasjonale investeringer på 15 mrd. USD per år, og for muligheten til raskt å kunne frigjøre flere titalls mrd. USD når en krise inntreffer. Mesteparten av dette vil trolig ikke falle inn under kriteriene for offisiell utviklingsbistand (ODA), og vil måtte finansieres utenfor rammen som settes av til bistand.

For at verden skal stå bedre rustet når neste helsekrise inntreffer, må landene være bedre koordinert på nasjonalt, regionalt og globalt nivå. Pandemien har gjort det enda tydeligere hvilken avgjørende betydning helse og helsesikkerhet har for samfunnet som helhet. Forebygging og håndtering av helsekriser må skje på tvers av sektorer og bygge på en bred samfunnsinnsats. Forbedringer av systemer på nasjonalt og internasjonalt nivå bør forankres på øverste politiske nivå. Det er også behov for mer klarhet om organisasjoners roller og lands ansvar når en helsekrise inntreffer, for å sikre bedre samarbeid og økt forutsigbarhet. Land bør kunne stille hverandre til ansvar for dette gjennom sterkere regulering og økt åpenhet.

Norge deltar aktivt i internasjonale prosesser for en styrket global helseberedskap. Dette arbeidet er i en tidlig fase, og prioriteringer og behov er ennå ikke avklart. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med ytterligere informasjon.

Selv om land har håndtert pandemien svært ulikt, har alle land vært avhengige av et bredt utvalg tiltak som spenner fra vaksiner og andre farmakologiske mottiltak til samfunnsrettede folkehelseiltak som for eksempel nedstenging av skoler. Mens de farmakologiske mottiltakene i all hovedsak er underbygget av robuste, randomiserte studier som kartlegger nytte og risiko, er kunnskapsgrunnlaget for de inngripende samfunnsrettede folkehelseiltakene svært begrenset. Som en konsekvens har det vært vanskelig for lands regjeringer å vurdere betydningen og kon-

sekvensene av de enkelte inngripende tiltakene som i sum har vært nødvendige for å begrense smittespredningen i samfunnet. Norge tok derfor i 2021 initiativet til et samarbeid med WHO for en systematisk styrking av dette kunnskapsgrunnlaget. Regjeringen bevilget 20 mill. kroner til et WHO collaborating centre ved Folkehelseinstituttet for dette formålet (se kapittel 745 post 01).

Norge har videre påtatt seg en lederrolle i arbeidet for å sikre likeverdig tilgang til legemidler globalt, herunder vaksiner, og medisinsk utstyr i kampen mot covid-19. Sammen med Sør-Afrika leder Norge fasiliteringsrådet for det globale samarbeidet Access to covid-19 Tools Accelerator (ACT-A) som også inkluderer vaksinepilaren COVAX.

Europeisk samarbeid

Pandemien har vist at europeisk samarbeid er avgjørende for Norges evne til å håndtere grensekryssende helsetrusler. Det siste året har regjeringen særlig intensivert samarbeidet med EU på helseberedskapsområdet, inkludert for legemidler, medisinsk utstyr og digital helse. Det er bred politisk enighet i Europa om at det er behov for ytterligere samarbeid om helse. Samtidig som krisen håndteres, er EU allerede i gang med å forbedre sine systemer. Pandemien har vært en vekker. I sin tale om Unionens tilstand 16. september 2020 lanserte Kommissjonspresident von der Leyen en ambisjon om et *styrket europeisk helse-samarbeid*. Satsingen har fått navnet den europeiske helseunionen. Den har støtte blant EUs stats- og regjeringssjefer – og denne regjeringen.

EUs helseunion har som mål å gjøre EU bedre rustet til å møte fremtidige helsekriser, både akutte kriser som pandemier, og bidra i mer langsiktige utfordringer, som bl.a. forhold som omfattes av EUs nylig fremlagte kreftplan og EUs legemiddelstrategi fra 2020. Sistnevnte har som mål å skape et mer bærekraftig legemiddelmarked. Kjernen i satsingen er tre forslag til forordninger som omhandler styrket mandat og rolle for EUs legemiddelbyrå EMA og EUs smittevernbyrå ECDC, samt intensivere samarbeidet om helseberedskap. I tillegg vil EU etablere en ny helseberedskapsmyndighet, HERA, Health Emergency Response Authority. Det er et bindeledd mellom forskning, utvikling og produksjon av bl.a. legemidler og medisinsk utstyr som Europa vil trenge i en krisetid. Samlet sett skal dette bidra til at Europa møter fremtidige helsetrusler mer koordinert og styrke datagrunnlaget for krisehåndtering.

Norge er en del av det indre marked og del av Schengen. Norges yttergrenser er EUs yttergrense. Grensekryssende helsetrusler må løses i fellesskap. Norge er avhengig av kunnskap, informasjon, felles overvåkingssystemer, koordinering av tiltak, dialog og nettverk i møte med grenseoverskridende helsetrusler. Utviklingen av europeiske koronasertifikater er et eksempel på hva man i fellesskap kan få til på kort tid for å sikre trygg gjenåpning av Europa. Departementet hadde inntil sommeren 2021 en nasjonal ekspert i Europakommisjonen som var sentral på e-helseområdet, inkludert utviklingen av koronasertifikatene. Departementet arbeider med innplassering av ny nasjonal ekspert fra 2022.

Som et lite land er Norge sårbart når det gjelder forsyningssikkerhet for legemidler, herunder vaksiner, medisinsk utstyr og smittevernutstyr. EU har politisk og økonomisk slagkraft til å vise lederskap for Europas borgere og verden for øvrig. EUs vaksinestrategi, som har finansiert og fremmet en rekke vaksine kandidater, representerer et slikt lederskap. Strategien, også kalt Team Europe, har sikret verdifulle doser til også norske borgere, og bygget opp produksjonskapasitet som nå kommer resten av verden til gode. Regjeringen er stolt av å være en del av Team Europe. Sammen med Utenriksdepartementet, har Helse- og omsorgsdepartementet brukt våre erfaringer med videreformidling av EUs doser til å bistå Europakommisjonen og Team Europa ved donasjon og videresalg av vaksiner internt i EU og til tredjeland. Norge leder sekretariatet som har ansvaret for det juridiske arbeidet knyttet til donasjons- og videresalgsavtalene for EU-landene. Dette arbeidet vil være viktig for å sikre global tilgang til vaksiner fremover, og en sentral samarbeidspartner til andre initiativer som ACT-A og Covax.

Regjeringen har aktivt støttet opp under EUs styrkede ambisjoner for helseberedskap, både på politisk nivå og på embetsnivå. Regjeringen ønsker en bred tilknytning til EU-samarbeidet for å styrke Norges evne til å ivareta nasjonal krisehåndtering på helseområdet, og for å bidra til at Europa kommer sterkere ut av krisen. Sammen med andre europeiske land ønsker regjeringen å bidra til å utforme gode europeiske løsninger for framtiden. Til det trenger vi å aktivt utvikle gode interesseanalyser og søke oppdatert kunnskap.

EUs helseprogram *EU4Health*, samt forsknings- og innovasjonsprogram *Horisont Europa*, vil støtte opp under den styrkede europeiske helseberedskapen. Norge investerer, sammen med resten av EUs medlemsland, i europeisk helseberedskap og folkehelse gjennom del-

takelsen i disse programmene. Vi er allerede med i relevante felleseuropeiske initiativer, under det tidligere helseprogrammet, såkalte Joint Actions, hvor medlemslandene deler gode løsninger og bereder grunnen for politikktutviklingen. Norge, gjennom Helsedirektoratet, leder arbeidet for biologiske og kjemiske helsetrusler, og har i 2020 vært aktive i initiativer på tobakksområdet, psykisk helse og bedre bruk av helsedata. Det europeiske samarbeidet skaper en merverdi. Ved å eksempelvis delta i det europeiske samarbeidet på helsedata vil vi sikre at vår helsedata-analyseplattform er kompatibel med plattformer i andre land. Slik får norske forsknings- og utviklingsmiljøer tilgang til europeiske pasientpopulasjoner og samarbeidskonstellasjoner når vi skal utvikle framtidens løsninger for helse- og omsorgssektoren. *EU4Health* legger listen enda høyere, med ti innsatsområder som spenner fra forebygging til grensekryssende helsetrusler, tilgang til medisiner og sterkere helsesystemer. Departementet iverksetter nå en plan for nasjonal mobilisering og deltakelse i programmet. Regjeringen vil prioritere deltakelse som styrker norsk helseberedskap, fremmer en sunn og frisk befolkning, et sterkt digitalt helse-system, styrket konkurranseevne for norsk helsenæring og sikrer ny kunnskap. Regjeringen styrker også satsningen på global helseforskning for å bidra til varige forbedringer i helsetilstanden for sårbare grupper i lav- og mellominntektsland.

Helse- og omsorgsdepartementets EU/EØS-portefølje rommer imidlertid mer enn helseberedskap. Norge har et omfattende samarbeid med EU om helse og mattrygghet. Det spenner fra regelverk for næringsmidler og drikkevann, kosmetikk, alkohol og tobakk til legemidler og medisinsk utstyr, behandling av personopplysninger og digital helse, helsehjelp mottatt i andre EU/EØS-land, og satsinger i kampen mot antibiotikaresistens.

Rettsaktene på matområdet utgjør om lag 40 pst. av rettsaktene i EØS-avtalen. Matområdet er dermed i volum det største rettsområdet i EØS-avtalen. I 2020 har det bl.a. vært arbeidet særlig mye med Farm to Fork-strategien som Europakommisjonen la frem som en del av Europas grønne giv. Strategien tar sikte på å gjøre matsystemene bærekraftige, rettfærdige, sunne og miljøvennlige. Videre vil åpenhetsforordningen (EU) 1381/2019, som skal sikre økt åpenhet i risikoanalysen av den europeiske myndigheten for næringsmiddeltrygghet (EFSA), bli sentral. Den skal sikre bedre kvalitet og styrke påliteligheten av EFSA's risikovurderinger, forbedre risikokommunikasjonen og bedre styringen av EFSA. For-

ordningen planlegges tatt inn i EØS-avtalen og gjennomført i norsk rett. Det vil bli lagt frem en Proposisjon LS til Stortinget.

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter. Innenfor helseområdet tar Norge aktivt del i Pompidou-gruppen, et tverrfaglig samarbeid om narkotikaspørsmål, og i Europarådets direktorat for legemiddelkvalitet (EDQM). EDQM utvikler bl.a. standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår i legemidler.

Mål for 2022:

- Fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta i EUs ulike prosesser, programmer, byråer og komiteer på helse- og mattrygghetsområdet, herunder:
 - styrke samarbeidet med EU om helsesikkerhet og beredskap i utviklingen av EUs helseunion og deltagelse i EUs helseprogram EU4Health, med mål om en bred tilknytning til EUs helseberedskapsamarbeid for å styrke Norges evne til å ivareta nasjonal krisehåndtering og for å bidra til at Europa kommer sterkere ut av krisen
 - bidra til gode europeiske fellesløsninger for å ivareta tilgangen til og produksjon av legemidler, herunder vaksiner, bl.a. ved utviklingen av den nye heleberedskapsmyndigheten HERA og oppfølgingen av EUs legemiddelstrategi
 - intensivere oppfølgingen i EUs nye helseprogram EU4Health for å sikre faglig, økonomisk og politisk uttelling for norsk deltakelse som bidrar til å ruste Europa mot helsetrusler.

Nordisk samarbeid

Nordisk ministerråd er de nordiske regjeringers formelle samarbeidsorgan. Samarbeidet skal fremme nordisk merverdi ved at utvalgte oppgaver belyses og løses på nordisk nivå for å øke nordisk kompetanse og konkurransekraft. I økende grad blir dette arbeidet også brukt som plattform i det europeiske og globale samarbeidet. De nordiske statsministre vedtok i 2019 *Visjon 2030* der Norden skal bli verdens mest bærekraftige og integrerte region. I 2020 ble en handlingsplan for visjonen vedtatt, for årene 2021–2024. Handlingsplanen har tre strategiske områder; et grønt, konkurransedyktig og sosialt bærekraftig Norden.

Norge skal ha formannskapet i Nordisk ministerråd i 2022. Ministerrådet for sosial- og helsesaker leder satsingen av Norden som ledende region for sikker digital infrastruktur for helsedata: *The Nordic Commons*. Denne etableringen er viktig for nordisk samarbeid om helseforskning og næringsutvikling. Økt samarbeid om nordisk helseberedskap har vært et sentralt tema for arbeidet i Ministerrådet i 2020 og 2021, ikke minst som følge av det finske statsministerinitiativet av 2020 om et økt nordisk samarbeid om beredskap, bl.a. samarbeid under krisehåndtering (utveksling av informasjon, erfaringer og situasjonsforståelse) og forsyningssikkerhet (samarbeid om innkjøp, erfarings- og informasjonsutveksling om legemiddelberedskap og –produksjon). Nordisk helseberedskapssamarbeid har gode eksempler å vise til inn i EUs arbeid med beredskap og sikkerhet. Departementet bidrar også inn i formannskapsarbeidet under Ministerrådet for fisk, jordbruk, mat og skogbruk, der bærekraftige matsystemer og sunt kosthold er sentrale tema.

Mål for 2022:

- Styrke samarbeidet i Nordisk ministerråd, herunder bidra aktivt i arbeidet med handlingsplanen for Visjon 2030
- Under det norske formannskapet Nordisk ministerråd bl.a. følge opp satsingen med en digital infrastruktur for helsedata (Nordic Commons), det finske statsministerinitiativet om økt nordisk samarbeid om beredskap samt bærekraftige matsystemer og sunt kosthold.

Helsesamarbeidet i nordområdene

Norge bidrar til å styrke helsesamarbeidet i nordområdene, gjennom deltakelse i Barents helsesamarbeid, Den nordlige dimensjons helsepartnerskap, og helsesamarbeidet under Arktisk råd.

Norge var en av initiativtakerne til samarbeidet om ny teknologi og metoder for bedre helse i Barentsregionen i 2019. Som følge av koronapandemien fikk arbeidet økt aktualitet i 2020/21. Styregruppes rapport om bruk av e-helseteknologi i Barentsregionen ble presentert på en digital statssekretærkonferanse i desember 2020.

Den nordlige dimensjons helsepartnerskap skal vedta en ny strategi på sitt ministermøte i november 2021. Det foreslås bl.a. å videreføre samarbeidet om ikke-smittsomme sykdommer og alkohol, narkotika og tobakk der Norge har ledersvar.

Fra helsesiden bidrar vi i forberedelsene til Norges formannskap i Arktisk råd i 2023. Gjennom Folkehelseinstituttet deltar Norge i satsingen «One Health – One Arctic» sammen med bl.a. USA og Canada.

Mål for 2022:

- Helsesamarbeidet skal bidra til bedre helse og livskvalitet i nordområdene og samtidig støtte opp om Norges nordområdepolitikk. I 2022 legges det særlig vekt på forberedelsene til det norske formannskapet i Arktisk råd.

FN og Verdens helseorganisasjon

I 2015 vedtok FNs medlemsland 17 globale mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Målene utgjør et rammeverk for utvikling og samarbeid om verdens utfordringer og gjelder for alle land. Helseforvaltningen har et særskilt ansvar for å følge opp bærekraftsmål 3 om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder, og se dette i sammenheng med øvrige relevante bærekraftsmål. Arbeidet er integrert i eksisterende organisasjoner og prosesser, og utgjør dermed rammen for samlet norsk innsats i internasjonalt helsearbeid.

Koronapandemien har satt arbeidet med å nå bærekraftsmålene tilbake i mange land. Den globale handlingsplanen for bærekraftsmål tre om helse og relaterte delmål (GAP) ble opprettet bl.a. på Norges initiativ, og spiller en viktig rolle i å redusere skadevirkningene av pandemien for de helserelaterte bærekraftsmålene.

Verdens helseorganisasjon (WHO) er verdens ledende, koordinerende og normerende organisasjon innen helse. Som FNs særorganisasjon for helse er den verdens helseministres møteplass. Dette gjør den til en sentral arena for å fremme norske helsepolitiske interesser. Norge er medlem av Den stående komiteen for Regionalkomiteen (SCRC) i WHOs europeiske region. Norge vektlegger bl.a. arbeidet med beredskap i WHOs europaregion og god styring av WHOs regionalkontor. Videre har Norge et tett samarbeid med WHOs Europakontor om å skape økt åpenhet i legemiddelmarkedene. Dette er et viktig innsatspunkt for å oppnå universell helsedekning i vår egen region. Norge er derfor vertskap for Oslo Medicines Initiative i 2022, i samarbeid med WHOs Europakontor (se omtale under).

I helsekriser er det særlig viktig at WHO har evne til å utføre sitt mandat. Alle land avhenger av WHOs evne til å undersøke utbrudd, opptre faglig

uavhengig og normerende, legge til rette for rask forskning og utvikling, og lede og veilede landenes respons på en god måte. Tidlig oppdagelse og varsling av smittsomme helsetrusler, og lands samarbeid med WHO om dette, er avgjørende for å komme i inngripen med en potensiell pandemi så tidlig som mulig.

Dagens internasjonale kriesamarbeid er regulert gjennom Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005). IHR 2005 fastsetter statsparter og WHOs roller og ansvar i helsekriser, bl.a. rutiner for varsling og håndtering av utbrudd. IHR identifiserer også kjernekapasiteter i nasjonale helsesystemer som trengs for best mulig håndtering av utbrudd. Evalueringer av koronapandemien viser imidlertid at det er behov for styrking av samarbeidet mellom land på flere områder, for klarere roller og plikter for land og organisasjoner, for et mer bindende juridisk regelverk. Diskusjoner om styrking av Verdens helseorganisasjons krisearbeid og et bindende regelverk pågår. Norge arbeider for at det etableres et bindende regelverk som bidrar til å tette hull i dagens beredskapssystem, som øker forutsigbarheten i det internasjonale systemet og som understøtter WHOs rolle og myndighet i kriser.

Et WHO som er i stand til å utføre sitt mandat på en god måte er et eksempel på et globalt fellesgode. WHO trenger forutsigbare og fleksible ressurser som står i forhold til de oppgavene organisasjonen skal utføre. Det pågår medlemslandsdiskusjoner om hvordan man kan sikre at WHO finansieres på en mer bærekraftig måte, inkludert i beredskapssammenheng. Norge arbeider aktivt for at landene skal enes om en vesentlig økning i medlemslandenes faste bidrag og for at frivillige bidrag gis på en måte som er i tråd med WHOs oppgaver og kjernefunksjoner. Helse- og omsorgsdepartementet bidro med 20 mill. kroner til WHO i 2020. Støtten har som formål å understøtte norske helsepolitiske prioriteringer og behov, og kommer i tillegg til det årlige kjernebidraget og bidragene Norge tildeler WHO over bistandsbudsjettet. Støtten er videreført med samme beløp og formål i 2021.

Norge var i 2017 blant initiativtakerne til opprettelsen av den globale vaksinekoalisjonen CEPI, bl.a. for å kompensere for markedssvikt for utvikling av vaksiner mot fremtidige epidemier. Deler av CEPIs investeringer er rettet mot sykdommer som i all hovedsak forekommer i lav- og lavere mellominntektsland, og tilfredsstiller OECDs definisjoner for utviklingshjelp, ODA. En betydelig andel av CEPIs investeringer vil imidlertid ikke dekkes av denne definisjonen, men vil være å anse

som globale fellesgoder som også kommer høyinntektsland som Norge til gode. Dette inkluderer CEPIs investeringer i vaksineplattformer basert på bl.a. mRNA- og virusvektorteknologi.

I 2021 investerte Norge 200 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett som et bidrag til å finansiere utvikling av vaksiner som kan beskytte mot et bredt spekter av SARS-CoV-2-virusvarianter og mot øvrige betakoronavirus. For å sikre fremtidig nasjonal beredskap vil det i tiden fremover være behov for investeringer i slike globale fellesgoder. Regjeringen vil vurdere ytterligere støtte til vaksineorganisasjonen CEPI for utvikling av slike vaksiner på et senere tidspunkt.

Uforholdsmessig høye priser for nye legemidler bidrar til å undergrave helsesystemer og begrenser tilgang til behandling. Norge samarbeider med WHOs Europakontor om Oslo Medicine Initiative for bedre tilgang til nye, effektive og kostbare legemidler. Initiativet har som mål å bidra til mer bærekraftige prismetodeller og økt åpenhet i verdikjeden for nye legemidler.

Halvparten av verdens befolkning mangler tilgang til grunnleggende helsetjenester. Universell tilgang til grunnleggende helsetjenester (Universal health coverage, UHC) inngår i de helserelaterte bærekraftsmålene og er et sentralt mål for Norges internasjonale helsesamarbeid. For at verdens skal oppnå UHC, må lands primærhelsetjenester og helsesystemer bygges ut. Utdanning og sysselsetting av helsepersonell er sentralt. Tjenestene må bygge på robuste institusjoner og kunne brukes av alle, uavhengig av inntektsnivå. UHC er ikke utelukkende en agenda for utviklingsland. De fleste land har grupper som ikke nås i tråd med visjonen for UHC. Høye legemiddelpriser er også en utfordring for å nå UHC. Åpenhet i det internasjonale markedet for legemidler, inkludert kostnader knyttet til forskning og utvikling vil bidra til å nå UHC.

Universell helsedekning er også avgjørende for lands helseberedskap. Sentrale tiltak som testing, isolering, smittesporing og karantenering, overvåkning og vaksinasjon, er basert på en robust primærhelsetjeneste.

Norge arbeider aktivt for at verdens land skal nå målet om etablering av UHC innen 2030. Norge arbeider også for at styrkingen av verdens beredskap mot fremtidige helsekriser gjøres på en måte som kommer hele helsesystemet til gode. Dette innebærer bl.a. vekt på styrking av primærhelsetjenester og essensielle folkehelsefunksjoner.

Ikke-smittsomme sykdommer (NCD) utgjør samlet sett den viktigste årsaken til for tidlig død i verden, bl.a. grunnet risikofaktorer som tobakk,

alkohol og andre rusmidler, usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet. Nesten en fjerdedel av alle dødsfall på verdensbasis er relatert til miljøforhold og da særlig luftforurensning. Psykiske lidelser utgjør en betydelig del av landenes sykdomsbyrde og bidrar mer til den samlede uførheten globalt enn de fleste andre sykdommer. Psykiske lidelser er fortsatt ofte forbundet med stigma og diskriminering i mange land. Regjeringen lanserte i 2021 strategien *Bedre helse, bedre liv*, som inkluderer ikke-smittsomme sykdommer i regjeringens helserettede utviklingsarbeid fram til 2024. Denne strategien er det første i sitt slag, og reflekterer at det globale sykdomsbildet har endret seg. Gjennomføring av denne strategien vil stå sentralt i Norges internasjonale arbeid mot ikke-smittsomme sykdommer.

Resistente mikroorganismer truer med å sette moderne medisin flere tiår tilbake, siden antimikrobielle legemidler mot vanlige infeksjoner kan bli ineffektive. Dermed kan vi risikere at vanlige operasjoner i fremtiden vil være forbundet med så stor infeksjonsrisiko at man ikke kan operere. Arbeidet mot antibiotikaresistens må være et felles løft fra flere sektorer, og inkluderer OneHealth som skal sikre optimal helse for mennesker, dyr og miljøet vårt. Norge skal være en pådriver for internasjonalt, normativt arbeid for å styrke tilgang, ansvarlig bruk og utvikling av nye antibiotika, vaksiner og bedre diagnostiske hjelpemidler.

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

Verdens klimautfordringer påvirker både folkehelse og miljø i form av temperatursvingninger og ekstremvær, spredning av smittsomme sykdommer blant mennesker og mellom mennesker dyr, tilgang til rent drikkevann og matsikkerhet.

«Grønn helse» betinger et grønt skifte. Luftforurensning og utslipp, men også helsesektoren og bærekraftige matsystemer, er viktige faktorer i arbeidet mot klimaendringene. Forskning og utvikling skjer på tvers av fagområder og landegrensar og må ses i et helhetsperspektiv der ulike bærekraftsmål samspiller.

Norge er en aktiv part i Verdens helseorganisasjon/UNECEs Protokoll for vann og helse, samt

i miljø og helseprosessen generelt. Protokollen bidrar til gjennomføring av FNs bærekraftsmål 6 om rent vann og gode sanitærforhold i Pan-Europeiske land. Norge har gjennom flere år bidratt til kapasitetsbygging knyttet til overvåking av drikkevann, vannbårne sykdommer og utbrudd i Øst-Europa i forbindelse med deltagelse i protokollen.

Mål for 2022:

- Det er et mål at verden står vesentlig bedre rustet mot framtidige helsekriser. På globalt plan skal Norge arbeide for:
 - økt og mer målrettet finansiering av helseberedskap og helsesystemer som et globalt fellesgode
 - at det legges bedre til rette for at verdens land og relevante organisasjoner kan agere koordinert, raskt og presist ved framtidige pandemier
 - at land kan holde hverandre ansvarlige for investeringer og forbedringer i helsesikkerhet på nasjonalt nivå
 - styrket regulering av relevante områder innen helsesamarbeid.
- Norge skal arbeide for at WHO gis bedre muligheter for å utføre sitt mandat som verdens koordinerende, normative og ledende organisasjon innen helse. Norge skal arbeide for at medlemslandenes faste bidrag økes vesentlig, og at øvrige bidrag gir WHO fleksibilitet og forutsigbarhet. Norge skal også på alle områder forsvare WHO's normative rolle og faglige uavhengighet.
- Norge skal sikre at bærekraftsmålene fortsetter å utgjøre rammen for globalt helsearbeid. Norge skal:
 - Sikre at arbeidet for universell helsedekning (UHC) gis høyeste prioritet etter koronapandemien og at helsesikkerhetsarbeidet som gjøres på landnivå har størst mulig overlapp med arbeidet for UHC. Norge skal også ta et særlig ansvar for at det skapes økt åpenhet om priser i legemiddelmarkedet.
 - Fortsette å rette oppmerksomhet mot andre viktige norske prioriteringer, som arbeidet mot antimikrobiell resistens, globalt bedre tilgang til helsepersonell, arbeidet med verdens narkotikaproblem, samt følge opp WHO's arbeid med ikke-smittsomme sykdommer, inkludert psykisk helse, bl.a. gjennom regjeringens strategi for ikke-smittsomme sykdommer i bistandsarbeid

Handel og helse

Norge har inngått handelsavtaler, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), på flere områder som berører helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester. Det har de siste årene vært en økende bevissthet rundt at internasjonale handels- og investeringsavtaler kan utfordre nasjonalstatenes rett til å regulere for å beskytte folkehelsen. Helse- og omsorgsdepartementet følger opp arbeidet med forhandlinger av nye avtaler slik at helsepolitiske hensyn kan innarbeides og ivaretas tidlig i prosessene.

Mål for 2022:

- Ivareta helsepolitiske hensyn i forhandlinger om nye internasjonale handels- og investeringsavtaler
- Sikre at helserelaterede aspekter som følge av Storbritannias utreden fra EU blir best mulig ivaretatt

Deltakelsen i internasjonale fora hvor helsepolitiske beslutninger fattes, er viktig for å kunne fremme norske helseinteresser, bidra til gode fellesskapsløsninger, og sørge for at nasjonale tiltak utvikles i sammenheng med verden omkring. Dette har særlig blitt synliggjort for beredskapsarbeidet i forbindelse med koronapandemien. Gjennom samarbeid vil en også dra nytte av andre lands erfaringer.

For nærmere omtale vises det til kapittel 12 Internasjonalt samarbeid i del III, Omtale av særlige tema.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Post 71 Internasjonale organisasjoner

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

Det foreslås å øke bevilgningen med 195 mill. kroner i 2022 til deltakelse i EUs helseprogram EU4Health for programperiode 2021–2027. EU4Healths overordnede mål er å bidra til å beskytte europeiske borgere mot grenseoverskridende helsetrusler, forbedre tilgjengeligheten til medisinsk utstyr, legemidler og annet kriserelatert utstyr samt bidra til å styrke de nasjonale helse-systemene. EU4Health skal støtte tiltak som bidrar til mer europeisk egenproduksjon av legemidler, medisinsk utstyr og personlig beskyttelsesutstyr, samt til felles anskaffelser og lagring. Programmet vil også støtte tiltak som gjør slik produksjon mer miljø- og klimavennlig, jf. Prop. 173 S (2020–2021) «Samtykke til deltakelse i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) 2021/522 om opprettelse av EUs helseprogram EU4Health (2021–2027) og endringer i statsbudsjettet 2021 under Helse- og omsorgsdepartementet» og Innst. 558 S (2020–2021).

Post 72 Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)

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

Kap. 704 Norsk helsearkiv

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	60 976	65 151	65 884
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	7 368	8 762	8 945
	Sum kap. 704	68 344	73 913	74 829

Norsk helsearkiv er organisert som en enhet i Arkivverket og har om lag 50 ansatte med spesialisert kompetanse innen IT, arkiv, registerforvaltning, informasjonssikkerhet, helserett, organisasjon og ledelse. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig bevaring og tilgjengeliggjøring av pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten og fremme medisinsk og helsefaglig forskning.

Et nasjonalt helseregister for ny kunnskap og bedre folkehelse

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

Digitaliseringen av papirbaserte pasientarkiver fra spesialisthelsetjenesten vil føre til økt tilgjengelighet for forskere og pårørende. Det er etablert et kvalitetssystem for oppfyllelse av lov- og forskriftskrav knyttet til personvern og informasjonssikkerhet, og det er en kontinuerlig og prioritert oppgave å ha høy grad av etterlevelse i arbeidet. En sentral oppgave i 2022 er å gjøre Helsearkivregisteret kjent for forskere slik at de kan utnytte datakilden på en god og effektiv måte. Norsk helsearkiv samarbeider med Direktoratet for e-helse i Helsedataprogrammet, og vil, som ett av Norges sentrale helseregistre, bli en fremtidig del av den nye Helseanalyseplattformen.

Effektiv digitalisering av pasientarkivmateriale

Norsk helsearkiv ivaretar funksjoner for mottak, digitalisering og tilhørende kassasjon, digital bevaring, innlemming og forvaltning av helsearkivregisteret, tilgjengeliggjøring av pasientjournalene i henhold til reglene om utlevering og taushetsplikt. Alle funksjoner knyttet til Norsk helsearkiv, med unntak av varig bevaring av et utvalg papirarkiv i Mo i Rana, ivaretas på Tynset.

Norsk helsearkiv er i full produksjon med 22 produksjonslinjer, og vil optimalisere disse i 2022 for mest mulig effektiv digitalisering av pasientarkivene. Produksjonen er avhengig av at helseforetak og andre avleveringspliktige virksomheter avleverer sine pasientarkiver og oppfyller sine forpliktelser etter helsearkivforskriften. Ved utløpet av 2021 forventes nærmere 70 millioner sider å være digitalisert siden oppstarten. Målet for 2022 er å digitalisere ytterligere 36 millioner sider.

Digital langtidsbevaring av helsedata

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

Fra utløpet av 2021 skal Norsk helsearkiv også ivareta den nasjonale ordningen for oppbevaring av pasientjournaler. Ordningen gjelder journaler som kommer fra virksomheter som opphører eller avvikles der annen behandler ikke overtar. Norsk helsearkiv får i oppgave å drifte og stå for den praktiske gjennomføring av ordningen, mens databehandlingsansvaret vil ligge hos Helsedirektoratet.

Post 01 Driftsutgifter

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

Bevilgningen under posten er redusert med 0,7 mill. kroner som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

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

Kap. 3704 Norsk helsearkiv

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
02	Diverse inntekter	3 401	3 078	3 143
	Sum kap. 3704	3 401	3 078	3 143

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker inntekter knyttet til bistand til helseforetakene med avleveringsprosessen av

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

Kap. 708 Eldreombudet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	7 017	10 060	10 722
	Sum kap. 708	7 017	10 060	10 722

Eldreombudets virksomhet er hjemlet i lov om Eldreombudet (eldreombudsloven) av 8. juni 2020 og ledes av et eldreombud for en periode på seks år uten adgang til gjenoppnevning. Hovedoppgaven til Eldreombudet er å bidra til å fremme eldres interesser og behov på alle offentlige og private samfunnsområder. Eldreombudet er et uavhengig forvaltningsorgan administrativt underordnet Kongen og departementet, og skal utføre sine oppgaver selvstendig og uavhengig.

Eldreombudet skal til enhver tid følge med på utviklingen i samfunnet som berører eldrebefolkningen. Eldreombudet skal foreslå tiltak som kan styrke eldres interesser og løse eller forebygge utfordringer for eldre i samfunnet. Dette gir Eldreombudet både en pådriverrolle og en følge med-rolle. Eldreombudets kontor er lokalisert i Ålesund og samlokalisert med Senter for et aldersvennlig Norge.

Hovedbrukergruppene til Eldreombudet er eldrebefolkningen og de som tar beslutninger som berører eldre. Eldreombudet henvender seg til myndigheter, kommuner, fylkeskommuner, interesseorganisasjoner, foreninger, næringslivsaktører, fagmiljø innen forskjellige institusjoner og eldre selv.

Strategier og tiltak 2022

Virksomheten Eldreombudet ble etablert høsten 2020 og formelt åpnet i april 2021. Eldreombudet har gradvis bygget opp sin virksomhet med å få plass administrative systemer, kommunikasjonskanaler, utarbeidet mål og arbeidsmetoder og etablert samarbeid med virksomheter innen forskjellige målområder. I tillegg til det personlige eldreombudet er det siden oppstarten ansatt fire medarbeidere som dekker ulike fagområder. Eldreombudet har vært aktivt i å fremme eldres interesser og behov under korona-pandemien overfor nasjonale og lokale myndigheter, og har særlig belyst utfordringene med fysisk og sosial isolasjon og digitalt utenforskap. Andre temaer som er tatt opp er blant annet aldersgrenser i arbeidslivet, voldsproblematikk, kapasitet i omsorgstjenesten og fravær av nominasjoner av eldre på valglistene.

For 2022 vil Eldreombudet fortsette å bygge opp arbeidet innenfor områdene helse og omsorg, samfunnsdeltakelse, arbeid, digitalisering, hvordan eldre får medvirke lokalt og de kommunale eldrerådernes funksjon. Ombudet får også mange henvendelser fra eldre selv og fra pårørende som gir økt behov for informasjon og veiledning.

Post 01 Driftsutgifter

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

Sammenliknet med saldert budsjett 2021 foreslås følgende endringer, ut over gjennomgående budsjettiltak og generell prisjustering:

- 1 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til ordinære driftsutgifter slik at Eldreombudet kan styrke innsatsen innenfor sitt mandat.
- 10 000 kroner i redusert bevilgning som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Kap. 709 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	73 440	73 707	75 321
	Sum kap. 709	73 440	73 707	75 321

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Formålet med ordningen er å arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Fra 2020 er det etablert et nasjonalt koordinerende ombud, og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er innlemmet i ordningen, jf. Prop. 64 L (2018–2019).

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

Norge har 15 pasient- og brukerombud lokalisert i Hammerfest, Tromsø, Bodø, Trondheim, Kristiansund, Førde, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Skien, Tønsberg, Drammen, Hamar, Moss og Oslo. Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet med unntak av kontoret i Oslo som administreres av Oslo kommune etter avtale med Helsedirektoratet. Pasient- og brukerombudet utfører sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

Ombudet med kontorsted i Bergen skal ha rollen som nasjonalt, koordinerende ombud for de 15 lokale ombudene. Det koordinerende ombudet skal blant annet bidra til å utvikle felles arbeidsmetodikk, bistå de øvrige ombudene med systematisk kompetanseutvikling og veiledning, samt bidra til felles løsning og forståelse av prinsipielle saker. Ombudet skal ha et overordnet ansvar for faglig utvikling, kommunikasjon og kommunikasjonsstrategi, brukerperspektiv, interne veiledere og kodeverk, intern tjenestekatalog. Det koordinerende ombudet skal også være nasjonal talsperson i saker av nasjonal karakter og av nasjonal interesse.

Pasient- og brukerombudene mottok 14 417 nye henvendelser i 2020. Dette er en nedgang i forhold til 2019 (15 116 nye henvendelser i 2019). Nedgangen antas å være knyttet til pandemien. Utviklingen siste år er at andelen saker som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester øker (41 pst. i 2019).

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

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjørelse, varer og tjenester. Sammenliknet med saldert budsjett 2021 er det ingen endringer, ut over gjennomgående budsjettiltak og generell prisjustering.

Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
710	Vaksiner mv.	460 598	4 135 818	3 615 586	-12,6
712	Bioteknologirådet	14 105	12 473	12 073	-3,2
714	Folkehelse	430 397	459 217	512 621	11,6
717	Legemiddeltiltak	72 914	73 722	75 471	2,4
	Sum kategori 10.10	978 014	4 681 230	4 215 751	-9,9

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
01-29	Statens egne driftsutgifter	626 100	4 258 565	3 766 852	-11,5
50-89	Overføringer til andre	351 914	422 665	448 899	6,2
	Sum kategori 10.10	978 014	4 681 230	4 215 751	-9,9

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

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

Regjeringen viderefører de tre nasjonale målene for folkehelsepolitikken:

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

Folkehelsen i Norge er god, og forventet levealder øker stadig: Den er nå 84,9 år for kvinner og 81,5 år for menn.

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

Regjeringen prioriterer arbeidet med å fremme god helse og øke livskvaliteten til barn og unge høyt. Dette handler bl.a. om å legge til rette for godt foreldreskap, trygge hjem og gode nærmiljøer og å motvirke ensomhet. Regjeringen har arbeidet systematisk for å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Regjeringen vil synliggjøre ensomhet som et folkehelseproblem, og har i folkehelsemeldingen

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

Regjeringen vil arbeide for at befolkningens livskvalitet blir et mål på samfunnsutviklingen og har vedtatt å utarbeide en nasjonal livskvalitetsstrategi, jf. omtale under kap. 740.

Selvmord er et folkehelse- og samfunnsproblem. Regjeringen har lagt frem en strategi for å forebygge selvmord. Et viktig tiltak er å utvikle og gjennomføre en pilot hvor alle sider ved hvert enkelt selvmord kartlegges uavhengig av om det skjer innenfor eller utenfor helse- og omsorgstjenesten, jf. omtale under kap. 745.

Regjeringen vil skape et mer aldersvennlig samfunn. Med økende andel eldre må det legges bedre til rette for at eldre kan delta og bruke sine ressurser lenger, i tråd med bærekraftsperspektivet. Arbeidet skal bygge på tverrsektorielt samarbeid og medvirkning fra eldre selv og involverte aktører, og det er organisert med program, råd og senter, jf. omtale i kap. 714, post 21 og kap. 761, post 21. Senteret er etablert i Ålesund, administrativt underlagt Helsedirektoratet. Regjeringen har i 2020 også etablert Eldreombudet i Ålesund. Eldreombudet skal være en uavhengig stemme for eldrebefolkningens interesser i samfunnet, jf. omtale under kap. 708.

Norge har sluttet seg til WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 pst. innen 2025. Dette målet er allerede nådd. Målet er videreført i bærekraftsmålene, med 1/3 reduksjon innen 2030. Helse- og omsorgsdepartementet startet i 2020 opp arbeidet med en ny NCD-strategi hvor psykiske lidelser, rusbrukslidelser og muskel- og skjelettlidelser inngår og der det også legges vekt på å møte utfordringene med overvekt og fedme. Arbeidet er satt på vent for å kunne ivareta økende kunnskap om pandemien og virkninger av denne.

I tillegg til målet om å redusere tidlige dødsfall, har WHO satt globale mål for alkoholbruk, fysisk aktivitet, tobakksbruk, salt i kostholdet, diabetes, fedme, høyt blodtrykk og tilgang til behandling. For flere av målene er Norge på god vei. For to mål har vi ikke hatt framgang, og det gjelder målene om å øke den fysiske aktiviteten og stoppe økningen i diabetes og fedme. For salt i kostholdet mangler det datagrunnlag.

De globale målene for bærekraftig utvikling fram mot 2030 (bærekraftsmålene) ligger til grunn for nasjonal og internasjonal politikktutvikling. Bærekraftsmål 3 om helse innebærer å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle. Våren

2021 la regjeringen fram Meld. St. 40 (2020–2021) Mål med mening med en nasjonal handlingsplan for oppfølging av bærekraftsmålene. Det vises til omtale i Del III og til Nasjonalbudsjettet.

Regjeringen la i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga fram en nasjonal tobakksstrategi for perioden 2019–2021. De overordnede målene for strategien er å oppnå en tobakksfri ungdomsgenerasjon og å hjelpe flere voksne røykere til å slutte. Regjeringen er opptatt av at dette skal gjøres på en måte som ikke begrenser folks handlingsfrihet. Strategien er blant annet fulgt opp med et treårig pilotprosjekt for røykeslutt og en rekke forslag til endringer i tobakkskadeloven ble sendt på høring i juni 2021, særlig knyttet til strengere regulering av e-sigaretter og bedre vern mot passiv røyking.

Regjeringen la våren 2021 fram Nasjonal alkoholstrategi. Strategien følger opp WHO-målet om en reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 pst. innen 2025 sammenliknet med 2010. Alkoholstrategien inneholder seks hovedprioriteringer for å redusere skadelig alkoholbruk, der den første hovedprioriteringen er å videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken: Bl.a. bevilningssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgiftene og aldersgrensene. De andre hovedprioriteringene er å understøtte alkoholforebygging i kommunene, forsterke tidlig innsats, fremme alkoholfrie arenaer, styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol samt prioritere forskning på sykdomsutvikling og skader knyttet til alkohol. Helsedirektoratet er i gang med oppfølgingen innenfor sitt område, og følger blant annet opp overfor kommunene, helsetjenestene og i arbeidet med å fremme alkoholfrie arenaer. FHI vil foreta en kvalitativ evaluering av strategien, med en midtveis-evaluering i 2023. De sektorovergripende virkemidlene i strategien følges opp i samarbeid med bl.a. Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kulturdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv, ble lagt fram våren 2020. I tråd med føringer omtalt i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga, rettes innsatsen mot forhold som påvirker folks muligheter til å være fysisk aktive i hverdag og fritid. Handlingsplanens hovedmål er å skape et mer aktivitetsvennlig samfunn, og å øke andelen i befolkningen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet med 10 prosentpoeng innen 2025 og 15 prosentpoeng innen 2030, gjennom tiltak i flere departementer på fem innsatsområder. Bedre tilrettelegging

for fysisk aktivitet og en mer aktiv befolkning, er viktige bidrag til å oppfylle de nasjonale folkehelsemålene. Handlingsplanen er under oppfølging i samarbeid med berørte departementer. Helsedirektoratet har en sentral rolle i oppfølgingen av handlingsplanen. Det vises til omtale under kap. 740.

Midtveisevaluering av Nasjonal Handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) viste at man er langt fra å nå målene på kostholdsområdet, og handlingsplanperioden er besluttet forlenget til 2023.

Trygg mat og trygt drikkevann, god matinformasjon til forbrukerne og riktig merking av mat samt videre utvikling av bærekraftige mat-systemer er grunnleggende forutsetninger for god folkehelse og et godt livsmiljø. Hovedmålene på det matpolitiske området er omtalt i Prop. 1 S (2021–2022) for Landbruks- og matdepartementet. Det faglige ansvaret på mattrygghetsområdet og styringen av Mattilsynet er delt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet.

Smittevern og infeksjonsforebygging er én av fem pilarer i WHO's globale handlingsplan mot antibiotikaresistens. Arbeidet mot antibiotikaresistens er et viktig satsingsområde i Handlingsplan for et bedre smittevern (2019–2023). Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020) har angitt regjeringens mål for arbeidet med antibiotikaresistens, og målene er forlenget til gjelde ut 2021. Helse- og omsorgsdepartementet etablerte, sammen med Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Klima- og miljødepartementet, en tverrsektoriell ekspertgruppe under ledelse av Folkehelseinstituttet som har utarbeidet en kunnskapshullrapport om antibiotikaresistens. Denne rapporten vil bidra som kunnskapsgrunnlag når revidert strategi utarbeides.

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

Kap. 710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	460 598	221 493	267 509
22	Salgs- og beredskapsprodukter mm.		144 325	148 077
23	Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19, <i>kan overføres</i>		3 770 000	3 200 000
	Sum kap. 710	460 598	4 135 818	3 615 586

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

- 30,1 mill. kroner til innkjøp av programvaksiner og beredskapsavtale for vaksiner mot pandemisk influensa
- 3,2 mrd. kroner knyttet til innkjøp av koronavirusvaksiner og knyttet til vaksinasjon i kommuner/Svalbard og helseforetak

Folkehelseinstituttet er en sentral faginstans for kommunene og helsestasjonene i forbindelse med vaksinasjon. Folkehelseinstituttet er pålagt å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap, mens det er kommunene som skal tilby og gjennomføre vaksineringen av programvaksiner.

Instituttet sørger for innkjøp, lagring og distribusjon av vaksiner til nasjonale vaksinasjonsprogram. Innkjøp av vaksiner gjennomføres etter utlyst anbud i EØS-området. Folkehelseinstituttet gir faglige retningslinjer for gjennomføring av de nasjonale vaksinasjonsprogrammet herunder målgrupper, hyppighet og den tekniske sammensetningen av vaksinene.

Av smittevernloven følger det at Helse- og omsorgsdepartementet skal fastsette et nasjonalt program for vaksiner mot smittsomme sykdommer. Revidert smittevernlov ble vedtatt av Stortinget og trådte i kraft 1. juli 2019. Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet består av barnevaksinasjoner, influensavaksinasjoner og vaksinasjon mot covid-19. Barnevaksinasjonsprogrammet skal

etter forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 4 tilbys alle barn i førskole- og grunnskolealder og gjennomføres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forskriften lister opp vaksinene som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet. Influensavaksinasjonsprogrammet gjelder vaksine mot sesonginfluensa som årlig skal tilbys alle personer med økt risiko for komplikasjoner ved sesonginfluensa. I tillegg tilbys vaksine mot pandemisk influensa og mot covid-19 etter retningslinjer fra Folkehelseinstituttet.

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

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 873, 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen igangsette en uavhengig gransking av regjeringens arbeid for å sikre Norges befolkning vaksiner og sammenligne denne med sammenlignbare land utenfor EU som Israel og Storbritannia.»

Vedtaket ble truffet under behandlingen av statsministerens redegjørelse holdt den 26.4.2021 om Koronakommisjonens rapport.

Koronakommisjonen ble oppnevnt i statsråd 24. april 2020 for å få en grundig og helhetlig gjennomgang og evaluering av myndighetenes håndtering av covid 19-pandemien. NOU 2021: 6 ble lagt frem 14. april 2021.

Den 15. april 2021 ba regjeringen kommisjonen om å fortsette sitt arbeid. Den har et vidt mandat som gir kommisjonen stor frihet til å velge hvilke områder den bør gå inn i. Kommisjonen er av statsministeren særskilt bedt om å granske regjeringens arbeid med å sikre Norges befolkning vaksiner og strategien for utrulling av vaksiner. Etter at kommisjonen har levert sin sluttrapport, vil regjeringen legge frem en melding til Stortinget blant annet om oppfølgingen av kommisjonens arbeid. Vedtaket ansees som fulgt opp.

Vedtak nr. 874, 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen igangsette en uavhengig gransking av strategien for utrulling av vaksiner, herunder prioriteringer og tempo.»

Vedtaket ble truffet under behandlingen av statsministerens redegjørelse holdt den 26.4.2021 om Koronakommisjonens rapport.

Koronakommisjonen ble oppnevnt i statsråd 24. april 2020 for å få en grundig og helhetlig gjennomgang og evaluering av myndighetenes håndtering av covid 19-pandemien. NOU 2021: 6 ble lagt frem 14. april 2021.

Den 15. april 2021 ba regjeringen kommisjonen om å fortsette sitt arbeid. Den har et vidt mandat som gir kommisjonen stor frihet til å velge hvilke områder den bør gå inn i. Immunitet i befolkningen mot covid-19 gjennom vaksiner, er avgjørende for å avslutte pandemien. Departementet mener at anmodningsvedtaket om dette temaet er innenfor koronakommisjonens mandat. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å totalt øke bevilgningen med 30,1 mill. kroner, i hovedsak knyttet til endringer i behandlingen av merverdiavgift på programvaksinen som deles ut gratis og vil være gjenstand for uttaksmerverdiavgift. Forslaget er også justert for redusert innkjøp til lagerhold og prisøkning som følge av nye avtaler.

Helse- og omsorgsdepartementet har bestillingsfullmakt til å foreta bestillinger knyttet til vaksiner utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger vedtatt ramme. Gjennom etatsstyringen delegeres fullmakten til Folkehelseinstituttet. Bestillingsfullmakten for 2021 på post 21 på 580 mill. kroner forslås videreført.

Post 22 Salgs- og beredskapsprodukter m.m.

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

Helse- og omsorgsdepartementet har bestillingsfullmakt til å foreta bestillinger knyttet til salgs- og beredskapsprodukter utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger vedtatt ramme. Gjennom etatsstyringen delegeres fullmakten til Folkehelseinstituttet. Bestillingsfullmakten for 2021 på post 22 foreslås økt med 30 mill. kroner til totalt 80 mill. kroner.

Post 23 Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19

Bevilgningen dekker innkjøp av vaksiner mot covid-19 og vaksinasjon innenfor koronavirusvaksinasjonsprogrammet.

Det foreslås 3,2 mrd. kroner knyttet til forhåndsavtaler, innkjøp av vaksiner mot covid-19 og vaksinasjon. Forslaget er inkludert uttaksmerverdiavgift, jf. omtale under post 21 Spesielle driftsutgifter.

Det er ventet at hele befolkningen fra 12 år og oppover vil ha fått tilbud om vaksiner som beskytter mot covid-19 i løpet av 2021. Pandemisituasjonen tilsier imidlertid at befolkningen også i 2022, og sannsynligvis i årene framover, vil ha behov for oppfriskningsdoser og/eller vaksiner som beskytter mot nye virusvarianter.

EU inngår vaksineavtaler der Norge gis anledning til å delta. Den første avtalen om avrop på EUs leveranser i 2022 og 2023 ble inngått i juni 2021. Det vil kunne oppstå behov for å delta i nye avtaler. Dette er usikkerheter som det er vanskelig å ta høyde for og som regjeringen ev. vil komme tilbake til i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2022.

I forslaget er det lagt til grunn at staten dekker kommunenes, Svalbards og helseforetakenes kostnader til gjennomføring av vaksinasjonsprogrammet. Regjeringen vil komme tilbake til disse utgiftene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2022, etter en nærmere gjennomgang av kommunenes kostnader i forbindelse med vaksinasjon mot covid-19.

Det foreslås at Helse- og omsorgsdepartementet gis bestillingsfullmakt til å foreta bestillinger knyttet til vaksiner mot covid-19 utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger vedtatt ramme. Bestillingsfullmakten for 2022 på post 23 foreslås til 2 mrd. kroner.

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

Kap. 3710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2020	Saldert budsjett 2021	2022
03	Vaksinesalg	153 055	145 011	144 286
	Sum kap. 3710	153 055	145 011	144 286

Post 03 Vaksinesalg

Bevilgningen dekker bl.a. anskaffelse av:

- vaksiner mot sesonginfluensa og sykdom forårsaket av pneumokokkinfeksjon

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

Kap. 712 Bioteknologirådet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	14 105	12 473	12 073
	Sum kap. 712	14 105	12 473	12 073

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

- 0,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ekstrakostnadene som følge av flyttingen av Bioteknologirådets sekretariat til Bergen i 2020.

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

15. april 2019. Bioteknologirådet arrangerer åpne debattmøter og driver utstrakt informasjons- og undervisningsaktivitet.

Bioteknologirådets sekretariat hadde 8 årsverk i 2021. Bioteknologirådet flyttet til Bergen ved utgangen av 2020.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Det foreslås å redusere bevilgningen med 0,5 mill. kroner i 2022 som følge av reduserte ekstrautgifter i forbindelse med flytting av sekretariatet til Bergen i 2020. Bevilgningen under posten er redusert med 123 000 kroner som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Kap. 714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	138 597	98 493	127 273
60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	89 700	95 336	96 948
70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	133 943	180 553	179 747
74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	17 465	20 700	21 050
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	50 692	64 135	87 603
	Sum kap. 714	430 397	459 217	512 621

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

- 5 mill. kroner knyttet til økt kunnskap om barn og unges psykiske helse
- 16,3 mill. kroner knyttet til flytting av ordningen Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk fra kap. 765, post 73
- 2,2 mill. kroner knyttet til å øke den utadrettede innsatsen til Senter for et aldersvennlig Norge
- 25,1 mill. kroner knyttet til flytting av avgifts- og gebyrinntekter på tobakksområdet

Formålet med bevilgningen er å styrke det generelle folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helse-trusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Viktige innsatsområder er å ha oversikt over utviklingen i helsetilstanden og forhold som påvirker denne, legge til rette for at andre sektorer som har virkemidler ivaretar sitt ansvar for å fremme befolkningens helse og livskvalitet samt å legge til rette for å gjøre sunne valg enkle. Videre er det en sentral oppgave å arbeide for en samfunnsutvikling som fremmer deltakelse og sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring. Regjeringens mål om å inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet er en viktig del av dette arbeidet og et innsatsområde.

Anmodningsvedtak

Samarbeid om holdninger til alkohol i arbeidslivet

Vedtak nr. 38, 20. november 2018

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

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

Regjeringen la våren 2021 fram Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). Strategien følger opp WHO-målet om en reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 pst. innen 2025 sammenlik-

net med 2010. Som en del av strategien, og som et ledd i arbeidet med å styrke samarbeidet med arbeidslivets parter om forebygging av rusmidler i arbeidslivet, arrangerte Helsedirektoratet i samarbeid med Akan kompetansesenter, et toppmøte om rus og arbeidsliv 1. september 2021. Det var enighet om å nedsette en arbeidsgruppe med representanter fra arbeidslivets parter og med støtte fra Helsedirektoratet og Akan kompetansesenter. Arbeidsgruppen vil utarbeide forslag til tiltak og videreutvikling av innsatsen som drøftes på et nytt toppmøte i 2022.

Alkoholserving i kommuner med lavt smittetrykk

Vedtak nr. 531, 19. januar 2021.

«Stortinget ber regjeringen sikre at kommuner med lavt smittetrykk skal kunne tillate alkoholserving i forbindelse med matserving.»

Vedtaket er truffet i forbindelse med Stortingets behandling 19. januar 2021 av statsministerens redegjørelse 18. januar 2021 om håndteringen av koronapandemien og helse- og omsorgsministerens redegjørelse om status for vaksinearbeidet.

Vedtaket anses som utkvittert gjennom den løpende vurderingen av hvilke smittevernstiltak og begrensninger som til enhver tid skal følge av covid-19-forskriften. I henhold til forskriften § 14a er det ikke lenger et generelt forbud mot alkoholserving ved matserving, men det stilles nå krav om at serveringssteder som har skjenkebevilling kun skal servere alkohol ved bordserving, og krav om at det skal være sitteplasser til alle gjester.

Karanteneregler ved import av arbeidskraft

Vedtak nr. 561, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om strenge reaksjoner mot arbeidsgivere som gjennom sin virksomhet bryter karanteneregler ved import av arbeidskraft.»

Vedtaket er truffet i forbindelse med Stortingets behandling 19. januar 2021 av statsministerens redegjørelse 18. januar 2021 om håndteringen av koronapandemien og helse- og omsorgsministerens redegjørelse om status for vaksinearbeidet.

Vedtaket anses som utkvittert ved at det 19. februar 2021 ble fastsatt et nytt kapittel 2A i covid-

19-forskriften om krav om forhåndsgodkjenning fra Arbeidstilsynet av oppholdssted som benyttes av arbeids- eller oppdragstagere til gjennomføring av innreisekarantene, jf. forskriften § 8a. Vilkår for slik godkjenning følger av § 8b, og av § 8c fremgår at Arbeidstilsynet kan trekke tilbake godkjenning av oppholdssted for gjennomføring av innreisekarantene, dersom karantene ikke gjennomføres på en forsvarlig måte. Brudd på covid-19-forskriften kan straffes, jf. forskriften § 24. Dette vil også kunne ramme arbeidsgiver som forsettlig eller grovt uaktsomt bryter covid-19-forskriften for å omgå innreisekarantenerreglene ved import av arbeidskraft, både de generelle reglene om innreisekarantene og reglene i forskriften kapittel 2A.

Reduksjon i alkoholforbruk

Vedtak nr. 436, 31. januar 2018

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

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

Regjeringen la våren 2021 fram Nasjonal alkoholstrategi. Strategien følger opp WHO-målet om er en reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 pst. innen 2025 sammenliknet med 2010. Alkoholstrategien inneholder seks hovedprioriteringer for å redusere skadelig alkoholbruk, der den første hovedprioriteringen er å videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken: Bl.a. bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgiftene og aldersgrensene. De andre hovedprioriteringene er å understøtte alkoholforebygging i kommunene, forsterke tidlig innsats, fremme alkoholfrie arenaer, styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol samt prioritere forskning på sykdomsutvikling og skader knyttet til alkohol. Strategien inneholder en rekke tiltak knyttet til de ulike hovedprioriteringene. Både FHI og Helsedirektoratet er sentrale i oppfølgingen av alkoholstrategien.

Oppfølging av rapporten «Gode liv i Norge»

Vedtak nr. 624, 19. april 2018

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

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

Gode liv i Norge er fulgt opp av en arbeidsgruppe med deltakelse fra Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå (SSB), OsloMet/NOVA og Helsedirektoratet i rapporten «Livskvalitet – anbefalinger for et bedre målesystem» (Helsedirektoratet 2018, IS-2727). Vedtaket har blitt fulgt opp gjennom oppfølging av Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga, og i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og SSB. Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en nasjonal livskvalitetsstrategi som blant annet skal bidra til at livskvalitet blir et supplerende mål på samfunnsutviklingen. Det ble videre besluttet at Helse- og omsorgsdepartementet skal lede arbeidet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Folkehelseinstituttet – målesystem for livskvalitet

Vedtak nr. 626, 18. februar 2018

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

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

Det er flere etater som kan være godt egnet for å koordinere målesystemet. I henhold til organisering hittil har Helsedirektoratet gitt SSB i oppdrag å gjennomføre nasjonale, undersøkelser, mens FHI har fått oppdrag om å gjennomføre regionale undersøkelser. Helse- og omsorgsdepartementet har tatt dette opp med etatene som melder at virksomhetene har ulike roller og fyller ulike behov, slik at det ikke lenger er hensiktsmessig å peke på én aktør eller institusjon. I arbeidet så langt har det vært en styrke å være flere og det vil fortsatt være behov for å fortsette samarbeidet på feltet og koordinere dette. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Nasjonale undersøkelser om livskvalitet

Vedtak nr. 627, 18. februar 2018

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

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

Anmodningsvedtakene 627, 628 og 629 må sees i sammenheng. Spørsmål om livskvalitet er nå innarbeidet i opplegget for fylkeshelseundersøkelsene. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark som ble gjennomført i juni 2019, benyttet det nye instrumentet for måling av livskvalitet i befolkningen. Flere fylker gjennomfører nå, eller planlegger å gjennomføre fylkeshelseundersøkelser hvor livskvalitet nå er innarbeidet. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal fortsette arbeidet med å innhente og publisere data om livskvalitet. Fullversjonen av målebatteriet er testet ut en gang regionalt (i Hallingdal), og en gang nasjonalt. Datainnsamling for den nasjonale målingen ble foretatt i mars-april 2020. Resultater forelå høsten 2020. I tillegg er det publisert en foreløpig rapport om livskvalitet før og etter innføring av korona-tiltakene og resultater i forbindelse med tiltak ble publisert i desember 2020. Folkehelseinstituttet utgav i august 2020 rapporten Livskvalitet i Norge – fra nord til sør.

SSB publiserte på oppdrag fra Helsedirektoratet resultatene fra den første nasjonale målingen om livskvalitet i oktober. Nasjonale og regionale datainnsamlinger skal følges opp som del av arbeidet med en nasjonal livskvalitetsstrategi som starter opp under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2021. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Data om livskvalitet

Vedtak nr. 628, 18. februar 2018

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

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

Anmodningsvedtaket må sees i sammenheng med nr. 627, og anses som fulgt opp.

Rapportering om livskvaliteten i Norge

Vedtak nr. 629, 18. februar 2018

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

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

Anmodningsvedtaket må sees i sammenheng med nr. 627. Arbeidet med den nye nasjonale livskvalitetsstrategien vil bidra til regelmessige rapporter om livskvalitet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

E-sigaretter og tobakksfri nikotinsnus

Vedtak nr. 164, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest, i tråd med Stortingets vedtak om godkjenningsordning basert på EUs tobakksdirektiv, tillate salg av e-sigaretter med nikotin og tobakksfri nikotinsnus.»

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

Vedtaket er dels fulgt opp ved at forskrift 13. oktober 1989 nr. 1044 om forbud mot nye tobakks- og nikotinprodukter er opphevet fra 1. juli 2021 og erstattet med forskrift 17. juni 2021 nr. 2131 om godkjenningsordning for nye tobakks- og nikotinprodukter. Videre er en registreringsordning for salg av e-sigaretter med nikotin allerede vedtatt, jf. lov 10. februar 2017 nr. 5 om endringer i tobakkskadeloven (gjennomføring av direktiv 2014/40/EU og standardiserte tobakkspakninger) § 34 a. Ikrafttredelse av bestemmelsen avventer innlemmelse av EUs tobakksdirektiv i EØS-avtalen, som forventes høsten 2021. Anmodningsvedtaket anses med dette som fulgt opp.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker spesielle driftsutgifter på folkehelseområdet og oppgaver finansiert av gebyrer og avgifter, jf. kap. 3714, post 04.

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

- 5 mill. kroner knyttet til økt kunnskap om barn og unges psykiske helse, jf. nærmere omtale under.
- å flytte 0,5 mill. kroner fra kap. 740, post 01 til 714, post 21 knyttet til tilskudd til Frivillighet Norge for drift av Møteplass for folkehelse, jf. omtale under kap. 740.
- å flytte totalt 0,2 mill. kroner fra kap. 714, post 21 og kap. 746, post 01 til kap. 451, post 01 knyttet til opprettelsen av nytt samordningskontor for markedstilsyn med varer hos DSB.
- å flytte 25,1 mill. kroner fra kap. 740, post 01 til kap. 714, post 21 knyttet til Helsedirektoratets

oppgaver med bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakksvarer, registreringsordningen for salg av tobakksvarer mv. og gjennomføringen av EUs tobakksdirektiv, jf. nærmere omtale under.

Økt kunnskap om barn og unges psykiske helse

Det foreslås 5 mill. kroner til forskning ved Folkehelseinstituttet for økt kunnskap om årsaker og konsekvenser av den observerte økningen i psykiske plager og lidelser blant norsk ungdom, samt til forskning på effektive helsefremmende og forebyggende tiltak som kan snu utviklingen.

Bevillings- og registreringsordninger på tobakksfeltet

Det foreslås å flytte 25,1 mill. kroner fra kap. 740, post 01 knyttet til Helsedirektoratets gebyr- og avgiftsfinansierte oppgaver på tobakksfeltet. En slik flytting vil gi et mer tydelig skille mellom utgiftsrammene innenfor tobakksområdet og direktoratets ordinære driftsmidler. Bevilgningen dekker 2,4 mill. kroner knyttet til søknadsbehandling for bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakksvarer og 4,3 mill. kroner knyttet til gjennomføring av EUs tobakksdirektiv, jf. inntektskrav på kap. 3714, post 04. Bevilgningen dekker også 3,1 mill. kroner knyttet til registreringsordningen for tobakkssalg og 15,3 mill. kroner knyttet til nytt system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer, jf. sektoravgift på kap. 5572, post 75.

Prosjekt for røykeslutt

Det foreslås 10 mill. kroner i 2022 til et tre-årig pilotprosjekt for røykeslutt i Vestre Viken helse-region. Prosjektet startet opp høsten 2020 og pågangen har vært større enn forventet. Til tross for smitteverntiltak og omplassering av ansatte til smittesporing, fulgte de 21 frisklivssentralene opp om lag 750 deltakere med hjelp til røykeslutt i løpet av perioden september til desember 2020. Det er dobbelt så mange som planlagt før oppstart, og flere enn frisklivssentralene i hele Norge hjalp med røykeslutt i 2019. Deltakerne får veiledning ved frisklivssentraler og gratis legemidler til røykeslutt. Erfaringer fra et lignende prosjekt i Danmark har vist svært gode resultater. Prosjektet evalueres av Folkehelseinstituttet.

Program for folkehelsearbeid i kommunene (folkehelseprogrammet)

Folkehelseprogrammet (2017–2026) har som formål å fremme psykisk helse og livskvalitet og godt rusmiddelforebyggende arbeid i befolkningen. I tillegg handler programmet om å styrke tiltaksutvikling innen programmets tematikk, og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i alle landets kommuner. Helsedirektoratet, som har ansvar for å implementere folkehelseprogrammet, har sammen med FHI og KS ulike aktiviteter for å styrke kunnskap på områder kommuner har ønsket kompetanse på. I 2021 er det utviklet kurs i implementering av tiltak i regi av kompetansesentrene på psykisk helse (RKBU/RBUP) og kurs i bruk av kvalitative data i folkehelsearbeidet av Høyskolen i Volda.

Helsedirektoratet har et samarbeid med Frivillighet Norge (og Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner) og Landsforeningen Ungdom og fritid. Formålet er å fremme gode miljøer for barn og unge i frivillige organisasjoner og på fritidssektoren, samt utvikling av kommunal frivillighetspolitikk. Kompetansesentre på psykisk helse (RKBU/RBUP), kompetansesentre på rus (KoRus) og kompetansesentre på vold og traumatisk stress (RVTS) bidrar alle i folkehelseprogrammet både med kompetanse i regionale samarbeidsorgan, ved veiledning og evaluering av tiltak i kommuner og med sin fagspesifikke kompetanse på kurs og konferanser. I 2021 gjennomføres en midtveisevaluering av programmet og funnene vil danne grunnlag for innretning av kompetansestøtten som skal gis de neste fem årene mot kommuner og fylkeskommuner. Ungdata junior og støtte til Korus' arbeid med Ungdata har også vært del av kompetansestøtten i Folkehelseprogrammet da gode styringsdata om barn og unges situasjon er viktig for alle kommuner i Norge.

Aldersvennlig Norge

Det foreslås å øke bevilgningen med 2,2 mill. kroner til Senteret for et aldersvennlig Norge i Ålesund til totalt 7,2 mill. kroner i tillegg til 5 mill. kroner over kap. 761, post 21 som del av eldreformen Leve hele livet. Regjeringen vil skape et aldersvennlig samfunn slik at den økende andel av eldre mennesker kan leve mer aktive og deltakende liv. Arbeidet er organisert gjennom Senteret for et aldersvennlig Norge som skal gjennomføre et nasjonalt program, være et ressurs- og kunnskapsmiljø og sekretariat for Rådet for et

aldersvennlig Norge. Økningen vil bidra til å bygge opp funksjonen som sekretariat for rådet og økt faglig kompetanse slik at senteret kan drive mer utadrettet kunnskapsformidling overfor kommunene i tverrsektorielt arbeid for å utvikle aldersvennlige lokalsamfunn og være et ressursmiljø for de kommunale og fylkeskommunale eldre-rådene, jf. anmodningsvedtak 1281 om styrket opplæring av elderrådene.

Program for et aldersvennlig Norge er et av fem hovedområder i eldreforamen Leve hele livet. Rådet for et aldersvennlig Norge prioriterer blant annet aldersvennlig bolig- og stedsutvikling, frivillighet, medvirkning og digitalisering og eldre. Sammen med senteret har rådet bidratt i Leve hele livet-reformen og vil også holde en nasjonal konferanse om samarbeid om aldersvennlig samfunnsutvikling høsten 2021.

Det foreslås å videreføre 2 mill. kroner til kunnskapsutvikling om aldersvennlig samfunn over kap. 714, post 21. Helsedirektoratet følger opp flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, med å få fram kunnskaps- og metodeutvikling.

Kommunikasjon om levevaner og helse

Det foreslås 28 mill. kroner til kommunikasjon om levevaner og helse. Helsedirektoratet arbeider for å øke befolkningens kunnskap om sammenheng mellom levevaner og fysisk og psykisk helse (ikke-smittsomme sykdommer), om forebyggende tiltak og tilrettelegging for å ta helsevennlige valg. Arbeidet med kommunikasjon om betydningen av fysisk aktivitet, sunt kosthold, snus- og røykeslutt samt mindre bruk av alkohol for fysisk og psykisk helse, gjennomføres i tråd med Helsedirektoratets helhetlige kommunikasjonsstrategi og andre føringer, herunder intensjonsavtalen med matvarebransjen. Helsedirektoratet skal intensivere arbeidet med å synliggjøre sammenhenger mellom levevaner og psykisk helse. Se nærmere omtale under kap. 740, post 01.

Kostholdstiltak

Det foreslås 7,8 mill. kroner til kostholdstiltak for oppfølging av Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023). Det er et mål å øke andelen som har et kosthold i tråd med kostrådene. Innsatsen skal ses i sammenheng med, og følge opp tiltak i Meld. St.13 (2020–2021) Klimaplan 2021–2030, Meld. St. 40 (2020–2021) Mål med mening og strategien Matnasjonen Norge. Det skal særlig legges vekt på forankring av kostholdsarbeidet i

kommunene, herunder tilrettelegging for gode mat- og måltidsvaner i barnehage, skole og SFO. Pandemien har bidratt til at mange skoler, barnehager og SFO har begrenset tilbud om og tilrettelegging for et mat og måltidstilbud i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider på disse arenaene. Det blir viktig å bygge opp igjen en slik tilrettelegging.

Matjungelen, utarbeidet av Folkelig AS er et aktivitetsopplegg om mat, helse og miljø for barn på SFO/AKS. Høsten 2021 var vel 30 000 barn i 91 kommuner påmeldt. Matjungelen blir et viktig verktøy for å implementere ny rammeplan for SFO. Matjungelen barnehage ble lansert mars 2021. Det arbeides videre med offentlig privat samarbeid for utvikling av Matjungelen. Programmet er aktuelt å se i sammenheng med arbeidet med å vurdere etablering av en modell for styrket tverrsektorielt samarbeid for tilrettelegging for et sunt, bærekraftig og klimavennlig kosthold i fylker og kommuner. Helsedirektoratet skal i samarbeid med Miljødirektoratet starte opp et slikt arbeid i tråd med Klimaplan 2030.

Selvreguleringsordningen for redusert markedsføring av usunn mat og alkoholfrie drikkevarer til barn, MFU (Matbransjens faglige utvalg) er evaluert av Folkehelseinstituttet. Oppfølging av resultatene drøftes med MFU. Markedsføring via sosiale medier er særlig utfordrende.

Ordningen med utdeling av gratis vitamin D-preparat til utvalgte grupper barn som ammes via helsestasjonene ble startet opp igjen våren 2021. Arbeidet for å fremme amming og god spedbarns ernæring i tråd med mål i kostholdsplanen, er styrket gjennom en digital løsning for spedbarns ernæring, «Alt om spedbarnsmat», publisert på Helsenorger.

Et sentralt tiltak i handlingsplanen er det forpliktende samarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og matvarebransjen gjennom en intensjonsavtale om et sunnere kosthold. Avtalen utløper 31.12.2021. Totalt er om lag 100 aktører tilknyttet intensjonsavtalen. En ny avtale med varighet 2022–2025 er underskrevet. Den nye avtalen inneholder fortsatt konkrete målsetninger for reduksjon av salt, mettet fett og sukker, samt mål for å øke inntak av frukt, bær, grove kornvarer og fisk i tillegg til målsetninger om bruk av nøkkelhullsmerket. Helsedirektoratet skal fortsette med å understøtte arbeidet knyttet til intensjonsavtalen generelt også gjennom sitt kommunikasjonsarbeid. Helsedirektoratet har inngått en FoU-avtale med SSB om å få publisert kostholdsstatistikk innen utgangen av 2021. Folkehelseinstituttets arbeid med å få oversikt over omfanget av grense-

handel av matvarer skal fortsette. Arbeidet skal ses i sammenheng med SSBs arbeid med grensehandelstatistikk.

Helse- og omsorgsdepartementets utmerkelser for godt arbeid i medhold av intensjonsavtalen for et sunnere kosthold ble for første gang utlyst i 2020. Ny konkurranse er lyst ut høsten 2021.

Arbeidet med de nordiske næringsstoffanbefalingene er under revisjon under norsk ledelse og vil bli sluttført i 2022. Disse utarbeides hovedsakelig utfra et helseperspektiv, men der det er tilstrekkelig dokumentasjon vil også bærekraft bli en del av de matvarebaserte anbefalingene.

Nasjonale mål for vann og helse

Det foreslås videreført 1 mill. kroner til arbeidet med å nå nasjonale mål for vann og helse. Målene som ble fastsatt av regjeringen i 2014 skal videreføres i samsvar med departementets gjennomføringsplan sist oppdatert høsten 2017. Gjennomføringsplanen skulle etter planen evalueres, oppdateres og fastsettes på nytt i 2020, men arbeidet har blitt forsinket pga. pandemisituasjonen. Målene er fastsatt i samsvar med Verdens helseorganisasjon/UNECEs Protokoll for vann og helse og bidrar til gjennomføring av FNs bærekraftsmål seks om rent vann og gode sanitærforhold.

Et flerårig arbeid i regi av Folkehelseinstituttet for å kartlegge sykdomsbyrden knyttet til norsk drikkevannsforsyning skulle vært avsluttet og lagt fram i 2020. Prosjektet er forsinket grunnet koronaepidemien, og forventes å være ferdig i 2021.

Ungdata

Det foreslås 4,1 mill. kroner til OsloMet til drift av Ungdata. Ungdata er lokale ungdomsundersøkelser, som tilbys gratis til alle landets kommuner og fylkeskommuner. Siden 2010 har om lag 666 000 ungdommer fra 347 av dagens 356 kommuner gjennomført Ungdataundersøkelsene, i tillegg til Svalbard. I tillegg har 97 kommuner og 50 000 barn deltatt i Ungdata junior, som har vært prosjektfinansiert gjennom Program for folkehelsearbeid. Ungdata gir dermed et godt innblikk i hvordan det er å være ung i Norge i dag. De årlige Ungdata-tallene er et viktig bidrag i beslutningsgrunnlaget for nasjonale, regionale og kommunale myndigheter i folkehelsearbeidet.

I 2020 ble undersøkelsen noe redusert grunnet nedstengningen av skolene og om lag halvparten av de planlagte undersøkelsene ble gjennomført. Kommunene som ikke fikk gjennomført i 2020 har fått tilbud om å gjennomføre undersøkelsen i 2021.

Rusmiddelforebyggende arbeid

Det foreslås 9,4 mill. kroner til Helsedirektoratets rusmiddelforebyggende arbeid, blant annet til Helsedirektoratets oppfølging av Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). Se omtale av folkehelse under Helsedirektoratet, kap. 745, post 01.

Andre sentrale tiltak

Det foreslås 2,6 mill. kroner til Helsedirektoratets forvaltning av bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige skjenkebevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-3 første ledd nr. 1 og 2, jf. også kap. 3714, post 04.

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

Det foreslås 0,525 mill. kroner til Folkehelseinstituttet for å slutføre arbeidet med å kartlegge omfang og helsefaglige konsekvenser forbundet med søskenbarnekteskap.

Post 60 Kommunale tiltak

Bevilgningen dekker støtte til lokalt folkehelsearbeid, bl.a. gjennom kommunalt utviklingsarbeid og implementering av program for folkehelsearbeid i kommunene.

Program for teknologiutvikling i vannbransjen

Det foreslås 5 mill. kroner i tilskudd til videreføring av program for teknologiutvikling i vannbransjen (2020–2024), betinget av minst tilsvarende bidrag fra kommunene og fra leverandørindustrien. Målet med et program for teknologiutvikling i vannbransjen er å oppnå helsemessig tryggere vannforsyning og større leveringssikkerhet av drikkevann på en kostnadseffektiv og bærekraftig måte.

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

Program for folkehelsearbeid i kommunene (folkehelseprogrammet)

Det foreslås 77 mill. kroner til tilskuddsordningen «Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene». Folkehelseprogrammet ble opprettet i 2017 i samarbeid med KS. Programmet består av en tilskuddsordning og et system for kunnskapsstøtte og evaluering, jf. omtale under post 21.

Målet med tilskuddsordningen er å styrke kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Folkehelseprogrammet skal fremme lokalt rusforebyggende arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge er en prioritert målgruppe. Tilskuddsordningen skal bidra til

- utvikling av kunnskapsbaserte lokale tiltak, arbeidsmåter og verktøy for å fremme barn og unges livskvalitet og psykiske helse og rusforebyggende arbeid i kommunene
- å integrere barn og unges psykiske helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet
- samarbeid mellom aktører innen bl.a. skole og barnehage, fritidssektoren, helsetjenesten, politiet og frivillig sektor

Det er etablert et samarbeid med forsknings- og kompetansemiljøer om helsefremmende tiltak i kommunene, og alle fylkeskommunene har etablert samarbeid om tiltaksutvikling og/eller evalueringsbistand. Underveis er det gjennomført kvalitativt gode evalueringer av helsefremmende tiltak i kommunene, og samtlige fylkeskommuner er i gang med tiltaksevalueringer. Helsedirektoratet vil vurdere måloppnåelsen nærmere etter at første tilskuddsperiode på seks år utløper i 2022.

Det foreslås å videreføre utprøvingen i Vestfold og Telemark av hvordan arbeidet mot vold og overgrep kan utvikles i tråd med forebyggende psykisk helse- og rustiltak i programmet. Det vises til omtale under kap. 765, post 75. Det foreslås 3,3 mill. kroner til dette, som kommer i tillegg til tilskuddsordningen i folkehelseprogrammet.

Andre tiltak

Det foreslås 8 mill. kroner i tilskudd til Rusinfo (tidligere Rustelefonen) som drives av Oslo kommune. Rusinfo er en landsdekkende informasjons-tjeneste som gir faktainformasjon om rus og rusmidler, kunnskap om ulike hjelpetilbud og indivi-

duell veiledning via telefon og internett. Rusinfo besvarte over 10 000 henvendelser i 2020.

Det foreslås 4,5 mill. kroner til bidrag på folkehelsefeltet i områdesatsinger i Oslo. Formålet med midlene er å styrke arbeid for mer helsefremmende og sosialt bærekraftige lokalmiljøer i utsatte områder. Satsingen omtales i sin helhet i Prop. 1 S (2021–2022) Kommunal- og moderniseringsdepartementet, jf. Programkategori 13.90 Planlegging, byutvikling og geodata.

Det foreslås 0,8 mill. kroner i tilskudd til nettverket av Sunne kommuner.

Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til rusmiddelforebyggende innsats. Ut over generell prisjustering foreslås å flytte

- 5,5 mill. kroner knyttet til tilskuddsordningen Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk til kap. 714, post 79, jf. nærmere omtale der.

Tilskuddsordninger

Det foreslås 46,747 mill. kroner til tilskuddsordningen for frivillig rusmiddelforebyggende og spillavhengighetsforebyggende innsats. Tilskuddsordningen skal gjennom støtte til forebyggende tiltak og rusmiddelpolitisk påvirkningsarbeid bygge opp under frivillig sektors rusmiddel- og spillavhengighetsforebyggende innsats. Det gis støtte til tiltak som retter seg mot befolkningen generelt, barn og unge og utsatte grupper, jf. forskrift om tilskudd til frivillig rusmiddelforebyggende og spillavhengighetsforebyggende innsats.

Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet som vurderer at den oppfyller sitt formål om å støtte opp om frivillige organisasjoners rusmiddelforebyggende innsats, og dermed bidrar til større mangfold i samfunnets samlede rusmiddelforebyggende innsats overfor målgruppen.

Organisasjonene har rapportert om frivillig innsats på om lag 45 000 timer totalt. Det er god geografisk spredning på tiltakene. De største byene (Oslo, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Trondheim og Tromsø) er fortsatt overrepresentert når det gjelder gjennomføring av tiltak, rekruttering av frivillige og lokallag besøkt. Antall personer som har vært direkte involvert eller deltatt i ulike tiltak/ aktiviteter rapporteres til om lag 90 000.

Det foreslås 23,6 mill. kroner til tilskuddsordningen for drift av frivillige rusmiddelpolitiske organisasjoner. Målet med tilskuddsordningen er å stimulere til frivillig, ruspolitisk engasjement og

aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå, og å redusere forbruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler.

Andre tiltak

Det foreslås 39,7 mill. kroner som øremerket tilskudd til det rusmiddelforebyggende arbeidet i regi av de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korusene). Korusene har bistått et stort antall kommuner i kartleggings- og oversiktsarbeid, herunder Ungdata- og Brukerplankartlegginger. De fleste kommunene som har kartlagt rusmiddelsituasjonen i 2020 har brukt BrukerPlan (71 prosent) og over halvparten av kommunene svarer at de har benyttet Ungdata (58 prosent). Resultatene fra Ungdata og BrukerPlan er viktige som grunnlag for kommunale planer, herunder folkehelsearbeid og rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Korusene bidrar gjennom dette arbeidet til at kommunene ser rusmiddelbruk som en viktig del av folkehelseutfordringene. Arbeidet med å integrere rusmiddelforebygging i kommunenes systematiske folkehelsearbeid gjennom ulike kartlegginger, innsatser og tiltak skal videreføres også i 2022. Det øvrige arbeidet til de regionale kompetansesentrene på rusområdet er nærmere omtalt under kap. 765, post 74.

Det foreslås 21 mill. kroner til kampanjeorganisasjonen Av-og-til. Av-og-til samarbeider med kommuner over hele landet om lokaltilpasset rusforebygging. Kommunene bruker Av-og-tils kampanjer som et virkemiddel for å nå ut til innbyggerne med informasjon og budskapet om alkovevt. Arbeidet blir tilpasset lokale behov og er et viktig bidrag i det kommunale, rusmiddelpolitiske arbeidet.

Det foreslås 19 mill. kroner til Akan kompetansesenter. Akan bygger opp under arbeidslivets evne til å forebygge rus- og avhengighetsproblematikk, slik at sykefravær reduseres og effektivitet og livskvalitet økes. Akan har et bredt samarbeid med partene i arbeidslivet, staten, organisasjoner og enkeltbedrifter. Akan kompetansesenter rapporterer om høyt aktivitetsnivå i 2020. Antall veiledningshenvendelser økte med 14 pst. sammenlignet med 2019.

Akans tjenester blir benyttet av aktører i alle bransjer fra hele landet. 31 pst. av henvendelsene var fra virksomheter med færre enn 50 ansatte. HelseDirektoratet samarbeidet med Akan om dialogen med arbeidslivets parter om bevissthet rundt holdninger til alkohol og verdien av alkoholfrie arenaer, jf. Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025).

Det foreslås 16,4 mill. kroner til Actis. Actis er et samarbeidsorgan for frivillige organisasjoner på rusfeltet og en samfunns påvirkner innenfor ruspolitikk. Actis har i 2020 gjennom høringer og innspill bidratt til å påvirke norsk og internasjonal alkohol- og narkotikapolitikk.

Det foreslås 8,6 mill. kroner til Antidoping Norges (ADNO) arbeid mot doping som samfunnsproblem. ADNO har gjennom pandemiperioden klart å opprettholde et godt antidopingtilbud til utsatte grupper, fagmiljøer og viktige samarbeidspartnere. Kort tid etter at landet stengte ned i mars 2020, utviklet ADNO et digitalt læringsopplegg for elever og relevante faggrupper.

Det foreslås 3,7 mill. kroner til Nubu (Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge) for utvikling av tverrfaglig kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn og unge. Formålet er å forebygge og redusere barn og unges problematferd og bedre deres psykososiale utvikling og sosiale kompetanse.

Det foreslås 1 mill. kroner til organisasjonen Juventes rusforebygging blant unge.

Post 74 Skolefrukt mv.

Bevilgningen dekker tiltak som skal stimulere til gode kost- og måltidsvaner generelt og økt inntak av frukt og grønnsaker spesielt hos barn og unge, herunder abonnementsordningen Skolefrukt. Det foreslås ingen endringer ut over gjennomgående budsjettiltak som omtalt i Del I.

Det foreslås 21,1 mill. kroner til formålet. Tiltakene er rettet mot skoleeier, foreldre og elever. Abonnementsordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønt på oppdrag fra HelseDirektoratet. Den består av et statlig tilskudd på for tiden 1,50 kroner per frukt/grønt, med en egenandel på 3,60 kroner per frukt/grønt. Ordningen kan enten være foreldrebetalt eller ved at skolen oppretter felles bestilling som blir betalt av kommune, skole, FAU eller andre. Ordningen innebærer videre et sentralt administrasjons-/bestillingssystem som skal forenkle arbeidet for skoleeier, skole og foresatte. Årlige kartlegginger viser at både ansvarlige for Skolefrukt på skolene og elever og foresatte opplever ordningen positivt. Pandemien i 2020 og 2021 påvirket ordningen på grunn av flere perioder med hel eller delvis nedstenging, og endret drift i skoler og kommuner har medført en lavere oppslutning om ordningen. Våren 2021 abonnerte om lag 33 000 elever på skolefrukt gjennom ordningen. Dette tilsvarer om lag 5 pst. av elevene i grunnskolen. Av disse er det nærmere 16 000 som får gratis skolefrukt betalt

av skolen eller kommunen. Det er flest rene barneskoler som benytter tilbudet om foreldrebetaling. For å bygge opp under formålet kunnskap om mat og kosthold videreutvikles dataverktøyet Kostplanleggeren som benyttes av elever i mat og helsefaget.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid. Ut over generell prisjustering foreslås å flytte

- 16,3 mill. kroner fra kap. 765, post 73 og 5,5 mill. kroner fra kap. 714, post 70 for å samle bevilgningen til forebyggende arbeid med studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk.

Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk

Det foreslås 21,8 mill. kroner til tilskuddsordningen Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk. Formålet er å fremme god helse og trivsel blant studenter og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk. Tilskuddsordningen foreslås videreført med ny, treårig utlysning i 2022. SHOT-undersøkelsene viser bl.a. at det har vært en betydelig økning i rapporterte psykiske plager fra 2010 til 2021. Andelen studenter med det som kan karakteriseres som høyt nivå psykiske plager har økt fra nesten hver 6. student i 2010 til nesten halvparten i 2021. I den nye utlysningen vil det være viktig å følge opp funnene i SHOT-undersøkelsen.

Mobilisering mot ensomhet (2020–2025)

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

Målgrupper er unge og eldre mennesker som er ensomme eller er særlig utsatt for å oppleve ensomhet. Frivillige og ideelle organisasjoner og private aktører vil sammen eller hver for seg kunne iverksette tiltak for å forebygge og redusere ensomhet blant unge og eldre. Det forutsettes at tiltakene utvikles og gjennomføres i samarbeid med kommunene og at tiltakene evalueres. For å sikre at ordningen bidrar til å forebygge og redusere ensomhet har Folkehelseinstituttet fått i oppdrag å oppsummere kunnskap om effektive tiltak og evaluere tilskuddsordningen. Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet.

Psykisk helse i skolen

Det foreslås 22,8 mill. kroner til tilskuddsordningen Psykisk helse i skolen. Formålet med ordningen foreslås til følgende, jf. Prop. 114 S (2018–2019) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2019 og Innst. 391 (2018–2019):

- styrke læring, helse og trivsel til de elever i skolen som har psykiske vansker eller lidelser
- videreføre og styrke skolens systematiske arbeid for å skape et læringsmiljø som fremmer alle elevenes psykiske helse
- bidra til at elever er bedre i stand til å ivareta egen psykiske helse og ha kunnskap om hva de kan gjøre dersom de selv eller venner/nære opplever psykiske vansker
- heve kunnskap og kompetanse om psykisk helse blant lærere og andre aktører i skolen
- styrke samarbeid mellom viktige instanser for elevenes læringsmiljø og psykiske helse
- gi psykologistudenter erfaring med forebyggende arbeid

Tilskuddet fordeles på ulike skoleprogram som understøtter undervisning om psykisk helse og mobbing, totalt 13 ulike mottakere (14 prosjekt). Psykisk helse i skolen vurderes å ha mange gode enkeltprogrammer. Det ble i 2019 gjennomført en ekstern evaluering av tilskuddsordningen i regi av NIFU. Hovedformålet med evalueringen var å kartlegge spredningen til programmene som inngår i ordningen, innhente skoleeieres og skolers erfaringer og vurderinger av programmenes rolle i det systematiske arbeidet med elevenes psykiske helse, samt vurdere hvilken rolle stat og programtilbydere bør ha i å støtte kommunenes arbeid med dette. Evalueringen viser at programmene når ut til mange skoler og kommuner, men ikke alle. Manglende kapasitet hos programtilbydere påvirker muligheten til å tilby programmet til alle. Skoleeiere og -ledere forteller at programmene inngår i det systematiske arbeidet, men at dette også varierer med programmets utforming, omfang og innhold. Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av evalueringsrapporten vurdere videre oppfølging.

Andre tiltak

Det foreslås å videreføre følgende øremerkede tilskudd:

- 7 mill. kroner til Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet til drift av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

- 7 mill. kroner til Norges arktiske universitet til drift av Tromsøundersøkelsen
- 3,8 mill. kroner i driftstilskudd til Norges astma- og allergiforbund, bl.a. til drift av Pollenvarslingen
- 1,5 mill. kroner i driftstilskudd til Ammehjelpen for å fremme amming og hjelpe mødre som trenger mer kunnskap om amming. Ammehjelpen lanserte i 2020 en ny nettside som har medført en markant økning i bruk. Samtidig har antall følgere på Ammehjelpens offisielle facebookside økt.
- 1 mill. kroner i driftsstøtte til Norges sjømatråd til det nasjonale kostholdsprogrammet Fiske-
sprell. I 2021 gikk Klima- og miljødepartementet inn i samarbeidet sammen med Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Sjømatnæringen. Det er utarbeidet en ny langsiktig strategi for programmet.
- 2 mill. kroner til å videreføre og forsterke samarbeid med frivillige og privat sektor i arbeidet med skadeforebygging. Tilskuddet skal dekke samarbeidsavtalen med Finans Norge om Skadeforebyggende forum (2019–2023).
- 0,5 mill. kroner i driftstilskudd til organisasjonen Mot

Kap. 3714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
04	Gebyrinntekter	3 439	2 542	11 595
	Sum kap. 3714	3 439	2 542	11 595

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som forvaltes av Helsedirektoratet, jf. kap. 714, post 21.

Ut over gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I, foreslås å flytte 9 mill. kroner fra kap. 3740, post 04 til kap. 3714, post 04 knyttet til Helsedirektoratets oppgaver med bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakkssvarer og registreringsordningen for salg av tobakkssvarer mv. 2,5 mill. kroner er knyttet til den nye bevillingsordningen for import, eksport

og produksjon av tobakkssvarer. 6,5 mill. kroner er knyttet til gjennomføringen av EUs tobakksdirektiv, hvorav 4,3 mill. kroner skal dekke Helsedirektoratets kostnader over kap. 714, post 21 og 2,2 mill. kroner skal dekke Folkehelseinstituttets kostnader over kap. 745, post 01.

Bevilgningen dekker videre bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og gebyrer på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly. Ordningene er selvfinansierte og inntektskravet for alkoholordningene utgjør til sammen 2,6 mill. kroner.

Kap. 717 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	12 800	11 781	11 920
70	Tilskudd	60 114	61 941	63 551
	Sum kap. 717	72 914	73 722	75 471

Bevilgningen dekker ulike tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk, herunder finansiering av Norsk legemiddelhåndbok. Videre dekker bevilgningen

tiltak på området medisinsk utstyr, tilskudd til Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, apotektilskudd, fraktrefusjon av legemidler

og tilskudd til henholdsvis regionale legemiddel-informasjonsentre og veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter.

Et utvalg (NOU) som skal utrede framtidens apotek ble oppnevnt 3. september 2021. I de senere år har det kommet ulike nye apotekformer, herunder nettapotek, bl.a. som følge av nye regler om salg av legemidler over Internett i 2016. Apotekloven ble ikke gitt med tanke på å omfatte apotekløsninger som er mulig med den utviklingen av ny teknologi vi har i dag, som gir nye muligheter for distribusjon, samhandling og informasjonsutveksling mellom apotek, kunder og helsetjenesten. Utvalget skal utrede hvordan framtidens apotek skal innrettes, samtidig som de legemiddelpolitiske målsettingene ivaretas. Utvalget skal levere sin utredning innen 1. januar 2023.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2021.

Bevilgningen nyttes til finansiering av Norsk legemiddelhåndbok. I tillegg nyttes bevilgningen bl.a. til tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk og arbeid med tilsyn samt tiltak på området for medisinsk utstyr.

Informasjon om legemidler til barn i norsk helsetjeneste

Norsk legemiddelhåndbok startet i 2018 arbeidet med å tilrettelegge for et norsk oppslagsverk med informasjon om legemidler til barn. Oppslagsverket Koble (Kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler) vil legge til rette for at både helsetjenesten og allmennheten får tilgang til solid, trygg, uavhengig og kvalitetssikret informasjon om dosering og bruk av legemidler til barn. Redaksjonsansvaret er lagt til Norsk legemiddelhåndbok som samarbeider tett med Kompetansenettverket for legemidler til barn. Grunnet behov for mer tilpasning og kvalitetssikring enn først antatt, ble nettsiden først lansert som en betaversjon i desember 2020. Endelig versjon planlegges lansert innen utgangen av 2021.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker følgende tilskudd til ulike legemiddeltiltak:

Kompetansenettverk for legemidler til barn

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg. Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen. Nettverket har en styringsgruppe med representanter fra de ulike helseregionene og en allmenlege. I tillegg har nettverket en stab for å ivareta administrative og faglige oppgaver. Det er etablert lokale tverrfaglige legemiddelutvalg for barn ved alle sykehus som har barneavdeling.

Nettverket har følgende arbeidsområder: Pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling, vitenskapelig kompetanseutvikling, og kunnskapsoppsummering og forskning på legemidler til barn.

Det foreslås å øremerke tilskudd på 7,0 mill. kroner til Haukeland Universitetssykehus til drift av kompetansenettverket, inkludert sekretariatet for NorPedMed – et klinisk forskningsnettverk for legemiddelstudier på barn.

Kompetansenettverket vil utvides til å inkludere bruk av psykofarmaka. Det vises til omtale under kap. 765, post 21.

Apotek

Ved utgangen av 2020 var det 995 apotek i Norge. Det var en økning på 27 apotek sammenliknet med 2019.

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis det støtte til samfunnsfunksjoner ved Institutt for energiteknikk i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler. I 2021 er det gitt støtte til seks vaktapotek og seks distriktsapotek. I 2020 fikk seks vaktapotek og syv distriktsapotek støtte.

Fraktrerefusjon av legemidler

Fraktrerefusjonsordningen dekker utgifter til frakt av noen spesifiserte legemiddelgrupper som brukes til behandling av alvorlig sykdom som krever langvarig behandling. Dette er legemidler til behandling av allmenfarlige og smittsomme sykdommer, immunsvikt, cystisk fibrose, spesialproduserte legemidler med kort holdbarhet og faktorkonsentrat til personer med alvorlig blødersykdom.

Regionale legemiddelsentra

Det er fire regionale legemiddelinformasjonsentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehusene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis skal bidra til riktig legemiddelbruk gjennom gratis, produsentuavhengig informasjon til helsepersonell og publikum. Relis gir viktig informasjon ved legemiddelforskrivning gjennom 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 fra helsepersonell, vurderer hendelsesforløp og årsakssammenheng og kommenterer i skriftlig tilbakemelding til melder. Bivirkningsrapportene registreres i en nasjonal bivirkningsdatabase, i nært samarbeid med Legemiddelverket. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler.

Trygg mammamedisin er en gratis nettbasert tjeneste for publikum hvor Relis besvarer spørsmål om bruk av legemidler ved graviditet og amming.

Siden 2015 har Relis gjennomført Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp). I Kupp tilbys allmennleger en faglig oppdatering om et terapiområde i en-til-en møter på legens kontor. Hensik-

ten er å gi legen en kunnskapsbasert, produsentuavhengig oppdatering på et tema som er direkte anvendbart i den kliniske hverdagen.

Relis har gjennomført omtrent 4 700 legebesøk i regi av Kupp i alle helseregioner i perioden 2015–2021. Tema har vært riktig bruk av NSAIDs (betennelsesdempende legemidler), riktig bruk av antibiotika, legemidler mot diabetes type 2 og opioider ved ikke-maligne smerter. Mange planlagte besøk i 2020 måtte avlyses som følge av koronapandemien. Kupp har utviklet en modell for gjennomføring av besøk per video og har gjennomført flere video-besøk. En ny kampanje med tema Riktigere bruk av menopausal hormonterapi (MHT) har planlagt oppstart høsten 2021. Målsettingen er å gjennomføre 1 200 Kupp-besøk i løpet av 2021. Det foreslås en videreføring av bevilgningen på 3 mill. kroner til dette arbeidet i 2022.

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter
Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter, Vetlis, er organisert under Helse Sør-Øst RHF, 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 dyrehelsen, mattryggheten og for å forebygge 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 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
70	Legemiddeldetaljstavgift	63 630	67 485	68 385
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 653	5 800	6 400
73	Legemiddelleverandøragift	212 873	220 000	223 000
74	Tilsynsavgift		3 770	3 770
75	Sektoravgift tobakk		26 000	18 000
	Sum kap. 5572	282 156	323 055	319 555

Kapitlet dekker sektoravgifter på legemiddelområdet og på tobakksområdet.

Ut over gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I, foreslås det en reduksjon i sektoravgift tobakk på 11 mill. kroner, og det foreslås å

flytte 3 mill. kroner fra kap. 3740, post 04 til kap. 5572, post 75, knyttet til Helsedirektoratets drift av tobakkssalgsregisteret og tilsyn med grossister og visse utsalgssteder, jf. omtale under post 75.

Post 70 Legemiddeldetaljstavgift

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist, jf. legemiddeloven § 18. Avgiften dekker bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, Relis og tilskudd til apotek mv, jf. omtale under kap. 717, post 70, samt delfinansiering av driften ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001). Det legges til grunn en uendret avgiftssats på 0,3 pst. i 2022.

Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder for legemidler utenom apotek, jf. legemiddeloven § 16. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader til tilsyn. Det legges til grunn en uendret avgiftssats på 1,2 pst. i 2022.

Post 73 Legemiddelleverandøragift

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning, jf. legemiddeloven § 10 og legemiddelforskriften § 15-3 fjerde ledd. Avgiften skal finansiere myndighetenes utgifter til kvalitetskontroll, overvåking av bivirkninger, informasjon om legemidler, regulatorisk og vitenskapelig veiledning, metodevurderinger, tilsyn med legemiddelreklame og fastsettelse av pris på legemidler. Avgiften skal også dekke myndighetenes utgifter ved deltakelse i vitenskapelige komiteer og faste grupper i EU/EØS-samarbeidet, kvalitetssikring og utstedelse av dokumenter knyttet til markedsføringstillatelser og markedsføring i Norge som ikke dekkes av gebyr eller oppdragsinntekt. Det legges til grunn en uendret avgiftssats på 1 pst. i 2022.

Post 74 Tilsynsavgift

Inntektene fra avgiften på 3,77 mill. kroner skal dekke Legemiddelverkets kostnader til tilsynsaktiviteter med e-sigaretter, jf. omtale under kap. 746, post 01. Systemet er under utarbeidelse og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på inntektene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i revidert nasjonalbudsjett for 2022.

Post 75 Sektoravgift tobakk

Sektoravgiften skal dekke Helsedirektoratets kostnader til nytt register for bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakksvarer, tilsyn med bevillingshaverne samt nytt system for sporing- og sikkerhetsmerking av tobakksvarer, jf. Prop. 75 L (2017–2018) og omtale under kap. 740, post 01. Deler av systemene er fortsatt under utarbeidelse og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2022.

I statsbudsjettet for 2021 ble sektoravgiften økt med 11 mill. kroner, til totalt 26 mill. kroner, som en etterskuddsvis innhenting av etableringskostnader påløpt i 2019 og 2020. Tilsvarende foreslås det nå at inntektsposten reduseres med 11 mill. kroner.

Det foreslås videre å flytte et inntektskrav på 3 mill. kroner fra kap. 3740, post 04 til kap. 5572, post 75, knyttet til Helsedirektoratets drift av tobakkssalgsregisteret og tilsyn med grossister og visse utsalgssteder. Samlet inntektskrav på kap. 5572, post 75 blir da 18 mill. kroner.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
85	Statens overskuddsandel	234 469	66 100	146 400
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	234 472	66 102	146 402

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

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

Gjennom sin enerett er Vinmonopolet et viktig tilgjengelighetsbegrensende alkoholpolitisk virkemiddel, og selskapet har et betydelig samfunnsansvar. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former og uten privatøkonomiske interesser. Det er omfattende dokumentasjon gjennom nasjonal og internasjonal forskning for at statlige detaljmonopoler er meget effektive når det gjelder å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer. Vinmonopolet skal sikre ansvarlig salg av alkoholholdig drikk over 4,7 volumprosent alkohol slik at skadevirkningene av alkohol for den enkelte og for samfunnet begrenses. I 2020 kontrollerte selskapets ansatte alder på om lag 10,4 pst. av kundene tilsvarende om lag 4,5 mill. kundemøter. 8360 personer ble avvist pga. alder, 2258 personer ble avvist pga. beruselse og 668 personer ble avvist pga. langing.

2020 var et ekstraordinært år. Pandemien har på ulike måter påvirket selskapet, ansatte og kunder. Reiserestriksjoner og periodisk skjenkestopp har ført til at Vinmonopolets salg har økt betydelig.

Vinmonopolet solgte totalt 115,5 mill. liter i 2020. Dette er en salgsøkning på om lag 40 pst. målt mot 2019. Salgsøkningen er historisk, og må ses i sammenheng med stans i grensehandel og taxfree-salg og reduksjon i uteliv og restaurantbesøk. Det var til dels store geografiske forskjeller i omsetningen, hvor de grensenære områdene opplevde den største veksten. Enkelte sentrumsbutikker i de store byene har hatt en salgsnedgang, mens butikkene i randsonene av byene, der folk bor, hadde økning. Dette skyldes at mange har hatt hjemmekontor og derfor ikke har reist inn til sentrum for å arbeide.

Svakvin utgjorde 82,5 pst. av salget i 2020 og brennevin utgjorde 13 pst. Det ble solgt 95,2 mill. liter svakvin i 2020 mot 67,1 mill. liter i 2019. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker økte fra 11,4 mill. liter i 2019 til 15 mill. liter i 2020. Salget av sterkvin økte fra 478 000 liter i 2019 til 631 000 liter i 2020, mens salget av sterkøl økte fra 2,9 mill. liter til 3,8 mill. liter. Salget av alkoholfrie

drikker økte fra 596 000 liter i 2019 til 689 000 liter i 2020.

Vinmonopolets salgsinntekter i 2020 var 20 568 mill. kroner eksklusiv mva., av dette var 10 415 mill. kroner alkoholavgift. Salgsinntektene økte med 6 264 mill. kroner som er en økning på 43,8 pst. fra 2019. Driftsresultatet for 2020 ble 706 mill. kroner, 129 mill. kroner høyere enn i 2019.

Resultatet før skatt ble 735 mill. kroner som er 133 mill. kroner høyere enn i 2019. Stortinget har fastsatt at 50 pst. av overskuddet etter skatt skal tilfalle staten. Dette utgjorde for 2020 286,7 mill. kroner som innbetales i 2021.

Selskapet skal videreføre arbeidet med å effektivisere driften og forbedre lønnsomheten og soliditeten uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger.

Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet til Vinmonopolet i hele landet. I 2020 åpnet Vinmonopolet tre nye butikker, og hadde ved utgangen av 2020 totalt 337 butikker i drift. Om lag 97,7 pst. av befolkningen bor i en kommune med eget vinmonopol eller har mindre enn 30 km til nærmeste vinmonopolbutikk. Kommuner som ønsker poletablering kan rette en forespørsel til Vinmonopolet som årlig vurderer etablering av nye butikker. Vinmonopolets produkter er også tilgjengelig gjennom mulighet for handel både via telefon og nettbutikk. I 2020 var 2,3 pst. av salgsvolumet fra nett, en økning på 130 pst. fra 2019, mens kundesenteret stod for 0,2 pst. av salget.

Vinmonopolets butikker er inndelt i seks kategorier. Kategori seks-butikkene er de største og fører om lag 1700 produkter, mens kategori en-butikkene er de minste med rundt 200 produkter. Ved utgangen av 2020 hadde Vinmonopolet 27 264 aktive produkter i sitt sortiment. Frakten er kostnadsfri for kunder som bor i kommuner uten vinmonopolbutikk, og som bor langt unna nærmeste utsalg.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2020 et resultat på 5,4 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Post 85 Statens overskuddsandel

Statens andel av driftsoverskuddet i Vinmonopolet er for 2021 fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2020 før ekstraordinære poster. I 2020 ble overskuddsandelen 286,7 mill. kroner. Det er forventet at tiltakene som følge av covid-19-pandemien også vil få innvirkning på Vinmonopolets salg i

2021 og at omsetningen vil være høyere enn i et normalår også i 2021. Som en følge av dette foreslås det at det i 2022 tas en større andel av nettooverskudd i 2022 enn i 2021. For 2022 foreslås det at statens andel av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 80 pst. av resultatet i 2021 før ekstraordinære poster. Økningen anses å være forenelig med hensyn til selskapets likviditet og behov for egenkapital. Foreslått beløp er beregnet ut fra Vinmonopolets budsjetterte resultat for 2021. Vinmonopolet har budsjettert med et resul-

tat etter skatt for 2021 på 183 mill. kroner. 80 pst. overskuddsandel av dette er 146,4 mill. kroner.

Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2020. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenesten

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
732	Regionale helseforetak	172 221 981	178 730 426	181 899 462	1,8
733	Habilitering og rehabilitering	54 156	151 430	156 926	3,6
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	273 507	268 500	316 112	17,7
737	Historiske pensjonskostnader	27 792	131 006	83 112	-36,6
Sum kategori 10.30		172 577 436	179 281 362	182 455 612	1,8

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
01-29	Statens egne driftsutgifter	211 113	172 638	171 377	-0,7
50-89	Overføringer til andre	172 366 323	179 108 724	182 284 235	1,8
Sum kategori 10.30		172 577 436	179 281 362	182 455 612	1,8

Vesentlige endringsforslag er omtalt under hvert budsjettkapittel.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer, skader og helseplager. Spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak ansvar for utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Innovasjon og samarbeid med næringslivet, universiteter og høyskoler er viktig for å understøtte tjenesteutvikling. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret). De fire regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de

er. Sørge for-ansvaret ivaretas gjennom den offentlige helsetjenesten, driftsavtaler med ideelle institusjoner og kjøp av tjenester fra andre private og ideelle aktører.

De regionale helseforetakene skal samarbeide med kommunene om å tilby tjenester. Det er opprettet 19 helsefellesskap mellom helseforetak og kommuner for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Videre er det et mål å skape mer utadvendte sykehus. Det innebærer f.eks. at spesialister fra store sykehus bistår spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, at spesialister fra sykehus samarbeider med kommunal helse- og omsorgstjeneste og at pasienter i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller ved ambulante tjenester.

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god res-

sursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken, innenfor lover og forskrifter og de økonomiske rammene som stilles til disposisjon. Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet. Departementet holder seg orientert om foretakenes virksomhet og om foretakene drives i samsvar med mål og krav gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom rapportering med tilhørende oppfølgingsmøter.

Boks 4.1 Helse Sør-Øst RHF

- Etablert i 2007, som følge av sammenslåing av Helse Sør RHF (etablert 2002) og Helse Øst RHF (etablert 2002)
- Ansvar for befolkningen i Oslo, Viken, Innlandet, Vestfold og Telemark og Agder (om lag 3,1 mill. innbyggere)
- Består av 11 helseforetak: Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF
- Helse Sør-Øst RHF har langsiktige avtaler med fem private ideelle sykehus: Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus AS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset
- Antall ansatte i 2020: om lag 81 000
- Driftsinntekter i 2020: om lag 88,5 mrd. kroner

Boks 4.2 Helse Vest RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Rogaland og Vestland (om lag 1,1 mill. innbyggere)
- Består av fem helseforetak: Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sjukehusapoteka Vest HF
- Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med sju private ideelle sykehus: Haraldsplass Diakonale Sykehus, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus, NKS Jæren distriktspsykiatriske senter, Solli distriktspsykiatriske senter, Betanien sykehus, NKS Olavviken alderspsykiatriske sykehus og Voss distriktspsykiatriske senter (NKS Bjørkeli).
- Antall ansatte i 2020: om lag 29 000
- Driftsinntekter i 2020: om lag 31,5 mrd. kroner

Boks 4.3 Helse Midt-Norge RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Møre og Romsdal og Trøndelag (om lag 0,7 mill. innbyggere)
- Består av fire helseforetak: Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Antall ansatte i 2020: 22 000
- Driftsinntekter i 2020: om lag 23,8 mrd. kroner

Boks 4.4 Helse Nord RHF

- Etablert i 2002 Ansvar for befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard (om lag 0,5 mill. innbyggere)
- Består av seks helseforetak: Finnmarksykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF, Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF
- Antall ansatte 2020: omlag 19 000
- Driftsinntekter i 2020: om lag 19,4 mrd. kroner

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	66 111	19 411	19 116
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	7 098 358	4 680 955	1 318 200
71	Resultatbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	566 434	577 671	590 302
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	57 895 767	58 657 436	61 150 281
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	20 104 919	20 658 153	21 660 130
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	15 224 171	15 618 812	16 222 142
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	13 657 280	13 953 434	14 387 364
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	37 019 433	41 655 690	42 834 166
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	3 352 749	3 280 994	3 428 675
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 234 392	1 325 489	1 347 102
80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	7 555 419	8 127 934	8 181 634
81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>	26 032	176 000	181 000
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	5 782 760	7 859 447	7 260 350
83	Byggelånsrenter, <i>overslagsbevilgning</i>	120 156	339 000	460 000
86	Driftskreditter	2 518 000	1 800 000	2 859 000
	Sum kap. 732	172 221 981	178 730 426	181 899 462

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

- 1 497 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til pasientbehandling i sykehusene, inkludert 91 mill. kroner i kompensasjon for merverdiavgift
- 150 mill. kroner i økt bevilgning til innføring av ny inntektsmodell til de regionale helseforetakene
- 1,1 mrd. kroner i netto økning knyttet til endrede anslag for de regionale helseforetakenes pensjonspremier og -kostnader
- 274 mill. kroner i lånebevilgninger til nye sykehusprosjekter
- 263,6 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til kompensasjon for innføring av betaling for nasjonale e-helseløsninger og nettløsning
- 206,5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til endringer i bioteknologiloven og anmodningsvedtak
- 125,2 mill. kroner i økt anslag mva-kompensasjon, utenom aktivitetsvekst og flytting av legemidler
- Netto 31,15 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppretting av flere LIS1-stillinger og utfasing av midlertidige LIS1-stillinger
- 28,9 mill. kroner i økt bevilgning til Nasjonalt tarmscreeningprogram
- 21,2 mill. kroner i økt bevilgning til videreføring av 5-årig forsøk med heroinassistert behandling
- 20,5 mill. kroner i økt bevilgning til Helsedirektoratet knyttet til hjemmetesting i screeningprogrammet for livmorhalskreft

- 4,9 mill. kroner knyttet til ny redningshelikopterbase i Tromsø
- 3,6 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til tolkeloven
- 1,8 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til helårsvirkning av et nasjonalt ressursteam for kvinner ved Bredtveit fengsel og forvaltningsanstalt
- 13,5 mill. kroner knyttet til helsekartlegging i barnevernet, flyttet fra kap. 855, post 01
- 7 mill. kroner knyttet til overføring av finansieringsansvar for legemiddelgrupper, flyttet fra folketrygden kap. 2751, post 70
- 6 mill. kroner knyttet til flytting av Nasjonal kompetansetjeneste for amming til kap. 745, post 01
- 3 500 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at midler til ekstrakostnader og smittevernutstyr ifm. covid-19 ikke er foreslått videreført i 2022
- 1 140 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til midlertidig aktivitetsvekst ifm. covid-19
- om lag 450 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til tilskudd til protonsentor, lån og byggelånsrenter til pågående investeringsprosjekter i helseforetakene
- 200 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til midlertidig insentivordning for å redusere ventetider ifm. covid-19
- 132,4 mill. kroner i redusert bevilgning til tilskudd til Helseplattformen
- 15 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til operasjonsstue i Alta

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning (kap. 732, post 72–75) og aktivitetsbasert finansiering (kap. 732, post 76, Innsatsstyrt finansiering, kap. 732, post 77, Laboratorie- og radiologiske undersøkelser og kap. 732, post 80, Kompensasjon for merverdiavgift). I tillegg kommer bevilgninger til avtalespesialister (kap. 2711, post 70, og post 71) og private laboratorier og røntgeninstitutt (kap. 2711, post 76). Det gis også tilskudd basert på resultater (kap. 732, post 71) og tilskudd til forskning og nasjonale kompetansetjenester (kap. 732, post 78).

I årlig melding 2020 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppdragsdokument og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2020 i del III, kap. 5 Spesialisthelse-tjenesten. Årlig melding inngår som en del av

grunnlaget for departementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2022.

Hovedtrekk i forslag 2022

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2022 med 1 647 mill. kroner. Samtidig er ekstraordinære bevilgninger i Saldert budsjett 2021 på 4 840 mill. kroner grunnet covid-19 ikke videreført i 2022. Beløpet 1 647 mill. kroner inkluderer 150 mill. kroner til innføring av ny inntektsmodell, jf. NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.

I saldert budsjett for 2021 ble det bevilget 1 140 mill. kroner til ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst på 1 pst. for å sette sykehusene i stand til å håndtere pandemien. Det legges til grunn at sykehusene i 2022 vil være tilbake i en mer normal driftssituasjon og de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene foreslås derfor ikke videreført i 2022. Med dette som utgangspunkt legges det opp til en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1 500 mill. kroner, eller om lag 1,4 pst., regnet fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner.

Foreslått økt driftsbevilgning på 1 647 mill. kroner framkommer etter at det er gjort fratrukket for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (206 mill. kroner) og underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (29 mill. kroner). Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen for de regionale helseforetakene gjennomføres i tråd med etablert praksis, jf. nærmere omtale under punkt 2.43. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,7 pst.

Virusutbruddet har fra 2020 og gjennom 2021 endret driftssituasjonen for de regionale helseforetakene. Bevilgningsforslaget for 2022 tar derfor utgangspunkt i Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner for budsjettpostene innsatsstyrt finansiering og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Dette nivået representerer et normalår og understøtter målet om at sykehusene skal ha mest mulig normal drift framover.

Sykehusene har hatt betydelige merutgifter og reduserte inntekter som følge av virusutbruddet i 2020 og 2021, bl.a. som følge av økt beredskap, smitteverntiltak og utsatt planlagt aktivitet. De regionale helseforetakene er kompensert for dette gjennom flere ekstraordinære tiltak i 2020 og 2021, og som ikke videreføres i 2022. Sammenlignet med Saldert budsjett 2021 videreføres ikke midler til ekstrakostnader og smittevernutstyr

ifm. covid-19 (3 500 mill. kroner), ettårig aktivitetsvekst i sykehus (1 140 mill. kroner medregnet 250 mill. kroner til økt kjøp fra private) og midlertidig insentivordning for å redusere ventetider og forbedre kapasitetsutnyttelsen ved poliklinikker (200 mill. kroner). Insentivordningen i 2021 skal dekke utgifter til ulike forbedringstiltak som analyser, bemanningsplanlegging samt pasientrettet arbeid.

Den foreslåtte aktivitetsveksten på 1 497 mill. kroner legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,4 pst. fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner. I tråd med etablert praksis fra 2008 er det da lagt til grunn at den økte aktiviteten kan realiseres til 80 pst. av gjennomsnittlig behandlingstkostnad.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. De regionale helseforetakene har ansvar for utredning og diagnostisering av pasienter som får langvarige, komplekse og sammensatte symptomer etter akuttforløpet av covid-19 i senfølgeklinikker. Tilbudet for rehabilitering etter covid-19 skal følge de nasjonale faglige rådene og nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19-sykdom. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer at den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,2 pst. i 2022.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering legges det til rette for en vekst på om lag 1,3 pst. fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på om lag 2,7 pst. neste år.

Det foreslås en samlet låneramme på 722 mill. 2022-kroner til byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna HF, med en lånebevilgning i 2022 på 173 mill. kroner. Videre foreslås det en samlet låneramme på 695 mill. 2022-kroner til nytt bygg for samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF, med en lånebevilgning på 35 mill. kroner i 2022. Det foreslås også en samlet låneramme på 928 mill. 2022-kroner til utbygging ved Sykehuset Tele-

mark HF i Skien, med en lånebevilgning på 66 mill. kroner i 2022.

Særskilte satsingsområder 2022

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasientene som partnere i utviklingen av tjenestene og involvere den enkelte pasient i egen helse.

Regjeringen la frem Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 høsten 2019. Stortinget har sluttet seg til meldingen. Meldingen angir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Hovedtemaene i meldingen er samhandling, psykisk helsevern, kompetanse, teknologi og digitalisering. Meldingen gjør også rede for den akuttmedisinske kjeden, investeringsplanene for helseforetakene og tiltak for å legge til rette for at pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Etablering av 19 helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak er blant de mest sentrale tiltakene i planen for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratet skal følge med på måloppnåelsen for planen og rapportere årlig til departementet i planperioden.

Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2022 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Teknologi og digitalisering
- Ressursutnyttelse og samordning

Håndteringen av koronautbrudd har påvirket de regionale helseforetakenes evne til å nå mål, krav og gjennomføre oppdrag i 2020 og 2021.

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og antall fristbrudd, har regjeringen tatt i bruk flere virkemidler. I perioden første tertial 2013 til første tertial 2021 gikk gjennomsnittlig ventetid ned med 14 dager.

Koronapandemien har gjort det nødvendig i perioder å redusere planlagt aktivitet i spesialisthelsetjenesten for å frigjøre kapasitet, personell og utstyr til håndtering av pasienter med covid-19. Aktiviteten har også vært tatt ned av beredskaps- og smittevern hensyn. Dette førte til at ventetidene i spesialisthelsetjenesten økte med fire dager i 2020. Tall for første tertial 2021 viser at gjennomsnittlig ventetid økte med to dager, sammenliknet med første tertial 2020. Ventetidene er imidlertid betydelig redusert i mai, juni og juli, sammenliknet med tilsvarende måneder i 2020. Det er bevilget 200 mill. kroner til en midlertidig ordning som skal bidra til å redusere ventetidene i 2021.

Bruk av video- og telefonkonsultasjoner har vært avgjørende for å kunne opprettholde et tilbud til pasientene på en trygg måte under pandemien. I 2021 ble det satt et mål om at andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skulle være over 15 pst. Ulike former for digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling kan gi mer tilpasset oppfølging og bedre ressursutnyttelse. Helse Nord RHF har fått i oppdrag, i samarbeid med de andre regionene, å foreslå nasjonale måltall for bruk av digital hjemmeoppfølging for 2022.

Pasientene etterspør forutsigbare pasientforløp. Regjeringen har derfor innført pakkeforløp for flere ulike områder. Pakkeforløpene beskriver planlagte pasientforløp, og det er utviklet flere nasjonale kvalitetsindikatorer som gir informasjon som helseforetakene skal bruke i forbedringsarbeidet. Det er etablert pakkeforløp for kreft, hjerne- slag, psykisk helse og rus. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle pakkeforløp hjem for kreftpasienter og pakkeforløp for utmattelse, smertebehandling, og muskel- og skjelettlidelser.

Det er viktig med en sammenhengende akuttmedisinsk kjede for å sikre trygghet og gode tilbud for hele befolkningen. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Regjeringen vil styrke kompetanse, samarbeid og samhandling og sikre god ressursutnyttelse i de akuttmedisinske tjenestene.

Fritt behandlingsvalg reformen ble innført i 2015, og omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt enkelte tjenester innen somatikk og rehabilitering. Ordningen gir pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten rett til å velge seg til godkjente private leverandører. Det betyr at pasientene kommer raskere til helsehjelp enn de ellers ville gjort, eller at de får

behandling ved den institusjonen som de mener har det beste tilbudet.

I budsjettforslaget for 2022 er det lagt til rette for en generell aktivitetsvekst som omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Regjeringen fortsetter å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2022. Regjeringen vil gi barn og unge og brukere med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer særlig oppmerksomhet. Derfor er dette to av fire pasientgrupper som helsefelleskapene skal prioritere å utvikle gode tjenester for. Pakkeforløpene er et viktig virkemiddel for at pasientene skal få god behandling i rett tid, jf. omtale under kap. 781.

Regjeringen vil sikre at behandlingsskapasiteten for de som sliter psykisk eller har rusmiddelproblemer er god nok. I 2019 fikk helseregionene, i samarbeid med KS, FHI og Helsedirektorat, i oppdrag å vurdere hvor stort behovet for psykisk helsehjelp og rusbehandling vil bli i årene som kommer, og samarbeide om gode planleggingsverktøy for å sørge for riktig kapasitet ved sykehusene. Dette gjelder både døgn-, poliklinisk og ambulant virksomhet. En rapport om arbeidet ble lagt frem i september 2021. Analysene peker på at det vil bli økende behov for polikliniske og ambulante tjenester for barn og unge, eldre, personer med alkoholrelaterte lidelser, spiseforstyrrelser, psykose og bipolar lidelse og personer med tilpassingsforstyrrelser og andre nevrologiske lidelser. Videre pekes det mot en utflating av reduksjonen i antall sengeplasser og noe økt behov for sengeplasser til barn og unge, pasienter med psykose, rusutløst psykose, bipolare lidelser og spiseforstyrrelser. Det pekes og på behov for å bygge ut akuttilbudet innen TSB. Flere med lettere og midlere psykiske lidelser vurderes å være best tjent med kommunale tilbud og polikliniske spesialisthelsetjenester. Framskrivningen av behovet for tjenester i psykisk helsevern og TSB vil være en viktig del av grunnlaget for arbeidet med regionale utviklingsplaner på psykisk helse og TSB-området. Regjeringen vurderer hvordan prioriteringsregelen kan gjøres enda mer målrettet for å understøtte ønsket utvikling.

Det skal utarbeides en samlet oversikt over dagens registreringskrav i psykisk helsevern og TSB. Målet er å sikre at det som registreres er nyttig for kvalitets- og tjenesteutvikling, styring og

forskning, og redusere den samlede registreringen slik at behandlerne kan bruke mest mulig tid på direkte pasientarbeid.

Regjeringen vil ha økt fokus på innhold i behandlingen og hvordan det går med pasientene. Helseregionene etablerte i 2019 et nasjonalt prosjekt for etablering av kvalitetsregistre innenfor psykisk helsevern og rus, og vedtok modell for organisering av flere nasjonale kvalitetsregistre innenfor fagområdet. Flere registre er klare for søknad om nasjonal status. Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksne og Nasjonalt kvalitetsregister for barn- og unges psykiske helse planlegges basert på automatisert datafangst og ingen manuell registrering av data. Helsedirektoratet skal utarbeide anbefalinger til kommunene og spesialisthelsetjenesten på psykisk helse- og rusområdet.

For å utvikle tjenestene til det beste for pasienter og pårørende skal brukermedvirkning og innhold og kvalitet i behandlingen prioriteres. Helsedirektoratet har startet arbeidet med å utvikle nasjonale anbefalinger for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet slutfører i 2021 arbeidet med revisjon av Nasjonal faglig retningslinje for behandling av personer med opioidavhengighet.

Ambulante tjenester skal utvikles videre, bl.a. i form av flere ACT/FACT-team til mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse. Dette er tverrfaglige team som gir oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester. I 2020 var det om lag 80 slike team. Helsedirektoratet har utredet hvordan team for unge, FACT-ung, bør innrettes, implementeres og evalueres, og arbeidet fortsetter i 2022. Helsedirektoratet gir tilskudd til opprettelse av nye team i 2021.

I tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 skal dialog og nærmere samarbeid ved henvisning til psykisk helsevern for barn og unge videreføres i 2022. Målet er raskere hjelp på riktig sted ved at det i forkant av eller som ledd i henvisningsprosessen avklares hvor og hvem som skal gi helsehjelpen.

Helsesatsingen i barnevernet skal evalueres og videreføres. Pakkeforløpet «Kartlegging og undersøkelse av psykisk helse og rus i barnevernet» forankret i de kommunale helse- og barnevernstjenestene skal sikre barna tidlig helsehjelp/oppfølging og skal utvides med bl.a. somatiske helsetjenester i 2022. Barn som plasseres utenfor hjemmet og hvor det er behov for ytterligere kartlegging, skal tilbys en mer omfattende helsekartlegging for å sikre en hensiktsmessig omsorgsbasis og godt tilpasset oppfølging i barnevernet og

helsehjelp, jf. Prop. L 222 (2020–2021). Slik helsekartlegging er under oppstart og skal videre utvikles i 2022. Kartleggingen er organisatorisk forankret i Bufetat, men utføres i samarbeid med helsetjenesten – primært spesialisthelsetjenesten. For 2022 foreslås det 3 mill. kroner til opplæring, implementering og utvidelse av pakkeforløpet over kap. 765, post 21. Videre foreslås det til sammen 45 mill. kroner til opprettelse av tverrfaglige team for helsekartlegging av barn som plasseres utenfor hjemmet, hvorav 13,5 mill. kroner foreslås til spesialisthelsetjenesten over kap. 732, post 70. Disse midlene vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene når det er avklart hvor nye kartleggingsteam skal etableres i 2022. Resterende midler foreslås over Barne- og familiedepartementets budsjett.

Som ledd i regjeringens innsats for forebygging av seksuelle overgrep er et nasjonalt behandlingstilbud til personer dømt for seksuallovbrudd etablert i alle helseregioner. I Helse Sør-Øst RHF er tilbudet lagt til den nyopprettede Spesialpoliklinisk enhet ved Oslo universitetssykehus, hvor bl.a. også det polikliniske lavterskeltilbudet «Det finnes hjelp» er lokalisert. Se nærmere omtale av lavterskeltjenesten under kap. 765, post 21.

Kvalitetsutvikling innen psykisk helsevern skal bl.a. lede til å forebygge kriser og akuttinnleggelse, samt bidra til riktigere og mindre bruk av tvang. Dette forutsetter nært samarbeid med kommunale tjenester. Høsten 2021 publiseres Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. Rådene skal ses i sammenheng med relevante pakkeforløp i psykisk helsevern.

Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14) leverte sin utredning i juni 2019. Departementet vil i tråd med Granavolden-plattformen foreta en revisjon av alle tvangshjemlene, basert på utvalgets anbefalinger. Utredningen har vært på alminnelig høring. Departementet ønsker å involvere bredt i arbeidet med utforming av nytt lovverk og har sendt ut høringsbrev for å få innspill til hva som må til for å lykkes med innføring av et nytt regelverk for bruk av tvang. Et lovforslag vil bli lagt fram så fort det lar seg gjøre etter dette.

Sikkerhet- fengsels- og rettspsykiatri er sentrale områder i psykisk helsevern og TSB. To rapporter fra helseregionene viser at mye er på plass innen sikkerhetspsykiatrien, men at det er behov for blant annet å styrke tilbudet fremover, øke kompetansen og utvikle samarbeidsløsninger for å følge opp pasienter med langvarig behov for tjenester fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten.

De siste årene har i gjennomsnitt 640 mennesker årlig tatt livet sitt i Norge. Det er mellom 7-15 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. Operatører i Legevaktsentralene (LVS) og Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) vil i mange tilfeller være de første som møter personer i selvmordsfare. Problemstillingen krever gode kommunikasjonsferdigheter og gode beslutningsstøtteverktøy, samt kompetanse i å vurdere og håndtere selvmordsfare. Viktige tiltak i handlingsplanen for forebygging av selvmord er derfor å videreutvikle og gi opplæring i beslutningsstøtteverktøy i akuttmedisinske kommunikasjonsentraler og legevaktsentraler, øke personellens kompetanse om selvmordsfare og styrke de praktiske kommunikasjonsferdighetene.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Meld. St. 9 (2019–2020) om kvalitet og pasientsikkerhet pekte ut følgende mål for kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet:

- Videreutvikle pasientens helsetjeneste
- Legge til rette for åpenhet, læring og forbedring
- Målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023 er sentrale virkemidler for å nå disse målene.

De regionale helseforetakene skal bidra til å sikre etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i alle helseforetak. Det skal arbeides mer systematisk for bedre kvalitet og pasientsikkerhet og for mindre uønsket variasjon i kvalitet på tjenestetilbudet.

Pasienter skal være i trygge hender i møte med helsetjenesten. Andel pasientskader i somatikken har økt fra 2018 til 2020 og skal reduseres. Dette fordrer at ledelse og ansatte i virksomhetene tar tak i de områdene de selv har pasientsikkerhetsutfordringer på, lærer av andre og at risikovurdering om pasientsikkerhet utføres i planlegging og gjennomføring av alle tiltak innad i og på tvers av virksomheter og nivåer.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal sikre videreføring av arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet, fortsatt målrettet og samordnet innsats for bedre pasientsikkerhet, og legge til rette for at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring kan etterleves. De regionale helseforetakene skal følge opp egne handlingsplaner for bedre pasient-

entsikkerhet innenfor rammen av den nasjonale handlingsplanen.

De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Helsedirektoratet videreføre arbeidet med å kartlegge omfanget av pasientskader gjennom å videreutvikle metoden GTT, og bruke data fra undersøkelsen ForBedring som grunnlag for nasjonale indikatorer på pasientsikkerhetskultur. Resultatene skal følges opp på alle nivå med konkrete tiltak for å forebygge og redusere antall pasientskader, og forbedre pasientsikkerhetskulturen.

Helsetjenesten har mange meldeplikter om uønskede hendelser. Meldeportalen «En vei inn» på melde.no skal koples til virksomhetssystemene og brukes av helseforetakene. Portalen er utviklet for å forenkle meldeplikten og forebygge underrapportering til de ulike melde- og varselpliktene. Se omtale under kap. 701, post 72.

Medisinske kvalitetsregistre er viktige for å sikre kunnskap om kvaliteten på diagnostikk og behandling i helsetjenesten. Forskrift om medisinske kvalitetsregistre trådte i kraft høsten 2019 og inneholder bl.a. meldeplikt for kvalitetsregistre med nasjonal status. De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med å etablere fellesløsninger, nye nasjonale kvalitetsregistre, fremme god datakvalitet og mer bruk av eksisterende registre, herunder også til rekruttering av pasienter til kliniske studier og dokumentasjon av utprøvende behandling. Prøveordningen i innsatsstyrt finansiering (ISF), hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre videreføres for å stimulere til økt dekningsgrad. De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med å legge til rette for automatisk uttrekk av data fra journal til kvalitetsregistre, bidra med å etablere Helseanalyseplattformen og Helsedataservice og sikre at kvalitetsregisterperspektivet ivaretas i dette arbeidet og i arbeidet med å modernisere journalsystemene. Det vises til kap. 701 for nærmere omtale.

De regionale helseforetakene skal arbeide for å sikre kunnskapsbasert praksis i tjenesten. Arbeidet med å vurdere utfasing eller avgrenset bruk av behandlingsmetoder skal videreføres for metoder der det i dag mangler forskningsbasert dokumentasjon om effekt, eller der det er utviklet bedre, mindre invasive eller tryggere metoder. Det vises til omtale av rapportering på revurderingsprosjektet under del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. System for nye metoder er i kontinuerlig utvikling for å sikre pasienter likeverdig og sikker tilgang på nye metoder. Utviklingsarbeidet igangsettes etter initiativ av tjenesten og etatene

selv og på bakgrunn av konkrete oppdrag gitt fra departementet.

De regionale helseforetakene skal etablere en infrastruktur for presisjonsdiagnostikk og et nasjonalt genomsenter for persontilpasset medisin. Dette vil bidra til innføringen av persontilpasset medisin og legge til rette for flere kliniske studier i Norge.

Det er et mål å gi flere kreftpasienter og andre med alvorlig sykdom tilgang til utprøvende behandling. De regionale helseforetakene skal utvikle og etablere felles kriterier/rammeverk for når utprøvende behandling tilbys enkeltpasienter etter en individuell vurdering, utenfor rammen av en klinisk studie. Disse skal være i tråd med den nasjonale veilederen for utprøvende behandling.

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten gir pasienter med begrenset levetid mulighet for en ny vurdering av sine behandlingsmuligheter, inkludert utprøvende behandling. De regionale helseforetakene skal i 2021 evaluere Ekspertpanelet. Målet er at flere pasientgrupper skal få ekspertråd fra panelet. De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet 16. april d.å. i oppdrag å evaluere Ekspertpanelet og vurdere endringer i mandatet slik at dette fanger opp eventuelle behov for justeringer identifisert gjennom evalueringen, samt de føringer som ble gitt i interpellasjonsdebatten om at pasienter med ALS også bør omfattes av ordningen. Frist for oppdraget er innen utgangen av 2021.

Pasienter og pårørende skal oppleve en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. De regionale helseforetakene skal sørge for at helseforetakene innretter sitt samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer i Nasjonal helse- og sykehusplan og avtalen mellom Regjeringen og KS om etablering av helsefelleskap. Helsefelleskap er nærmere omtalt under kap. 761, post 67.

Regjeringen la i august fram Norges første strategi for sjeldne diagnoser. Strategien beskriver målrettet og konkret arbeidet videre for å sikre tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter og brukere. For å følge opp strategien, vil det bli gitt oppdrag til de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Tiltak for å styrke samarbeidet internasjonalt, og for å styrke diagnostikk, behandling, forskning og kunnskapsutvikling her i Norge vil bli prioritert.

Personell, utdanning og kompetanse

Helseforetakene skal arbeide strategisk på kort, mellomlang og lang sikt for å sikre tilstrekkelig til-

gang til personell. De har fått i oppdrag å lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse, hvor det bl.a. skal legges til rette for livslang læring. Dette inngår i helseforetakenes kontinuerlige arbeid for å sørge for riktig kapasitet og en personellsammensetning som møter pasientenes behov og følger den medisinske utviklingen. De regionale helseforetakene skal følge opp plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere, jf. omtale av Stortingets anmodningsvedtak 1344 som ble fattet ved Stortingets behandling av Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021). Det vises til omtale i del III, kap. 8.

Framskrivninger viser et økt behov for spesialisthelsetjenester de kommende tiårene, men det kan ikke møtes med økt bemanning alene. Det må også legges til rette for at helsepersonell kan benytte og utvikle sin kompetanse gjennom hele yrkeslivet, individuelt og i teamarbeid. God ledelse, og særlig førstelinjeledere, er viktig for å identifisere kompetansebehov og å planlegge strategisk for kompetanse og personell. Regjeringen er opptatt av å utvikle en heltidskultur i helse- og omsorgstjenestene. Dette er et langsiktig arbeid og det er fortsatt behov for videre innsats. I spesialisthelsetjenesten er det oppnådd positiv utvikling. Fortsatt utvikling og nye tiltak vil vurderes, spesielt for sykepleiere uten spesialistutdanning og jordmødre. Bruk av teknologiske løsninger, riktig bruk av kompetanse og god logistikk er noen virkemidler som må utnyttes for å møte behovet for kompetanse og den høye omstillings-takten de ansatte i spesialisthelsetjenesten håndterer hver dag. Erfaringene under pandemien, med oppbygging og deling av kompetanse f.eks. gjennom egne kursopplegg er viktig å bygge videre på. De regionale utdanningssentrene kan utvikles for å ivareta en slik rolle. Helsefelleskapene vil ha en viktig rolle i arbeidet med kompetanseutvikling, utdanning og personellplanlegging.

Helseforetakene er store utdanningsarenaer og samarbeider med utdanningssektoren i videregående skole og i universitets- og høyskolesektoren. De etablerte samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler er en viktig arena for forankring og oppfølging av samarbeidsavtaler om utdanning og praksisundervisning. Helseforetakene skal bidra til at nyutdannet helsepersonell har riktig kompetanse ved å delta i arbeidet med å utarbeide og revidere nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene gjennom Kunnskapsdepartementets styringssystem RETHOS. Helseforeta-

kene skal videreføre arbeidet med å heve egne ansattes kompetanse gjennom intern etterutdanning og kompetanseheving. Blant annet skal helseforetakene samarbeide nasjonalt om deling av metoder for utvikling av simuleringsopplegg som brukes i kompetanseheving, og legge til rette for deling av disse mellom helseforetakene.

Kompetansen hos helsefagarbeidere og sykepleiere, som er de største helsepersonellgruppene i helse- og omsorgstjenestene, må utnyttes for å understøtte utvikling av bærekraftige helsetjenester, både når det gjelder bredde- og spesialkompetanse. Spesialisthelsetjenesten er også ansvarlige for gjennomføring av legers spesialistutdanning i sykehus som leder frem til spesialistgodkjenning. Med en økning i antall stillinger i første del av legenes spesialistutdanning (LIS1) er det viktig å tilrettelegge for effektive løp for leger i spesialisering, jf. at det foreslås å opprette 62 nye LIS1-stillinger med oppstart høsten 2022.

Moderniseringen av legenes spesialistutdanning må følges opp. Å ivareta leger under spesialisering i allmennmedisin sitt behov for sykehuspraksis vil være en viktig oppgave framover.

Forskning og innovasjon

Det er viktig å heve kvaliteten på og omfanget av tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning, helsetjenesteforskning, innovasjon og næringsutvikling.

Med nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021–2025) har regjeringen lansert en visjon om at klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling og klinisk praksis. Planen har to målsetninger, den ene er at antall kliniske studier i sykehusene er doblet i 2025. Økningen i antallet kliniske studier skal både omfatte studier som initieres i tjenesten og av helsenæringen. Den andre er at andelen pasienter som er rekruttert til kliniske studier i spesialisthelsetjenesten er på 5 pst. i 2025, det vil si i løpet av handlingsplanens varighet. En arbeidsgruppe nedsatt av departementet har i 2021 sett på hvordan indikatoren skal defineres, og har gjennomført en nullpunktsmålning. Indikatoren er nærmere beskrevet på regjeringen.no. Nullpunktsmålningen viser at 2,52 pst. av relevante pasienter i 2020 ble rekruttert til kliniske studier i helseforetakene og private, ideelle som inngår i nasjonalt målesystem for forskning i helseforetakene. Målingen vil gjentas årlig på nasjonalt nivå og danne grunnlag for evaluering av måloppnåelse i 2025. Departementet vil vurdere behov for ev. justeringer i indikatoren over tid, også med hensyn til indikatorens robusthet.

Handlingsplanen gjelder hele helse- og omsorgstjenesten, og legger en bred forståelse av kliniske studier til grunn. Målene skal nås gjennom ni innsatsområder og 20 tiltak. Sentrale tiltak er etablering av NorTrials, etablering av et nasjonalt genomsenter og infrastruktur for genetisk presisjonsdiagnostikk. Program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten skal dekke kunnskapsbehov gjennom kliniske studier i spesialisthelsetjenesten og kunnskapsbehov som avdekkes i Nye metoder, ev. gjennom samfinansiering med ideelle organisasjoner og stiftelser. I utlysningen for 2021 er det en prioritering av studier innen kirurgisk behandling av lipødem og ikke-kirurgisk behandling av barn/unge med alvorlig fedme.

Det vises til Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021) og den økte bevilgningen for 2021 til kjøp og bruk av nye medisiner og behandlingsmetoder gjennom klinisk utprøvning for pasientgrupper over kap. 732, post 70. Det ble i revidert oppdragsdokument for 2021 sagt at den økte bevilgningen skal knyttes til å finansiere nasjonale behovsidentifiserte studier som gir tilgang til klinisk utprøvning av nye legemidler og andre behandlingsmetoder innen prioriterte områder med et svakt kunnskapsgrunnlag. Det vises til rapportering på Stortingets vedtak nr. 990.

De regionale helseforetakene har rapportert på indikator for kliniske behandlingsstudier og pasienter som inngår. Målingen baserer seg på tall fra 2020. Resultatene vil legges til grunn for fordeling av det resultatbaserte tilskuddet til forskning i helseforetakene. Det vises til kap. 732, post 78.

Det vurderes om bruken av helseklassifiseringssystemet Health Research Classification System (HRCS) skal utvides til målingen av ressursbruk til forskning i helseforetakene, jf. Prop. 1 S (2017–2018). Alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst fra og med 1. januar 2021 i de regionale helseforetakene skal være åpent tilgjengelige. For å bidra til økt åpenhet om kliniske studier skal resultater fra kliniske studier registreres, jf. nasjonal handlingsplan for kliniske studier.

Det er et mål å øke helseforetakenes deltakelse i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon og det nordiske samarbeidet om kliniske studier og persontilpasset medisin.

De regionale helseforetakene har rapportert på ny innovasjonsindikator. Det vises til omtale i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Etater og virksomheter under Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å følge opp Meld. St. 18 (2018–

2019) Helsenæringen. Det er gitt føringer om å bruke markedet til utvikling av nye tjenester og løsninger og om å involvere næringslivet i utforming av planer og veivalg. Virksomhetene skal ha rutiner for samarbeid med næringslivet. Norges forskningsråd har etablert en helhetlig virkemiddelkjede for helseinnovasjon, Pilot Helse, i samarbeid med de regionale helseforetakene og Innovasjon Norge. Det vises til omtale i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Forskningsrådet er fra 2021 tildelt 20 mill. kroner til formålet.

Teknologi og digitalisering

Det norske samfunnet blir stadig mer digitalisert. Digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren legger grunnlaget for økt samhandling mellom helsepersonell på tvers av behandlingsteder, og det styrker pasientsikkerheten og gir pasienten mulighet til å ivareta egen helse. Pasientene skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten i eget hjem gjennom e-konsultasjoner, nettbasert behandling og digital hjemmeoppfølging, og noen ganger hjemmesykehus.

Digitale innbyggertjenester skal gjøre det enklere for pasienter å administrere og delta i egen behandling og oppfølging. Digitalisering er en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste og helhetlige pasientforløp. Digitalisering er videre et sentralt virkemiddel for å effektivisere og videreutvikle helse- og omsorgstjenesten. For å sikre bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektiv bruk av offentlige ressurser, er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte. De regionale helseforetakene har gjort en betydelig innsats med digitaliseringstiltak under koronapandemien.

Helhet og sammenheng – bedre journal- og samhandlingsløsninger

En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste forutsetter økt nasjonal koordinering, felles prioritering og felles innsats om nasjonale digitaliseringstiltak. Det er behov for nasjonal samordning for å sikre en helhetlig e-helseutvikling som understøtter hele pasientforløpet i alle ledd av tjenesten.

De regionale helseforetakene har en viktig rolle i arbeidet med å nå målene om én innbygger – én journal, og bidrar med nødvendige forberedelser til å ta i bruk nasjonale samhandlingsløsninger og i planleggingen av hvilke informasjonselementer som må på plass til hvilken tid for å dekke samhandlingsbehovene til tjenesten fremover.

De regionale helseforetakene skal videreføre sine faglige og finansielle bidrag i utvikling av nasjonale e-helseløsninger. De regionale helseforetakene skal understøtte og bidra i allerede igangsatte tiltak, herunder arbeidet med digital samhandling, pasientens legemiddelliste, bedre bruk av helsedata og standardisert språk (kodeverk og terminologi), jf. omtale under kap. 701 og 744.

Bruken av etablerte nasjonale e-helseløsninger skal økes for å sikre et likeverdig tilbud til befolkningen, herunder digitale tjenester for innbyggerne på helsenorge.no. De regionale helseforetakene skal ta med seg erfaringene med den økte bruken av digitale løsninger i forbindelse med utbruddet av covid-19, som f.eks. e-konsultasjon. De regionale helseforetakene skal søke å samordne utvikling og etablering av nye løsninger. Felles anskaffelser skal gjennomføres der det er formålstjenlig. Det skal være prosesser for erfaringsutveksling fra anskaffelsesprosesser og innføring av ny teknologi.

Det pågår betydelig arbeid i regionene med å modernisere journal- og kurvesystemer gjennom arbeidet med Helseplattformen i Helse Midt-Norge RHF og moderniseringsprosjekter i Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF. Det er viktig at de regionale helseforetakenes planer understøtter målbildet for digital samhandling og felles kommunal journal. Legemiddelprogrammet skal prioriteres høyt og det skal bl.a. gjennomføres en utprøving av pasientens legemiddelliste i Helse Vest RHF og i Bergen kommune, og tilrettelegges for at Helseplattformen skal kunne knyttes til e-resept.

I Midt-Norge pågår et arbeid med å etablere felles pasientjournalløsning ved sykehus og kommuner i hele regionen (Helseplattformen). Det er første gang det etableres en felles journalløsning for primær- og spesialisthelsetjeneste i Norge, som også inkluderer fastleger og avtalespesialister.

Helseplattformen skal kunne omfatte alle helse- og omsorgstjenester i Midt-Norge. Journalopplysningene skal følge pasienter og brukere i alle møter med helse- og omsorgstjenesten i regionen. Helseplattformen skal bidra til økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, mer brukervennlige systemer og å sette helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte.

Det er etablert et samarbeid mellom Helseplattformen og Direktoratet for e-helse om utvikling av helsefaglig standardisering, terminologi og kodeverk osv. som er avgjørende for samhandlin-

gen mellom Helseplattformen og journalløsningene i helse- og omsorgstjenesten utenfor Midt-Norge. Det skal også utarbeides planer for bruk av standardisert språk på utvalgte områder i de øvrige tre regionene.

Bedre bruk av helsedata

Utvikling og tilgjengeliggjøring av helsedata skal legge til rette for forskning, innovasjon og næringsutvikling til det beste for pasienter og innbyggere. Helseanalyseplattformen og Helsedataservice skal bidra til at Norges omfattende og verdifulle helsedata gjøres mer tilgjengelige for forskning og andre viktige formål for pasienter og befolkning. Målet er å bidra til bedre helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling. De regionale helseforetakene skal legge til rette for økt bruk av data fra de medisinske kvalitetsregistrene gjennom Helsedataservice og Helseanalyseplattformen.

Informasjonssikkerhet

I helse- og omsorgssektoren behandles det store mengder sensitive personopplysninger. Det er viktig at opplysningene blir behandlet på en trygg og sikker måte, og at personvernet ivaretas. Opplysningene skal sikres mot uautorisert bruk. Samtidig må informasjonsflyten mellom helsepersonell være god slik at oppdatert informasjon er tilgjengelig ved tjenstlig behov. Dette er nødvendig for at pasientene skal kunne få forsvarlig helsehjelp.

Befolkningen skal ha tillit til at helsetjenesten ivaretar deres personvern. Helseforetakene skal ha etablert god sikkerhetskultur der personell forstår hvordan de skal bidra til digital sikkerhet og hva deres personlige ansvar for dette er.

Trusselbildet har endret seg de seneste årene, og sykehusene har i økende grad blitt interessante mål for digitale trusselaktører. Arbeidet med å styrke det forebyggende arbeidet mot dataangrep har høy prioritet. Dette innebærer også økt samarbeid og erfaringsoverføring mellom de regionale helseforetakene, Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og med de nasjonale sikkerhetsmyndigheter og helsesektorens eget sikkerhetsmiljø i HelseCERT.

Det systematiske arbeidet med å styrke informasjonssikkerhet er en integrert del av drift og

forvaltning i de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Det vises til Riksrevisjonens revisjon av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer. Hovedfunnene fra undersøkelsen viser at dette er et område som vil kreve stor grad av oppmerksomhet og prioritet i spesialisthelsetjenesten fremover.

De regionale helseforetakene har i 2021 fått i oppdrag å legge til grunn Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger i det systematiske arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten. Dette innebærer blant annet at de skal utvikle regionale handlingsplaner for arbeidet med informasjonssikkerhet som også omfatter langsiktige tiltak. Videre arbeider Direktoratet for e-helse med en strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, som skal bidra til å løfte sikkerhetsnivået i sektoren. Strategien skal tydeliggjøre roller og ansvar, og identifisere relevante strategiske virkemidler og tiltak for å løfte arbeidet med digital sikkerhet i sektoren.

Ressursutnyttelse og samordning

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Det forutsettes at drift og videreutvikling i helseforetakene skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammene som er fastlagt, både økonomisk og juridisk, slik at de regionale helseforetakenes ansvar oppfylles på en mest mulig effektiv måte. De regionale helseforetakene skal legge til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Det er etablert fem felleseide nasjonale foretak for å sikre felles løsninger for spesialisthelsetjenesten. Dette er Sykehusinnkjøp HF, Sykehusbygg HF, Luftambulansetjenesten HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF og Pasientreiser HF. Det er stilt krav om at de regionale helseforetakene sikrer rammebetingelser for de felleseide nasjonale foretakene slik at de kan ha en utvikling i tråd med fastlagte mål og strategier.

Private og ideelle tjenesteytere utgjør en viktig del av det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at de regionale helseforetakene vurderer hvordan ledig kapasitet hos private tjenesteytere kan benyttes på en best mulig måte.

Anmodningsvedtak

Basestrukturen for luftambulansen i Norge

Vedtak nr. 545, 17. mars 2016

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i foretaksrådet i mai 2016 fikk i oppdrag å utrede basestrukturen og ved at Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument for 2017 ble tildelt 10 mill. kroner til prosjektering av luftambulansbase Innlandet, jf. Innst. 11 S (2016–2017). Det framgår i oppdragsdokumentet at prosjektering av luftambulansbase Innlandet må inngå som en del av de regionale helseforetakenes samlede gjennomgang av basestrukturen. Helse Sør-Øst RHF ble også i 2018 tildelt 10 mill. kroner til prosjektering av basestruktur. De regionale helseforetakene leverte sin utredning om basestruktur i 2018. Utredningen viste at befolkningen er godt dekket av ambulanshelikopter. Om lag 98 pst. av befolkningen nås av legebemannet ambulans innen 45 minutter, som er godt innenfor målet om 90 pst.

Utredningen viste at det er lang responstid i Øst-Finnmark. I Finnmark ble beredskapen styrket i 2019 med et helikopter fra Forsvaret i Kirkenes, som ble erstattet med et sivilt helikopter fra juli 2020. Som en del av EUs sivile beredskap, RescEU, vil det bli etablert et ambulansfly med fast base i Tromsø. Jetflyet vil, når det ikke er på oppdrag i EU, styrke beredskapen i nord. I Nord-Trøndelag, som for det meste er lite befolket, anbefales det ikke nye baser. Både Telemark og Innlandet har områder hvor det er lang responstid, men utredningen viser at utfordringen med lang responstid er størst i østre del av Hedmark, fordi det er en forholdsvis stor befolkning i området kombinert med lang vei til sykehus. Færre luftambulansbaser når dette området sammenliknet med Telemarkområdet. For Innlandet ble flere løsningsalternativer drøftet i utredningen, herunder flytting av Dombåsbasen. På grunn av vær- og flyforhold, samt det at Dombåsbasen er bundet opp i en 20 års uoppsigelig kontrakt, anbefales det ikke å flytte Dombåsbasen. Utredningen tilrår å opprette en ny luftambulansbase i Mjøsområdet. Opprettelsen av den nye basen i Innlandet vil ha konsekvenser for aktiviteten til andre nærliggende baser, og utredningen anbefaler derfor ikke å etablere mer enn en ny base i Helse Sør-Øst RHF. Utredningen viser at områdene i Telemark nås av syv til åtte andre baser, og ved bedre koordinering mellom AMK-sentralene kan pasientene nås raskere.

I 2020 gjennomgikk de regionale helseforetakene basestrukturen med ny kunnskap og eventuelle endringer som kunne påvirke basestruktur og behov for luftambulansetjenester. Rapporten viste at nye redningshelikoptre vil nå ut til en større del av landet innen 45 minutter. Helseregionenes vurdering er at kapasiteten til ambulanshelikoptrene i Norge er tilfredsstillende, og at dekningsgraden nasjonalt er tilfredsstillende. Legebiler vil kunne avlaste ambulanshelikopter dersom det skulle oppstå framtidige kapasitetsproblemer. I gjennomgangen i 2020 ble det gjort en særlig vurdering av Innlandet og Bykle/ Vinje. For Innlandet planlegges det en ny luftambulansbase i forbindelse med nytt Mjøssykehus. Bykle kommune befinner seg ifølge rapporten nå i helhet innenfor dekningsområdet til det nye redningshelikoptret på Sola (30 minutters flytid). Det er kun 2–5 pst. av befolkningen i Vinje som teoretisk ikke nås innen 30 minutters flytid. Beredskapen i indre Agder, Vestfold og Telemark vurderes som god, og en ny base vil føre til overkapasitet. Helse Nord RHF vil gjøre en egen vurdering av helikopterstrukturen i egen region, sett i en helhetlig akuttmedisinske sammenheng.

Det vises til Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 for omtale av hvordan rapporten er fulgt opp. Det er satt i verk tiltak for bedre koordinering mellom AMK-sentralene, og det er etablert anestesibemannede legebiler i Mjøsområdet og Grenlandsområdet for å bedre akuttberedskapen. Helse- og omsorgsdepartementet ser ikke at det er grunnlag for å legge fram en egen sak til Stortinget om basestruktur, men viser til omtalen over. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Regelverket for pasientreiser

Vedtak nr. 615, 19. april 2018

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

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

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2019 i oppdrag å foreta en gjennomgang av regelverket for pasientreiser. Det tas sikte på å sende høringsnotat om revisjon av pasientreiseforskriften på offentlig høring høsten 2021. Basert på høringen vil departementet vurdere endringer i pasientreiseforskriften.

De regionale helseforetakene har gjennomført et prosjekt for å følge opp sitt oppdrag fra foretaksmøtet i januar 2019. Det fremgår av rapport fra prosjektet at de regionale helseforetakene vil videreføre en organisasjonsstruktur hvor pasientreisekontorene ivaretar reiser med rekvisisjon og er underlagt helseforetakene, samtidig som tjenesten knyttes tettere opp mot prehospitaltjenester. Pasientreiser HF vil ivareta fellesoppgaver som før, slik som blant annet forvaltning av IKT-løsninger og oppgjørsordningen for reiser uten rekvisisjon. De regionale helseforetakene vil legge opp til en mer samordnet styring og en felles overordnet strategi på pasientreiseområdet.

Helse- og omsorgsdepartementet fulgte opp de regionale helseforetakene med styringskrav på foretaksmøte 15. juni 2021 gjennom å be om at de følger opp de mål og tiltak som er beskrevet i rapporten «Interregional utredning av organiseringen av pasientreiseområdet», herunder:

- fortsatt utvikle rekvirentordningen slik at pasientene får en både forsvarlig og effektiv tjeneste, tilpasset deres funksjonsnivå. Behandles attestasjon og opplysninger om funksjonsnivå bør kunne lagres og gjenbrukes både for å gi gode opplysninger om pasienters behov og for å bidra til en effektiv forvaltning av ordningen.
- utvikle regionale standarder/retningslinjer for venting på transport og samkjøring.
- videreutvikle nasjonalt rammeverk for å standardisere anbud og forvaltning av avtaler med transportleverandører.
- fortsette den digitale satsingen innen pasientreiseområdet, slik at tjenesten effektiviseres for både pasientene og helseforetakene.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Evalueringsvedtaket

Vedtaket nr. 616, 19. april 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:98 S (2017–2018), jf. Innst. 196 S (2017–2018). Det vises til omtale under vedtak 615. Vedtaket anses som fulgt opp.

Organisering av pasientreiseordningen

Vedtaket nr. 617, 19. april 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:98 S (2017–2018), jf. Innst. 196 S (2017–2018). Det vises til omtale under vedtak 615. Vedtaket anses som fulgt opp.

Drift av luftambulansetjenesten

Vedtaket nr. 861, 7. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dok. 224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

En ekspertgruppe har utredet framtidig drift av luftambulansetjenesten, jf. omtale i Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan. Ekspertgruppen leverte sin utredning i mars 2021. På bakgrunn av ekspertgruppens utredning og anbefalinger vil regjeringen i all hovedsak videreføre dagens modell, med noen justeringer.

En uavhengig ekspertgruppe ble oppnevnt i 2019 for å utrede framtidig drift av den operative delen av luftambulansetjenesten. Mandatet for ekspertgruppen var å gjennomgå erfaringene med operatørbytte, beskrive aktuelle modeller for framtidig drift av luftambulansetjenesten, samt å beskrive fordeler, ulemper og risiko ved de ulike modellene. Ekspertgruppen har i sitt arbeid lagt vekt på dialog med de involverte aktørene for å få belyst alle sider ved organiseringen av tjenesten. Ekspertgruppen avga sin rapport i mars 2021. Ekspertgruppen mener det er fordeler og ulemper ved alle modellene som ble utredet. Alle modellene er mulige og kan gi en god drift av tjenesten. Ekspertgruppen mener imidlertid at dagens modell med forbedringer, der operativ drift også i fremtiden blir ivaretatt av profesjonelle

luftfartsorganisasjoner etter anbudskonkurranse, er den beste løsningen for fremtiden.

Det legges til grunn at dagens modell videreføres, men at det gjøres endringer for å sikre videreføring av arbeids- og lønnsvilkår ved eventuelle operatørbytter. Dette vil bidra til å ivareta kompetanse og sikre kontinuitet i samarbeidsforhold som er opparbeidet over lang tid, redusere uro i forbindelse med anskaffelsesprosesser og operatørbytte, og slik bidra til å ivareta beredskap og flysikkerhet. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennom eierstyring av de regionale helseforetakene sikre at det blir arbeidet videre med forbedringer i anskaffelsesprosessene, samt at det stilles krav i kontraktene om gradvis overføring av baser og operatørbytte. Vedtaket anses med dette som fulgt opp.

Kosmetiske injeksjoner

Vedtaket nr. 839, 6. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av representantforslag Dokument 8:174 S (2017–2018) om et mer regulert marked for kosmetiske injeksjoner og innstilling fra helse- og omsorgskomiteen (Innst. 348 S (2017–2018)).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom Prop. 221 L (2020–2021) om endringer i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven med regulering av kosmetiske inngrep, injeksjoner og behandling. I proposisjonen foreslås det en aldersgrense på 18 år for å få utført kosmetiske inngrep, injeksjoner og behandling uten medisinsk eller odontologisk begrunnelse. Videre foreslås det endringer i helsepersonelloven som innebærer et kompetansekrav for å gjennomføre visse former for kosmetiske inngrep, injeksjoner og behandlinger slik at bare helsepersonell skal kunne utføre disse behandlingene dersom de kan påføre pasienten alvorlig skade, sykdom, komplikasjoner eller bivirkninger. I proposisjonen drøftes videre hvorvidt markedsføring av kosmetiske injeksjoner og bestilling og bruk i private hjem bør forbys, uten at departementet kommer frem

til at det ikke er grunnlag for et generelt forbud, men at det vil foretas enkelte presiseringer i forskrift.

Evaluering av systemet for nye metoder

Vedtaket nr. 294, 13. desember 2019

«Stortinget ber regjeringen å – i tråd med prioritingsmeldingen og de vedtatte målene for legemiddelpolitikken samt premissene i Prop. 55 L (2018–2019) – sørge for en evaluering av dagens organisering av og saksbehandling i systemet for nye metoder, med hensikt å videreutvikle et system for likeverdig og rask introduksjon av nye metoder i spesialisthelsetjenesten»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 55 L (2018–2019), jf. Innst. 93 L (2019–2020).

Helse- og omsorgskomiteen hadde i Innst. 11 S (2020–2021) merknad om at de ikke anser tiltaket for å være oppfylt før evaluering er gjennomført. I Innst. 580 S (2020–2021) merket Kontroll- og konstitusjonskomiteen at departementet har tildelt oppdrag om evaluering, og avventer fremleggelse av evalueringsrapporten før vedtaket kan kvitteres ut.

Helse- og omsorgsdepartementet inngikk høsten 2020 kontrakt med Proba Samfunnsanalyse om gjennomføring av evalueringen etter anbudskonkurranse. Frist for evalueringen er 31. oktober 2021. Vedtaket anses som fulgt opp.

Kompensasjon av donasjon av kjønnceller

Vedtaket 613, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen utarbeide retningslinjer ved kompensasjon av donasjon av kjønnceller, som reflekterer belastningen og tidsbruken for donor. Kompensasjonen settes på et moderat nivå, som ikke driver opp det generelle kompensasjonsnivået i nordiske land. Dokumenterte reiseutgifter dekkes i tillegg.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet utarbeidet retningslinjer for økonomisk kompensasjon til eggdonor og oppdatert retningslinjene for kompensasjon til sæddonor. Retningslinjene er inntatt i Helsedirektoratets oppdaterte rundskriv Assistert befruktning med donoregg og donorsæd.

Prioriteringsveileder for donasjon av egg

Vedtak 615, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen utforme en prioriteringsveileder for donasjon av egg, som i stor grad harmoniserer med prioriteringsveilederen for donasjon av sæd.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har oppdatert sitt rundskriv Assistert befruktning med donoregg og donorsæd.

NIPT tillatt å utføre i Norge for alle gravide

Vedtak 620, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Non-invasiv prenatal test (NIPT) blir tillatt å utføre i Norge for alle gravide kvinner.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Helse- og omsorgsdepartementet har ved vedtak 18. mars 2021 endret vilkårene for å bruke Non-invasive prenatal testing (NIPT) for påvisning av trisomi 13, 18 og 21, jf. bioteknologiloven § 4–2. Metoden kan etter dette tilbys alle gravide.

Godkjenningsordning for private aktører som vil tilby NIPT

Vedtak nr. 174, 3. desember 2020.

«Stortinget ber regjeringen innen 1. april få på plass en godkjenningsordning for private aktører som vil tilby NIPT, i tråd med føringene fra Stortingets flertall i Innst. 296 L (2019–2020).»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 1 (2020–2021), jf. Innst. 2 S (2020–2021). Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har etablert en godkjenningsordning for private virksomheter som ønsker å tilby NIPT. Søknadsskjema og informasjon om godkjenningsordningen er tilgjengelig på direktoratets hjemmeside.

Pasientomlastning på Skaidi

Vedtak nr. 178, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen vurdere løsninger for å stoppe pasientomlastning på Skaidi for pasientreiser mellom Alta og Hammerfest.»

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

Helse Nord RHF fikk i foretaksmøte juni 2019 i oppdrag å gjennomføre en pilot for personalbytte for strekningen Alta-Hammerfest. Helse Nord RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet kartlegge mulige løsninger for personalbytte. Konsekvenser for personell, pasientsikkerhet og beredskapen skal utredes. Tekniske løsninger som kan understøtte personalbytte skal utredes. Piloten ble avsluttet i 2020 og evalueres nå av Helsedirektoratet. Vedtaket anses som fulgt opp.

Beslutningsforum for nye metoder – beslutninger på tvers av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Vedtak nr. 994, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede hvordan Beslutningsforum for nye metoder kan ta best mulige beslutninger på tvers av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik at man sikrer gode samfunnsøkonomiske beslutninger.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:141 S (2020–2021), jf. Innst. 471 S (2020–2021). Vedtaket anses som utkvittert gjennom vurderinger i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering, vedtatte prinsipper for prioritering, samt forslag om videreføring og revidering av disse i Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Sistnevnte melding ligger nå til behandling i Stortinget.

Regjeringen la i 2015 fram Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjenesten – Melding om prioritering. Stortingets meldingen ga en beskrivelse av prinsippene for prioritering som omfatter, i tillegg til en beskrivelse av de tre prioriteringskriteriene, hvilken avveining det skal være mellom kriteriene og hvilke andre hensyn enn kriteriene det er relevant å legge vekt på i prioriteringsbeslutninger. Stortinget sluttet seg til meldingen, jf. Innst. 57 S (2016–2017).

Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering trakk opp følgende avgrensninger for hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger:

- Helseforbedringer for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte.
- All relevant ressursbruk i helsetjenesten skal så langt som mulig tas hensyn til.
- Konsekvenser for ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal tas hensyn til i metodevurderinger på gruppenivå.
- Det skal tas hensyn til pasientens tidsbruk knyttet til gjennomføring av helsehjelpen.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasientens fremtidige produktivitet skal ikke tillegges vekt.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasienters fremtidige forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner skal ikke tillegges vekt.

Disse rammene har siden ligget til grunn for prioriteringsbeslutninger i spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten. Det utvidede helsetjenesteperspektiv som ble lagt til grunn i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering innebærer at alle relevante helseeffekter og kostnader, for pasienten og i helsetjenesten, som enten oppstår som følge av, eller kan forventes å endres som følge av tiltaket som vurderes, skal inngå i vurderingen. Andre forhold skal ikke vektlegges i prioriteringsbeslutninger.

Det ble i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering understreket at tiltak som fremmer tilknytning til arbeidslivet kan ha stor betydning for den enkeltes helse. Helserelaterte livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid kan derfor inngå i nytte-vurderinger. Framtidig arbeidsevne og den framtidige verdiskapningen til en yrkesaktiv pasient skal imidlertid ikke inkluderes i grunnlaget for vurdering av et tiltaks nytte. Dette ville i så fall føre til at yrkesaktive ville prioriteres over uføre og at sykdommer overrepresentert hos personer med høy inntekt ville prioriteres over sykdommer overrepresentert hos personer med lav inntekt. Dette ville være i strid med verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten.

Helsehjelp kan også ha konsekvenser for pasientenes framtidige forbruk av offentlige tjenester

og stønader. En pasientgruppe som får økt sin forventede levetid på grunn av et nytt tiltak, kan i mange tilfeller forventes å få økt offentlig og privat konsum av varer og tjenester. Dagens prinsipper for prioritering slår fast at konsekvenser for pasienters framtidige forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner som følge av helsehjelp ikke skal tillegges vekt i prioriteringsbeslutninger. Mennesket har verdi i seg selv – menneskeverdet avhenger ikke av produksjonsevnen til den enkelte eller hvor mange andre tjenester eller ytelser fra det offentlige vedkommende mottar.

Regjeringen la før sommeren fram Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten for Stortinget. Regjeringen foreslår i meldingen gjennomgående prioriteringskriterier for hele helse- og omsorgstjenesten. Prinsippene for prioritering er tuftet på verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten. Det er bred enighet om dette verdigrunnlaget, og gjennom prinsippene for prioritering gir man verdiene i helse- og omsorgstjenesten et konkret uttrykk. Forslaget om å gjøre kriteriene gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten og forslagene i meldingen til konkrete endringer i kriteriene, endrer ikke avgrensningen som ble trukket opp i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger.

Departementet viser til at felles prioriteringskriterier i hele helse- og omsorgstjenesten kan bidra til å løse prioriteringsutfordringer mellom tjenestenivåene og understøtte økt samhandling. Felles prioriteringskriterier vil kunne bidra til en felles virkelighetsforståelse og gjøre det lettere å fatte beslutninger i fellesskap. Det vises til nærmere beskrivelser og vurderinger i kapittel 9 i Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten som nå ligger til behandling i Stortinget.

Produksjonskapasitet av legemidler og medisinsk utstyr

Vedtak nr. 578, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen utrede hvilken produksjonskapasitet som eksisterer i Norge, og hvilke essensielle legemidler og medisinsk utstyr som kan og bør produseres nasjonalt for å sikre forsyning og beredskap, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 7 (2019–2020), jf. Innst. 255 S (2019–2020). Vedtaket anses som fulgt opp gjennom Legemiddelverkets kartlegging av produksjonskapasitet for legemidler våren 2020. Som oppfølging av kartleggingen ble det kjøpt inn råstoff for å kunne kriseprodusere enkelte forsyningskritiske intensivlegemidler ved behov, samt igangsatt en mulighetsstudie for antibiotikaproduksjon i regi av Helsedirektoratet. I forbindelse med videre utredning av fremtidige beredskapslagre for legemidler skal det vurderes om det i særskilte tilfeller bør lagerføres enkelte virkestoff for kriseproduksjon, jf. omtale av vedtak nr. 575 av 14. mai 2020. Vedtaket er videre fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Dette gjelder åndrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir og operasjonsluer. Det er også igangsatt produksjon av desinfeksjonsmiddel. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Svangerskap – ultralyd med tilleggsundersøkelser

Vedtak 617, 26. mai 2020

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

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Vedtaket er fulgt opp gjennom bevilgningsforslag under kap. 732 i Prop. 1 S (2021–2022).

Aldersgrense tilbud om fosterdiagnostikk

Vedtak nr. 618, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at aldersgrensen for å få tilbud om fosterdiagnostikk senkes fra kvinner som er over 38 år ved termin, til kvinner som er over 35 år ved termin»

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

Vedtaket er fulgt gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2021 hvor de regionale helseforetakene er bedt om å forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan

gis fra høsten 2021. Nødvendige bevilgninger er gitt ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2021.

NIPT til alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk

Vedtak nr. 619, 26. mai 2020

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

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

Vedtaket er fulgt gjennom følgende oppdrag til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2021:

De regionale helseforetakene skal forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak.

Endringer i bioteknologiloven og vedtak om fostermedisinske undersøkelser – økonomiske konsekvenser

Vedtak nr. 622, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen innarbeide de økonomiske konsekvensene av endringene i bioteknologiloven i statsbudsjett for 2021.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Vedtaket er fulgt opp gjennom budsjettforslag i Prop. 1 S (2020–2021) og Prop. 195 S (2020–2021).

Helse- og omsorgsdepartementet har innarbeidet de økonomiske konsekvensene av endringene i bioteknologiloven og anmodningsvedtak gjennom bevilgningsforslag i Prop. 1 S (2020–2021), Prop. 195 S (2020–2021) og i budsjettforslaget for 2022 under kap. 732, post 70, 72–77 og kap. 2755, post 70 og 72. Samlet foreslås det 225 mill. kroner over ulike poster som følge av endringer i bioteknologiloven og anmodningsvedtak i 2022. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Med bakgrunn i anslag fra Helsedirektoratet ble det fremmet bevilgningsforslag i Prop. 1 S (2020–2021) tilsvarende 8,2 mill. kroner under kap. 732, kap. 740 og kap. 2790. Dette gjaldt assistert befruktning for enslige, kompensasjon til eggdonor og donorregister. I Prop. 195 S (2020–2021) ble det fremmet forslag tilsvarende 184 mill. kroner under kap. 732, kap. 858 og kap. 2755. Dette gjaldt tidlig ultralyd, fosterdiagnostikk med NIPT, kompetansehevende tiltak, utstyrs- og arealinvesteringer, rådgivende instans der legen er i tvil om omsorgsevnen til kvinnen eller paret som søker assistert befruktning og virkninger for primærhelsetjenesten.

Planlagt svangerskapsavbrudd på sykehus

Vedtak 712, 16. juni 2020

«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset, dersom kvinnen selv ønsker det.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:45 S (2019–2020), jf. Innst. 374 S (2019–2020).

Vedtaket er fulgt opp gjennom følgende oppdrag til de regionale helseforetakene for 2021:

De regionale helseforetakene skal sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.

Spontanabort – oppfølging fra helsepersonell

Vedtak 713, 16. juni 2020

«Stortinget ber regjeringen sikre at alle som gjennomgår en spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:45 S (2019–2020), jf. Innst. 374 S (2019–2020).

Vedtaket er fulgt opp gjennom følgende oppdrag til de regionale helseforetakene for 2021:

De regionale helseforetakene skal sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir

behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.

FoU-samarbeidet med legemiddelindustrien

Vedtak nr. 83, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen styrke FoU-samarbeidet med legemiddelindustrien, slik at offentlige forskningsmidler kan bidra til å øke mulighetene for deltakelse i kliniske studier for norske pasienter, samt bedre tilgangen på legemidler.»

Vedtaket er truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:98 S (2019–2020). Det vises til oppdrag til de regionale helseforetakene i 2021 om etablering av NorTrials, et gjensidig forpliktende partnerskap mellom spesialisthelsetjenesten og helsenæringen. Det vises til kap. 732, post 78. Anmodningsvedtaket anses som oppfylt.

Handlingsplan for lindrende behandling og omsorg

Vedtak nr. 91, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en egen forpliktende handlingsplan for lindrende behandling og omsorg og fremlegge den for Stortinget på egnet måte. Planen bør blant annet sikre:

- at sykehusene har en plan for å forhindre overbehandling mot livets slutt
- at helseforetakene har en plan for hvordan de i et samarbeid med kommunene kan forhindre uverdige transportert av pasienter i livets sluttfase
- at ingen som mottar hjelp fra helsetjenesten – i den grad det er mulig – skal dø alene eller være alene i livets sluttfase. Dette målet gjelder også i pandemier og tilsvarende kriser
- bedre samarbeid om den alvorlig syke pasienten ved at det opprettes samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus om felles utvikling og bruk av pasienttilpassede forløp innenfor palliasjon, og ved å involvere pasientorganisasjonene i arbeidet.
- en plan for å styrke kompetansen til å ivareta menneskers åndelige og eksistensielle behov, slik at pasienter og pårørende sikres helhetlig behandling og omsorg.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve, jf. Innst. 73 S (2020–2021). Vedtaket anses som oppfylt gjennom regjeringens omtale i Prop.

1 S (2021–2022), del III. De fem områdene Stortinget foreslår i ny handlingsplan er i all hovedsak en videreutvikling av innsatsområder og tiltak som allerede inngår i stortingsmeldingen. Innenfor de fem områdene finnes det nye og pågående tiltak, både som en del av stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg, og som en del av pågående arbeid i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å sikre en helhetlig oppfølging av Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg, der tiltakene ses i sammenheng, også på tvers av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har utarbeidet en plan for gjennomføring, og det tas sikte på at alle tiltak i stortingsmeldingen vil bli fulgt opp innen utgangen av 2023, inkludert anmodningsvedtakene som kom i forbindelse med behandlingen av meldingen. Helsedirektoratet vil orientere om framdrift og måloppnåelse gjennom egne årsrapporter til departementet hvert år.

Organiseringen av arbeidet involverer bredt fagmiljøet og relevante organisasjoner. Statsforvalterne skal følge opp meldingen regionalt. Oppfølgingen av stortingsmeldingen skal ses i sammenheng med oppfølgingen av øvrige satsinger innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet er å samordne de statlige initiativene overfor kommunene på helse- og omsorgsfeltet, og legge grunnlaget for en felles oppfølging av satsingene i både statlig og kommunal sektor.

Finansiering av palliative team i spesialisthelsetjenesten

Vedtak nr. 92, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen ta en gjennomgang av finansieringsordningen, slik at måten veiledning og ambulerende virksomhet finansieres på for spesialisthelsetjenestens palliative team, ikke blir et hinder for å oppnå gode oppfølgingsløp.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 24 (2019–2020), jf. Innst. 73 S (2020–2021). Vedtaket ble fulgt opp gjennom å gi Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere om finansieringsordningene understøtter ønsket kvalitet og faglig utvikling knyttet til veiledning og ambulerende virksomhet for spesialisthelsetjenestens palliative team. På

bakgrunn av Helsedirektoratets svar på oppdraget, tas det sikte på å gjøre enkelte endringer i regelverket for innsatsstyrt finansiering fra 2022.

Endringene innebærer bl.a. en generell økning av tilleggsrefusjonen for ambulante konsultasjoner innen ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF). Videre vil det gjøres tilpasninger i ISF-regelverket som åpner for tilleggsrefusjon ved hhv. palliativ dagbehandling og ved palliative tjenestetilbud til barn, selv om ordinære krav til organisering i palliative team ikke er oppfylt.

Veiledning knyttet til pasientbehandling gjennom samarbeidssamtaler og -møter teller med i ISF-beregningsgrunnlaget. Det foreslås ikke å gjøre endringer i ISF-regelverket knyttet til generelle veilednings- og oppfølgingsaktiviteter overfor kommuner. En form for aktivitetsbasert finansiering av aktiviteter som ikke kan knyttes til enkeltpersoner og rapporteres til Norsk pasientregister, vil falle utenfor ISF-ordningens formål og heller ikke være praktisk gjennomførbar. Et eventuelt eget rapporteringssystem for slike aktiviteter vurderes å være uforholdsmessig krevende å etablere og administrere for både helseforetakene og helseforvaltningen.

Departementet understreker at spesialisthelsetjenesten har en lovfestet veiledningsplikt overfor kommunene. Denne aktiviteten må prioriteres innenfor de gjeldende rammene til de regionale helseforetakene.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

NIPT-test til gravide

Vedtak nr. 177, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake i revidert nasjonalbudsjett med forslag om at gravide kan tilbys NIPT-test også i offentlig regi i løpet av 2021, i tråd med føringene fra Stortingets flertall i Innst. 296 L (2019–2020).»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 2 S (2020–2021). Vedtaket anses oppfylt ved at Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2021 har sagt at gravide med rett til fosterdiagnostikk høsten 2021 skal gis tilbud om NIPT, i tråd med Stortingets føringer. Nødvendige bevilgninger til formålet er gitt i revidert nasjonalbudsjett 2021.

Styrking av regionale barnepalliative team

Vedtak nr. 179, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen styrke de regionale barnepalliative teamene, for sikre at det gis et godt og likeverdig til barn og deres familier.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 2 S (2020–2021). Vedtaket anses som oppfylt ved at Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentet for 2021 har bedt de regionale helseforetakene sørge for et mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. Som oppfølging av Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020) er det presisert i Helse- og omsorgsdepartementets brev av 24. juni 2020 at tilleggsbevilgningen på 600 mill. kroner også skal gå til etablering av barnepalliative team.

Økt bruk av avtalespesialister i helseforetakene

Vedtak nr. 605, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for tiltak som kan bidra til økt bruk av avtalespesialister i helseforetakene, og informere Stortinget på egnet vis.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:147 S (2019–2020), jf. Innst. 205 S (2020–2021).

Departementet har arbeidet med ulike tiltak som skal bidra til økt bruk av avtalespesialister. Dette for å legge til rette for at avtalespesialistene skal være en fullverdig og integrert del av spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at de forskjellige aktørene i helsetjenesten samarbeider. Det er derfor nå inngått samarbeidsavtaler mellom avtalespesialistene og helseforetakene. Det er også kommet på plass en ordning der avtalespesialistene kan delta i utdanningen av nye spesialister. I motsetning til sykehusene kan ikke avtalespesialistene vurdere og tildele pasientrettigheter. Det har derfor vært arbeidet med ulike løsninger med sikte på å få dette på plass. Det ble varslet i Prop. 1 S (2017–2018) at det tas sikte på å gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av stortingsperioden. Det pågikk da et arbeid med å starte pilotprosjekter i tilknytning til rettighetsvurdering, med sikte på

videre bredding. Av ulike årsaker ble ingen av de prosjekterte pilotprosjektene startet. I 2020 ble derfor de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene enige om at avtalespesialister innen psykisk helsevern skal inngå i felles henvisningsmottak med sykehusenes poliklinikker. Etableringen av disse henvisningsmottakene vil gjøres trinnvis, men det er et mål at alle regioner skal etablere noen i løpet av 2021 og har en videre tydelig plan for slutføring av innføring i 2022. Innenfor somatiske fagområder vil det tas initiativ når nevnte etablering er fremskreden. I Prop. 1 S (2019–2020) ble det varslet at det tas sikte på å inkludere avtalespesialistene i ISF-ordningen. Dette vil innebære en avvikling av dagens trygdetakstfinansiering av disse behandlerne. En slik endring vil legge til rette for at avtalespesialistene kan tas bedre hensyn til ved planlegging av tilbudet til pasientene. Dette er et større arbeid som bl.a. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene må utføre, i samarbeid med profesjonsforeningene. Helsedirektoratets første leveranse forelå i juni 2021 og følges opp av departementet.

Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom de forskjellige utviklingsprosjekter departementet har initiert siden 2013.

Svangerskapsoppfølging for partner

Vedtak nr. 649, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at hurtigtester kan brukes på sykehusene slik at det legges bedre til rette for at partneren får være med på svangerskapsoppfølgingen og i fødsels- og barseltiden.»

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

Helsedirektoratet fikk den 17. februar i oppdrag å gi råd om hvilke smittevernstiltak som er nødvendige for å åpne for at partner er mer til stede, inkludert bruk av hurtigtester.

I sitt svar til Helse- og omsorgsdepartementet den 26. februar anbefalte Helsedirektoratet bruk av hurtigtester i situasjoner der det er nødvendig for å sikre partners mulighet til deltakelse før, under og etter fødsel. Det ble imidlertid ikke anbefalt hurtigtesting av alle partnere.

Folkehelseinstituttet uttalte senere i sine råd til spesialisthelsetjenesten at avdelingene må etablere rutiner for pre-triagering av partner/nærmeste pårørende. Når dette er på plass, anses antigen-hurtigtester, brukt som rutinemessig scree-

ning, å ha minimal tilleggsgevinst og anbefales derfor ikke.

Helsedirektoratet og FHI sine vurderinger ble meddelt de regionale helseforetakene i møte 3. mars. De regionale helseforetakene har fulgt opp anbefalingene overfor sine helseforetak.

Regelverket for pasientreiseordningen

Vedtak nr. 652, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig og innen 1. april 2021 fremme en sak for Stortinget om forenklinger og forbedringer i regelverket for pasientreiser og de regionale helseforetakenes organisering av tilbudet, jf. Stortingets anmodningsvedtak av 19. april 2018, jf. Innst. 196 S (2017–2018).»

Vedtak 652 og 653 ble truffet ved behandlingen av Dok. 8:13 S (2020–2021), jf. Innst. 218 S (2020–2021).

Det ble gitt en orientering om arbeidet med å følge opp vedtakene i Prop. 195 S (2020–2021). Vedtakene er fulgt opp i foretaksmøte i de regionale helseforetakene 15. juni 2021. Det tas sikte på å sende høringsnotat om revisjon av pasientreiseforskriften på offentlig høring høsten 2021. Vedtaket anses som fulgt opp.

Pasientreiseordningen og avtaler med taxiselskap

Vedtak 653, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen presisere de regionale helseforetakenes plikt til å yte pasienttransport og pålegge alle helseforetak å ha avtaler med taxiselskap slik at pasienter med rettigheter til å få dekket sin pasientreise ikke skal måtte legge ut for reisen selv.»

Vedtak 652 og 653 ble truffet ved behandlingen av Dok. 8:13 S (2020–2021), jf. Innst. 218 S (2020–2021). Det vises til omtalen under vedtak 652. Vedtaket anses som fulgt opp.

Irreversibelt steriliseringsinngrep i forbindelse med endring av kjønn

Vedtak nr. 699, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen påse at de som har måttet gjennomgå et irreversibelt steriliserings-

inngrep i forbindelse med endring av kjønn, får sakene sine grundig behandlet innenfor de generelle erstatningsordningene som i dag finnes.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:25 S (2020–2021), jf. Innst. 238 S (2020–2021).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom allerede eksisterende erstatningsordninger og gjennom de saksbehandlingsregler som der gjelder.

En person som mener seg utsatt for svikt ved behandling i helsetjenesten, kan søke om erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE). NPE er underlagt forvaltningslovens saksbehandlingsregler. Blant annet skal NPE påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

Det er en mulighet å søke om rettferdsvederlag fra Statens sivilrettsforvaltning. Rettferdsvederlagsordningen er Stortingets egen oppreisningsordning. Ordningen er ment å være en mulighet for å få en viss økonomisk kompensasjon for en skade eller ulempe man er blitt påført, og som man ikke har mulighet til å få dekket på annen måte.

Nedlegging av rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten

Vedtak nr. 707, 9. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:43 S (2020–2021), jf. Innst. 271 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp gjennom foretaksmøte med de regionale helseforetakene hvor foretaksmøtet vedtok at de regionale helseforetakene bes om å sikre at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.

Bruk av avtalespesialister innen psykisk helsevern

Vedtak nr. 709, 9. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at de regionale helseforetakene utvider bruken av avtalespesialister innen psykisk helsevern.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:47 S (2020–2021), jf. Innst. 261 S (2020–2021).

Ved årsskiftet 2020/21 ble det enighet mellom de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene om endringer i de inngåtte rammeavtalene, som legger til rette for at avtalespesialister innenfor psykisk helsevern skal ha plikt og rett til å vurdere og tildele pasientrettigheter. I foretaksmøter med de regionale helseforetakene 20. april 2021 ble det vist til de endrete rammeavtalene, og foretaksmøtet vedtok på denne bakgrunn følgende: «De regionale helseforetakene bes om å utvide bruken av avtalespesialister innen psykisk helsevern i lys av de endrede rammeavtalene.» Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom foretaksmøtets vedtak.

Lagre av essensielle legemidler

Vedtaket nr. 725, 11. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Norge skal ha lagre for minimum tre måneders forbruk av essensielle legemidler.»

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Salg av sykehusomtå på Ullevål

Vedtaket nr. 806, 20. april 2021

«Stortinget ber regjeringen ikke tillate salg av sykehusomtå på Ullevål, og avvente en eventuell salgsbeslutning til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehus tilbud ved Aker sykehus.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dok. 8:72 S (2020–2021), jf. Innst. 319 S (2020–2021).

Vedtaket 806, 807 og 808 er fulgt opp i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 15. juni 2021. Helse Sør-Øst RHF har opplyst at salg av Ullevål-tomten ikke vil skje før forprosjekt for etappe 2 av planene for Nye Oslo universitetssykehus gjennomføres. Det planlegges også for at bydelene i Groruddalen skal bli en del av opptaksområdet til Nye Aker

sykehus så raskt dette er forsvarlig. I foretaksmøtet 15. juni 2021 ble det presisert at den framskrevne sykehusaktiviteten skal legges til grunn for den videre planleggingen av Nye Oslo universitetssykehus. Vedtakene anses som fulgt opp.

Aker sykehus – fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen

Vedtaket nr. 807, 20. april 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at Aker sykehus snarest blir et fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen.»

Vedtaket 807 ble fattet under behandlingen av Dok. 8:72 S (2020–2021), jf. Innst. 319 S (2020–2021). Det vises til omtalen under vedtak 806. Vedtakene anses som fulgt opp.

Sykehusaktiviteten i Oslo

Vedtaket nr. 808, 20. april 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det ikke planlegges for en reduksjon i den fremskrevne sykehusaktiviteten i Oslo.»

Vedtaket 808 ble fattet under behandlingen av Dok. 8:72 S (2020–2021), jf. Innst. 319 S (2020–2021). Det vises til omtalen under vedtak 806. Vedtakene anses som fulgt opp.

Granheim lungesykehus

Vedtaket nr. 809, 20. april 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at tilbudet på Granheim lungesykehus som et minimum opprettholdes på samme nivå som i dag, inntil den bebudede evalueringen av behovet for rehabilitering og behandling for lungesyke i regionen er ferdig.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:84 S (2020–2021), jf. Innst. 318 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 15. juni 2021. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å sørge for at Sykehuset Innlandet HF følger opp Stortingets vedtak om at tilbudet på Granheim lungesykehus som et minimum opprettholdes som i dag, inntil den bebudede evalueringen av behovet for rehabilitering og behandling av lungesyke er ferdig. Foretaksmøtet merket seg

styrevedtaket i Sykehuset Innlandet HF i februar 2021 om å utsette prosessen med samlokalisering av tilbudet på Lillehammer sykehus og at en ny vurdering vil skje våren 2023. Styret vektla at faglige endringer i tråd med nasjonale føringer vil være viktige for behandling og oppfølging av pasienter med behov for spesialisert lungerehabilitering uavhengig av lokalisering. Vedtaket anses som fulgt opp.

Koronakommisjonen – sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene

Vedtak nr. 875, 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at Koronakommisjonen gjør en grundig vurdering av behovet for sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene og på den bakgrunn fremme anbefalinger om hvor mye kapasitet og bemanning bør økes for å gjøre sykehusene rustet til møte eventuelle kommende pandemier.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med debatten etter statsministerens redegjørelse om Koronakommisjonens rapport og regjeringens videre oppfølging av denne.

Den 12. mai 2021 ba regjeringen Koronakommisjonen om å gjøre en grundig vurdering av behovet for sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene, og på den bakgrunn fremme anbefalinger om hvor mye kapasitet og bemanning bør økes for å gjøre sykehusene rustet til å møte eventuelle kommende pandemier.

Beredskapsavtaler for norsk produksjon av legemidler

Vedtak nr. 963, 20. mai 2021

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

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

Det vises til omtale vedtak nr. 575 og 578 av 14. mai 2020. Ev. kriseproduksjon av legemidler må sees i sammenheng med andre tiltak for å ivareta forsyningssikkerheten, som utvidet beredskapslagring og internasjonalt samarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet skal vurdere om det i særskilte tilfel-

ler bør lagerføres enkelte virkestoff. Etter departementets syn ivaretar arbeidet intensjonen om å vurdere behov for produksjon av legemidler i ev. tilfeller der markedet ikke kan levere og andre iverksatte tiltak ikke er tilstrekkelig for å ivareta forsyningssikkerheten. Videre vises det til at regelverk for statsstøtte og for offentlige anskaffelser er gjeldende når helsetjenesten kjøper inn legemidler. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Pasienter med ALS – kliniske studier

Vedtak nr. 989, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at pasienter med ALS får mulighet til å kunne delta i kliniske behandlingsstudier og til å få vurdering hos Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:220 S (2020–2021), jf. Innst. 487 S (2020–2021).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom to tiltak. De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet 16. april d.å. i oppdrag å evaluere Ekspertpanelet og vurdere endringer i mandatet slik at dette fanger opp eventuelle behov for justeringer identifisert gjennom evalueringen, samt de føringer som ble gitt i interpellasjonsdebatten om at pasienter med ALS også bør omfattes av ordningen. Frist for oppdraget er innen utgangen av 2021.

Videre, og i forbindelse med Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021) og den økte bevilgningen til kjøp og bruk av nye medisiner og behandlingsmetoder gjennom klinisk utprøving for pasientgrupper over kap. 732, post 70, ble det i revidert oppdragsdokument for 2021 sagt at den økte bevilgningen skal knyttes til å finansiere nasjonale behovsidentifiserte studier som gir tilgang til klinisk utprøving av nye legemidler og andre behandlingsmetoder til blant annet behandling av hjernesykdommer som demens og ALS. Det vises til rapportering på vedtak nr. 990.

Forskning på sykdommer som rammer sentralnervesystemet

Vedtak nr. 990, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjering sørge for økt finansiering av klinisk forskning på alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet slik som ALS, MS og demens.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:220 S (2020–2021), jf. Innst. 487 S (2020–2021).

Det vises også til Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021) vedrørende økt bevilgning til kjøp og bruk av nye medisiner og behandlingsmetoder gjennom klinisk utprøving for pasientgrupper over kap. 732, post 70. Anmodningsvedtaket anses som oppfylt.

I revidert oppdragsdokument til de regionale helseforetakene vises det til at den økte bevilgningen skal knyttes til å finansiere nasjonale behovsidentifiserte studier som gir tilgang til klinisk utprøving av nye legemidler og andre behandlingsmetoder til prioriterte pasientgrupper. De prioriterte områdene med et svakt kunnskapsgrunnlag som det ble vist til var bruk av amfetamin som substitutt for behandling av personer med rusmiddelavhengighet, behandling av hjerne sykdommer som demens og ALS og bruk av genterapi for behandling av pasienter med sjeldne diagnoser og tilstander som uhelbredelig blodkreft, øyesykdommer, sjeldne immunsykdommer og alvorlige sykdommer som rammer barn. De regionale helseforetakene rapporterer på igangsatte studier i årlig melding for 2021.

Stamcellebehandling for MS-pasienter

Vedtak nr. 991, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen snarest foreslå tiltak for å sikre at et økt antall MS-pasienter får delta i klinisk utprøving av stamcellebehandling i Norge, og informere Stortinget på egnet måte.»

Vedtaket ble truffet under behandling av Dokument 8:221 S (2020–2021), jf. Innst. 483 S (2020–2021).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom revidert oppdragsdokument for 2021 der de regionale helseforetakene ble bedt om å sikre god informasjon til pasienter med MS om muligheten for å delta i klinisk utprøving av stamcellebehandling i Norge, og vurdere strategier for å øke antall pasienter som deltar i den pågående kliniske studien med stamcellebehandling i Norge.

Anbud på folketrygdfinansierte legemidler

Vedtak nr. 1344, 23. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede konsekvensene for pasienter av å innføre anbud på folketrygdfinansierte legemidler og de helseøkonomiske

gevinstene av legemidlene, og legge frem vurderingen for Stortinget på egnet måte. Anbud på folketrygdfinansierte legemidler iverksettes ikke før Stortinget har behandlet saken.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021).

En vurdering av helseøkonomiske gevinster inngår i metodevurderingen for hvert enkelt legemiddel. Metodevurderingen innebærer en samlet vurdering av om kostnadene ved å ta i bruk legemidlet står i et rimelig forhold til nytten, tatt i betraktning alvorlighetsgraden til den aktuelle tilstanden, jf. legemiddelforskriftens § 14–3 andre ledd. Utgangspunktet for en anbudskonkurranse på folketrygdfinansierte legemidler vil som hovedregel være at de preparatene som inngår er metodevurdert og innvilget forhåndsgodkjent refusjon (§ 2) på bestemte vilkår eller er funnet kostnadseffektive på vilkår som kontrolleres gjennom søknad om individuell stønad (§ 3), er kvalifisert for å delta i konkurransen. Videre fikk Legemiddelverket – som ledd i oppfølging av områdegjennomgangen – i oppdrag å gjennomføre en konsekvensvurdering av å innføre anbud på folketrygdfinansierte legemidler. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingen gjengitt under kap. 746, post 01.

Plan for rekruttering i helse- og omsorgstjenesten

Vedtak nr. 1348, 23. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2022 legge frem en plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere i årene fremover. Planen skal inneholde forslag til ulike tiltak som bidrar til rekruttering og sikrer nok kompetente hender og hoder i helse- og omsorgstjenestene.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021).

Planen presenteres i kap. 8 under del III. Anmodningsvedtaket anses som oppfylt.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Kunnskapsdepartementet har besluttet at Statistisk sentralbyrå (SSB) skal overta ansvaret for statistikk om forskning og innovasjon. Det vises til Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 285, post 52. Dette påvirker måling av ressursbruk til

forskning i helseforetakene, som hittil er gjennomført av NIFU for Helse- og omsorgsdepartementet. Det foreslås å overføre ansvaret for målingen til SSB, og 0,5 mill. kroner flyttes til Finansdepartementets kap. 1620, post 01 for dekning av kostnader til målingen.

Bevilgningen over posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. I 2020 og 2021 er bl.a. følgende prosjekter finansiert over posten:

- Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene
- Framskrivninger og analyser i helse- og omsorgstjenesten fra SSB
- Evaluering av system for Nye metoder
- Områdegjennomgang legemidler
- Utvalg som utreder kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv
- Ekspertgruppe som utreder operativ drift av luftambulansetjenesten

Post 70 Særskilte tilskudd

Hovedregelen er at basisbevilgningene til de regionale helseforetakene budsjetteres over postene 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70.

Følgende tiltak fra saldert budsjett 2021 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2022:

- 186,4 mill. kroner til rettsmedisinske fag
- 124,4 mill. kroner til drift av Krefregisteret
- 103,5 mill. kroner til persontilpasset medisin
- 102,6 mill. kroner til Helseplattformen – tilskudd til kommunene
- 61,3 mill. kroner til ambulanshelikopter i Kirkenes
- 41,1 mill. kroner til nasjonalt senter for e-helseforskning
- 38,4 mill. kroner til tilskudd til turnustjeneste
- 35,4 mill. kroner til medisinske undersøkelser i Statens barnehus
- 14,9 mill. kroner til kvinnehelseforskning
- 14,0 mill. kroner til bedre psykisk hjelp i barnevernet
- 11,0 mill. kroner til landsdekkende modell for organisering av rettspsykiatri
- 10,9 mill. kroner til anestesibemannede legebiler i Mjøsområdet og Grenlandsområdet
- 10,6 mill. kroner til tilskudd til sykestuene i Finnmark
- 6,7 mill. kroner til drift av Nye metoder
- 6,6 mill. kroner til å videreutvikle avansert hjemmesykehus for alvorlig syke barn i Helse Stavanger
- 5,2 mill. kroner til et pilotprosjekt med en avrusingsenhet i Bjørgvin fengsel

- 4,9 mill. kroner til økt kunnskap om behandling av personer med skadelig bruk av doping
- 4,3 mill. kroner til å videreutvikle avansert hjemmesykehus for barn i Helse Vest
- 3,9 mill. kroner til oppfølging av barn og unge med identifisert narkolepsi som mulig følge av influensavaksinen Pandemrix
- 3,3 mill. kroner til Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang
- 2,1 mill. kroner til monitorering og kunnskaps-spredning av Raskere tilbake
- 1,7 mill. kroner til Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling
- 1 mill. kroner til tematisk biobank for CFS/ME

Del 1 i spesialistutdanningen for leger og turnustjeneste for fysioterapeuter i sykehus

LIS1 (stillinger for leger i spesialisering) er starten på spesialistutdanningen for legene, med tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Stillingene utlyses sentralt gjennom en søknadsportal, mens tilsettingene gjøres lokalt i to årlige søknadsrunder. Det var 1275 søkere våren 2020 og 969 søkere høsten 2020 til de utlyste LIS1-stillingene.

Helsedirektoratet anslo i 2019 at det var behov for å øke antallet LIS1 stillinger med 200 fra 950 til 1 150 stillinger per år.

Det foreslås å øke bevilgningen med 15,5 mill. kroner for å øke antallet årlige LIS1-stillinger med 62 stillinger, med oppstart av 31 nye stillinger høsten 2022. Kombinert med tidligere økninger i antall utlyste LIS1-stillinger, vil antallet utlyste stillinger per år være i samsvar med det anslåtte behovet fra Helsedirektoratet på 200 nye stillinger når de nye stillingene er fullt ut faset inn fra 2023. Det foreslås at de 62 nye stillingene bindes til spesialitetene allmenntilleggsmedisin og psykiatri. Det begrunnes med at det er særlige rekrutteringsutfordringer knyttet til disse spesialitetene.

I statsbudsjettet for 2020 ble antallet LIS1-stillinger økt med 38 stillinger i Helse Nord RHF, 19 med oppstart høsten 2020 og resten fra våren 2021. Bevilgningen over kap. 732, post 70 foreslås økt med 4,15 mill. kroner til 57,8 mill. kroner knyttet til disse stillingene i 2022.

I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 127 S (2019–2020) ble det som følge av økt behov for leger i forbindelse med koronapandemien, opprettet 100 midlertidige LIS1-stillinger med oppstart høsten 2020. Bevilgningen på 100 mill. kroner knyttet til disse stillingene videreføres derfor ikke i 2022.

I statsbudsjettet for 2021 ble bevilgningen over kap. 732, post 70 økt med 26 mill. kroner for å opprette 100 nye permanente LIS1-stillinger, hvorav 50 stillinger startet høsten 2021 og resterende stillinger lyses ut våren 2022. Bevilgningen over kap. 732, post 70 foreslås økt med 111,5 mill. kroner til disse stillingene i 2022.

Samlet innebærer tidligere og foreslått økning i LIS1-stillinger at det fra våren 2023 vil bli utlyst 1 150 LIS1-stillinger tilgjengelig per år. Det vises også til omtale under kap. 783, post 61.

Fysioterapeutenes turnustjeneste er seks måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å kvalifisere til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. I 2020 var det 330 kandidater, mens det i 2021 er 340 fysioterapeuter i turnustjeneste. For 2022 er det estimert et behov for om lag 350 turnusplasser, men dette kan øke som følge av søkere med utdanning fra utlandet.

Det ytes et årlig tilskudd per turnusplass for fysioterapeuter og de opprinnelige 950 LIS1-stillingene på om lag 28 500 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private oppreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med. Hoveddelen av kostnadene dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, postene 72–75). Det årlige tilskuddet kommer i tillegg og skal kompensere for tilrettelegging, veiledning og supervisjon av kandidatene. Det foreslås et tilskudd på 38,4 mill. kroner i 2022 som fordeles mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2022.

Nasjonalt program for screening av tarmkreft

Regjeringen vil innføre et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft, og programmet skal være landsdekkende innen 2024, jf. Prop. 1 S (2017–2018). Tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år. Screeningprogrammet skal baseres på undersøkelse av blod i avføringen (iFOBT) med gradvis overgang til kikkertundersøkelse av tarmen (koloskopi). For koloskopi gjøres undersøkelsen en gang i livet, mens for iFOBT gjøres undersøkelsen hvert annet år i en periode på 10 år.

Et pilotprosjekt ble gjennomført i to helseforetak i Helse Sør-Øst i 2012–2019. Erfaringene fra piloten ble brukt i planleggingen av hvordan et nasjonalt screeningprogram kan organiseres. Det ble i 2018 etablert et interregionalt prosjekt med en styringsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Det var opprinnelig planlagt at første invita-

sjon skulle sendes ut i 2019. Det har imidlertid blitt nødvendig å forskyve denne milepelen, grunnet utfordringer med planlegging og utviklingstid for IKT-system for det nasjonale programmet. Første invitasjon til deltakere i programmet forventes å kunne sendes ut i løpet av første halvdel av 2022. Regjeringen vurderer at det fortsatt kan planlegges for etablering av et landsdekkende tilbud innen utløpet av 2024.

Det foreslås en bevilgning på 157,1 mill. kroner i 2022.

Livmorhalscreening

Livmorhalskreft rammer om lag 400 kvinner årlig, og en stor andel er yngre kvinner. Over halvparten av livmorhalskrefttilfellene diagnostisert i Norge er blant kvinner som ikke har tatt livmorhalsprøver som anbefalt. I tillegg får de som aldri eller sjelden gjennomgår screening oftere påvist livmorhalskreft på et høyere stadium enn de som undersøker seg som anbefalt. Målet med å innføre hjemmetest er at deltakelsen i Livmorhalsprogrammet skal øke og at færre kvinner på sikt skal utvikle livmorhalskreft. Deltakelsen i det norske Livmorhalsprogrammet ligger i dag på 70 pst. Det er ønskelig å øke denne til minst 80 pst.

En ny norsk studie viser at tilbud om hjemmetest til denne gruppen fører til økt deltakelse, avdekker et betydelig antall forstadier til kreft, og kreft som ikke ville blitt avdekket ved ordinær påminnelse om å ta screeningprøve hos lege.

Helsedirektoratet foreslår at hjemmetest implementeres i regi av Kreftregisteret, og det planlegges å starte med en utviklingsperiode fra 2021 til 2022 og en implementeringsperiode fra 2023 til 2027. Det første implementeringsåret planlegges det å invitere kvinner som ikke har deltatt i screening på mer enn 10 år ved å sende de en hjemmetest i posten. Etter at implementeringen har vart i ett år, planlegges det at kvinner som ikke har deltatt i screening på mer enn 8 til 9 år inkluderes ved å få tilbud om å bestille en hjemmetest.

Det foreslås 20,5 mill. kroner i 2022 for å dekke oppstarts- og utviklingskostnader. Midlene skal dekke økte driftsutgifter for Kreftregisteret, IKT-utvikling samt investeringskostnader i laboratorium.

Helseplattformen – tilskudd til kommunene

Det er etablert en tilskuddsordning for Helseplattformen i Midt-Norge for å legge til rette for deltakelse fra kommuner og fastleger i Midt-Norge,

slik at Helse Midt-Norge og kommunene som går inn i prosjektet avlastes for risiko knyttet til manglende deltakelse. Tilskuddet skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen.

Ved behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020) ble tilskuddsrammen satt til 601 mill. 2019-kroner. Tilskuddet inkluderer ikke Trondheim kommune, som gikk inn i prosjektet høsten 2019 og ikke har behov for statlig mellomfinansiering gjennom tilskuddsordningen.

Det foreslås et tilskudd på 102,6 mill. kroner i 2022.

Persontilpasset medisin

Det ble i 2021 tildelt 101,3 mill. kroner til etablering av infrastruktur for presisjonsdiagnostikk, utredning og etablering av et nasjonalt genomsenter med tilhørende registerløsninger, finansiering av det nasjonale kompetansenettverket for persontilpasset medisin og sekvenseringsutstyr i helseforetakene. Infrastrukturen for genetisk presisjonsdiagnostikk skal omfatte sjeldne diagnoser, jf. Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser. Det foreslås å videreføre tilskuddet i 2022. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2017–2021) forlenges ut 2022. Strategien revideres i 2022.

Heroinassistert behandling

Et femårig forsøk med heroinassistert behandling ble igangsatt i 2020. Det skal etableres tilbud i Oslo og i Bergen for opptil 300 opiatavhengige gjennom egne klinikker med god helse- og sosialfaglig bemanning. Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) fikk i 2020 i oppgave å lede følgeevalueringen av forsøket, som skal følge det kliniske prosjektet så lenge prøveprosjektet varer. Tilskuddet foreslås økt med 21,2 mill. kroner i 2022. Samlet foreslås det et tilskudd på 55 mill. kroner i 2022 til videreføring av forsøket, der 36,7 mill. kroner fordeles til Helse Sør-Øst RHF og 18,3 mill. kroner til Helse Vest RHF. I tillegg tildeles Helsedirektoratet 5 mill. kroner til følgeevalueringen, jf. omtale under kap. 734, post 21.

Innføring av tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide

Helse Sør-Øst RHF har anslått årlige kostnader tilsvarende 15,3 mill. kroner i kompetansehevende tiltak (frikjøp) for personellet som må øke sin kompetanse for å tilby tidlig ultralyd til gravide. Helse- og omsorgsdepartementet anslår at de øvrige tre regionale helseforetakene samlet vil ha

et tilsvarende bevilgningsbehov. Helse Sør-Øst RHF har anslått et investeringsbehov tilsvarende 20,6 mill. kroner for å tilrettelegge eksisterende lokaler. Videre må det etablerte etterutdannings-tilbudet i ultralyd ved NTNU styrkes med 4,5 mill. kroner. Samlet innebærer dette en økt kostnad tilsvarende 55,7 mill. kroner som foreslås bevilget på kap. 732, post 70.

Tverrfaglig helsekartlegging

Det foreslås å øke bevilgningen med 13,5 mill. kroner for å videreføre helsesatsingen i barnevernet. Helsekartlegging i barnevernet er under oppstart og skal videre utvikles i 2022. Kartleggingen er organisatorisk forankret i Bufetat, men utføres i samarbeid med helsetjenesten, primært spesialisthelsetjenesten. Midlene til de regionale helseforetakene skal fordeles mellom regionene når det er avklart hvor nye kartleggingsteam skal etableres i 2022. Det vises også til omtale av helsesatsingen i barnevernet under kap. 765, post 21.

Tromsøbasen

Stortinget har i tråd med Prop. 85 S (2020–2021) vedtatt etablering av en ny redningshelikopterbase i Tromsø. Tjenesten på Tromsøbasen skal ha god kvalitet, med krav om 98 pst. tilgjengelighet, døgnkontinuerlig tilstedevakt og 15 minutters beredskap. Det legges til grunn at døgnkontinuerlig medisinsk tilstedevakt betjenes av personell fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Det foreslås derfor en bevilgning til Helse Nord RHF på 4,9 mill. kroner i 2022 (halvårseffekt) til kompensasjon for merutgifter ved innføring av tilstedevakt for lege.

Ressursteam ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

Noen innsatte har helt spesielle behov pga. sin psykiske helse. I 2020 ble det etablert en egen nasjonal forsterket fellesskapsavdeling for denne gruppen ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Avdelingen skal bidra til å forebygge og hindre langvarig isolasjon for mannlige innsatte med alvorlige psykiske lidelser. I Prop. 1 S (2020–2021) foreslo regjeringen å etablere et tilsvarende nasjonalt tilbud for kvinner gjennom etablering av et ressursteam ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, med oppstart andre halvår 2021. For 2022 foreslås det å gjøre dette til en permanent ordning. Det foreslås å øke bevilgningen med 1,8 mill. kroner, slik at det samlede tilskuddet i 2022 utgjør 3,6 mill. kroner (helårsvirkning). Mid-

lene skal gå til helsefaglig bemanning med særlig kompetanse innen sikkerhetspsykiatri i Helse Sør-Øst RHF.

Post 71 Resultatbasert finansiering

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene ble innført i 2014. Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet til de regionale helseforetakene gjøres avhengig av måloppnåelse på utvalgte kvalitetsindikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 viste regjeringen til at ordningen har bidratt til økt oppmerksomhet rundt kvalitetsforbedring i tjenesten. Inntrykket er likevel at ordningen i begrenset grad har påvirket resultatene i tjenesten. Indikatorene er for mange og sammenhengen knyttet til atferd hos ledere og personell er ikke sterk nok. Regjeringen varslet derfor at den ønsker å målrette ordningen i større grad gjennom å redusere antall indikatorer i ordningen, og knytte dem tettere til de mest sentrale målene for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig samhandling og digitalisering.

Helsedirektoratet har utredet en videreutvikling av modellen, i tråd med føringene fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Det er lagt til grunn at formålet med modellen endres fra et mål om overordnet fokus på kvalitetsarbeid til mer målrettet stimulans til ønsket tjenesteutvikling. På bakgrunn av Helsedirektoratets utredning, foreslås det at den nye modellen inkluderer følgende 7 indikatorer:

- Andel video- og telefonkonsultasjoner
- Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
- Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- Andel pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling
- Andel pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team)
- Andelen schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan
- Andel epikriser sendt innen en dag

Det er satt måltall for de ulike indikatorene. Videre vektet de noe ulikt, ut fra antall observasjoner.

Departementet foreslår at den nye modellen innføres fra 2022. Videre foreslås det at navnet endres fra Kvalitetsbasert finansiering til Resultatbasert finansiering, siden den nye modellen har et noe endret formål. Beløpet som fordeles gjennom ordningen foreslås videreført. Det innebærer at et større beløp blir knyttet til hver enkelt indikator, siden nåværende modell inkluderer om lag 40 indikatorer.

Med de foreslåtte indikatorene i ny modell er det mulig å redusere tidsetterslepet mellom resultater og utbetaling. I dagens modell er det resultater fra 2018 og 2019 som ligger til grunn for 2021-fordelingen. Med de nye indikatorene kan data for 1. tertial 2021 brukes til å beregne fordelingen for 2022. Departementet foreslår at det gjennomføres en avregning ifm. revidert nasjonalbudsjett, der data for hele foregående år benyttes. Det vil gi en sterkere kobling mellom endring i resultat og belønning enn i dagens modell. Det foreslås ikke å kompensere de regionale helseforetakene for ev. omfordelingseffekter som følger av overgang til ny modell. Det ble heller ikke gjort da kvalitetsbasert finansiering ble innført i 2014.

Helsedirektoratet publiserer årlig regelverk for ordningen. Fordelingen for 2022 følger av tabell 4.1.

Tabell 4.1 Fordeling av tilskuddet til resultatbasert finansiering (mill. kr)

	Fordeling 2022	Fordeling 2021	Endring fra 2021 til 2022	Endring fra 2021 til 2022 i pst.	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst RHF	297,8	311,4	-13,6	-4,4 %	-20,5
Helse Vest RHF	117,3	91,8	25,5	27,8 %	4,6
Helse Midt-Norge RHF	107,3	104,9	2,4	2,3 %	22,9
Helse Nord RHF	67,9	69,5	-1,6	-2,3 %	-7,0
Sum	590,3	577,7	12,6	2,2 %	0

Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF øker sine inntekter gjennom resultatbasert finansiering i 2022, sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. De får hhv. 4,6 mill. kroner og 22,9 mill. kroner i økte inntekter. Helse Vest har jevnt over høy måloppnåelse på alle indikatorene. Helse Midt-Norge har jevnt over høy måloppnåelse, med unntak av en indikator som trekker ned. Helse Sør-Øst og Helse Nord hhv. 20,5 mill. kroner og 7 mill. kroner i reduserte inntekter sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. Helse Sør-Øst har jevnt over middels måloppnåelse, men har ingen resultater som drar opp totalbeløpet. Helse Nord gjør det jevnt over godt, men har en relativt lav måloppnåelse på indikatoren andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan. Dette trekker totalbeløpet noe ned.

Post 72–75 Basisbevilgning til regionale helseforetak

Basisbevilgningen fra staten til de regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Det er etablert et inntektssystem som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst RHF (post 72), Helse Vest RHF (post 73), Helse Midt-Norge RHF (post 74) og Helse Nord RHF (post 75). Nedenfor følger enkeltforslag med bevilgningsmessige konsekvenser samt forslag til modell for fordeling av basisbevilgningene mellom de fire regionale helseforetakene i 2022.

Aktivitetsvekst på om lag 1,4 pst.

Den foreslåtte aktivitetsveksten på 1 497 mill. kroner legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,4 pst. fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner. I tråd med etablert praksis fra 2008 er det da lagt til grunn at den økte aktiviteten kan realiseres til 80 pst. av gjennomsnittlig behandlingsskostnad.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. De regionale helseforetakene har ansvar for utredning og diagnostisering av pasienter som får langvarige, komplekse og sammensatte symptomer etter akuttforløpet av covid-19 i senfølgeklinikker. Tilbudet for rehabilitering etter covid-19 skal følge de nasjonale faglige

rådene og nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19-sykdom. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer at den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,2 pst. i 2022.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering legges det til rette for en vekst på om lag 1,3 pst. fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på om lag 2,7 pst. neste år.

Av den foreslåtte aktivitetsveksten på 1 497 mill. kroner, tildeles 1 003,3 mill. kroner på basisbevilgningene. Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2022 med 1 003,3 mill. kroner med følgende fordeling:

- 540,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 191,6 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 143,5 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 127,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Fritt behandlingsvalg

Fritt behandlingsvalgreformen ble innført i 2015 og er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Reformen består av tre elementer som gjensidig forsterker hverandre:

- En rett for pasientene til å velge seg til godkjente private aktører, om de har rett på behandling
- At mer ledig kapasitet hos private skal kjøpes gjennom anbud
- Fjerning av aktivitetstaket for offentlige sykehus

Ordnningen omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt enkelte somatiske tjenester og rehabiliteringstjenester. Siden innføring av ordningen i 2015 til første tertial 2021 har nesten 60 000 pasienter fått behandling gjennom ordningen. Det er om lag 90 godkjente private leverandører. I 2020 ble det utbetalt om lag 385 mill. kroner knyttet til pasientbehandling omfattet av ordningen. I første tertial 2021 ble det utbetalt om lag 153 mill. kroner.

I forbindelse med etableringen av ordningen ble det bevilget 10 mill. kroner til gjennomføring av en forskningsbasert følgeevaluering av fritt

behandlingsvalg i regi av Forskningsrådet. Evalueringsrapporten ble lansert i august 2021. Det vises til kap. 780, post 50 for en nærmere omtale av evalueringen.

Pensjon

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 14 200 mill. kroner. Dette er 1 100 mill. kroner høyere enn bevilgningsnivået ved Saldert budsjett for 2021, vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2020–2021). Økningen foreslås fordelt på følgende måte:

- 592,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 208,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 157,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 141,0 mill. kroner til kap. 732, post 75

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene

Finansieringsansvaret for enkelte legemidler til behandling av MS, narkolepsi, immunsvikt og sjeldne sykdommer ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene 1. februar 2021, jf. Prop. 1 S (2020–2021) og Stortingets innstilling til denne. I 2022 vil helseforetakene få helårskostnader for legemidlene. Det foreslås å flytte 7 mill. kroner fra folketrygdens kap. 2751, post 70 til hhv. kap. 732, post 72-75 og kap. 732, post 80 som følge av dette. Av disse legges 5,6 mill. kroner på de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det kan være aktuelt å overføre finansieringsansvaret for enkelte andre legemidler til de regionale helseforetakene i løpet av annet halvår 2022. Dette gjelder blant annet legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner og parenteral ernæring. Helsedirektoratet vil utrede og sende på høring forslag om overføring av aktuelle legemidler. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med ev. forslag om legemidler og beløp som skal overføres.

Det vises til omtale under kap. 732, post 80 og kap. 2751, post 70.

Endringer i bioteknologiloven og vedtak om fostermedisinske undersøkelser

Det foreslås å øke basisbevilgningene til de regionale helseforetakene med 70,9 mill. kroner til oppfølging av anmodningsvedtak og lovendringer i bioteknologiloven. Dette gjelder tidlig ultralyd, endret aldersgrense for fosterdiagnostikk inklusiv NIPT og andre kostnader som tilkommer på sykehusene i tilknytning til å etablere og tilby assistert befruktning med eggdonasjon. Samlet foreslås det 225 mill. kroner over ulike poster som følge av endringer i bioteknologiloven og anmodningsvedtak i 2022. Det vises også til omtale og bevilgningsforslag under kap. 732, post 70, 76 og 77 og kap. 2755, post 70 og 72. Det vises også til omtale av anmodningsvedtak 622, 26. mai 2020. Midlene på 70,9 mill. kroner foreslås fordelt slik:

- 38,2 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 13,5 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 10,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 9 mill. kroner til kap. 732, post 75

Innføring av betaling for nasjonale e-helseløsninger og nettløsning

Bevilgningen foreslås økt med 263,6 mill. kroner som kompensasjon for innføring av betaling for nasjonale e-helseløsninger. Beløpet inkluderer også 13,6 mill. kroner som gjelder felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Kompensasjonen er en oppfølging av forslaget til endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger) som legges fram sammen med statsbudsjettet. Forslaget inkluderer en hjemmel for å kunne pålegge virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester betaling for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger. Bevilgningen fordeles slik:

- 142,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 50,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 37,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 33,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Tolkeloven

I forbindelse med tolkeloven som trer i kraft fra 1. januar 2022 styrkes bevilgningen med 3,6 mill. kroner fordelt slik:

- 1,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

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 lovbrutere. Ansvar for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge RHF.

Finansieringen av ordningen ble lagt om i 2020 og det ble innført en egenandel på 20 pst. for de regionale helseforetakene for å stimulere til økt kostnadskontroll. Øvrige utgifter til ordningen finansieres over kap. 734, post 71 og utbetales til Helse Midt-Norge RHF som har det økonomiske og faglige ansvaret for ordningen. Helse Midt-Norge RHF fakturerer de regionale helseforetakene for 20 pst. av utgiftene til pasienter basert på bostedsregion. Det vises til forslag for 2022 under kap. 734, post 71.

NTT – Nasjonalt tverrfaglig team for diagnostisering og identifisering av døvblindhet

Det foreslås å flytte 0,6 mill. kroner knyttet til Nasjonalt tverrfaglig team for diagnostisering og identifisering av døvblindhet (NTT) fra kap. 732, post 72 til kap. 732 post 75, da Helse Nord RHF etter avtale med Helse Sør-Øst RHF har overtatt ansvaret for NTT.

Ny inntektsmodell for regionale helseforetak

Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene over kap. 732, postene 72–75 fordeles gjennom en inntektsmodell. Modellen tar hensyn til regionale forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester og forskjeller i kostnader ved å yte spesialisthelsetjenester, slik det også er i inntektssystemet for kommunesektoren.

Regjeringen foreslo i Prop. 1 S (2020–2021) å innføre ny inntektsfordelingsmodell for de regionale helseforetakene. Videre ble det foreslått å innføre den nye modellen over to år gjennom inntektsvekst i 2021 og 2022. Stortinget sluttet seg til regjeringens forslag, jf. Innst. 11 S (2020–2021). Den nye modellen bygger på forslaget i NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak. Den tidligere modellen ble innført i 2009 og 2010, jf. Stortingets behandling av bud-

sjettforslaget for 2009. Det vises til Prop. 1 S (2020–2021) for en beskrivelse av den nye inntektsmodellen.

Samlet omfordeling av ny inntektsmodell ble beregnet med utgangspunkt i Saldert budsjett 2020 omregnet i 2021-kroner og korrigert for oppgaveendringer. I budsjettforslaget for 2021 ble det foreslått at ny inntektsmodell skal innføres gjennom inntektsvekst i basisbevilgningene på 324,6 mill. kroner i 2021 og 2022.

I tråd med dette ble bevilgningen økt med 175 mill. kroner i 2021. For å fullføre overgangen til ny modell gjennom inntektsvekst i 2022 foreslås det å øke bevilgningen med ytterligere 150 mill. kroner, slik at samlet beløp for å dekke omfordelingseffektene utgjør 325 mill. kroner. Fordelingen av midlene til innføring av ny modell i 2021 og 2022 fremgår av tabell 4.2.

Oppdatering av befolkningstall og andre kriterieverdier i modellen medfører på vanlig måte omfordeling mellom de regionale helseforetakene fra 2021 til 2022. Denne omfordelingen kommer i tillegg til effekten av å implementere den nye inntektsmodellen som ble beregnet til 324,6 mill. kroner i budsjettforslaget for 2021. Det er en tilsiktet og ønsket virkning av en inntektsmodell som tar hensyn til endringer i befolkningen og helse- og sosiale kriterier som har betydning for behovet for spesialisthelsetjenester. For 2022 innebærer oppdatering av kriterieverdiene at Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF isolert sett får redusert sine basisbevilgninger mens Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF får økt sine basisbevilgninger. Departementet viser til at forslaget til generell aktivitetsvekst på om lag 1,4 pst. over Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner innebærer at også Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF får økt sin basisbevilgning fra 2021 til 2022, korrigert for oppgaveendringer og pris- og lønnsvekst.

Det er Helse Nord RHF som får redusert sin basisbevilgning mest som følge av oppdatering av kriterieverdiene i modellen, både i absolutt og relativt nivå. Hovedgrunnen til dette er at Helse Nord har befolkningsnedgang fra 2020 til 2021, mens de tre øvrige regionene har befolkningsvekst. Samtidig mottar Helse Nord RHF høyest andel av basisbevilgningen per innbygger.

Fordelingsnøkkelen for fordeling av basisbevilgning mellom de regionale helseforetakene i 2022 fremgår av tabell 4.3.

Tabell 4.2 Omfordeling gjennom inntektsvekst over to år (mill. kroner)

	Omfordeling inntektsvekst i 2021	Forslag til omfordeling gjennom inntektsvekst i 2022	Sum
Helse Sør-Øst RHF	15,6	80,9	96,5
Helse Vest RHF	157,1	28,6	185,7
Helse Midt-Norge RHF	2,3	21,5	23,8
Helse Nord RHF	0	19,0	19,0
Sum	175,0	150,0	325,0

Tabell 4.3 Fordelingsnøkkel basisbevilgning 2022

Helse Sør-Øst RHF	0,5391
Helse Vest RHF	0,1910
Helse Midt-Norge RHF	0,1430
Helse Nord RHF	0,1269
Sum	1,0000

Post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2020 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 61 150,3 mill. kroner.

Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2020 vises det til Del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 21 660,1 mill. kroner.

Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2020 vises det til Del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 16 222,1 mill. kroner.

Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2020 vises det til Del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 14 387,4 mill. kroner.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Videre skal ordningen stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering. Arbeidet utføres i dialog med de regionale helseforetakene.

Det foreslås å øke bevilgningen med 27,9 mill. kroner til helårseffekt av oppfølging av endringer i bioteknologiloven og anmodningsvedtak i de regionale helseforetakene. Det vises til omtale under kap. 732, post 72–75.

Nærmere om ISF-ordningen

Innsatsstyrt finansiering (ISF) omfatter somatisk spesialisthelsetjeneste, både innleggelser, poliklinisk utredning og -behandling, samt pasientbehandling utenfor sykehus, herunder pasientadministrert legemiddelbehandling. I tillegg ble den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psy-

kisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen fra 2017.

ISF er rettet mot de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har egne modeller for fordeling av inntektene til det enkelte helseforetak, basert på lokal kunnskap om sykehus, pasientsammensetning og kostnadsstrukturen ved disse.

ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten. ISF utvikles for at ordningen skal understøtte sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på. De seneste årene har det vært lagt vekt på at ordningen gjøres mer nøytral med tanke på hvilke personellgrupper som utfører behandling, hvor behandlingen finner sted, og hvordan pasientforløpene organiseres. Finansieringen bør i størst mulig grad være arena-, teknologi- og helsepersonellnøytral når det er snakk om likeverdig tjenesteinnhold. Dette skal bl.a. bidra til mer effektiv utnyttelse av personellressurser i sykehus og at tjenes-

ter i større grad flyttes hjem til pasienten ved bruk av teknologi.

Utvikling av ISF skal bidra til at finansieringsordningen avspeiler og understøtter medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan imidlertid komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Disse hensynene må veies mot hverandre. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig, og det vil ikke være mulig å være a jour til enhver tid.

Innsatsstyrt finansiering bygger på DRG-systemet, jf. boks 4.5. ISF-andelen er 50 pst. innenfor somatikken. Det innebærer at refusjonene i gjennomsnitt er ment å dekke 50 pst. av driftskostnadene knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. De øvrige kostnadene skal dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, postene 72–75. Innenfor hver enkelt pasientgruppe kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon.

Boks 4.5 Diagnoserelaterte grupper (DRG), særtjenestegrupper (STG) og tjenesteforløpsgrupper (TFG)

DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. STG-systemet er etablert for å hensynta aktivitet som faller utenfor rammen av tradisjonelle konsultasjoner og innleggelser, som for eksempel pasientadministrert legemiddelbehandling og ulike former for medisinsk avstandsoppfølging. Fra 2019 er det også etablert tjenesteforløpsgrupper (TFG) i spesialisthelsetjenesten for utvalgte fagområder. Dette innebærer at aktiviteten måles og finansieres i et forløpsperspektiv. Det er i 2021 om lag 980 diagnoserelaterte grupper, 45 særtjenestegrupper og syv tjenesteforløpsgrupper. Målsettingen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasienter medisinsk og ressursmessig. Inndelingen i grupper bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 9000 prosedyre- eller tiltakskoder. Systemet innebærer en betydelig skjematisk forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende

enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt gruppe har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten.

Utbetaling til de regionale helseforetakene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- Antall behandlinger
- Gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- Enhetspris
- ISF-andel

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall ISF-poeng. Antallet ISF-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med tilhørende kostnadsvekt. Utbetalingene gjennom ISF skal baseres på reell aktivitet basert på rapportering av aktivitet til Norsk pasientregister (NPR). Helsedirektoratet forvalter ISF-ordningen og følger opp at endringene i ISF reflekterer faktisk aktivitetsutvikling i sektoren. Det kan justeres for utilsiktede endringer gjennom kontrollarbeid og gjennom justering av enhetsprisen.

Regelverket for innsatsstyrt finansiering beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. Helsedirektoratet publiserer regelverket og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

Regjeringen vil legge til rette for at lege- og psykologspesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister) skal være en fullverdig og integrert del av spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene utfører om lag 25 pst. av den samlede polikliniske aktiviteten og utgjør en stor og effektiv ressurs. I Prop. 1 S (2019–2020) ble det varslet at det tas sikte på å inkludere avtalespesialistene i ISF-ordningen. Dette vil innebære en avvikling av dagens trygdetakstfinansiering av disse behandlerne. En slik endring vil legge til rette for at avtalespesialistene kan tas bedre hensyn til ved planlegging av tilbudet til pasientene. Dette er et større arbeid som bl.a. HelseDirektoratet og de regionale helseforetakene må utføre, i samarbeid med profesjonsforeningene. HelseDirektoratets første leveranse forelå i juni 2021 og følges opp av departementet.

Nærmere om poliklinisk psykisk helsevern og TSB

ISF-ordningen ble fra 2017 utvidet til også å omfatte polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB. I den del av ISF-ordningen som gjelder for somatisk pasientbehandling utgjør det aktivitetsbaserte tilskuddet om lag 50 pst. av finansieringen. Andelen aktivitetsbasert finansiering er lavere i den del av ISF-ordningen som gjelder for psykisk helsevern og TSB. Det ble varslet i Prop. 1 S (2016–2017) at det tas sikte på å øke denne andelen, og i perioden 2018 til 2020 ble det årlig flyttet penger fra basisbevilgningen for å gjøre dette. På grunn av koronautbruddet har det vært ønskelig med stabile rammebetingelser, og det ble derfor ikke foreslått slik flytting for 2021, noe som heller ikke foreslås for 2022.

Ved utvidelsen i 2017 ble det i denne delen av ISF-ordningen etablert vekter som for en stor del gjenspeiler de tidligere refusjonstakstene. Basert på kostnadsinformasjon fra sykehusene er det nå laget nye vekter som i større grad gjenspeiler faktiske kostnader. Disse vektene vil innføres fra 2022. Bruken av de nye vektene vil ikke bety noe for de totale utbetalingene til poliklinisk psykisk helsevern og TSB. Det vil likevel bli en intern omfordeling i ISF, der voksenpsykiatrien får rela-

tivt sett høyere vekter basert på kostnadsberegningene. ISF er et finansieringssystem som utbetales fra staten til de regionale helseforetakene på bakgrunn av faktisk aktivitet. HelseDirektoratet vil gi de regionale helseforetakene økonomiske beregninger og informasjonsmaterieell som kan anvendes av virksomhetene for budsjetttilpasninger som virksomhetene skulle synes er nødvendige.

ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB vil også i 2022 holdes atskilt fra den øvrige delen (somatikk), ved at det blir forskjellige enhetspriser for de to delene av systemet.

Resultat 2020

I Saldert budsjett 2020 ble det lagt til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,4 pst. i sykehusene fra 2019 til 2020, med utgangspunkt i anslag for 2019 basert på aktivitetstall per første tertial. Endelig aktivitet i 2019 ble lavere enn forutsatt, og Saldert budsjett 2020 ga derfor rom for en aktivitetsvekst på om lag 1,6 pst.

Det vises til Prop. 42 S (2020–2021) og Innst. 165 S (2020–2021) hvor bevilgningen for 2020 ble redusert med til sammen 2 941,3 mill. kroner. Reduksjonen skyldes at virusutbruddet ga lavere aktivitet ved sykehusene fra mars 2020. Lavere aktivitet gir lavere aktivitetsbaserte inntekter fra innsatsstyrt finansiering for de regionale helseforetakene. Det vises til at bevilgningen på kap. 732, post 70 samtidig ble økt med 2 406,2 mill. kroner for å kompensere de regionale helseforetakene for tapte aktivitetsbaserte inntekter for perioden fra mars til mai 2020. Reduksjonen skyldes også at kvalitetssikring av endelig avregningsgrunnlag for 2019 viste at det var utbetalt 227,6 mill. kroner for mye i a-kontoutbetalinger i 2019.

Analysene for hele 2020 tilsier at det samlet er utbetalt om lag 207 mill. kroner for lite i 2020, sammenlignet med det som ble lagt til grunn i Prop. 42 S (2020–2021). Aktiviteten ble 0,6 pst. høyere enn forutsatt. Analysene for 2020 tilsier at reell aktivitetsendring i 2020 er om lag -6,3 pst., sammenlignet med Saldert budsjett 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2020 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2021, inkludert ev. justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget. Ev. mer- eller mindreutgifter i 2020 vil på vanlig måte bli motregnet mot a-kontoutbetalingene til de regionale helseforetakene for 2021.

Status 2021

Saldert budsjett 2021 legger til rette for et aktivitetsnivå som ligger om lag 2,2 pst. over Saldert budsjett 2020. Fra 2020 har driftssituasjonen for de regionale helseforetakene blitt endret som følge av virusutbruddet. Bevilgningen for 2021 tok derfor utgangspunkt i Saldert budsjett 2020, og ikke prognoser basert på aktivitet per første tertial 2020. Dette nivået representerte et normalår, understøttet målet om at sykehusene skulle ha mest mulig normal drift framover, øke aktiviteten og ta igjen utsatt pasientbehandling fra 2020.

Aktiviteten i 2021 er lavere enn i et normalår som følge av covid-19, og dette påvirker prognosene for hele året 2021. Prognosen for hele 2021 er, som i 2020, i større grad enn tidligere beheftet med usikkerhet. Prognosen for 2021 er basert på aktivitet per 1. tertial 2021. Det er forutsatt at aktiviteten i andre halvår 2021 blir normalisert. Bevilgningen på posten ble i revidert nasjonalbudsjett 2021 redusert med 1 500 mill. kroner for å kompensere for tapte aktivitetsbaserte inntekter i første halvår 2021.

Det anslås et negativt avvik i innsatsstyrt finansiering på om lag 3 pst. sammenliknet med Saldert budsjett 2021. Prognosen viser et positivt avvik på om lag 1 pst. sammenliknet med bevilgningen etter Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett 2021.

Mål 2022

For 2022 foreslås det bevilget 42 834 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2022 som ligger om lag 1,3 pst. over Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner. Det vises til begrunnelse for å ta utgangspunkt i Saldert budsjett 2021 under omtalen av aktivitetsvekst i sykehusene.

Enhetsprisen for somatiske fagområder foreslås satt til 47 742 kroner, mens enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foreslås satt til 3 294 kroner. I forslaget er det hensyntatt 208,3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dette innebærer at enhetsprisene er redusert med 0,5 pst.

Fra 2020 opphørte praksis med i forkant å underregulere enhetsprisen i ISF for å ta høyde for endret registreringspraksis. Det legges fortsatt til grunn at enhetsprisen kan justeres i fm. årsavregning dersom aktivitetsgrunnlaget avviker fra det som er lagt til grunn ved fastsettelse av

ISF-regelverket. Ev. endring i kodepraksis forutsettes ivaretatt gjennom Helsedirektoratets ordinære kontrollarbeid, herunder også arbeidet i avregningsutvalget.

Fra 2019 ble det innført en prøveordning i ISF, hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene. Ordningen videreføres i 2022.

Det foreslås å øke bevilgningen med 27,9 mill. kroner til helårseffekt av oppfølging av endringer i bioteknologiloven og anmodningsvedtak i de regionale helseforetakene.

Fra 2022 vil det gjøres enkelte endringer i regelverket for ISF for at ordningen bedre skal understøtte palliativ behandling i tjenesten. Endringene vil håndteres innenfor rammene av ISF-ordningen i 2022. Det vises til nærmere omtale under kap. 732 om anmodningsvedtak.

Post 77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser

Bevilgningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene radiologi og laboratorievirksomheter. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår også. For 2022 foreslås det bevilget 3 428,7 mill. kroner, tilsvarende en vekst på om lag 2,7 pst. fra saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner. Det vises til begrunnelse for å ta utgangspunkt i Saldert budsjett 2021 under omtalen av aktivitetsvekst i sykehusene.

I forbindelse med endringer i bioteknologiloven og anmodningsvedtak inkluderer bevilgningsforslaget 52 mill. kroner. Dette gjelder tidlig ultralyd og endret aldersgrense for fosterdiagnostikk inklusiv NIPT. Det vises også til omtale under kap. 732, post 72-75.

Finansieringssystemet for laboratorieanalyser ble lagt om fra 2018. Ikke alle fagområder og prosedyrer var omfattet av omleggingen. De regionale helseforetakene har ulike IKT-forutsetninger som innebærer en trinnvis inkludering av fagområdet patologi i 2022 og 2023. Helse Vest RHF vil legge om fra 1. januar 2022, mens Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF vil legge om fra 1. mai 2022. Helse Sør-Øst RHF vil først legge om fra 2023. Det er en forutsetning at omleggingen til det nye systemet skal skje budsjettneutralt. Dersom

utgiftene skulle avvike fra denne forutsetningen, vil utbetalingene i det nye systemet korrigeres.

For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med 28,8 mill. kroner utover ABE-reformen. Refusjons-satsene for radiologi og laboratorievirksomhet øker i gjennomsnitt med 1,2 pst. i 2022.

Status 2021

I saldert budsjett 2021 ble det samlet lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 3,2 pst. utover Saldert budsjett 2020. Basert på regnskapstall for perioden januar til mai 2021, er samlede utbetalinger i 2021 anslått til å bli 4 060 mill. kroner eller 779 mill. kroner over saldert budsjett. Anslaget er svært usikkert. Det er særlig laboratorieanalyser etter koronaviruset som er årsaken til veksten.

Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester mv.

Det foreslås å flytte 6,05 mill. kroner til kap. 745, post 01 Folkehelseinstituttet i forbindelse med at Nasjonal kompetansetjeneste for amming avvikles som kompetansetjeneste og virksomheten innlemmes og videreføres i Folkehelseinstituttet.

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning i spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet skal være et økonomisk bidrag og insentiv for forskning i helseforetakene. Alle helseforetak skal ha forskning integrert i pasientbehandling og i sin virksomhet. Basisdelen (30 pst.) fordeles likt. Den resultatbaserte delen (70 pst.) fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater de siste tre år.
- Program for klinisk behandlingssforskning. Programmet eies og følges opp av de fire regionale helseforetakene og skal imøtekomme behovet for større nasjonale kliniske studier som svarer på identifiserte kunnskapsbehov i tjenesten.
- NorTrials. NorTrials skal være et gjensidig forpliktende partnerskap mellom tjenesten og helsenæringen. Satsingen omfatter «en vei inn» for kliniske studier, NorTrials sentre og frikjøpsordninger for studiepersonell og markedsføring av Norge som utprøverland. Koordineringsansvaret for NorTrials-satsningen flyttes i 2021 til Helse Sør-Øst RHF.
- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester mv. Tilskuddet skal gi et økonomisk bidrag til drift av nasjonale kompetansetjenester i spesialist-

helsetjenesten. Formålet er å utvikle og heve kvaliteten på de leverte tjenestene i hele utrednings- og behandlingsforløpet. Som ledd i endringene i styringssystemet for nasjonale kompetansetjenester vil midlene på posten i en overgangsperiode inkludere midler til både nasjonale kompetansetjenester som videreføres innenfor regelverket for nasjonale tjenester, samt til tjenester som avvikles som kompetansetjeneste, men videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk eller i annen form. Se nærmere omtale av endringer under mål 2022.

Resultat 2020

Samlet bevilgning var 1 234,3 mill. kroner i 2020. Tilskudd til forskning utgjorde 743,2 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 491,2 mill. kroner, herunder 222,2 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

Status 2021

Forskning

Tilskuddet til forskning i helseregionene var i saldert budsjett for 2021 på 821,6 mill. kroner. Dette inkluderer 176,8 mill. kroner til program for klinisk behandlingssforskning (KLINBEFORSK). Dette omfattet 20 mill. kroner til å utvide den nasjonale studien på stamcellebehandling ved multippel sklerose (RAM-MS) til flere pasientgrupper og 10 mill. kroner til nasjonal klinisk studie innenfor persontilpasset medisin på kreftområdet. I revidert nasjonalbudsjett 2021 ble tilskuddet til KLINBEFORSK for 2021 økt med 100 mill. kroner for å finansiere nasjonale behovsidentifiserte studier som gir tilgang til klinisk utprøving av nye legemidler og andre behandlingsmetoder til prioriterte områder med et svakt kunnskapsgrunnlag, det vises til Stortingets vedtak nr. 990.

Årlige målinger av forskningsaktiviteten i helseforetakene ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av tilskuddet. Cristin (Current research information system) brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Cristin er et nasjonalt forskningsinformasjonssystem som samler og tilgjengeliggjør informasjon om norsk forskning, forenkler forskningsadministrative oppgaver og følger opp rapporteringen av vitenskapelige publikasjoner for Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Indikatorer som inngår i poengberegningen er publiserte artikler, avlagte doktorgrader, uttelling for

tildelinger av midler fra EU og Norges forskningsråd og ny indikator for kliniske behandlingsstudier (KBS). Tabell 4.4 viser hvordan den nye indikatoren virker inn på fordelingen av forskningspoeng i regionale helseforetak. Det er tallene som

inkluderer ny indikator som ligger til grunn for fordelingen av det resultatbaserte tilskuddet. For utdypende omtale av forskningsaktivitet og resultater for 2020, se del III kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.4 Gjennomsnittlig tre-årlig beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak, med og uten ny indikator for kliniske behandlingsstudier (KBS)

Prosentfordeling	2018–2020 med KBS	2017–2019 (med KBS)	2016–2018	2015–2017
Helse Sør-Øst RHF	61,4	62,2	62,7	63,0
Helse Vest RHF	19,2	18,5	18,7	18,8
Helse Midt-Norge RHF	11,9	11,7	10,9	10,5
Helse Nord RHF	7,6	7,7	7,7	7,8

Nasjonale kompetansetjenester

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 503,9 mill. kroner i 2021, herunder 227,9 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og 57,4 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF.

Mål 2022

Det foreslås bevilget 1 347,1 mill. kroner i 2022. I forslaget er det tatt hensyn til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

Forskning

Det foreslås et tilskudd på 838,7 mill. kroner til forskning i 2022. Dette inkluderer 180,5 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) og 30,6 mill. kroner til NorTrials.

Tilskuddet til KLINBEFORSK fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst RHF som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene.

Tilskuddet til NorTrials fordeles til Helse Sør-Øst RHF som skal koordinere implementeringen av satsningen og håndtere midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene.

Tabell 4.5 Fordeling av resten av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten

	Basis (30 %)	Resultat (70 %)	Sum
Helse Sør-Øst RHF	47,1	269,6	316,7
Helse Vest RHF	47,1	84,4	131,5
Helse Midt-Norge RHF	47,1	52,1	99,2
Helse Nord RHF	47,1	33,2	80,2
Totalt	188,3	439,3	627,5

Nasjonale kompetansetjenester mv.

Det foreslås 508,4 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester mv. i 2022. Dette inkluderer 232,7 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og 58,6 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF.

Det foreslås å flytte 6,05 mill. kroner til kap. 745, post 01 i forbindelse med at Nasjonal kompetansetjeneste for amming avvikles som kompetansetjeneste, og virksomheten innlemmes og videreføres i Folkehelseinstituttet.

Posten inkluderer også finansiering av nasjonalt servicemiljø med regionale noder som de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere, samt tjenester som avvikles som nasjonale kompetansetjenester, men videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk eller i annen form.

Formålet til nasjonale kompetansetjenester er å bygge opp og spre kompetanse i alle helseregioner på kompetansesvake områder innenfor en begrenset tidsperiode. I 2018 ga Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i oppdrag å evaluere nasjonale kompetansetjenester, i tråd med føringerne i regelverket om en helhetlig gjennomgang om lag hvert femte år. Gjennomgangen avdekket at flere kompetansetjenester ikke driver i henhold til regelverket og at dagens styringssystem ikke er dynamisk. Svært få nasjonale tjenester er utviklet eller videreført i andre former de siste tiårene til tross for at mange nasjonale kompetansetjenester har nådd formålet.

Basert på evalueringen og en innspillsrunde på nett besluttet departementet nedenstående endringer og tiltak som ble presentert i statsbudsjettet for 2021:

- tydelig krav om tidsbegrenset funksjon for nasjonale kompetansetjenester og kategorisering av tjenestene i hhv. kategori opplæring med fem års funksjonstid og kategori kompetanseoppbygging med ti års funksjonstid.
- etablere nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk som skal fungere som et naturlig utviklingstrinn for kompetansetjenester som har oppfylt sitt formål. Disse reguleres ikke i regelverk for nasjonale tjenester.
- Utrede og etablere et nasjonalt servicemiljø med regionale noder for nasjonale tjenester og kvalitets- og kompetansenettverk etter modell fra medisinske kvalitetsregistre.

Omorganiseringprosessen kommer til å gå over flere år, og Helse- og omsorgsdepartementet startet høsten 2020 prosessen med å gjennomføre endringene. Departementet har i samarbeid med de regionale helseforetakene gjennomført egne møter med 46 av de 51 nasjonale kompetansetjenestene. Av de 46 tjenestene er 28 av tjenestene etablert før 2012, og har dermed vært i drift i ti år eller mer. Hele 17 av disse tjenestene ble etablert i perioden 1990–2000. For å sikre et mer dynamisk system som bedre svarer på nye kompetansebehov tas det sikte på at nasjonale kompetansetjenester etablert før 2012 avvikles i løpet av 2022 og 2023. De fleste kompetansetjenestene som blir avviklet videreføres som kvalitets- og kompetansenettverk. Nettverkene blir et faglig, interregionalt samarbeid der aktørene har felles ansvar for kompetansespredning, men koordineres fra det helseforetaket som hadde ansvar for den nasjonale kompetansetjenesten. Formålet er å bidra til likeverdige helsetjenester med god kvalitet og å redusere variasjon i praksis. De regionale helseforetakene har ansvar for å etablere og finansiere drift av nettverkene innenfor rammen av denne budsjettposten. I tillegg er det noen kompetansetjenester som avvikles som blir omorganisert og videreført på andre måter. RHF-ene samordner prosessen, men selve omorganiseringen gjennomføres regionalt med involvering av brukere og til-litsvalgte.

Fem nasjonale kompetansetjenester forankret i hhv. Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF foreslås avviklet fra 2022, og videreført i annen form. Dette gjelder nasjonale kompetansetjenester for amming og aldring og helse (Helse Sør-Øst RHF) og for avansert laparoskopisk kirurgi, ultralyd – og bildeveiledet behandling og funksjonell MRI (Helse Midt-Norge RHF).

Nasjonalt kompetansetjeneste for amming foreslås innlemmet i Folkehelseinstituttet fra 2022. Se nærmere omtale under kap. 745, post 01. De fire andre kompetansetjenestene foreslås videreført gjennom etablering av henholdsvis Nasjonalt senter for aldring og helse og Nasjonalt forsknings-senter for minimal invasiv og bildeassistert diagnostikk og behandling.

Nasjonalt senter for aldring og helse

Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse ble etablert i 1997 og foreslås avviklet som kompetansetjeneste fra 2022, men videreført som Nasjonalt senter for aldring og helse underlagt Helse Sør-Øst RHF. Tjenesten retter seg mot både primær- og spesialisthelsetjenesten, helsepersonell,

pasienter og pårørende. Det nasjonale senteret skal bygge videre på og videreutvikle oppgaver knyttet til forskning, kunnskaps- og kompetanseutvikling og kompetansespredning om aldring og eldre helse, innenfor områdene demens, normal aldring og aldringsprosesser, fysisk og psykisk helse, sykdom og funksjonsevne ved aldring, folkehelse og forebygging med betydning for aldring og utviklingshemning. Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å etablere senteret innenfor rammen av midlene til nasjonale kompetansetjenester mv.

Nasjonalt forskningssenter for minimal invasiv og bildeassistert diagnostikk og behandling

Det foreslås å etablere et Nasjonalt forskningssenter for minimal invasiv og bildeassistert diagnos-

tikk og behandling. Senteret skal bygge videre på og utnytte synergieffekter i opparbeidet kompetanse ved de tre nasjonale kompetansetjenestene i Helse Midt-Norge RHF som avvikles. Senteret skal drive med forskning, innovasjon, kompetanseutvikling og -spredning samt utdanning innen minimalt invasiv kirurgi, medisinsk bildedannelse, bildeanalyse (inkludert kunstig intelligens), bildeveiledet diagnostikk og behandling/intervensjon (inkludert robotikk) og simulatorbasert læring. Utdanningsaktiviteten forutsettes forankret i de ordinære systemene for utdanning av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norge RHF har ansvar for å etablere senteret innenfor rammen av midlene deres til nasjonale kompetansetjenester mv.

Tabell 4.6 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	354,2
Helse Vest RHF	36,9
Helse Midt-Norge RHF	41,0
Helse Nord RHF	76,3
Sum	508,4

Post 80 Kompensasjon for merverdiavgift

Bevilgningen dekker kompensasjon for merverdiavgift til de regionale helseforetakene. Bevilgningen på posten skal dekke utbetaling av seks etterskuddsvise kompensasjonskrav i budsjettåret. Det foreslås å flytte 7 mill. kroner fra folketrygden til de regionale helseforetakene som følge av helårskostnader for legemidler hvor finansieringsansvaret ble overført i 2021. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift bevilges 1,4 mill. kroner av dette beløpet på kap. 732, post 80. Det foreslås en aktivitetsvekst på om lag 1,4 pst. regnet fra Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift må deler av vekten bevilges på kap. 732, post 80. Det foreslås at 91 mill. kroner av økningen bevilges på kap. 732, post 80. Det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75 og kap. 2751, post 70. Samlet foreslås det en bevilgning på 8 182 mill. kroner i 2022.

Post 81 Protonsenter

Bevilgningen dekker tilskudd til etablering av protonbehandling på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus og på Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen. Sentrene skal stå ferdig i 2023/2024. Det er fastsatt øvre tilskuddsramme til prosjektene med hhv. 389 mill. 2018-kroner for prosjektet ved Haukeland og 513 mill. 2018-kroner til senteret på Radiumhospitalet. Tilskuddsrammene utgjør 30 pst. av forventede kostnader i prosjektene. Det ble i 2020 utbetalt 26 mill. kroner med en fordeling på hhv. 2 mill. kroner og 24 mill. kroner til prosjektene på Radiumhospitalet og på Haukeland. I 2021 er det utbetalt 176 mill. kroner mill. kroner på posten. Tilskuddet er fordelt med 105 mill. kroner til prosjektet på Radiumhospitalet og 71 mill. kroner til prosjektet på Haukeland.

Det foreslås bevilget til sammen 181 mill. kroner på posten i 2022. Tilskuddet fordeles med 86 mill. kroner til prosjektet på Radiumhospitalet og 95 mill. kroner til prosjektet på Haukeland.

Post 82 Investeringslån

Bevilgningen dekker investeringslån som staten gir de regionale helseforetakene til investeringer på over 500 mill. kroner. Fra 2017 har helseforetakene kunnet få lån på inntil 70 pst. av forventet prosjektkostnad inklusiv usikkerhetsmargin (P85), basert på kvalitetssikrede konseptplaner.

De regionale helseforetakene kan kun ta opp lån gjennom denne låneordningen.

Lån i 2020

I 2020 ble det bevilget 5 782,8 mill. kroner i investeringslån til de regionale helseforetakene. Alle helseregioner har investeringsprosjekter innenfor låneordningen.

Tabell 4.7 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2020 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner)

	Lånesaldo per 31.12.19	Låneopptak 2020	Påløpte byggelåns- renter 2020 jf. kap. 732, post 83	Innbetalte avdrag 2020 jf. kap. 3732, post 85, og 90	Lånesaldo per 31.12.20
Helse Sør-Øst RHF	12 026,1	1 865,0	54,5	594,9	13 350,7
Helse Vest RHF	4 837,9	2 785,8	40,3	164,5	7 499,5
Helse Midt-Norge RHF	3 206,1	820,0	21,1	244,1	3 803,1
Helse Nord RHF	3 658,4	312,0	4,3	202,3	3 772,4
Sum	23 728,5	5 782,8	120,2	1 205,8	28 425,7

Ved inngangen til 2021 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene om lag 28,4 mrd. kroner. Av dette er 13,9 mrd. kroner omgjort til langsiktige lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 14,5 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring. Saldert budsjett for 2021 utgjør 7 859,4 mill. kroner. Bevilgningen sikrer fortsatt framdrift av vedtatte investeringsprosjekter.

Budsjettforslag 2022

Det foreslås en bevilgning på 7 260,4 mill. kroner i 2022. Det foreslås vedtatt lånerammer til tre nye investeringsprosjekter i 2022. De tre investeringsprosjektene er: samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF, utbygging av Sykehuset Telemark, Skien og utbygging av Haugesund sjukehus, trinn 2.

Samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus

Med et senter for psykisk helsevern skal Akershus universitetssykehus på sikt samle sykehusbasert psykisk helsevern for barn, unge og voksne innenfor akuttpsykiatri, alderspsykiatri, psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri. I dag er disse geografisk spredt. Etableringen av et

samlet tilbud for sykehusbasert psykisk helsevern på Nordbyhagen gir samlokalisering med den somatiske virksomheten. Byggeprosjektet består av fire delprosjekter. Det skal bygges 50 nye senger i voksenpsykiatri, som sammen med de 73 eksisterende sengene i akuttpsykiatri vil gi 123 senger for voksne i et døgnsender for psykisk helsevern for voksne. Utbyggingsprosjektet planlegges å være ferdigstilt i 2026. Det dimensjoneres for at ansvaret for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for bydelene Alna, Grorud og Stovner overføres til Oslo universitetssykehus når Nye Aker etter planen er ferdigstilt i 2030.

Det foreslås en bevilgning på 35 mill. kroner i 2022 og en samlet låneramme på 695 mill. 2022-kroner til samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus, tilsvarende 70 pst. av kostnadsrammen P85.

Utbygging av Sykehuset Telemark, Skien

Sykehuset Telemark har behov for oppgradering og utbygging. Prosjektbehovet for nyetablering av strålesenter har oppstått som følge av beslutning i Helse Sør-Øst RHF om å desentralisere denne tjenesten. Videre er dagens bygningsmasse utdatert og støtter ikke opp under god funksjonalitet og effektiv drift. Det er også behov for økt kapasitet.

Utbyggingen av kreftsenteret vil dekke stordelen av behovet for stråling for befolkningen i både Vestfold og Telemark. Utbyggingen gir også nytt sengebygg og utvidelse av akuttssenteret, som det er stort behov for.

Kreftsenteret omfatter to strålebunkere, 21 dagplasser og 13 poliklinikkrom. I tillegg er det forberedt for en eventuell senere utvidelse med to strålebunkere. Sengebygget planlegges med 101 senger. Akuttssenteret er planlagt med 19 mottaksplasser, 5 poliklinikkrom og 15 avklaringsenger.

Det foreslås en bevilgning på 66 mill. kroner i 2022 og en samlet låneramme på 928 mill. 2022-kroner til utbygging av Sykehuset Telemark, Skien, tilsvarende 70 pst. av kostnadsrammen P85.

Utbygging av Haugesund sjukehus, trinn 2

Helse Fonna HF og Helse Vest RHF har vedtatt utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus i flere trinn. Det ble gjennomført en samlet konseptfase for utbyggingen. Byggetrinn 1 startet i 2018 og deler tatt i bruk i 2021. Det ble gitt en låneramme på 1 350 mill. 2018-kroner til prosjektet i statsbudsjettet for 2018.

Byggetrinn 2 var opprinnelig planlagt å starte i 2030. Ulike forhold har gitt mulighet for å starte tidligere. Flere funksjoner har latt seg løse innenfor den økonomiske rammen for byggetrinn 1 og det økonomiske grunnlaget og helseforetaket sin bæreevne er bedret.

I byggetrinn 1 ble det funnet plass for teknisk krevende funksjoner som blant annet intensiv, operasjonsstuer og laboratorium. Byggetrinn 2 vil inneholde nye sengeposter, infeksjonsavdeling, kreftavdeling og flere isolat samt ombygging av poliklinikker og dagbehandling. Det er planlagt ferdigstilt i 2025. Pandemien har også forsterket behovet for en tidligere gjennomføring av byggetrinn 2, da dagens sykehus har hatt mangel på isolat og har flersengsrom uten bad. Dette har skapt utfordringer i smittevernsarbeidet.

Det foreslås en bevilgning på 173 mill. kroner i 2022 og en samlet låneramme på 722 mill. kroner til utbygging av Haugesund sjukehus, trinn 2, tilsvarende 70 pst. av kostnadsrammen P85.

Nye Oslo universitetssykehus – Livsvitenskapsbygget

Stortinget godkjente ved behandling av statsbudsjettet 2020 lånerammen til utbyggingen av Nye Oslo universitetssykehus. Det arbeides nå med forprosjekt for utbyggingene på Rikshospitalet og Aker.

I Prop. 79 S (2020–2021) varslet regjeringen Stortinget om at deler av bevilgningen til arbeidet

med nytt livsvitenskapsbygg for 2021 ville bli benyttet til å utrede innplassering av Klinikk for laboratoriemedisin (KLM) ved Oslo universitetssykehus HF i et utvidet Livsvitenskapsbygg. Samlokaliseringen av Universitetet i Oslo og KLM vil forsterke eksisterende og skape nye synergier på livsvitenskapsområdet. I tråd med tilrådingen fra eksterne kvalitetssikrer foreslår regjeringen et styringsmål for prosjektet på 10 417 mill. kroner, og en kostnadsramme på 11 974 mill. kroner. Oslo universitetssykehus vil leie om lag 30 pst. av arealene.

Lokaler for samling av KLMs virksomhet var opprinnelig planlagt i fase 2 av utbyggingen av nye Rikshospitalet, men er nå planlagt realisert tidligere som følge av samlokaliseringen i Livsvitenskapsbygget.

Regjeringen legger til grunn at Helse Sør-Øst RHF etter innflytting skal motta husleiekompensasjon på 90 mill. 2021-kroner årlig. Kompensasjonen er knyttet til at vilkårene i statens husleieordning avviker fra det som ligger til grunn i den ordinære finansieringsordningen for store investeringsprosjekter i helseforetakene. I tillegg vil Helse Sør-Øst RHF få kompensasjon for engangskostnader på 87,5 mill. kroner som følge av midlertidig stans i prosjektet og covid-19.

Helse Sør-Øst RHF har parallelt med den eksterne kvalitetssikringen gjennomført en egen kvalitetssikring av konseptfase (KSK) for samlokalisering av laboratoriefunksjoner for Oslo universitetssykehus HF i Livsvitenskapsbygget. Styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt å videreføre samarbeidsprosjektet, forutsatt at de mottar kompensasjon som beskrevet over.

Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital

I Prop. 1. S (2017–2018) ble det lagt fram en hovedmodell for finansiering og eierskap av universitetsarealer i sykehus. Det ble her lagt til grunn at utbygging av sykehus med universitetsarealer skulle gjennomføres som felles prosjekter mellom universiteter og helseforetak. Hovedmodellen la til grunn at helseforetakene er eiere av byggene, også universitetsarealene, og har ansvar for finansieringen av utbyggingen. Universitetene leier lokaler av helseforetakene og det må inngås langsiktige leieavtaler som regulerer ansvar og forpliktelser for begge parter.

St. Olavs hospital HF har i samarbeid med Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) satt i gang planlegging av et Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital på Øya i Trondheim.

Tabell 4.8 Investeringsslån 2020–2022

Prosjekt	Låneramme	Regnskap 2020	Bevilgning 2021	Forslag 2022
Telemark, Skien – strålebygg/somatikk	928 mill. 2022-kr			66,0
Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus – byggetrinn 2	722 mill. 2022-kr			173,0
Ahus – psykisk helsevern	695 mill. 2022-kr			35,0
E-bygget Stavanger	1 295 mill. 2021-kr		255,0	205,0
Regional sikkerhetsavdeling OUS	830 mill. 2021-kr		24,0	151,0
Nye Oslo universitetssykehus	29 073 mill. 2020-kr	100,0	102,0	103,0
Helseplattformen	2 140 mill. 2019-kr	400,0	733,0	325,0
Nytt sykehus i Narvik	1 716 mill. 2019-kr	139,0	434,0	539,0
Nytt sykehus i Hammerfest	1 893 mill. 2019-kr	173,0	553,0	514,0
Protonsenter Haukeland	907 mill. 2018-kr	56,0	163,0	246,0
Protonsenter Radiumhospitalet	1 198 mill. 2018-kr	70,0	258,0	210,0
Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2 713 mill. 2018-kr	570,0	603,0	601,0
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal	3 554 mill. 2018-kr	420,0	578,0	513,0
Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus – byggetrinn 1	1 350 mill. 2018-kr	625,0	615,7	0
Nytt sykehus i Drammen	8 460 mill. 2017-kr	480,0	1 020,0	1 655,0
Nytt sykehus i Stavanger	5 930 mill. 2017-kr	1 430,0	1 708,0	1 241,0
Nytt sykehus i Stavanger – universitetsarealer UiB	53 mill. 2019-kr	28,0	27,6	0
Nytt sykehus i Stavanger – universitetsarealer UiS	60 mill. 2020-kr	30,0	31,0	0
Oppgradering og modernisering i Helse Førde	1 125 mill. 2017-kr	174,4	165,0	205,0
Oppgradering av sentralblokk på Haukeland universitetssjukehus	370 mill. 2017-kr	102,4	0	0
Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus	567 mill. 2017-kr	0	0	97,8
Byggetrinn II av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus	2 084 mill. 2014-kr	340,0	402,0	380,6
Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold	1 870 mill. 2014-kr	645,0	187,3	0
Sum		5 782,8	7 859,5	7 260,4

Investeringsslån til de regionale helseforetakene skal i utgangspunktet utbetales i takt med den faktiske aktiviteten i prosjektet. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid fått anledning til å benytte en høyere andel egenkapital ved oppstarten av utbyggingen ved Nye Oslo universitetssykehus.

St. Olavs hospital på Øya i Trondheim ble bygget som et integrert universitetssykehus hvor klinikker og helsepersonell er fysisk tett på universitets-

funksjonene, universitetsansatte og studenter. Det er etablert en sameiemodell der byggene er eid og driftes i fellesskap av St. Olavs hospital og

NTNU. Sameie modellen har vært velfungerende. St. Olavs hospital består av syv kliniske sentre. Senter for psykisk helse gjenstår for å få et samlet og integrert universitetssykehus på Øya. Senteret er også en viktig del av NTNUs Campussamling.

Det legges til grunn at Senter for psykisk helse blir gjennomført som et felles prosjekt, hvor helseforetakenes planleggingsregime benyttes. St. Olavs hospital vil være byggherre og Sykehusbygg står ansvarlig for utbyggingen. Helseforetakenes planleggings- og kvalitetssikringsregime skal benyttes i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet. Partene er ansvarlige for hver sin del av finansieringen.

NTNUs andel av utbyggingen finansieres gjennom tilskudd over statsbudsjettet på maksimalt 639 mill. kroner (kroneverdi juli 2022), tilsvarende p50-estimatet for NTNUs del av prosjektet. Den antatte kostnadsrammen for NTNU Campussamling reduseres tilsvarende. En ev. kostnadsoverskridelse for universitetets del av utbyggingen av senteret skal finansieres av NTNU. Kostnadsramme til NTNU sin del av senter for psykisk helse fastsettes samtidig med at lånerammer til Helse Midt-Norge RHF sin del av prosjektet fastsettes. Gjennomføring forutsetter at det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring og at Stortinget godkjenner en ev. lånesøknad fra Helse Midt-Norge RHF.

Post 83 Byggelånsrenter

I perioden fram til ferdigstilling av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt låneporteføljene til de regionale helseforetakene. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartements budsjett (kap. 5605, post 84). I 2020 utgjorde byggelånsrenter på denne posten 120,2 mill. kroner. Anslag for byggelånsrenter i 2022 utgjør 460 mill. kroner.

Post 86 Driftskreditter

Bevilgningen på posten benyttes til å håndtere svingninger i forholdet mellom pensjonskostnader og -premier. Det foreslås en bevilgning på 2 859 mill. kroner i 2022.

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fordele rammen mellom de regionale

helseforetakene. Det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene innebærer at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Hvis pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden, blir likviditet tilført gjennom økt tilførsel av driftskreditt. Hvis pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden, blir overskuddslikviditet trukket inn gjennom krav til nedbetaling av driftskreditt. Dersom det skjer betydelige endringer i pensjonskostnaden, vurderes det i det enkelte tilfelle om det skal gjøres endringer i basisbevilgningene til helseforetakene.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2020

Helseforetakenes samlede ramme for driftskreditt var per 1. januar 2020 på 2 092 mill. kroner. Ved behandling av Prop. 1 S (2019–2020) ble det lagt til grunn en samlet pensjonskostnad på 13 000 mill. kroner og pensjonspremier på 18 600 mill. kroner. Det ble lagt opp til at helseforetakene skulle benytte 1 000 mill. kroner fra premiefondet til premiebetaling i 2020. Gjennom økning av driftskredittrammen med 4 459 mill. kroner ble de regionale helseforetakene tilført tilstrekkelig likviditet til å håndtere premienivået.

Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett ga et nytt anslag for pensjonskostnaden i 2020 på 9 900 mill. kroner, som var 3 100 mill. kroner lavere enn forutsatt i Saldert budsjett. Basisbevilgningen til de regionale helseforetakene ble derfor redusert med 3 100 mill. kroner og driftskredittrammen ble økt med 1 959 mill. kroner fra 6 551 mill. kroner til 8 510 mill. kroner, jf. Prop. 117 S (2019–2020) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2020. I tillegg ble helseforetakenes bruk av premiefond til betaling av pensjonspremie for 2020 økt med 1 mrd. kroner. Det svares ikke arbeidsgiveravgift av premie betalt ved premiefond. I sum ble dermed helseforetakenes økte likviditetsbehov som følge av reduksjonen i basisbevilgningen på 3 100 mill. kroner dekket.

Oppdaterte beregninger fra helseforetakenes pensjonsleverandører høsten 2020 viste en samlet pensjonspremie på 14 700 mill. kroner før bruk av premiefond, som var 3 900 mill. kroner lavere enn lagt til grunn i Saldert budsjett, jf. Prop. 42 S (2020–2021) Endringer i statsbudsjettet 2020 under Helse- og omsorgsdepartementet. Driftskredittrammen til de regionale helseforetakene ble derfor redusert med 3 900 mill. kroner. Som

følge av de endelige nivåene for pensjonskostnad og -premie og dertil hørende bevilgninger, ble endelig driftskredittramme for de regionale helseforetakene 4 610 mill. kroner ved utgangen av 2020.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2021

Saldert budsjett for 2021 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for helseforetakene på 13 100 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift og pensjonspremier på 14 900 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Anslag for pensjonspremie for 2021 ble utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 1,6 pst. som var i tråd med SSBs siste prognose. I tillegg påvirkes premienivået av øvrige faktorer som G-regulering, beholdning av og avkastning på pensjonsmidler samt bemanningsendringer. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjorde i Saldert budsjett 1 800 mill. kroner, som i sin helhet ble håndtert gjennom en tilsvarende økning av helseforetakenes driftskredittramme. Det ble ikke lagt opp til at helseforetakene skulle benytte midler fra premiefondet til premiebetaling i 2021. Ny ramme for driftskredit ble derfor justert fra 4 610 mill. kroner til 6 410 mill. kroner ved utgangen av 2021.

Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett ga et nytt anslag for pensjonskostnaden for 2021 på 14,2 mrd. kroner, som er 1 100 mill. kroner høyere enn forutsatt i Saldert budsjett. Dette skyldtes hovedsakelig endringer i de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for beregning av pensjonskostnaden, redusert forventet avkastning fra 3,8 pst. til 3,1 pst. og noe vekst i antall ansatte. På denne bakgrunn ble basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økt med 1 100 mill. kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2020. Samtidig viste de nye anslagene for 2021 en pensjonspremie på 20 mrd. kroner, noe som innebar en økning på 5,1 mrd. kroner sammenliknet med Saldert budsjett 2021. Den økte pensjonspremien skyldtes hovedsakelig et økt lønnsvekstanslag fra 1,6 pst. til 2,7 pst., samt redusert grunnlagsrente og noe økt antall ansatte. I tillegg kom en engangseffekt på anslagsvis 900 mill. kroner som følge av regelendringene som ble innført i offentlig tjenestepensjonsordninger per 1.1.2020. For sykehusleigeordningen medfører endringen et økt reservekrav som faktureres i annet halvår 2021 og effektene er ennå ikke fullt ut kjent. I sum ga den økte pensjonspremien på 5,1 mrd. kroner og den økte

basisbevilgningen på 1 100 mill. kroner et økt likviditetsbehov på 4 mrd. kroner. For å dekke de regionale helseforetakenes likviditetsbehov ble helseforetakene gitt anledning til å bruke 2 mrd. kroner av premiefond til betaling av pensjonspremier i 2021. Det betales ikke arbeidsgiveravgift av premie dekket gjennom premiefond, noe som reduserer likviditetsbehovet med 282 mill. kroner. I tillegg ble driftskreditrammen til de regionale helseforetakenes økt med 1 718 mill. kroner til 8 218 mill. kroner. I sum ble dermed det økte likviditetsbehovet dekket.

Endelig informasjon om nivået på pensjonspremie for 2021 vil først være kjent høsten 2021 etter at effektene av årets lønnsoppgjør er kjent. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer som følge av dette.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2022

Budsjettforslaget for 2022 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for helseforetakene på 14 200 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift og pensjonspremier på 18 200 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Anslag for pensjonspremie for 2021 er utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 3,2 pst. I tillegg påvirkes premienivået av øvrige faktorer som G-regulering, beholdning av og avkastning på pensjonsmidler samt bemanningsendringer. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 4 000 mill. kroner, som foreslås håndtert dels gjennom bruk av helseforetakenes premiefond og dels gjennom øking av driftskreditrammen. Det foreslås at helseforetakene gis anledning til å bruke 1,0 mrd. kroner av premiefond til betaling av pensjonspremier i 2021. Ved bruk av premiefond til å betale pensjonspremier svares det ikke arbeidsgiveravgift og likviditetsbehovet reduseres derfor med 141 mill. kroner. I tillegg foreslås driftskreditrammen til de regionale helseforetakenes økt med 2 859 mill. kroner til 10 987 mill. kroner ved utgangen av 2022. I sum er dermed det økte likviditetsbehovet dekket.

Endelig informasjon om nivået på pensjonskostnad i 2022 vil tidligst være kjent ultimo januar 2022, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2022. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle endringer.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med private ideelle institusjoner som årlig mottar oppdrags-/bestillerdokument fra de regionale helseforetakene. Endringer i disse institusjonenes pensjonskostnader som

følge av forhold de selv i liten grad kan påvirke, håndteres som hovedregel på linje med helseforetakene. Imidlertid fikk disse virksomhetene beholde hele den positive regnskapsmessige effekten i 2014 av at levealdersjustering var blitt innført for offentlige tjenstepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Økte pensjonskostnader i årene etter 2014 har for disse virksomhetene blitt sett i sammenheng med den positive resultateffekten dette forholdet medførte i 2014. Per 2021 begynner enkelte av de private ideelle institusjonene å nærme seg en samlet årlig kostnadsøkning som er større enn den positive resultateffekten fra 2014. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer for Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF som følge av dette.

Arbeids- og sosialdepartementet har sendt på høring et forslag om å regulere pensjoner fra fol-

ketrygden under utbetaling med gjennomsnitt av lønns- og prisveksten fra og med 2022. Forslaget følger opp Stortingets anmodningsvedtak nr. 622 (2020–2021). Høringsnotatet omfatter også lovfestede pensjonsordninger som reguleres på samme måte som i folketrygden. Omleggingen er lagt til grunn for Arbeids- og sosialdepartementets Prop. 1 S (2021–2022). For ordninger og ytelser basert på tariffavtaler som i dag har samme reguleringsregler som i folketrygden, legges det i høringsnotatet til grunn at partene i ordningene vil følge opp med eventuelle endringer. Dersom omleggingen vedtas av Stortinget, og følges opp med tilsvarende endringer i helseforetakene, vil dette kunne påvirke pensjonskostnader og -premier i betydelig grad. Regjeringen vil komme tilbake til eventuelle bevilgningsmessige endringer som følge av dette.

Tabell 4.9 Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kroner)

	Års- slutt 2019	Prop. 1 S (2019– 2020)	Prop. 117 S (2019– 2020)	Prop. 42 S (2020– 2021)	Prop. 1 S (2020– 2021)	Prop. 195 S (2020– 2021)	Prop. 1 S (2021– 2022)
1. Anslått pensjonskostnad		13 000	9 900	9 900	13 100	14 200	14 200
2. Anslått pensjonspremie		18 600	18 600	14 700	14 900	20 000	18 200
3. Benyttet premiefond		1 000	2 000	2 000	0	2 000	1 000
4. Arbeidsgiveravgifteffekt		141	282	282	0	282	141
5. Sum endring i driftskredittramme		4 459	1 959	-3 900	1 800	1 718	2 859
6. Endring driftskreditt gjennom året (2–1–3–4)		4 459	6 418	2 518	1 800	3 518	2 859
7. Samlet driftskredittramme	2 092	6 551	8 510	4 610	6 410	8 128	10 987

Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
80	Renter på investeringslån	262 118	284 000	229 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	573 625	621 000	742 000
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	632 265	632 200	632 300
	Sum kap. 3732	1 468 008	1 537 200	1 603 300

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2020

innbetalte de regionale helseforetakene samlet 262,1 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene. Anslag for renter på investeringslån i 2022 er på 229 mill. kroner.

Tabell 4.10 Oversikt over innbetalte renter i 2020 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	133,3
Helse Vest RHF	23,1
Helse Midt-Norge RHF	49,4
Helse Nord RHF	56,2
Sum	262,0

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 2020 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 1 205,8 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak.

2008. I 2020 utgjorde avdrag på denne posten 574 mill. kroner. Anslag for avdrag i 2022 er på 742 mill. kroner.

Post 85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter

Post 90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp før 2008. Avdrag på denne posten utgjorde 632 mill. kroner i 2020. Anslag for avdrag i 2022 er på 632 mill. kroner.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	14 209	12 760	12 911
70	Behandlingsreiser til utlandet	35 732	135 308	140 596
72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	2 965		
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	1 250	3 362	3 419
	Sum kap. 733	54 156	151 430	156 926

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

- 3 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 733, post 70 til pasientopphold i Israel.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å yte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til personer med medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne. Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017–2019) hadde som mål å styrke kompetanse, kapasitet, med-

virkning, organisering og samhandling i disse tjenestene. Evalueringen av opptrappingsplanen viser at det fortsatt er behov for å styrke disse tjenestene.

Opptrappingsplanen var særlig rettet mot virkemidler i kommunene. For å sikre helhetlige rehabiliteringsforløp viser evalueringen at det er behov for tiltak både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Evalueringen etterlyser et sterkere kost-nytte-perspektiv og behovet for å se sektorer og nivåer i sammenheng for å tilby et samlet og kostnadseffektivt behandlingstilbud. Evalueringen peker også på behovet for bedre data-grunnlag slik at det kan utvikles indikatorer for et målrettet utviklingsarbeid.

De regionale helseforetakene fikk i 2021 i oppdrag å vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.

De prioriterte målgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 trenger i stor grad sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og/eller rehabilitering i sine behandlingstilbud. Samhandling, kompetanseutvikling og avklaring av ansvar mellom nivåene innen habilitering og rehabilitering er viktige temaer for arbeidet i helsefelleskapene.

Evalueringen viser nedgang i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fra 2015 til 2019 på 9 pst. Det er en økning i antall pasienter ved private institusjoner. Denne økningen oppveier imidlertid ikke nedgangen i sykehus.

Opptrappingsplanen la vekt på økt veiledning og ambulante tjenester, samt økt bruk av teknologi i tjenestene på begge nivåer. Prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold, som avsluttet sitt 5-årige utviklingsarbeid i 2021, viser økt kvalitet i samhandlingen mellom sykehus og kommuner på dette området, og at dette gir bedre resultater for pasientene.

Pandemien, herunder smittevernstiltakene, har hatt negative konsekvenser for personer med behov for habilitering og for rehabilitering. Innen habilitering har dette ført til økt ventetid på diagnostiske utredninger i habiliteringstjenesten og andre tilbud, sosial isolasjon og ensomhet. Innen rehabilitering førte pandemien til at planlagte rehabiliteringsopphold og mestings- og trenings-tilbud ble avlyst eller satt på vent. For mange var dette nødvendige tjenester for å kunne gjenvinne og opprettholde funksjon. For mange vil også covid-19 medføre behov for rehabilitering i kortere eller lengre periode. Behovet for rehabilitering har derfor økt i pandemiperioden.

Helsedirektoratet utviklet i 2020 faglige råd for rehabilitering etter covid-19 og i 2021 lanserte direktoratet en nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19. Planen inneholder viktige tiltak for å sikre at pasienter med behov for rehabilitering etter covid-19 skal få dette.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med bevilgningen er å bidra til en fortsatt styrking i tråd med de nasjonale målene om at alle med behov for habilitering og rehabilitering skal tilbys dette og at tjenestene skal tilbys nærmest mulig pasientens vante miljø. Veileder om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator skal legges til grunn i utviklingsarbeidet. Funnene i evalueringen av opptrappingsplanen er i tillegg et viktig kunnskapsgrunnlag for prioritering av tiltak.

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten utvikler sin kapasitet og kompetanse i tett dialog med kommunene slik at de i fellesskap kan bidra til et helhetlig tilbud til pasientene.

Behovet for rehabilitering bør avklares så tidlig som mulig og bør være integrert med medisinsk behandling i sykehusavdeling. Dette er sentralt for mange pasientgrupper.

Utviklingsarbeid for en videre styrking av både habilitering og rehabilitering forutsetter bedre kunnskap om innhold og kvalitet i tjenestene samt bedre systematikk i utredning av behov for habilitering og rehabilitering. Et godt kunnskapsgrunnlag er viktig for å kunne sette mål for utviklingsarbeid og sikre gode prioriteringer.

Helsedirektoratet skal i 2022 følge opp iverksetting og videre utvikling av pakkeforløp for hjerneslag og de publiserte nasjonale kvalitetsindikatorerne i pakkeforløpet, inkludert koder og monitoreringsløsning.

Arbeidet med koder og monitoreringsløsning i pakkeforløpet må ses i sammenheng med et eventuelt arbeid for å utvikle og implementere nye koder/verdier for registrering av habilitering og rehabilitering i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette vil kunne gi en god oversikt over innhold i og omfang av tjenester som gis, og stimulere til utvikling av fagfeltet.

Som ledd i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering er det startet utvikling av et rehabiliteringsregister. Sunnaas sykehus og sykehusene i Vestfold, Ålesund og Levanger er med i et pilotprosjekt. Det er per august 2021 over 400 pasienter registrert i registeret.

Registeret skal danne grunnlag for kvalitetsforbedringstiltak lokalt for det enkelte helsefore-

tak og private rehabiliteringsinstitusjon og for nasjonale tiltak. Flere helseforetak og private institusjoner skal bli med i arbeidet, slik at erfaringer fra alle helseregioner inngår i registeret før det tas en beslutning om nasjonal implementering. På sikt vil det være mulig å utvide registeret til også å omfatte primærhelsetjenesten.

Det vil også være nødvendig å styrke det faglige innholdet i tjenestene slik at pasientene blir møtt med nødvendig kompetanse både knyttet til sine somatiske, psykiske, kognitive, sansemessige og sosiale funksjonsutfordringer og helsetilstand. Å bygge ned «tersklene» mellom somatikk og psykisk helse er viktig. Innen habilitering er det særlig viktig å sikre riktig medisinsk faglig kompetanse for tidlig diagnostisering og utredning samt veiledning til kommunene. Dette er også et viktig tiltak i Hjernehelseterategien.

Det arbeides målrettet og systematisk med å intensivere bruken av teknologi i tjenestene og utnytte potensialet som ligger i dette, også i samhandlingen mellom nivåene. Her bør det bygges videre på erfaringer fra prosjektet i Indre Østfold og velferdsteknologi programmet.

Helsedirektoratet har siden 2017 vurdert og innfaset tjenester i godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg. Flere tjenesteområder innen blant annet intensiv habilitering, nevrologi og kroniske tilstander har økt valgmulighetene for pasientene. Vurderingene gjøres i samspill med brukerorganisasjoner, nasjonale fagmiljøer og sentrale aktører på området. Helsedirektoratet vil fortsette vurderingen av tjenester som kan egne seg som en del av godkjenningsordningen.

Den nasjonale hjernehelseterategien har habilitering og rehabilitering som et prioritert område. Faglig utvikling, utfordringer og muligheter drøftes og forankres i strategiens partnerskap. Partnerskapet består av brukerorganisasjoner, fagmiljøer og representanter fra kommunal sektor og helseforetak/regionale helseforetak. I 2022 skal partnerskapet fortsette innsatsen med bedre hjernehelseter og bidra til tilgjengelige tjenester av god kvalitet til pasienter og brukere.

Helsedirektoratet har i samarbeid med fagmiljøer og brukerorganisasjoner utredet tilbudet til hørselshemmede. Utredningen omhandler spesielt aldersbetinget hørselshemming. Tiltak i utredningen følges opp i departementet.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til behandlingstilbud i Norge. Formålet med tilbudet er å gi bedret funksjon og livskvalitet for pasient-

gruppene som omfattes av ordningen, samt redusere symptomer forårsaket av sykdommen. Ordningen innebærer diagnosespesifikke behandlingstilbud i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal oppfylle faglige krav og gi dokumentert nytte. Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF har det faglige og administrative ansvaret for ordningen. Egenandelen for pasienter er omfattet av utgiftstaket for egenandeler. Pga. koronapandemien har det siden 12. mars 2020 ikke vært mulig å sende pasienter til utlandet.

Ved Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett 2021 ble det bevilget 3 mill. kroner i øremerket tilskudd til Dødehavstiftelsen til pasientopphold i Israel. Bevilgningen foreslås videreført i 2022. Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet.

Post 72 Kjøp av opptrening mv.

Livsstilsprosjektet ved LHL-sykehuset Gardermoen (tidligere Feiringklinikken) har som formål å bygge opp og spre kunnskap om forebygging av hjerte- og karsykdommer gjennom samhandling og livsstilsendring. Prosjektet avsluttes i 2021 med ubrukte midler fra tidligere år.

Post 79 Andre tilskudd

Det ble i budsjettet for 2017 omprioritert 13,7 mill. kroner til kap. 732, postene 72–75 for å etablere et behandlingstilbud i alle helseregioner til barn med ervervet hjerneskade. Det skal iverksettes behandlingslinjer i alle regioner. Arbeidet med å utarbeide nye behandlingslinjer er slutført. Iverksetting har startet i alle regioner. I noen helseforetak er behandlingslinjen noe forsinket på grunn av covid-19-pandemien. Forløpene skal omfatte tidlige rehabilitering i sykehus og samarbeid med hjemkommune om videre rehabilitering, inkludert pedagogisk tilbud.

Rehabiliteringstilbud til ryggmargsskadede

Gjennom flere år har Camp Spinal vært et unikt tilbud til personer med ryggmargsskade. Sunnaasstiftelsen organiserer denne senfaserehabiliteringen som foregår utenfor institusjon. Motivasjons- og treningsleirene legger vekt på mestring, trening og fysisk aktivitet som virkemidler for økt selvstendighet, integritet og et innholdsrikt liv. Det foreslås å videreføre tilskuddet til Sunnaasstiftelsen til dette formålet i 2022. Helsedirektoratet forvalter tilskuddet.

Anmodningsvedtak

Synsundersøkelse av pasienter med hjerneslag

Vedtak nr. 700, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for en fast praksis i alle helseforetak, der alle pasienter som er innlagt etter hjerneslag, får undersøkt synsfunksjonen».

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:34 S (2020–2021), jf. Innst. 237 S (2020–2021).

Helsedirektoratet har fått et samlet oppdrag om å følge opp vedtakene 700 og 701. Som oppfølging av Stortingets vedtak nr. 700 skal Helsedirektoratet gjennomgå status for synsundersøkelse av pasienter med gjennomgått hjerneslag og foreslå hvordan Stortingets vedtak kan ivaretas i helsetjenestene. Helsedirektoratet skal vurdere behov for presiseringer i nasjonal retningslinje om hjerne­slag, blant annet for å unngå uønsket variasjon i praksisen på sykehusene. Brukerorganisasjoner og tjenestene i relevante sektorer skal involveres i arbeidet med disse oppdragene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Rehabilitering for pasienter med synsnedsettelse

Vedtak nr. 701, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for en fast praksis i alle helseforetak, der alle pasienter med påvist synsnedsettelse blir henvist til nødvendig rehabilitering».

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:34 S (2020–2021), jf. Innst. 237 S (2020–2021).

Helsedirektoratet har fått et samlet om å følge opp vedtakene 700 og 701. Som oppfølging av Stortingets vedtak nr. 701 skal Helsedirektoratet utforme et kunnskapsgrunnlag for rehabiliteringstjenestene til personer med alvorlige øyesykdommer. Basert på kunnskapsgrunnlaget skal Helsedirektoratet foreslå mulige tiltak for en styrking av det helhetlige rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlige øyesykdommer. Helsedirektoratet skal også inkludere rehabiliteringstilbudet til synshemmede i arbeidet som skal gjøres i oppfølgingen av evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Brukerorganisasjoner og tjenestene i relevante sektorer skal involveres i arbeidet med disse oppdragene.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	75 507	80 588	82 763
21	Spesielle driftsutgifter	55 286	59 879	56 587
70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	3 685	2 965	3 042
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	125 936	111 844	160 272
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	13 093	13 224	13 448
	Sum kap. 734	273 507	268 500	316 112

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

- 45 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 734, post 71 for å styrke ordningen med tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede.

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kapitlet dekker også drift av landets kontrollkommissjo-

ner i psykisk helsevern, utgifter til hjemhenting av psykisk syke i utlandet og tilskudd til drift av fagenheten for tvungen omsorg som drives av Helse Midt-Norge RHF. Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser ligger under kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, kap. 732 Regionale helseforetak og del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Utvikling av pakkeforløp er omtalt og finansiert over kap. 781.

Det foreslås 1,5 mill. kroner til gjennomføring av pasienterfaringsundersøkelse i psykisk helse-

vern for barn og unge i 2022 over kap. 745, post 01, jf. nærmere omtale der.

Anmodningsvedtak

Bruk av Naltrekson

Vedtak nr. 1119, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen vurdere å utvide bruken av Naltrekson.»

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

Vedtaket anses som oppfylt gjennom at Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått naltrekson depotinjeksjoner som legemiddel i legemiddelasistert rehabilitering (LAR) overfor Nye metoder, som er det nasjonale systemet for innføring og utfasing av metoder i spesialisthelsetjenesten. Det er de regionale helseforetakene som tar beslutninger i Nye metoder. Konklusjonen i Bestillerforum RHF 21. september 2020 var at videre behandling og beslutning i Nye metoder avventer søknad om markedsføringstillatelse i Europa. Så langt er det ikke kommet inn en slik søknad.

Rusfaglig kompetanse i BUP

Vedtak nr. 1120, 3. juni 2021

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

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

Vedtaket anses som oppfylt gjennom ved at det enkelte helseforetak har ansvar for tilstrekkelig kunnskap om rusproblematikk hos spesialister i psykisk helsevern for barn og unge og kompetanse i intervensjoner og behandling. Regjeringen har en målsetning om å utvikle det faglige samarbeidet mellom psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og der ved også behandlingstilbudet til unge med skadelig bruk av rusmidler og rusbrukslidelser. I tillegg legger regjeringen til rette for å utvikle oppfølgings- og behandlingstilbudet til barn og unge med rusproblemer, jf. opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse. Gjennom Nasjonal alkoholstrategi 2021–2025 fremgår det videre at regjeringen også ønsker å utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge (TSB-Ung).

Avrusning og videre behandling

Vedtak nr. 1121, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen foreslå tiltak som sikrer at det etter avrusning normalt ikke går mer enn 24 timer før pasienten får tilbud om videre poliklinisk eller annen behandling.»

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

Vedtaket anses som oppfylt ved at overgang til videre behandling er godt ivaretatt både i pakkeforløp og faglige retningslinjer. Her fremgår det at oppfølging og/eller behandling i kommunen eller spesialisthelsetjenesten etter avrusningen bør planlegges i forkant eller i løpet av behandlingen.

Stanse nedleggelse av det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet ved Kringsjøatnet

Vedtak nr. 710, 9. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen stanse Sykehuset Innlandet sin plan om nedlegging av det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet ved Kringsjøatnet.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:47S (2020–2021), jf. Innstilling 261S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Foretaksmøtet 20. april 2021 ba Helse Sør-Øst RHF følge opp Stortingets vedtak. Foretaksmøtet viste til oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019 om å gjøre særskilte analyser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å videreutvikle framskrivingsmodellen for disse tjenesteområdene. Foretaksmøtet vedtok at tilbudet ved Kringsjøatnet skal opprettholdes til det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov i psykisk helsevern, jf. oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019.

Stanse nedbygging av døgnplasser

Vedtak nr. 695, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen umiddelbart stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern.»

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Foretaksmøtet av 20. april 2021 ba de regionale helseforetakene følge opp Stortingets vedtak. Foretaksmøtet viste for øvrig til at det er satt i gang en gjennomgang av kapasitet og analyse av fremtidige behov for døgnplasser og øvrige tjenester i psykisk helsevern. Oppdraget ble gitt i revidert oppdragsdokument 2019 og rapport om arbeidet ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2021. Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene vurderer kapasiteten innenfor psykisk helsevern på bakgrunn av denne rapporten. Foretaksmøtet vedtok at de regionale helseforetakene ikke skal redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019.

Behov innen psykisk helsevern

Vedtak nr. 696, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå tilgjengelig kapasitet og behov innen psykisk helsevern, med sikte på å øke døgnkapasiteten i tråd med behovet.»

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. I tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble det i 2019 gitt oppdrag til de regionale helseforetakene om å videreutvikle framskrivningsmodellen i psykisk helsevern og TSB. De regionale helseforetakene har gjennomgått kapasitet og gjort analyser av fremtidige behov. Dette omfatter både behov for døgnbehandling, poliklinisk- og ambulant behandling. Det ble også gitt i oppdrag å etablere et fagnettverk som utvikler og forvalter framskrivningsmodellene. Arbeidet har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe.

Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene vil bruke ny framskrivningsmodell som et av flere verktøy for videreutvikling av tjenestene. Framskrivningene skal også legges til grunn ved regionale og lokale utviklingsplaner, organisering og innretting av helsetjenester, planlegging av utdanning og rekruttering av personell,

planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester og etablering av teknologisk infrastruktur.

De som har behov for døgnbehandling, har ofte også behov for en kombinasjon av døgntilbud og polikliniske og ambulante tjenester i tillegg til bolig og øvrig oppfølging i kommunene. Dette for å sikre sammenhengende tjenester og muligheten til å mestre hverdagen i sitt nærmiljø. Derfor skal personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer prioriteres som en av fire grupper i helsefelleskapene.

Utskrivningspraksis psykisk helsevern og TSB

Vedtak nr. 697, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av utskrivningspraksis innenfor rus- og psykisk helsevern.»

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. En god utskrivningsprosess er viktig for å sikre kontinuitet til tjenestene, og er tydelig adressert i pakkeforløpene. Det er anbefalinger om samhandling før utskrivning og hva som må gjennomgås i avsluttende samtale, slik som bolig, nettverk, aktiviteter, kriseplan, kontaktperson i kommunen mv. Helsedirektoratet følger med på utskrivningspraksis i psykisk helsevern og TSB gjennom pakkeforløpene og brukerundersøkelser.

I tillegg har Helsedirektoratet, i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, fått i oppdrag å utrede hva som er ønsket innretning av utskrivningsprosessen og basert på dette foreslå eventuelle endringer i nasjonale rammevilkår, herunder forskrift om utskrivningsklare pasienter, relevant veileder, styringsinformasjon, finansieringsordninger og digitale forutsetninger.

Evalueringsprosjektet av LAR-ordningen

Vedtak nr. 634, 24. april 2018

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

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

Det vises til merknader til Innst. 11 S (2020–2021) der komiteen viser til at regjeringen skal publisere en revidert retningslinje i løpet av 2020 og avventer dette før vedtaket kan utkvitteres. Det vises og til Innst. 580 S (2020–2021) der komiteen registrerer at Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med en nærmere redegjørelse i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2022. Komiteen anser ikke vedtaket for å være fulgt opp.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet har revidert den nasjonale faglige retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Formålet er å sikre innhold, kvalitet og forbedringer i ordningen, slik at LAR kan fungere optimalt. Den reviderte retningslinjen er sendt på høring og vil etter planen bli publisert i løpet av andre halvår 2021. Helse- og omsorgsdepartementet har videre fått i oppdrag å gjennomføre en følge-evaluering av implementeringen av den nye retningslinjen. Helse- og omsorgsdepartementet har og utarbeidet egne pandemianbefalinger om LAR.

Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtaket nr. 843, 5. juni 2018

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

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

Det vises og til merknader til Innst. 11 S (2020–2021) og Innst. 580 S (2020–2021). Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtaket blant annet ved å innføre pakkeforløp innen psykisk helse og rus, der oppfølging etter behandling også inngår. Regjeringen har vurdert om en ny finansieringsnøkkel kunne være hensiktsmessig, men mener det ikke er ønskelig å gjøre endringer i dagens ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Når pasienter skrives ut fra døgnbehandling er det et kommunalt ansvar å sørge for et godt tilbud for den enkelte. Samtidig kan personer med ruslidelser få oppfølging av spesialisthelsetjenesten, også etter utskrivning fra døgninstitusjon.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjøring og andre utgifter for kontrollkommisjonene innen det psykiske helsevernet.

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon. Landet har 54 kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonene skal ivareta rettsikkerheten til pasienter i møte med det psykiske helsevernet. Kommisjonene skal gjennomgå alle vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Kontrollkommisjonen er klageinstans for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven, og skal i tillegg drive velferdskontroll. Enkelte av de vedtak kontrollkommisjonen fatter, kan pasienten få overprøvd av domstolene etter tvisteloven kap. 36, jf. psykisk helsevernloven § 7–1. De siste 10 årene har antall slike klagesaker som har blitt brakt til domstolene fordoblet seg, og ligger nå på om lag 250 per år. Helse- og omsorgsdepartementet forbereder sakene for staten og har prosessansvar i om lag 50 saker årlig. Helse- og omsorgsdepartementet har et faglig og praktisk oppfølgingsansvar overfor kommisjonene. Den økonomiske forvaltningen er delegert til fylkesmennene gjennom embetsoppdrag og fullmaktsbrev.

Som ledd i oppfølgingen av kontrollkommisjonene er den årlige konferansen for alle medlemmene avholdt, herunder en egen dag med opplæring av nye medlemmer. Det er også avholdt en egen samling for lederne. Det er blitt lagt et opplæringsprogram for kontrollkommisjonene med et eget kurs om vurdering av samtykkekompetanse. Direktoratet har etablert en ressursgruppe for kontrollkommisjonene, for å sikre god og lik praksis på landsbasis. Helse- og omsorgsdepartementet har også arrangert en konferanse for landets fylkesmenn om tvangsreglene i Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9, pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A og forslag til ny tvangsbegrensningslov (NOU 2019: 14).

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 430, post 01 knyttet til at BASIS-prosjektet går over i ordinær drift.

Posten dekker bl.a. utgifter til behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep, følgeevaluering av prøveprosjektet med heroinassistert behandling, samt ivaretagelse av særskilte utviklingsbehov innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern.

Behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep.

Behandlingstilbudet for personer som er dømt for overgrep/sekuallovbrudd har de siste årene blitt styrket. Det ble i 2015 igangsatt et prosjekt (BASIS-prosjektet) for kartlegging og behandling av denne gruppen, i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus HF, Kriminalomsorgen region sør og Helse Sør-Øst RHF. I oppdragsdokumentet for 2019 ble de regionale helseforetakene bedt om å etablere et behandlingstilbud etter modell av BASIS. Helse- og omsorgsdepartementet fikk tildelt tilskudd over kap. 734, post 21 for perioden 2019 til 2021 til fordeling mellom helseforetakene. Etableringen av behandlingstilbudet fikk en tidsramme på to år. Det nasjonale implementeringsarbeidet har vært ledet av Oslo universitetssykehus HF på vegne av Helse Sør-Øst RHF.

Kriminalomsorgen har i perioden juni 2019 til juni 2021 screenet over 900 personer som er dømt for sekuallovbrudd. Resultatene viser at en fjerdedel befinner seg i BASIS' antatte målgruppe. Dette er i tråd med internasjonale funn og stemmer overens med estimatet som dannet grunnlag for den nasjonale utrulling av BASIS. Koronapandemien førte til forsinkelser i implementeringen av tilbudet, men helseforetakene har likevel nådd målet om å få igangsatt behandling i alle helseregioner innen utgangen av 2020. Antallet pasienter i behandling (til sammen 77 pasienter) svarer til behovet som ble anslått ved oppstart. Oppdraget med å etablere regionale behandlingstilbud til personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep vurderes av Helse- og omsorgsdepartementet som fullført.

Heroinassistert behandling

Et femårig prøveprosjekt med heroinassistert behandling ble igangsatt i 2020. Det skal etableres tilbud i Oslo og i Bergen for opptil 300 opiatavhengige gjennom egne klinikker med god helse- og sosialfaglig bemanning. Som en del av prosjektet gjennomføres en følgeevaluering for å innhente mer kunnskap. Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) fikk i 2020 i oppgave å lede evalueringen som følger det kliniske prosjektet så lenge prøveprosjektet varer. Det foreslås et tilskudd på 5 mill. kroner til følgeevalueringen i 2022. Det vises til omtale av prosjektet under kap. 732, post 70.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

For å utvikle tjenestene til det beste for pasienter og pårørende skal brukermedvirkning og innhold og kvalitet i behandlingen prioriteres. Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med å utvikle nasjonale anbefalinger for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten innenfor områdene psykisk helse og rus, som skal kunne videreutvikles til også å omfatte brukermedvirkning for somatiske områder på sikt. Dette er en prosess som krever god forankring hos både brukere, pårørende og i fagmiljøet. Det er igangsatt innsamling og vurdering av kunnskapsgrunnlaget for bruker- og pårørendemedvirkning, og det tilrettelegges for bred medvirkning på mange arenaer. De nasjonale anbefalingene er planlagt publisert i 2022 og implementering vil pågå i 2023.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring revidert nasjonal faglig retningslinje for behandling ved opioidavhengighet. Den reviderte retningslinjen skal etter planen publiseres høsten 2021. Det skal også gjennomføres en følgeevaluering av implementering av retningslinjen, med oppstart i 2021. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp plan for oppdatering og videreutvikling av øvrige normerende produkter, som nasjonale faglige retningslinjer, råd, veiledere og pakkeforløp. Se også omtale av pakkeforløp psykisk helse og rus under kap. 781.

Kvalitetsregistre for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KvaRus) ble tatt i bruk i 2020, og det pågår et arbeid for innføring og utvikling av kvalitetsregistre innen psykisk helsevern.

Kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer, helseatlas og framskrivning av framtidige behandlingsbehov i psykisk helsevern og TSB vil gi økt kunnskap om behandling og variasjon i tjenestene og må være koordinert med øvrig fag- og kvalitetsutvikling.

Bruk av tvang i psykisk helsevern

Det har gjennom mange år vært en målsetting å oppnå økt frivillighet for pasienter med psykiske helseproblemer. Med virkning fra 1. september 2017 ble psykisk helsevernloven revidert med formål om å øke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. I praksis betyr lovendringen at samtykkekompetente pasienter som ikke utgjør fare for eget liv eller andres liv eller helse kan avslå et tilbud om behandling og oppfølging i psykisk helsevern. Lovendringen gjaldt også vedtaksplikt for alle tilfeller av skjerming som pasienten motsetter seg. Det nye kravet om vedtaksfes-

ting av tilbakeholdelse og behandling av pasienter som ikke kan avgi et gyldig samtykke, antas å ha bidratt til økt oppmerksomhet om at vedtakspikten også gjelder for pasienter som ikke aktivt motsetter seg behandlingen. Dette kan være noe av årsaken til økningen i tvangsinnleggelse. Helse- og omsorgsdepartementet publiserte i 2020 rapporten «Tvang i psykisk helsevern – status etter lovendringene i 2017».

Fra 2016 til 2017 viste aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern reduksjon for flere tvangsformer. Utviklingen inn i 2018 viste igjen økning for både tvangsinnleggelse, tvangsbehandling, tvangsmidler og skjerming. Det ble likevel funnet indikasjoner på effekter av lovendringen, blant annet redusert varighet av tvungent psykisk helsevern.

Lovendringen kan ha hatt som effekt at antallet tvangsvedtak øker noe, uten at det er blitt mer reell tvang. Én av grunnene kan være at det før lovendringen ikke ble truffet tvangsvedtak for pasienter uten samtykkekompetanse som ikke motsatte seg innleggelse. Antallet reinnleggelse har ifølge Helsedirektoratet ikke gått opp. Forholdstallet mellom innleggelse og pasienter har holdt seg stabilt på 1,4 innleggelse per pasient gjennom perioden 2014 til 2019, og det er foreløpig ikke blitt observert endringer i omfang av reinnleggelse på tvang etter lovendringen.

I 2020 publiserte Helsedirektoratet en oversikt over institusjoner som er godkjent for å ta ansvar for tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold etter psykisk helsevernloven § 3-5 og psykisk helsevernforordningen §§ 2 til 5. Høsten 2021 publiseres Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. Det er utviklet 12 faglige råd som er sendt til eksterne høring med frist juni 2021. Høringsinstansene er bedt om å gi innspill til egnede implementeringstiltak. Rådene skal ses i sammenheng med relevante pakkeforløp på psykisk helsefeltet.

Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang (Tvangsforsk) ble overført til Helse Nord RHF fra 2019 og innlemmet i Sifer Nord. De viderefører arbeidet på nasjonalt nivå, og er en samarbeidspartner for direktoratet ved behov for oppdatert kunnskap.

Post 70 Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.

Bevilgningen på posten dekker utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige

psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere ved alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet.

Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer i ikraftsetting av strafferettslige utregningsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffelovens § 39a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet å etablere en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrutere.

Fra januar 2002 til juni 2021 er til sammen 33 personer dømt til tvungen omsorg. Dom er opphørt for 13 personer i perioden. Per juni 2021 var 5 personer innlagt i fagenhetens sengepost for gjennomføring av hhv. dom til tvungen omsorg etter straffelovens § 63 (3 personer) og etter straffeprosessloven § 188, varetektssurrogati (2 personer). De to i varetektssurrogat er tiltalt med påstand om dom på overføring til tvungen omsorg, hvor hovedforhandlingene nylig er gjennomført for den ene, og den andre antatt berammet til høsten 2021. 18 personer befinner seg i eksterne tiltak under fagenhetens ansvar, for gjennomføring av dom til tvungen omsorg. Det er etablert avtale om slik gjennomføring for enda en person (oppstart medio september), og ytterligere ett eksternt tiltak antas å starte opp i begynnelsen av september, forutsatt rettskraftig dom. Den sentrale fagenheten for tvungen omsorg regner med at det totalt blir etablert 7 nye eksterne tiltak i løpet av 2021.

Ansvaret for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge RHF. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes delvis over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. I 2020 ble finansieringen av ordningen lagt om og de regionale helseforetakene dekker 20 pst. av utgiftene til ordningen, jf. omtale under kap. 732, post 72–75.

Bevilgningen foreslås økt med 45 mill. kroner i 2022.

Som følge av den sterke økningen i nye dommer til tvungen omsorg, vil Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Finansdepartementet, se nærmere på årsakene til økningen og vurdere tiltak for å oppnå større forutsigbarhet og kontroll med utgiftene til ordningen.

Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (Sifer)

Behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser som begår grove kriminelle handlinger, stiller særlig krav til kompetanse. De fire regionale kompetansesentrene (Oslo, Bergen, Tromsø og Trondheim) og de regionale sikkerhetsavdelingene har spesialkompetanse innen fagområdene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som overføres både til lokale sikkerhetsavdelinger og til allmennpsykiatriske avdelinger ved behov. Driften av kompetansesentrene er forankret i de regionale helseforetakene. De regio-

nale kompetansesentrene har etablert et nasjonalt kompetansenettverk seg imellom for å styrke de nasjonale forsknings- og fagutviklingsprosjektene innenfor de tre fagområdene. Det foreslås å videreføre tilskuddet til kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf)

Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo (Seraf) har en omfattende virksomhet og er en viktig instans i å utvikle kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet, i særlig grad innen spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilskuddet til senteret foreslås videreført i 2022.

Kap. 737 Historiske pensjonskostnader

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
70	Tilskudd, <i>overslagsbevilgning</i>	27 792	131 006	83 112
	Sum kap. 737	27 792	131 006	83 112

Post 70 Tilskudd

Det ble i 2019 etablert en tilskuddsordning til dekning av ideelle og andre virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenstepensjonsordning. Ordningen er hjemlet i lov 1. mars 2019 nr. 3 om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenstepensjonsordning og reguleres nærmere i forskrift. Ordningen gjelder privat virksomhet med offentlig tjenstepensjonsordning som har levert lovpålagte spesialist-

helsetjenester og barneverntjenester som staten nå er ansvarlig for. For nærmere omtale av ordningen vises det til Prop. 1 S (2018–2019) og (2019–2020) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen, også for den delen som gjelder statlige barnevernstjenester. Det ble utbetalt totalt 27,8 mill. kroner i tilskudd i 2020.

For 2022 foreslås det en bevilgning på 83,1 mill. kroner.

Programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
740	Helsedirektoratet	1 546 535	1 517 303	1 438 086	-5,2
741	Norsk pasientskadeerstatning	288 185	291 825	299 036	2,5
742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	156 508	177 350	180 920	2,0
744	Direktoratet for e-helse	332 600	329 815	319 448	-3,1
745	Folkehelseinstituttet	1 441 826	1 427 135	1 458 895	2,2
746	Statens legemiddelverk	414 750	355 257	388 563	9,4
747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	120 570	129 566	143 354	10,6
748	Statens helsetilsyn	160 628	162 047	168 619	4,1
749	Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten	32 962	40 258	41 381	2,8
Sum kategori 10.40		4 494 564	4 430 556	4 438 302	0,2

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
01-29	Statens egne driftsutgifter	4 312 471	4 186 377	4 187 809	0,0
30-49	Nybygg, anlegg mv.	17 137	17 882	18 312	2,4
50-89	Overføringer til andre	164 956	226 297	232 181	2,6
Sum kategori 10.40		4 494 564	4 430 556	4 438 302	0,2

Kap. 740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	1 397 345	1 311 863	1 236 106
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	40 044	49 235	41 714
60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	94 022	87 149	89 415
70	Helsetjenester i annet EØS-land	70 704	69 056	70 851
71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	-53 008		
72	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	-2 572		
	Sum kap. 740	1 546 535	1 517 303	1 438 086

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- Bevilgningen foreslås redusert med 92,6 mill. kroner knyttet til utfasing av ekstraordinære kostnader knyttet til pandemihåndteringen. Regjeringen vil følge smittesituasjonen i 2022, og vurdere bevilgningsbehovet knyttet til beredskapsarbeidet i lys av smittesituasjonen
- 25,1 mill. kroner, knyttet til utgifter til enkelte bevillings- og registreringsordninger på tobakksområdet, flyttes fra kap. 740, post 01 til kap. 714, post 21
- 10 mill. kroner flyttes fra kap. 740, post 21 til kap. 740, post 01 for å korrigere en feil fra Prop. 1 S (2020–2021)
- 9,9 mill. kroner flyttes fra kap. 781, post 21 til kap. 740, post 01 for å følge opp arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- 1,3 mill. kroner i økt bevilgning til dekning av driftsutgifter ved tiltak rettet mot legereservasjoner uten faglig begrunnelse. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70.

Samfunnsoppdrag og roller

Helsedirektoratet skal bidra til at flere har god helse, at helseforskjellene blir mindre mellom folk og at flere får god og sikker behandling. Direktoratet understøtter også at pasienter og brukere skal få møte en samordnet tjeneste og tilrettelegger for økt samfunnsikkerhet og beredskap. Hovedaktivitetene er å:

- gi råd om kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse, tobakk, alkohol og andre rusmidler

- redusere helseforskjeller ved å samarbeide med helsesektoren og andre sektorer som skole, transport, nærmiljø og arbeidsliv
- sammen med helsepersonell og brukere utvikle tjenestene
- bidra til at pasientene får oppfylt sine rettigheter og påvirker behandling og tjenestetilbud
- videreutvikle og drifte finansierungsordningene for helsetjenestene og pasientene
- sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse
- ta ansvar for å koordinere helsetjenesten i en stor krise
- følge med på helseutviklingen og foreslå tiltak som skal gi folk bedre helse

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet utfører oppgaver innen tre ulike roller:

- Fagrollen: Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet. Direktoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, og sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende.
- Forvaltningsrollen: Helsedirektoratet har en rekke forvaltningsoppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor folkehelse og helse- og omsorgssektoren.
- Iverksetter av vedtatt politikk: Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk på helse- og omsorgsområdet i tråd med føringene som departementet gir. Direktoratet har

ansvaret for å oppnå fastlagte mål og prioriteringer i tråd med styringssignal.

I tillegg har Helsedirektoratet et særskilt ansvar for nasjonal helseberedskap.

Helsedirektoratets ansvar knyttet til nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven av 2011 og i spesialisthelsetjenesteloven av 1999. I folkehelseovngivningen er Helsedirektoratets ansvar innen folkehelsearbeid fastsatt.

Oppfølging av prioriterte strategier

Pandemihåndtering og lovpålagte myndighetsoppgaver har vært høyest prioritert i 2021. Helsedirektoratet har et sentralt ansvar for å iverksette politisk vedtatte strategier for utvikling av helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. I tildeingsbrevet for 2021 var følgende strategier særlig prioritert:

- Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023
- Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.
- Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn
- Handlingsplan for allmennlegetjenesten (2020–2024)

I tillegg ble psykisk helse og rus fremhevet som et prioritert fagområde med vekt på videreutvikling av pakkeforløp, arbeid med tvangsbegrensingsloven, oppfølging av tiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 og gjennomføring av Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.

Helsedirektoratet har en særskilt rolle i oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. I tillegg til en rekke spesielle oppdrag, skal direktoratet hver høst levere en rapport med vurdering av status for gjennomføring, risiko og anbefaling om tiltak. Direktoratet har oppdrag innenfor alle planens områder. Arbeidet er forsinket som følge av pandemihåndteringen, men direktoratet har likevel levert på flere oppdrag. Støtte og tilrettelegging for helsefelleskapene har vært høyt prioritert. Hdir har opprettet en egen temaside med informasjon og veiledning for helsefelleskapene, og direktoratet fasiliterer et nasjonalt nettverk for erfaringsutveksling og informasjonsdeling mellom de 19 helsefelleskapene. De regionale helseforetakene og KS deltar også i nettverket.

Helsedirektoratet, i samarbeid med KS og Senter for omsorgsforskning, utgjør det nasjonale støtteapparatet for Leve hele livet-reformen. Det nasjonale støtteapparatet driver blant annet informasjons- og kommunikasjonsarbeid, tilrettelegger og sprer faglig kunnskap, tilbyr veiledning i arbeidsmetodikk og sørger for evaluering av reformen. Det vises til omtale under kap. 761, post 21.

Helsedirektoratet har ansvar for oppfølgingen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Direktoratet har flere oppdrag knyttet til gjennomføring av tiltakene i planen, og er ansvarlig for rapportering på og evaluering av tiltakene og handlingsplanens måloppnåelse. Helsedirektoratet er også ansvarlig for anskaffelse av en ekstern evaluator. Det vises til nærmere omtale under kap. 762, post 21

Helsedirektoratets aktiviteter innenfor psykisk helse og rus er omtalt under kap. 765, 734 og 781.

Pandemihåndtering

Helsedirektoratet har hatt en sentral rolle i håndteringen av koronapandemien gjennom å koordinere helsesektoren, gi råd, innhente kunnskap, og være et kompetanseorgan – for departement og regjering og for alle samfunnssektorer og innbyggere.

Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser (BUB) ledes av Helsedirektøren og består av ni sentrale virksomheter utover Helsedirektoratet. Gjennom BUB har andre sektorer, representanter for statsforvalterne og helsesektoren løftet bekymringer for konsekvenser av ulike tiltak, og komme med forslag til justeringer.

Helsedirektoratet har arbeidet aktivt med å sørge for oppdatert informasjon og veiledning til alle ansatte i helsetjenesten gjennom helsedirektoratet.no, webinarer og portalen Helseaktuelt. For å bidra til rekruttering av helsepersonell, ble det i 2020 etablert et register for reservepersonell der helsepersonell med ledig kapasitet kunne registrere seg. Registeret vedlikeholdes og videreutvikles med tanke på å være en permanent ressurs. Gjennom en utvidet adgang til lisens for helsefagstudenter, har direktoratet klargjort 2340 studenter for innsats i helsetjenesten.

Helsedirektoratet har publisert nye styringsdata under pandemien for å understøtte lokal og sentral helseforvaltning sitt arbeid med pandemihåndtering. Det er etablert flere ulike rapporteringer fra helsesektoren til Helsedirektoratet i forbindelse med koronasituasjonen, og det er behov

for å samle disse i større grad og sørge for at data et tilgjengelig på en hensiktsmessig måte.

Det er etablert et skjema i altinn der kommunene logger seg inn og rapporterer lagertall og forbruk av smittevernutstyr, antall hurtigtester på lager, antall de ønsker å bestille, antall isolerte personer i sykehjem og institusjon, kommunens kapasitet i arbeidet med smittesporing og hvor mange innbyggere som er i karantene. Rapporteringen vil i løpet av høsten flyttes fra altinn.no til egen løsning som er utviklet hos statsforvalteren. Dette skal gjøre det enklere for kommunene å rapportere inn sine tall. Dette vil innebære endringer i de tekniske løsningene som Helsedirektoratet har etablert.

Med bakgrunn i NPR-forskriften er det etablert et system som samler inn og sammenstiller data fra alle regionale helseforetak og trekker ut data som er relevant for Folkehelseinstituttet, kvalitetssikrer diagnosekoder mot MSIS, og maskeer data som ikke skal deles av personvernhen-syn. Løsningen har vært en svært viktig informasjonskilde for instituttet sitt analysemiljø, både for arbeid med å følge pandemien, og for å utvikle en modell for vaksinasjon og oppfølging av denne. Den har videre gitt verdifulle innspill til behov som oppstår i en pandemisituasjon og rustet Helsedirektoratet betydelig for å håndtere lignende situasjoner i framtiden.

Det juridiske arbeidet i Helsedirektoratet har sjelden vært så omfattende og så hurtig utviklet som i 2020. Hjemler i Smittevernloven og Bered-skapsloven ble tatt i bruk for første gang. Etter at den nye covid-19-forskriften ble fastsatt i slutten av mars 2020, er den blitt endret et høyt antall ganger som et ledd i regjeringens strategi om å ha kontroll på pandemien.

Helsedirektoratet har som følge av koronapandemien hatt en svært høy arbeidsbelastning i 2020 og 2021, både samlet sett og særlig for enkeltmedarbeidere med kompetanse som har vært viktig for å kunne håndtere pandemien.

Folkehelse

Helsedirektoratets folkehelsearbeid er rettet inn mot de nasjonale målene for folkehelsepolitikken, WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) samt FNs bærekraftsmål om god helse, jf. Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga og Meld. St. 40 (2020–2021) Mål med mening.

Helsedirektoratet er, sammen med Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementets viktigste premissleverandør i arbeidet med utvik-

ling og oppfølging av strategier og meldinger på folkehelseområdet. I 2022 vil bl.a. arbeidet med ny folkehelsemelding og ny NCD-strategi være viktig.

I 2020 startet arbeidet med implementering av veileder i systematisk folkehelsearbeid i fylker og kommuner. Helsedirektoratet har lagt vekt på å støtte kommunene i deres arbeid med tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse og utvikle indikatorer som gir informasjon om status for kommunenes systematiske folkehelsearbeid. Indikatorsettet skal bidra til standarder for godt folkehelsearbeid og gi muligheter for sammenlikninger mellom kommuner og med gjennomsnittstatus regionalt og lokalt.

Den første nasjonale undersøkelsen av livskvalitet ble i 2020 gjennomført av Statistisk sentralbyrå, etter et oppdrag fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. En ny nasjonal livskvalitetsundersøkelse vil gjennomføres i 2021.

I mars 2021 ble ny avtale for Partnerskap mot mobbing (2021–2025) undertegnet av 15 partnere. Partnernes forpliktelser skal styrkes og tydeliggjøres. Det vil også være viktig å sørge for en tydeligere stemme fra barn.

Helsedirektoratet følger opp Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023), og oppfølging skal ses i sammenheng med strategien Matnasjonen Norge og Klimaplan 2030 som løfter fram tiltak om systematisk tverrsektorielt kostholdsarbeid i kommunene. Handlingsplanens tiltak om å gjøre en overordnet vurdering av ernæringsområdet i spesialisthelsetjenesten, oppdatere oversikt over kliniske ernæringsfysiologer og ernæringsarbeid rettet mot særlige grupper følges opp.

Helsedirektoratet bistår Utdanningsdirektoratet i arbeidet med veiledere og støttemateriell til ny nasjonal rammeplan for SFO om bl.a. kosthold og fysisk aktivitet, samt i etableringen av satsingen barn og unge i bevegelse.

Helsedirektoratet følger opp regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn med kunnskaps- og metodeutvikling, og Senteret for et aldersvennlig Norge er etablert i Ålesund, jf. kap. 714, post 21.

Helsedirektoratet bistår i oppfølgingen av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – sammen om aktive liv, blant annet for å sikre at fysisk aktivitet blir ivaretatt som et nasjonalt hensyn i samfunns- og arealplanlegging og for å legge grunnlag for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer. I handlingsplanen legges det bl.a. vekt på gjøre nye nasjonale råd om fysisk aktivitet kjent i befolk-

ningen, formidle lavterskeltilbud som «Smart mosjon i arbeidslivet» og oppdatere kostnads- og nyttevurderinger av daglig fysisk aktivitet i skolen. Kunnskap og erfaringer fra Helsedirektoratets treårige utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse har blitt tatt i bruk kommuner og organisasjoner.

Helsedirektoratets arbeid på tobakksfeltet tar utgangspunkt i den nasjonale tobakksstrategien inntatt i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga. Et satsingsområde er pilotprosjektet for røykeslutt i Vestre Viken helseregion, jf. omtale under kap. 714, post 21. Helsedirektoratets oppgaver knyttet til EUs tobakksdirektiv, ny bevilningsordning for import, eksport og produksjon av tobakksvarer samt registreringsordningen for tobakks salg finansieres med gebyrinntekter over kap. 3714, post 04 og sektoravgift over kap. 5572, post 75.

Helsedirektoratet viderefører sitt rusmiddelforebyggende arbeid, og følger opp sentrale prioriteringer i Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). Helsedirektoratet har blant annet et ansvar for å understøtte alkoholforebygging i kommunene og bidra til å fremme alkoholfrie arenaer. Helsedirektoratet vil vurdere hvordan den rusforebyggende innsatsen blant unge voksne kan styrkes, blant annet gjennom oppfølgingen av informasjonskampanjen om cannabis som ble gjennomført høsten 2020.

Helsedirektoratet arbeider med kommunikasjon for å hjelpe befolkningen til å ta gode selvstendige valg på levevaneområdet. Psykisk helse og levevaner ses i sammenheng i kommunikasjonssatsingen. I 2020 og 2021 har kommunikasjons- og annonseringsaktivitet stort sett vært konsentrert rundt korona. Arbeidet med kommunikasjon på levevaneområdene skal gjenopptas og videreføres i 2022.

Registre

Helsedirektoratet forvalter en rekke registre, herunder Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR), Egg- og sæddonorregisteret (ESDR), Helsepersonellregisteret, Medisinsk kvalitetsregister for forskning, Fastlegeregisteret og Register for reservepersonell og innsatspersonell i forbindelse med covid-19, mv.

Det er i 2021 etablert en felles løsning (meldingstjener) for mottak og utsending av data i Norsk helsenett. Løsningen validerer og avviser teknisk underkjente meldinger, og legger til rette for automatisert rapportering til helseregistre.

Dette skal understøtte arbeidet med å bedre kvaliteten på innrapporterte data til NPR og KPR.

Norsk pasientregister (NPR)

Norsk pasientregister (NPR) inneholder informasjon om alle pasienter som venter på, eller som har fått behandling innen spesialisthelsetjenesten. Et sentralt pasientregister er avgjørende for å sikre pasienters rett til helsetjenester, for å forbedre kvaliteten i helsetjenestene og for å finansiere helsesektoren. Helsedirektoratet utfører et betydelig antall leveranser av data fra registeret til styringsformål, Nasjonal Kjernejournal, kvalitetsregistre, pasientregister og forskning. Videre legges det ned betydelig innsats for å understøtte Helsedataprogrammets arbeid med å etablere Helsedataservice og Helseanalyseplattformen.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Kommunalt Pasient- og brukerregister (KPR) inneholder opplysninger om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fra virksomheter som yter tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven og fra private uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune som yter helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå. Formålet med registeret er å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Informasjon i registeret bidrar til å øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, sikre god planlegging og et likeverdig helsetilbud uavhengig av kjønn, bosted og sosial status, gi mer kunnskap om effekten av behandling og sykdommers utbredelse, årsaker og forløp. Se omtale under kap. 701, post 21.

Egg- og sæddonorregisteret (ESDR)

Det sentrale egg- og sæddonorregisteret er hjemlet i bioteknologiloven § 2-8 og skal ha informasjon om identiteten til en egg- eller sæddonor som benyttes i assistert befruktning, både norske og utenlandske. Formålet er at barn født ved hjelp av donor skal kunne få innsikt i donors identitet. Registeret ble etablert i Helsedirektoratet i 2019 med funksjonalitet for å registrere sæddonor. I 2020 er registeret utvidet med mulighet for å registrere eggdonor.

Fra 1. januar 2023 må registeret kunne håndtere de første henvendelsene fra personer født ved hjelp av assistert befruktning med donorsæd

(henvendelser fra personer født ved hjelp av donoregg vil tidligst komme i 2036). Helsedirektoratet må derfor innen 1. januar 2023 ha etablert en løsning for formidling av informasjonen om donors identitet. Dette vil kreve utredning og utvikling (inkl. utvikling av registerløsningen).

Strategi for utvikling av registerfeltet

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrev for 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag knyttet til strategisk utvikling av direktoratets helseregistre. Direktoratet skal utarbeide en strategi for utviklingen av helseregistrene som forvaltes av direktoratet og synliggjøre hvordan helseregistrene understøtter Helsedirektoratets øvrige oppgaver, samt innrettes med sikte på bedre samlet måloppnåelse for direktoratet. Strategien skal også utdype sammenhengen med mål og tiltak i helsedataprogrammet, herunder etablering av Helsedataservice (HDS) og Helseanalyseplattformen (HAP). Oppdraget skal sees i sammenheng med utvikling av Helsedirektoratet sine registre som ledd i arbeidet med koronapandemien.

Styringsinformasjon – analyse og statistikk

Helsedirektoratet skal bidra til at ulike sektorer og forvaltningsnivå har nødvendig kunnskap for å ivareta sitt ansvar for å forebygge sykdom og fremme helse. Helsedirektoratet skal analysere utviklingstrekk og gjøre gode samlede vurderinger på tvers av nivå og tjenesteansvar på hvordan tjenestene og forvaltningen møter målene som er satt i helsepolitikken. Det innebærer å vurdere om helsesystemet (folkehelse, tverrsektorielle innsatser, forebygging og helse- og omsorgstjenester) er tilpasset befolkningens behov og utvikler seg i ønsket retning.

Helsedirektoratet hadde i 2020 rett over 1300 faste leveranser av styringsinformasjon til de regionale helseforetakene. Leveranser til kommunene er under etablering og utvides fortløpende. Kommunene får informasjon om innhold og kvalitet i innsendte opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten i dashboards. I 2020 er styringsinformasjon til kommunene styrket med en satsning på allmennlegedata. Det er, i samarbeid med tjenesten, publisert 13 nye statistikker som et ledd i arbeidet med å for å få oversikt over aktivitet i allmennlegetjenesten. Arbeidet med å utvikle ytterligere relevant styringsinformasjon for kommunene fortsetter i 2021 og styrkes med etablering av påloggingsløsning. Helsedirektoratet har

begynt arbeidet med å etablere styringsinformasjon knyttet til helsefelleskap, for primær- og spesialisthelsetjenesten.

Styringsinformasjon til Helse- og omsorgsdepartementet leveres i egne dashboards, rapporter, og løpende ved spesifikke henvendelser.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Nasjonale kvalitetsindikatorer brukes til kvalitetsforbedring i tjenestene, de skal gi pasienter, brukere og pårørende mulighet til å velge behandlingssted på et kvalifisert og informert grunnlag og de skal gi politisk ledelse, myndigheter og ledere på alle nivå et godt grunnlag for planlegging og styring og bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i tjenestetilbudet. Resultatene offentliggjøres regelmessig på Helsedirektoratets nettside. Kvalitetsindikatorene brukes også i resultatbasert finansiering (tidligere kvalitetsbasert finansiering) for spesialisthelsetjenesten, se nærmere omtale under kap. 732, post 71.

I 2021 er drift og publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer høyt prioritert samtidig som utviklingsløp for nye kvalitetsindikatorer fortsetter. Helsedirektoratet publiserer oppdaterte resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer 4 ganger per år (5 ganger i 2021). Det nasjonale kvalitetsindikator-systemet består ved utgangen av juni av 186 indikatorer. Kvalitetsindikatorene ble publisert 24. mars (allmennlegetjenesten), 6. mai (spesialisthelsetjenesten) og 24. juni (kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelsetjenester). Det er videre planlagt publisering av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten 16. september og 2. desember.

I 2021 arbeides det med utvikling av nye nasjonale kvalitetsindikatorer på flere ulike områder. Kvalitetsindikatorene utarbeides i nært samarbeid med relevante fag- og registermiljø. Følgende er publisert eller under utvikling i 2021:

- Allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet publiserte 24. mars de to første nasjonale kvalitetsindikatorene for fastlegetjenesten: Fastleger med spesialisering i allmennmedisin, og Varighet på kommunenes avtaler med fastleger. Dette arbeidet vil fortsette også i 2022 gitt fortsatt tilgang på ressurser.
- Pakkeforløp psykisk helse og rus. Helsedirektoratet publiserte ni nye nasjonale kvalitetsindikatorer for pakkeforløp psykisk helse og rus den 6. mai.
- Demens/velferdsteknologi. 24. juni ble det publisert en ny kvalitetsindikator innen demens: Hjemmeboende personer med

demens som har lokaliseringsteknologi (GPS) fra kommunen.

- Pakkeforløp for hjerneslag. Det planlegges to nye kvalitetsindikatorer fra pakkeforløp hjerneslag til publiseringen den 16. september: Innleggelse i slagenhet innen anbefalt tid og Gjennomført tverrfaglig funksjonsvurdering innen anbefalt tid.

Direktoratet jobber også med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for ytterligere områder, herunder heltid og deltid for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, legevakt og akuttmedisin, pasientsikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten, legemiddelbruk blant eldre/forskrivninger fra fastlege og brukererfaringsundersøkelse på fastlegefeltet. Helsedirektoratet skal videre utvikle kvalitetsindikatorer for ernæring i spesialisthelsetjenesten som oppfølging av Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold.

I forbindelse med utvikling av nye indikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester/allmennlege og legevakt er det behov for å forbedre statistikkvisningene med sikte på økt brukervennlighet. Dette arbeidet er påbegynt og vil fortsette utover i 2021.

Tilskuddsforvaltning

Tilskuddsforvaltning er en sentral oppgave i Helsedirektoratet. I 2020 hadde direktoratet ansvaret for 166 tilskuddsordninger med et totalt budsjett på 18,8 mrd. kroner. Tolv av ordningene, med et budsjett på 1,6 mrd. kroner, ble forvaltet av Statsforvalteren, Stiftelsen Dam og Aldring og helse (nasjonalt kompetansesenter) på vegne av Helsedirektoratet. Direktoratet jobber med digitalisering av tilskuddsområdet for å få en brukervennlig, effektiv og målrettet tilskuddsforvaltning. Modernisering av tilskuddsområdet vil forenkle hverdagen for både brukere og saksbehandlere.

Pasientsikkerhet – «I trygge hender»

Ved avslutning av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender», ble det besluttet at arbeidet med pasientsikkerhet skulle videreføres på permanent basis i tråd med etablerte ansvarsposisjoner, og med utgangspunkt i en nasjonal handlingsplan. I 2019 la Helsedirektoratet frem Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsfor-

bedring (2019–2023). Handlingsplanen skal bidra til samordnet og målrettet innsats for å redusere pasientskader, samt understøtte og legge til rette for at krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterleves. Tiltaksområdene i planen bygger opp under behovet for bedre ledelse og kultur, kompetanse samt systemer og strukturer. Pågående nasjonale satsinger for å redusere pasientskader videreføres, og det arbeides med å styrke og videreutvikle nasjonale satsinger knyttet til legemidler, helsetjenesteassosierte infeksjoner samt arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Helsedirektoratet har som fast oppgave – uavhengig av tidsrammen for handlingsplanen – å sikre en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og å være et kompetansemiljø for pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. For å sikre at arbeidet med «I trygge hender» videreføres på permanent basis, foreslås det å flytte midlene på kap.781, post 21 til «I trygge hender» til kap. 740, post 01 i 2022.

Autorisasjon og godkjenning

Godkjenning av helsepersonell er en viktig oppgave for Helsedirektoratet. I 2020 mottok direktoratet ca. 26 000 saker knyttet til søknader om autorisasjon og lisens. Det ble innvilget 17 043 autorisasjoner og 4 895 lisenser, fordelt på 29 profesjoner. Det ble gitt 917 avslag og 212 avslag med praksisløp. Avslagene utgjør 4,3 pst. av de behandlede søknadene. Det er innvilget flest autorisasjoner innenfor profesjonene sykepleiere (5 500), helsefagarbeidere (4 760), leger (1 623), vernepleiere (975), helsesekretærer (587) og psykologer (425).

I arbeidet med håndteringen av covid-19 var det i 2020 behov for å mobilisere helsefagstuderter som reservepersonell i helsetjenesten. Det ble derfor åpnet opp for at også studenter, elever og lærlinger som er under annen helse- og sosialfaglig utdanning enn medisin og farmasi, kan få innvilget studentlisens i siste studieår.

Det ble fastsatt ny forskriftsbestemmelse i forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften) om lisens til helsefaglige studenter slik at disse i arbeidet med covid-19 skal kunne gi helsehjelp som helsepersonell utenfor helsefaglig opplæring, jf. § 17 a. Så langt er det utstedt 2340 studentlisenser etter denne bestemmelsen.

Tabell 4.11 Oversikt over antall innvilgede autorisasjoner og lisenser i 2020 sammenliknet med 2019

Yrkeskode	Norge		Norden		EU/EØS		Andre		Totalsum	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Ambulansearbeider (AA)	322	342	2	3	3	3	0	1	327	349
Apotektekniker (AT)	209	220	1	1	5	8	1	0	216	229
Audiograf (AU)	32	30	1	2	0	1	0	0	33	33
Bioingeniør (BI)	270	372	10	6	7	8	6	3	292	389
Ergoterapeut (ET)	251	248	9	10	9	5	0	1	269	264
Provisorfarmasøyt (FA1)	225	242	10	6	29	41	21	17	285	306
Reseptarfarmasøyt (FA2)	163	123	10	2	0	0	483	504	656	629
Fotterapeut (FO)	45	65	0	0	2	3	0	0	47	68
Fysioterapeut (FT)	601	595	68	38	77	86	8	7	754	726
Helsesekretær (HE)	511	583	0	0	4	4	1	0	516	587
Helsefagarbeider (HF)	4063	4633	216	108	23	16	4	4	4306	4761
Hjelpepleier (HP)	4	2	1	0	0	0	1	0	6	2
Jordmor (JO)	88	164	64	67	15	11	0	1	167	243
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	56	45	2	1	8	8	0	0	66	54
Kiropraktor (KI)	0	0	3	6	65	69	19	10	87	85
Lege (LE)	1192	1247	424	435	1123	1149	173	193	2912	3024
Ortopediingeniør (OI)	0	13	6	7	11	10	0	0	17	30
Optiker (OP)	71	73	8	8	15	23	1	4	95	108
Ortoptist (OR)	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Perfusjonist (PE)	0	0	1	3	0	0	0	0	0	3
Psykolog (PS)	308	280	227	214	51	114	9	7	595	615
Radiograf (RA)	180	195	3	10	3	4	0	0	186	209
Sykepleier (SP)	4099	6086	901	800	346	388	43	53	5389	7327
Tannhelsesekretær (TH)	193	256	1	0	10	4	0	3	204	263
Tannlege (TL)	134	122	35	25	114	116	44	27	327	290
Tannpleier (TP)	81	74	2	2	4	7	0	0	87	83
Tanntekniker (TT)	1	13	0	1	9	6	0	0	10	20
Vernepleier (VP)	868	1238	0	0	3	0	0	0	871	1238
Totalsum	13965	17261	2005	1755	1936	2087	814	835	18721	21938

Internasjonalt samarbeid

Helsedirektoratet har rolle som departementets kompetansemiljø for å fange opp hvilke muligheter for Norge som ligger innenfor EUs aktiviteter i helsesektoren. Helsedirektoratet bidrar med faglige innspill til Helse- og omsorgsdepartementets deltakelse i internasjonale organisasjoner (WHO, Norden, EU/EØS mm) og andre internasjonale arenaer. Dette arbeidet er viktig for direktoratet både som helsemyndighet og for utviklingen av direktoratets faglige rolle. Internasjonalt samarbeid har vært spesielt aktuelt i 2020 og 2021 da Helsedirektoratet har en sentral rolle i den nasjonale helseberedskapen og det internasjonale samarbeidet om helseberedskap.

Det internasjonale helsesamarbeidet er spesielt rettet mot å redusere ikke-smittsomme sykdommer, universell helsedekning, og ikke minst, beredskapsfeltet. Samarbeidet gjøres gjennom EØS-midlene, i nærområdene (Russland og den nordlige dimensjon), EUs helseprogram, Europarådet, Nordisk ministerråd og i samarbeid med nordisk-baltisk gruppe i WHO. På helseberedskapsfeltet koordinerer direktoratet 18 andre land i Europa i samarbeidsprosjektet Joint Action Terror. Direktoratet leder også WHO-EURO sitt strategiske arbeid med å utvikle *Emergency Medical Teams*, en ordning hvor forsterkede helseressurser på kort varsel kan sendes til områder rundt om i verden med behov for hjelp.

Helfo

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo forvalter 36 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrykdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. Ved utgangen av 2020 hadde Helfo 476 faste årsverk. Følgende overordnede mål er knyttet til Helfos virksomhet:

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

Omstilling og digitalisering

Innovasjon og digitalisering er essensielt for å oppnå en brukerrettet og effektiv offentlig sektor. Omstillingene som ble besluttet av Regjeringen

våren 2018 er gjennomført i henhold til plan og ble sluttført sommeren 2021. Gjennom økt digitalisering og ny kontorstruktur vil antall ansatte i Helfo bli redusert med nærmere 90 personer over 5 år.

I perioden 2018–2021 er det gjennomført IKT-investeringer på Helfos tjenesteområder for om lag 150 mill. kroner. Det vises til omtale av digitaliseringsprogrammet Enklere digitale Tjenester (EDiT). Nye IKT-løsninger på helsefusjonsområdet har gitt bedre og enklere tjenester for både innbyggere og helseaktører, samt en mer effektiv forvaltning.

Enklere digitale tjenester (EDiT)

EDiT ble igangsatt for å effektivisere og forenkle ulike tjenester for innbyggere, helseaktører og Helfo gjennom regelendringer og digitale løsninger. Programmet ble ferdigstilt i juni 2021 etter 3 års aktivitet, og leverte viktige gevinster, herunder:

- *Takstoppgjør.* Fra 1. januar 2021 ble en ny lov om direkte oppgjør og forskrift om digital inn-sending iverksatt. Dette skjermer innbyggerne for utlegg. En opplastingstjeneste for refusjonskrav er gjort tilgjengelig i Helsedirektoratets tjenesteportal, og sikrer automatiserte takstoppgjør også for de minste praksisene.
- *Etterlevelse og kontroll.* EDiT har gjennom 2020 og våren 2021 jobbet med å totalrevidere flere rundskriv innen helsefusjon. Dette sikrer et mer ensrettet, tydeligere og forutsigbart takstregelverk.
- *Individuell søknad om blå resept.* En ny løsning for individuelle blåreseptsøknader ble lansert februar 2020, og fastsatt som obligatorisk standard fra mai 2021. Leger sender om lag 170.000 søknader i året på vegne av sine pasienter til Helfo. Over 70 pst. av søknadene blir behandlet automatisk i ny løsning, og gir da øyeblikkelig svar. Apotekene og bandasjist har tilsvarende tatt i bruk en ny vedtaksspørring mot den samme løsningen, slik at pasienten med innvilgelse kan hente ut blå resept rett etter legekonsultasjonen.
- *Innbyggertjenester.* I april 2021 ble frikortene fulldigitale, da både frikortbevis og vedtaksbrev var tilgjengelig på mobil og Helsenorge for innbyggerne. Våren 2021 ble ny løsning for Europeisk Helsetrygdkort lansert, sammen med andre viktige løsninger innen utenlandsområdet. I løpet av 2020 og 2021 ble tjenestene på Helsenorge forbedret, med bedre brukeropplevelser, digitale skjemaer, endre eget kon-

tonummer og chatbot. Chatboten EDiT anskaffet ble i første omgang brukt til korona-henvendelser på Helsenorge.

- *Grunnmurstjenester for Helfo og Helsedirektoratet.* Digitaliseringsprosessen har bidratt til en bedre arkitektur og sikkerhetsmodell for direktoratet og Helfo, som tilrettelegger for toveis dialog med ulike aktører på en sikker måte også på nye områder. Datavarehuset har gjennom programperioden utviklet et viktig og effektivt rapporteringsgrunnlag for fastlegeordningen og helserefusjon

Saksbehandlingstider

Helfo har i 2020 en bedre måloppnåelse på saksbehandling av legemiddelsaker enn året før. Helfo mottok 202 000 krav på legemiddelområdet i 2020, mot 170 700 krav i 2019, en økning på 18 pst. Vel 160 000 krav omhandlet forhåndstilsagn for legemidler og per utgangen av året var nær 30 pst. av disse gjenstand for automatisert saksbehandling. Tilsvarende andel for utgangen av 2019 var 16 pst. I 2020 ble 98 pst. av de prioriterte legemiddelsakene behandlet innen fire uker og med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på fem dager. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for øvrige saker var 26 dager i første tertial og 17 dager i tredje tertial. 95 pst. av sakene behandles innen saksbehandlingsfristen på 8 uker.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjon for tannhelsebehandling er redusert fra 48 dager ved inngangen til året til vel 28 dager ved utgangen av året. Nær alle saker (98 pst.) ble behandlet innen 56 dager (8 uker) som er ytre grense på fagområdet.

Redusert reiseaktivitet i 2020 har påvirket saksmengden på utlandsområdet, og da spesielt for søknader om refusjon for behandling i et annet EØS-land. Saksinngangen for stønad etter § 5-24 a (behandling i annet EØS-land) er redusert med 39 pst. i forhold til 2019. Først og fremst som følge av reduksjon av utenlandsbehandling innenfor fysioterapi og tannhelse. Reduksjon av saker utenom EØS på 15 pst. skyldes i hovedsak færre studenter i utlandet. Saksbehandlingstidene er noe økt, grunnet større andel sykehusbehandling, omstilling til ny kontorstruktur og omdisponering av ressurser internt i Helfo.

Servicetjenester

Servicetjenester til brukere og behandlere omfatter informasjon og veiledning på telefon, nett og øvrige kanaler, og selvbetjeningsløsninger som

bytte av fastlege og utstedelse av europeisk helsetrygdkort.

All informasjon til private brukere fra Helfo er samlet på helsenorge.no. Besøkstallene til helsenorge.no har økt betydelig fra 2019 til 2020, med en dobling i gjennomsnittlig besøk per måned fra 3,2 til 6,5 millioner. Dette skyldes økt informasjonsbehov i befolkningen som følge av pandemien. Nettportalen helfo.no gir informasjon om forhold som avtaleinngåelse med Helfo, hvordan sende inn refusjonskrav og motta utbetaling og informasjon om regelverk, takster og refusjoner. I 2020 hadde helfo.no nær 1,6 millioner nettbesøk fra helseaktører.

Helfo mottok i alt 416 000 henvendelser fra innbyggere (privatpersoner og helseaktører) i sine ordinære telefontjenester i 2020, en reduksjon på 14 pst. fra 2019. Veiledningstjenesten Helsenorge hadde alene nær 300 000 henvendelser.

Andel digitale brukermøter er nær 96 pst. Brukere som i liten grad bruker nett, men fremdeles ringer servicetjenestene har oftere sammensatte problemstillinger og trenger veiledning. Samtaletiden er derfor økende, noe som gir kapasitetsutfordringer. Gjennomsnittlig ventetid på telefon var 190 sekunder, mens ventetiden i 2019 var 168 sekunder. Til tross for lange ventetider var brukertilfredsheten på hele 87 pst. Det betyr at kvaliteten på telefontjenesten er høy og ventetiden opplevs som akseptabel.

Informasjonstelefonen for korona ble etablert som tjeneste i Helfo fra 28. februar 2020 og har i 2020 hatt nær 330 000 henvendelser. Brukerundersøkelser viser at over 90 pst. er fornøyd med tjenestene (juni 2020). Etablering og drift av informasjonstelefonen for korona har krevd betydelig innsats og fleksibilitet i Helfo og hatt betydning for kapasitet og tilgjengelighet for øvrige servicetjenester.

Innsending av refusjonskrav og oppgjør

Helfo håndterte i 2020 vel 1 million oppgjørsmeldinger fra behandlere, en økning på 3,4 pst. sammenliknet med 2019. Andel unike helseaktører som i siste tertial 2020 fremmet krav elektronisk utgjorde 85 pst.

Etterlevelse

Rett behandlingsrefusjon og ytelse og bedre etterlevelse av regelverket er sentrale mål for Helfos virksomhet. Helfo har styrket sitt analysearbeid, bl.a. som følge av nye verktøy, samt økt sin tannhelsefaglige kompetanse.

Helfo har en egen telefontjeneste for behandlere som ivaretar informasjon og veiledning, samt en proaktiv tjeneste som arbeider aktivt med rettleiding og informasjon ut mot behandlergruppene. Videre er det utviklet omfattende automatiserte kontroller i mottak og behandling av refusjonskrav og interne kontrolltiltak i saksbehandlingen av individuelle søknader. Arbeidet med etterkontroll har som formål å avdekke og reagere på økonomisk misbruk, bedrageri og feil, og systematisk formidle kontrollresultatene slik at de bidrar til økt etterlevelse og bygger tillit. Helfo gjennomfører etterkontroller på basis av risikovurderinger.

I 2020 utgjorde tilbakekrevd beløp 56 mill. kroner fordelt på 33 ulike saker, mens omfanget var 28 mill. kroner i 2019 basert på 70 saker. Åtte helseaktører ble fratatt retten til å praktisere for trygdenes regning og Helfo gikk til anmeldelse i ni saker. I tillegg fikk en helseaktør pålegg om endring av praksis. Refusjonsområdene lege/avtale-spesialist og tannhelse har vært prioritert for etterkontroll, samt oppfølging av tips og funnsaker. Effektiviteter tyder på at etterkontroll gir endret adferd hos helseaktørene.

Fristbrudd

Helfo har i 2020 registrert 4536 fristbrudd, mens antallet registrerte fristbrudd i 2019 var 11 745. Reduksjonen i antall registrerte fristbrudd er begrunnet i suspensjon av ordningen i store deler av 2020 som følge av pandemien. De aller fleste saker (75 pst.) ble håndtert innen ti virkedager og gjennomsnittlig saksbehandlingstid er på ni dager. 95 pst. av fristbruddspasientene var fornøyde med Helfos håndtering av formidlingsprosessen.

Fritt behandlingsvalg

Helfo behandler søknader fra private behandlingstjenestesteder om å bli godkjent som helsetilbud i ordningen Fritt behandlingsvalg. Retten til fritt behandlingsvalg var delvis suspendert i perioden 27. mars til 27. mai 2020 som følge av pandemien. Per utgangen av 2020 var det totalt 69 godkjente leverandører innenfor ordningen. Krav til saksbehandlingstid er åtte uker og oppnås i 73 pst. av sakene. Hovedårsaken til manglende måloppnåelse er at mange av søknadene har utilstrekkelig dokumentasjon på søknadstidspunktet. Brukerundersøkelse viser at 96 pst. var fornøyd med informasjon og oppfølging i søknadsprosessen. Helfo har en risikobasert oppfølging av de godkjente leverandørene. Om lag 17 800 pasi-

enter fikk helsetjenester i form av utredning eller behandling.

Helfo legger stor vekt på å videreutvikle samarbeidet med andre relevante aktører som de regionale helseforetakene, Norsk pasientregister og statsforvalterne.

Årsverk

Helsedirektoratet, inkl. pasient- og brukerombudene, hadde 685 årsverk ved utgangen av 2020, mot 637 årsverk i 2019. Helfo hadde 476 årsverk ved utgangen av 2020, mot 493 årsverk i 2019.

Anmodningsvedtak

Kontrollsystem for etterlevelse av testplikt og karanteneplikt

Vedtak nr. 558, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for et bedre kontrollsystem for etterlevelse av testplikt og karanteneplikt med økt bruk av stikkprøver og bruk av bøter.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av statsministerens redegjørelse om håndteringen av koronapandemien.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at regjeringen besluttet å opprette Nasjonalt kontrollsen-ter for innreise, en nasjonal telefontjeneste for oppfølging av innreisende til Norge. Hensikten er å kontrollere etterlevelsen av karantenereglene og at innreisende testes i tråd med regler og anbefalinger. Vedtaket er omtalt i Prop. 79 S (2020–2021) og anses fulgt opp, jf. Innst. 233 S (2020–2021). Det vises til omtale under kap. 740.

Post 01 Driftsutgifter

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

- Bevilgningen foreslås redusert med 92,6 mill. kroner knyttet til utfasing av ekstraordinære kostnader knyttet til pandemihåndteringen. Regjeringen vil følge smittesituasjonen i 2022, og vurdere bevilgningsbehovet knyttet til beredskapsarbeidet i lys av smittesituasjonen.
- Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra kap. 740, post 21 til kap. 740, post 01 i forbindelse med Helsedirektoratets forvaltning av tilskuddsordningen for historiske pensjonskostnader. Forvaltningen er nå etablert og vil være en fast del av driften til direktoratet fremover.

- Det foreslås at Helsedirektoratets utgifter knyttet til enkelte bevillings- og registreringsordninger på tobakksområdet, på 25,1 mill. kroner, flyttes fra kap. 740, post 01 til kap. 714, post 21. Det vises til omtale under kap. 714, post 21.
- Det foreslås å flytte 10 mill. kroner fra kap. 740, post 21 til kap. 740, post 01. I statsbudsjettet for 2021 ble det ved en feil trukket ut 10 mill. kroner over kap. 740, post 01 i forbindelse med arbeidet med ulike skjermingsordninger for egenbetaling. Utrekket skulle vært foretatt under kap. 740, post 21 Spesielle driftsutgifter.
- Det foreslås å flytte 9,9 mill. kroner fra kap. 781, post 21 til kap. 740, post 01 for å følge opp arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring («i trygge hender»).
- Det foreslås 1,3 mill. kroner i økt bevilgning til dekning av driftsutgifter ved tiltak rettet mot legereservasjoner uten faglig begrunnelse. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70.
- Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner fra kap. 740, post 01 til kap. 714, post 21. Midlene er knyttet til tilskudd til Frivillighet Norge for drift av Møteplass for folkehelse, og ble ved en feil flyttet fra kap. 714, post 21 til kap. 740, post 01 i Prop. 1 S (2020–2021).
- Bevilgningen er foreslått styrket med 1 mill. kroner knyttet til autorisasjon av tre nye personellgrupper som helsepersonell. Den økte rammen er finansiert med tilsvarende autorisasjonsinntekter fra de nye personellgruppene. Helsedirektoratet vil i 2022 ha utgifter til behandling av autorisasjonssøknadene fra de nye helsepersonellgruppene som overstiger beløpet på 1 mill. kroner. Disse kostnadene må etaten finansiere innenfor eksisterende budsjetttramme.
- Helsedirektoratet, Vegdirektoratet, Direktoratet for e-helse, Politidirektoratet og Norsk helsenett har etablert et program for digitalisering av førerrettsforvaltningen. Helsedirektoratets utgifter er anslått til 1 mill. kroner. Etaten må dekke utgiftene innenfor eksisterende budsjetttramme.
- I forbindelse med nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19 har Helsedirektoratet i 2021 fått i oppdrag å etablere en nettportal for senfølger av covid-19. Arbeidet omfatter bl.a å utvikle informasjons- og opplæringstiltak som sikrer personell tilstrekkelig kunnskap til å informere og veilede pasienter og pårørende. Helsedirektoratet skal etablere en enkel nettportalløsning som vil gi bedre tilgjengelig informasjon og digitale selvhjelps løsninger. De totale kostna-

der for Helsedirektoratet er estimert til om lag 6,5 mill. kroner. I tillegg kommer utgifter til Norsk Helsenett SF. Helsedirektoratet skal dekke sine egne kostnader innenfor eksisterende budsjetttramme.

- Etter bioteknologiloven § 2-7 har den som er født etter assistert befruktning ved hjelp av donert ubefruktet egg eller donert sæd rett til å få opplysninger om donors identitet, ved fylte 15 år. Per i dag er det etablert et sentralt donorregister etter bioteknologiloven § 2-8, og lokale mor-donorkoderegistre ved de enkelte IVF-klinikkene. Helsedirektoratet er bedt om å utrede og etablere et sentralt mor-donorkoderegister for best å sikre barnets rett til informasjon om donors identitet etter bioteknologiloven § 2-7. Etableringen vil koste i underkant av 3 mill. kroner. Helsedirektoratet må dekke kostnadene innenfor eksisterende budsjetttramme.
- Bevilgningen under posten er redusert med 1,289 mill. kroner som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under del I.

Helsedirektoratet har forvaltningsansvar for en rekke sentrale fagområder hvor økt digitalisering i stor grad vil bidra til mer moderne, brukervennlige, effektive interne og eksterne tjenester med økt kvalitet. Viktige områder er ytterligere digitalisering av helserefusjonsområdet, tilskuddsforvaltning, autorisasjons- og spesialistgodkjenningssystemene for helsepersonell og utvikling og analyser av systemet for nasjonale kvalitetsindikatorer. Systemet for nasjonale kvalitetsindikatorer omfatter om lag 170 indikatorer fra om lag 20 registre, herunder Norsk pasientregister og Kommunal pasient- og brukerregister. Helsedirektoratet skal i 2022 arbeide med konseptutvikling og gjennomføring av piloter for digitalisering innen ovennevnte fagområder. Arbeidet finansieres innenfor etatens eksisterende budsjetttramme.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

- Det foreslås 3,7 mill. kroner i økt bevilgning til utredning om inntektsavhengig egenandelstak.
- Det foreslås å flytte 10 mill. kroner til kap. 740, post 01, jf. omtale der
- Det foreslås å flytte 0,23 mill. kroner fra kap. 701, post 70 til kap. 740, post 21 som gjelder forvaltning og drift av innsynsløsningen for Kommunalt pasient- og brukerregister som ikke er

en del av samfinansieringsmodellen, og ved en feil ble inkludert i nedtrekket av bevilgningen til Helsedirektoratet i budsjettet for 2020.

Post 60 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger

Gjesteinnbyggeroppgjøret for fastlegeordningen er et oppgjør mellom landets kommuner for kostnader knyttet til pasienter som har fastlege i en annen kommune enn bostedskommunen. Oppgjøret gjelder per capita-kostnadene.

Dette er et nullsum-oppgjør, fordi det for hver avgivende kommune skal være en mottakende kommune. I 2019 ble det regnskapsført 88,1 mill. kroner på posten. Basistilskuddet til fastlegene er endret fra 1. mai 2020. Per capita-satsen er høyere under knekkpunktet på 1000 listeinnbyggere enn over knekkpunktet. I gjesteinnbyggeroppgjøret for 2021 vil man bruke samme sats som gjelder for listeinnbyggere 0-1000 i basistilskuddet. Det er Helfo som står for gjesteinnbyggeroppgjøret mellom kommunene. Posten må ses sammen med kap. 3740, post 06.

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land ble innført 1. januar 2011. Som ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet ble forskriften utvidet til å omfatte sykehusbehandling fra 1. mars 2015. Pasienten må betale behandlingsutgiftene, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfos refusjonsutgifter til bl.a. allmennlegjetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen, spesialisthelsetjenester og fysioterapi føres på posten. Helfo sender krav om dekning av utgiftene til hhv. kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene, og disse inntektsføres på kap. 3740, post 03.

Det ble utbetalt refusjoner for 70,7 mill. kroner på posten i 2020, dvs. på om lag samme nivå som i 2019. Sykehusbehandling, fysioterapi og tannbehandling dominerte i 2020. Mindre reisevirksomhet som følge av covid-19 har ført til færre søknader om refusjon på alle områder i 2020 bortsett fra sykehusbehandling der det har vært en økning.

I 2020 ble det innvilget vel 2 000 refusjonskrav innen sykehusbehandling for til sammen 61,2 mill. kroner. Dette er en økning i utbetalinger fra 2019. De innvilgede sakene fordeler seg på

flere diagnoser, men det er flest innen akutt hjelp i Spania. En trend de siste årene er at forsikringselskaper søker regress og får innvilget det i ordningen. Dette omfatter tilfeller der vilkårene for refusjon etter forskriften er oppfylt og pasienten har overført kravet om refusjon til sitt forsikringselskap. Dette utgjør en høy andel av den totale utbetalingen for sykehusbehandling.

Som følge av covid-19 er det usikkert hvor mange pasienter som vil søke om refusjon i 2021.

Post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler

H-reseptlegemidler er legemidler som helseforetakene har finansieringsansvar for, men som benyttes utenfor sykehus, og som rekvireres på h-resept. Legemidlene utleveres på apotek, og apotekene sender oppgjørskrav til Helfo, som foretar utbetaling til apotek. Helfo krever refusjon fra helseforetakene, og inntektsfører på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid. Som følge av at utbetalinger og innbetalinger ikke vil skje samtidig, vil det for posten kunne komme fram en regnskapsmessig saldo forskjellig fra null ved periodeavslutning.

Post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg

Det vises til omtale av fritt behandlingsvalg under kap. 732 Regionale helseforetak. Fritt behandlingsvalg innebærer at private aktører som tilfredsstiller kravene, kan levere nærmere definerede helsetjenester til en fastsatt pris. Utgiftene til helsetjenester i fritt behandlingsvalg skal dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene. Forvaltningen av ordningen innebærer bl.a. at Helfo skal betale til de private aktørene. Det er derfor nødvendig med et påfølgende oppgjør mellom Helfo og de regionale helseforetakene. Helfo krever refusjon fra helseforetakene og inntektsfører på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid. Som følge av at utbetalinger og innbetalinger ikke vil skje samtidig, vil det for posten kunne komme fram en regnskapsmessig saldo forskjellig fra null ved periodeavslutning.

Kap. 3740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
02	Diverse inntekter	51 754	20 626	21 057
03	Helsetjenester i annet EØS-land	71 483	66 970	68 368
04	Gebyrinntekter	42 636	49 815	39 855
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	100 187	40 024	51 300
06	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	93 820	87 234	89 502
	Sum kap. 3740	359 880	264 669	270 082

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til salg av trykksaker, publikasjoner og gjennomføring av prosjekter og tiltak finansiert av andre offentlige organer.

Post 03 Helsetjenester i annet EØS-land

Helfo sender krav om dekning av refusjoner belastet kap. 740, post 70, til kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene. Dette inntektsføres på post 03.

Post 04 Gebyrinntekter

Helsedirektoratet har ansvar for å godkjenne enkeltsoknader om spesialistgodkjenning. Ordningen er gebyrbelagt og omfatter spesialistgodkjenning av leger og tannleger. Det fastsettes også gebyrer for resertifisering av allmennleger. Posten omfatter også inntekter til behandling av søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell. 1 mill. kroner av inntektene er knyttet til autorisasjon av tre nye personellgrupper som helsepersonell.

Gebyrinntekter knyttet til tobakk under kap. 3740, post 04 foreslås redusert med 12 mill. kroner som følge av at gebyrinntekter og sektoravgifter fra tobakksområdet flyttes fra Helsedirektoratets ordinære driftskapittel til kap. 3714, post 04 og kap. 5572, post 75. Dette vil gi et mer tydelig skille mellom utgiftsrammene innenfor visse bevillings- og registreringsordninger på tobakksområdet og direktoratets ordinære driftsmidler. Det vises til omtale under kap. 3714, post 04 og kap. 5572, post 75.

Post 05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.

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

Post 06 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger

Gjesteinnbyggeroppjøret er et nullsum-oppgjør, fordi det for hver avgivende kommune skal være en mottakende kommune.

Det vises til omtale under kap. 740, post 60.

Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	232 375	221 733	227 121
70	Advokatutgifter	38 479	48 798	50 067
71	Særskilte tilskudd	17 331	21 294	21 848
	Sum kap. 741	288 185	291 825	299 036

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 1,5 mill. kroner i økt bevilgning til økt saksbehandlingsskapasitet.

Samfunnsoppdrag

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

Myndighet

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er et ordinært forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE sin myndighet følger av pasientskadeloven med forskrifter. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatssty-

ringssmøter. Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke instruere NPE om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelser av enkeltsaker. NPE forvalter finansieringssystemene innenfor pasientskadeordningen. Det er fastsatt egne instruks for fondene for hhv offentlig helsetjeneste og privat helsetjeneste. NPE skal uten unødig opphold varsle departementet når det blir kjent med vesentlige avvik på eget ansvarsområde, eller når det blir kjent med vesentlige forhold som er av betydning for sektorens samlede måloppnåelse.

Forvaltning

Rask og god saksavvikling har høy prioritet i Norsk pasientskadeerstatning (NPE), samtidig som ressursbruken er tilpasset de økonomiske rammene. Fra NPE ble opprettet i 1988 og fram til utgangen av 2020, har NPE mottatt 105 571 erstatningskrav, inkludert 2151 legemiddelsaker. Saksmengden har i perioden fra 1988 i store trekk vært økende fra år til år, men den har flatet noe ut de siste årene. I 2020 kom det inn 5695 erstatningskrav, hvilket er bortimot identisk med 2019 (5696).

Privat helsetjeneste, som ble en del av pasientskadeordningen i 2009, står for 14 pst. av erstatningskravene i 2020. I 2020 ble det gitt medhold i 1441 erstatningskrav, mens 3425 ble avslått. I tillegg ble 1031 krav avvist og 347 henlagt. Medholdsandelen er på 30 pst. for kravene som ble realitetsbehandlet.

Totalt ble det utbetalt 1 100 mill. kroner i erstatning i 2020. Det er 26 mill. kroner mer enn i 2019. Nesten 6 pst. av erstatningsbeløpet er knyttet til privat helsetjeneste. I gjennomsnitt ble det utbetalt 713 735 kroner for saker som ble ferdig beregnet i 2019. Erstatningsbeløpene har en spredning fra 5000 kroner til 14,5 mill. kroner.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra saken ble mottatt til ansvarsvedtak var 235 dager i 2020. Det er en reduksjon på 26 dager sammenliknet med 2019. For saker som ble ferdig beregnet i 2020 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra medhold til avsluttet erstatningsberegning 285 dager. Det er en reduksjon på 49 dager sammenliknet med 2019. NPE har et kontinuerlig søkelys på å redusere saksbehandlingstiden, og arbeidet med dette fortsetter i 2021 og 2022. Det er også en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Avviklingen i 2020 gikk noe ned sammenliknet med 2019. Dette skyldes avviklingsforstyrrelser knyttet til koronasituasjonen. NPE jobber kontinuerlig med kompetansebygging og endringer i arbeidsmetodikken.

Fagutvikling

NPE har i 2020 jobbet med å følge opp strategien for virksomheten, der den strategiske hovedmålsettingen for årene 2019 til 2023 er å redusere saksbehandlingstiden ved å forenkle måten de jobber på. Det har vært lagt stor vekt på å følge opp hovedmålsettingen i strategien gjennom fire satsningsområder: effektiv tidsbruk, innovativ og løsningsorientert bruk av kompetanse, effektive og målrettede beslutningsprosesser, samt bruk av gode digitale verktøy.

Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. I 2020 er det arbeidet mye i virksomheten med å forbedre saksflyt, arbeidsmetodikk og jobbe målrettet med avvikling av saker som har vært i systemet mer enn to år. Det er videre jobbet mye med å styrke saksbehandlernes beslutningsdyktighet, samt utvikle gode opplæringsplaner. Det ble også gjennomført et forprosjekt for vurdering av å ta i bruk automatisering og robotisering.

NPE har, etter at drift- og brukerstøtteoppgaver ble sentralisert i Norsk Helsenett fra 2017, oppgaver innen IKT-forvaltning og utvikling for egen virksomhet og for Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage).

En viktig oppgave for NPE i årene framover vil være å utvikle gode digitale løsninger for erstatningssøkerne. Brukerportalen Min side, hvor erstatningssøkerne kan melde saken sin og følge behandlingen videre, har etter lanseringen i 2019 blitt den viktigste kommunikasjonskanalen mellom erstatningssøkerne og NPE. Mot slutten av 2020 åpnet NPE denne tjenesten også for advokater og andre fullmektiger. Min side er et utviklingssamarbeid med Helseklage.

NPE arbeider videre med å utvide utnyttelsen av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Etaten har gjennom økt kontakt med helsetjenesten og sentrale aktører innen helseforvaltningen sørget for at erfaringsmaterialet i skadedatabasen nyttes i flere forsknings- og kvalitetssikringsprosjekter. Dette arbeidet vil fortsette i 2021 og 2022.

Årsverk

NPE hadde 150,1 årsverk i 2020 mot 146,6 årsverk i 2019.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Bevilgningen foreslås økt med 1,5 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet, herunder dekning av økte utgifter til medisinsk sakkyndige.

Bevilgningen under posten er redusert med 1,289 mill. kroner som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under del I.

Post 70 Advokatutgifter

Etter pasientskadeloven § 11 dekkes pasientens utgifter til advokathjelp dersom den som utreder saken har truffet vedtak om det, eller utgiftene regnes som tap som følge av skaden. Bestemmelsen gir pasienten rett til å få dekket nødvendige og rimelige utgifter til advokatbistand både i forbindelse med behandlingen i Norsk pasientskadeerstatning og i forbindelse med en ev. klage over vedtak i Norsk pasientskadeerstatning til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten/Pasientskadenemnda.

Post 71 Særskilte tilskudd

Bevilgningen omfatter erstatningsutbetalinger hvor staten har et særlig ansvar, som for vaksineskader. Det ble funnet en overhyppighet av narkolepsi hos barn (4–19 år) som ble vaksinert med Pandemrix mot Influensa A (H1N1) høsten 2009. I alle avtaler mellom stater og produsenter om levering av pandemivaksine var det forutsatt, med unntak for hendelser som skyldes ukorrekt framstilling eller kontroll av vaksinen, at produsenten ikke er ansvarlig for finansiering av eventuelle framtidige erstatninger knyttet til ukjente skader eller bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasient-

skadeerstatning skal behandle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og eventuelle skader som følger av bruk av vaksinene blir

dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasient-skadeordningen.

Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
02	Diverse inntekter	7 750	6 954	7 099
50	Premie fra private	29 303	17 606	17 518
	Sum kap. 3741	37 053	24 560	24 617

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene på posten er relatert til en oppgjøringsordning mellom Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Norsk pasientskadeerstatning har bl.a. i oppgave å utvikle IKT-systemene for Helseklage, herunder systemene til de nye enhetene som inngår i Helseklage.

I tillegg er inntektene under posten knyttet til behandling av søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. Norsk pasientskadeerstatning fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenester.

Post 50 Premie fra private

Pasientskadeloven trådte i kraft for privat helsetjeneste 1. januar 2009. Det er lovfestet at aktørene i privat helsetjeneste skal melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Tilskuddet skal dekke saksbehandling, advokatutgifter og erstatningsutbetalinger. Tilskuddene, som er fastsatt i forskrift, er differensiert i grupper av helsepersonell basert på skaderisiko og omfang på virksomheten. Innbetalingene av tilskuddene plasseres i et eget fond. Inntektene under post 50 er en overføring fra fondet til Norsk pasientskadeerstatning for å dekke etatens utgifter til saksbehandling av saker fra privat helsetjeneste.

Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	151 078	161 587	165 262
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	5 430	15 763	15 658
	Sum kap. 742	156 508	177 350	180 920

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 3,5 mill. kroner i økt bevilgning til økt saksbehandlingskapasitet.

Samfunnsoppdrag

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) ivaretar rettssikkerheten til brukere av og

ansatte i helsetjenestene. Helseklages vurderinger er viktige for både enkeltpersoners livssituasjon og fellesskapets interesse i offentlig finansierte og velfungerende helsetjenester.

Helseklage er klageinstans på vedtak i over 25 ulike sakstyper fra tolv offentlige førsteinstanser:

- Helfo
- Helsedirektoratet
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF

- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Luftfartstilsynet
- Norsk pasientskadeerstatning
- Oslo universitetssykehus
- Statens helsetilsyn
- Statens legemiddelverk
- Statsforvalteren

Helseklage er sekretariat for fire uavhengige nemnder:

- Pasientskadenemnda
- Statens helsepersonellnemnd
- Apotekklagenemnda
- Klagenemnda for behandling i utlandet

Roller

Helseklage utfører forvaltningsoppgaver. Helseklage er prosessfullmektig når staten ved Pasientskadenemnda saksøkes. Søksmål på de øvrige saksområdene håndteres av Regjeringsadvokaten. Helse- og omsorgsdepartementet har delegert rollen som partsrepresentant i disse sakene til Helseklage.

Myndighet

Helseklage er et ordinært forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatstyringsmøter. Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke instruere Helseklage om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelser i enkeltsaker. Nemndsekretariatet er faglig underlagt nemndene og kan ikke instrueres av departementet i faglige spørsmål.

Generelt om saksbehandlingen i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Helseklage er blitt et stort nasjonalt fagmiljø med bred juridisk og medisinsk kompetanse. Helseklage er nå det største samlede juridiske fagmiljøet i Bergen.

I 2020 behandlet Helseklage det høyeste antall klagesaker siden opprettelsen i 2016. Helseklage mottok 4036 saker og behandlet 4127 saker. Helseklage har fortsatt lang saksbehandlingstid på pasientskadesaker og klagesaker fra Helfo, men arbeider kontinuerlig for å redusere saksbehandlingstiden.

Følgende klagesaker behandles i nemnd (førsteinstans i parentes):

- pasientskadeerstatning (Norsk pasientskadeerstatning)
- administrative reaksjoner mot helsepersonell (Statens helsetilsyn)
- autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning til helsepersonell (Helsedirektoratet)
- behandling i utlandet (Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Vest, Helse Sør-øst)
- vedtak etter apotekloven (Statens legemiddelverk)

Pasientskadesaker som ikke byr på vesentlig tvil, behandles av Helseklage som sekretariat etter delegasjon fra Pasientskadenemnda. Det er ikke delegasjonsadgang for de øvrige nemndene. Klagesakene fra de andre førsteinstansene behandles av Helseklage som klageorgan uten nemndbehandling.

Pasientskadenemnda

I 2020 behandlet Helseklage for første gang flere pasientskadesaker enn de fikk inn, og det nest høyeste antall pasientskadesaker siden opprettelsen av Pasientskadenemnda i 2003. Helseklage mottok 2061 klagesaker fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) i 2020 og behandlet 2095.

Helseklage har økt saksavviklingen på pasientskadeområdet de siste årene, og antall saker som er under eller venter på behandling er synkende. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for ferdigbehandlede pasientskadesaker var 19 måneder ved utgangen av 2020.

Helseklage skal innen utgangen av 2021 ferdigbehandle alle pasientskadesaker mottatt før 2019 og 600 saker mottatt i 2019. I tillegg skal saksbehandlingen økes med 25 pst. Etter første tertial 2021 er Helseklage godt i gang med å nå målet om å ferdigbehandle klagesakene mottatt før 2019. Saksbehandlingen var i første tertial 2021 økt med 14 pst. sammenlignet med første tertial i 2020. Dersom Helseklage fortsetter å øke saksavviklingen, vil de nå målet om 12 måneders saksbehandlingstid i løpet av to til tre år.

Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

Helseklage mottok 315 klagesaker til Statens helsepersonellnemnd i 2020. Saksinngangen er litt høyere enn gjennomsnittet de siste årene. Helseklage behandlet 198 klagesaker i 2020. Dette er en nedgang fra 2019. Nedgangen skyldes flytting av saksbehandlerressurser til pasientskadeområdet og færre nemndmøter. Helseklage forventer å nå

målet om gjennomsnittlig saksbehandlingstid på åtte måneder.

Helseklage har om lag 90 saker til behandling som gjelder klage på avslag på søknad om autorisasjon som psykolog etter endt utdanning ved Eötvös Loránd University i Ungarn. Helseklage har forventet en rettslig avklaring før disse sakene kan ferdigbehandles. Klagesakene utgjør over en tredjedel av alle sakene til behandling hos Statens helsepersonellnemnd. Derfor vil den endelige behandlingstiden for disse sakene påvirke den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden til Statens helsepersonellnemnd i betydelig grad.

Helseklage mottok én klagesak til Apotekklagenemnda i 2020. Saken er ferdigbehandlet. Klagesaken i 2020 var første siden 2016.

Klagenemnda for behandling i utlandet

Helseklage mottok 27 klagesaker til Klagenemnda for behandling i utlandet i 2020, og behandlet 28 klagesaker. Dette er en liten økning fra 2019. Helseklage behandler disse sakene fortløpende. Saksbehandlingstiden i hastesaker er tre måneder, og fem måneder i andre saker.

Klagesaker fra Helfo

Helseklage mottok 1508 og behandlet 1653 klagesaker fra Helfo i 2020, noe som var litt høyere enn året før. Helseklage har økt saksavviklingen på dette fagområdet hvert år siden de overtok som klageinstans i 2017.

Helseklage skal i 2021 opprettholde antall ferdigbehandlede klagesaker på nivå med 2020, og antall saker eldre enn to år skal reduseres med 25 pst.

Andre klagesaker

Helseklage behandler mange andre sakstyper fra flere førsteinstanser. Det har vært en liten nedgang i antall saker innenfor «Andre klagesaker». Klagesaker fra Statsforvalteren som gjelder førerkortforskriftens helsekrav og klagesaker fra Oslo universitetssykehus om behandlingsreiser til utlandet er de største saksområdene. De andre sakstypene har et begrenset omfang.

I 2020 mottok Helseklage 54 førerkortsaker, av totalt 94 andre klagesaker. 110 saker ble behandlet, hvorav 72 førerkortsaker.

Målet om seks måneders behandlingstid vil bli nådd.

Rettsaker på pasientskadeområdet

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er pro-sessfullmektig når staten ved Pasientskadenemnda saksøkes.

Det har vært en økning i antall stevninger de siste to årene. I 2020 mottok staten ved Pasientskadenemnda 133 stevninger. I første tertial 2021 mottok staten ved Pasientskadenemnda 54 stevninger. Det er det høyeste antallet i første tertial siden 2015. Det er naturlig og forventet at antallet stevninger øker når saksavviklingen i Pasientskadenemnda øker.

100 stevninger ble avsluttet i 2020. Det er det laveste på mange år. Hovedårsaken til dette er at mange rettsaker ble utsatt som følge av smitteverntiltak. 31 saker ble avsluttet etter rettsak, mens de resterende 69 ble enten trukket (41) eller forlikt (28). Av de 31 sakene som ble avsluttet i retten, ble staten frikjent i 24.

Særlig om koronasituasjonen

Helseklage har ikke hatt negative effekter av koronapandemien på saksbehandlingen. Helseklages ansatte har i hovedsak arbeidet hjemmefra siden mars 2020, og nemndmøtene er gjennomført digitalt. Helseklage kommer til å fortsette med noen digitale nemndmøter etter pandemien. Mange av rettsakene innenfor pasientskadeområdet ble i 2020 utsatt som følge av pandemien, og noen ble gjennomført digitalt. En del av rettsakene egner seg dårlig til digital hovedforhandling på grunn av store dokumentmengder og at flere sakkyndige vitner ofte deltar. På grunn av færre fysiske nemndmøter og tjenestereiser, har Helseklage hatt en vesentlig reduksjon i utgifter til reise og overnatting. Estimert besparelse er om lag 2,0 mill. kroner i 2020, sammenlignet med 2019.

Fagutvikling

Helseklage arbeider med kontinuerlig forbedring og digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester for å nå regjeringens målsetting om å effektivisere offentlige etater. Helseklage samarbeider med NPE for å oppgradere saksarkivsystemet. Systemet skal også gjøres mer bærekraftig, ved å redusere spesialtilpasninger og løfte ut funksjonalitet som ikke naturlig hører hjemme i kjerne-systemet. Helseklage skal ta i bruk tjenesten eFormidling i løpet av 2021.

Helseklage lanserte brukerportalen «Min side» ved årsskiftet 2020/2021. I «Min side» kan brukere (inkludert advokater, fullmektig, verge

og etterlatt), følge utviklingen i klagesaken, se dokumenter, sende/motta dokumenter og fylle ut aktuelle skjema. «Min side» gjør det tryggere og raskere å sende personsensitiv informasjon og bidrar til effektivisering av saksbehandlingen.

Helseklage følger opp virksomhetsstrategien for 2020 til 2024. Det overordnede målet i strategien er å bli en rollemodell innen offentlig forvaltning. Strategien er delt inn i tre strategiske retninger: effektivisering, brukerorientering og organisasjonsutvikling.

Noen av hovedmålene i strategien er å

- redusere saksbehandlingen vesentlig
- forbedre brukerreisen
- opprettholde den gode kvaliteten
- være en attraktiv og kompetanseledende arbeidsplass

Kommunikasjon

Helseklage skal, i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken, gi informasjon til brukerne om rettigheter, plikter og muligheter. Helseklage skal gi alle som bringer en klagesak inn informasjon om hvordan saken blir behandlet og hvor lang tid det forventes å ta. Helseklage skal bruke et klart og korrekt språk som er tilpasset brukerne.

Vedtak fra nemndene blir publisert på helseklage.no og Lovdata.

Årsverk

Helseklage hadde i gjennomsnitt 141 ansatte per måned i 2020. Antall avtalte årsverk i 2020 var 133, mens antall utførte årsverk var 116. Antall ansatte i Helseklage kommer til å stige i 2021. Dette skyldes økt bevilgning i 2021 til saksbehandlerkapasitet.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Bevilgningen foreslås styrket med 3,5 mill. kroner for å bygge ned antall restanser og redusere saksbehandlingstiden innenfor pasientskadeområdet.

Bevilgningen under posten er redusert med 4,161 mill. kroner som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under del I.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til drift og forvaltning av IKT-tjenester i samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning, kjøp av konsulent tjenester og prosjekt for å øke saksavviklingen.

Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
50	Premie fra private	9 163	2 392	2 380
	Sum kap. 3742	9 163	2 392	2 380

Post 50 Premie fra private

Bevilgningen dekker utgifter til Helseklages arbeid med behandling av saker fra privat helse-

tjeneste. Det vises til kap. 3741, post 50 for nærmere omtale av ordningen.

Kap. 744 Direktoratet for e-helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	187 641	178 849	183 985
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	144 959	150 966	135 463
	Sum kap. 744	332 600	329 815	319 448

Bevilgningen foreslås redusert med 17 mill. kroner knyttet til standardisert språk i henhold til planlagt periodisering.

Samfunnsoppdrag

Direktoratet for e-helse skal styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å understøtte effektive og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Direktoratet skal legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling.

Myndighetsrolle

Direktoratet for e-helse er et forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og nasjonal myndighet på e-helseområdet. Direktoratet skal bidra til at vedtatt politikk settes i verk i tråd med de føringene Helse- og omsorgsdepartementet gir.

Direktoratet skal legge til rette for en helhetlig e-helseutvikling gjennom å samle sektorens behov og utarbeide forslag til nasjonale strategier og planer på e-helseområdet. Videre skal direktoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv. Direktoratet har, etter fullmakt fra Helse- og omsorgsdepartementet, forklaringsansvar for deler av pasientjournalloven med tilhørende forskrifter.

Fagutvikling

Direktoratet for e-helse skal være helse- og omsorgssektorens og departementets sentrale rådgiver på e-helseområdet, og legge til rette for inkluderende og kunnskapsbaserte beslutningsprosesser. Direktoratet skal være det sentrale kompetansemiljøet for nasjonale digitaliseringstiltak i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal

følge med på e-helseutviklingen nasjonalt og internasjonalt, og publisere relevante nøkkeltall. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og tilrettelegge for at kunnskapen kommer til anvendelse i politikk og praksis. Det innebærer å ha oversikt over og formidle nasjonale kunnskapsbehov og bidra til at sektoren har tilgang til relevant analyse og forskning ved planlegging, gjennomføring og evaluering av e-helsetiltak.

Kommunikasjon

Direktoratet for e-helse skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Direktoratet for e-helse skal formidle kunnskap og innsikt i e-helserelaterte tema og bidra til en faktabasert offentlig debatt. Dialog med og involvering av innbyggere, pasienter, helsepersonell, leverandører og andre sentrale interessegrupper er en viktig forutsetning for direktoratets oppgaver.

Årsverk

Direktoratet for e-helse hadde 167,5 årsverk per 31. desember 2020. Antall årsverk i direktoratet ble redusert da ny e-helseorganisering ble iverksatt 1. januar 2020.

I 2020 utgjorde andelen konsulenter 29 pst., tilsvarende 69 årsverk. I perioden 2016–2020 har andelen innleide timeførende konsulenter utgjort om lag 20 til 30 pst.

Riksrevisjonens undersøkelse av anskaffelser av konsulent tjenester i Direktoratet for e-helse, jf. Dokument 3:14 (2020–2021), viser at Direktoratet for e-helse ikke har hatt gode nok rutiner og praksis for anskaffelse og bruk av konsulenter. Helse- og omsorgsdepartementet følger opp Riksrevisjonens anbefalinger i etatsstyringsdialogen med Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse

har i 2020 og 2021 gjennomført flere tiltak for forbedring av rutiner og praksis. Tiltakene omfatter både områdene hvor Riksrevisjonen konkluderer med brudd på anskaffelsesregelverket og der det er behov for å forbedre rutinene for kostnadskontroll og håndtering av avhengighet til enkeltkonsulenter og enkeltleverandører. Direktoratet skal følge opp at rutiner og retningslinjer etterleves og at behov for forbedringer av rutiner vurderes kontinuerlig.

Direktoratet har, basert på egne gjennomganger, videreutviklet rutiner og praksis innen anskaffelsesområdet siden høsten 2020, og har iverksatt flere tiltak som er i tråd med Riksrevisjonens anbefalinger. Hovedprinsipper for bruk av konsulenter er tydeliggjort i direktoratets HR-strategi, og det er utarbeidet nye retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenter. Videre har direktoratet iverksatt tiltak for bedre oppfølging av økonomien i hver enkelt avropskontrakt, både med forbedrede rutiner i det enkelte program og sentralt i direktoratet. I 2021 har direktoratet i tillegg utarbeidet interne etiske retningslinjer som omfatter alle med et arbeidsforhold i direktoratet, inkludert innleide konsulenter. Hele anskaffelsesområdet gjennomgås av direktoratets internrevisjon i andre kvartal 2021. Resultatene fra internrevisjonen vil gi direktoratets ledelse grunnlag for å vurdere effekten av iverksatte tiltak og vurdere behov for ytterligere tiltak.

Post 01 Driftsutgifter

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

Bevilgningen under posten er økt med 1,7 mill. kroner som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er økt, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Nasjonal koordinering og samordning på e-helseområdet

Direktoratet for e-helse skal som nasjonal myndighet ivareta en helhetlig utvikling på e-helseområdet. Som en del av dette arbeidet, videreutvikler direktoratet den nasjonale porteføljestyringen for å skaffe relevant oversikt over e-helsetiltak av nasjonal betydning. I 2020 etablerte direktoratet et felles veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Veikartet er utarbeidet i tett samarbeid med sektoren og gir en samlet oversikt over utvikling og innføring av de nasjonale e-hel-

seløsningene, og vil inngå i nasjonal e-helseportefølge. Et felles veikart skal bidra til å samle sektoren om felles prioriteringer og planer. De nasjonale e-helseløsningene har størst nytte når alle relevante aktører tar de i bruk, og det kreves samtidighet i innføringen for å lykkes. Veikartet synliggjør avhengigheter mellom ulike tiltak og aktører, og skal bidra til en mer koordinert utvikling og innføring.

Direktoratet for e-helse har en viktig rolle i å samle og samordne sektorens behov, og skape en felles og kunnskapsbasert forståelse av utfordringsbildet, felles retning og strategi på digitaliseringsarbeidet. Direktoratet arbeider med å videreutvikle myndighetsrollen på e-helseområdet etter omorganiseringen 1. januar 2020. Direktoratet har ansvar for den nasjonale styringsmodellen for e-helse som har til hensikt å samle sektoren om felles mål, strategier og prioriteringer. Styringsmodellen er en viktig arena for å drøfte felles utfordringer og felles behov. Arbeidet med å videreutvikle og styrke styringsmodellen pågår, og forslag til endringer skal sendes på høring. Innspill fra høringen vil gi grunnlag for det videre arbeidet i 2022.

Direktoratet for e-helse har under koronapandemien hatt ansvar for å koordinere arbeidet med relevante digitaliseringstiltak. I tett samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Norsk helsenett SF, regionale helseforetak, KS og kommuner vurderte direktoratet over 320 digitaliseringstiltak. Rundt 30 tiltak ble prioritert og gjennomført. Videre har direktoratet bidratt i arbeidet med digitaliseringstiltak som er gjennomført i regi av Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Høsten 2020 leverte direktoratet en samlet vurdering av sektorens og egen måloppnåelse knyttet til gjennomføring av nødvendige digitaliseringstiltak for å realisere målbildet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Rapporten viser et overordnet bilde av status, planer og utfordringer, og var grunnlag for styring og oppfølging i 2021. Vurderingen av måloppnåelse skal oppdateres årlig.

Direktoratet for e-helse arbeider med anbefalinger til hvordan forskning, innovasjon og næringsutvikling kan benyttes for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet. Som en del av arbeidet inngår også forslag til prinsipper for bruk av markedet. Relevante aktører fra forskningssektoren, helse- og omsorgstjenesten og privat næringsliv er involvert i arbeidet og direktoratet gjennomfører en markedsanalyse som vil gi økt innsikt i sektorens e-helseinvesteringer. Arbeidet skal følges opp i 2022.

Direktoratet koordinerer sektorens internasjonale samarbeid på e-helseområdet og deltar på ulike arenaer og i flere samarbeidsprosjekter i regi av internasjonale organisasjoner som Nordisk Ministerråd, EU og Verdens helseorganisasjon. Formålet er å understøtte Norges internasjonale helsepolitikk og følge med på og ivareta norske interesser i den internasjonale e-helseutviklingen. Det europeiske knutepunktet for mobile smittesporingsapplikasjoner og de europeiske løsningene for verifikasjon av koronasertifikater er aktuelle eksempler på internasjonalt arbeid. Direktoratet vil delta i Nordisk Ministerråds prosjekt Nordic Commons, som er del av Norges formannskapsprogram for Nordisk Ministerråd i 2022. Formålet er å utvikle og prøve ut en infrastruktur for tilgang til helsedata på tvers av de nordiske landene. Norge ivaretar i 2021 og 2022 også sekretariatsfunksjonen for Nordisk Ministerråds e-helsegruppe. Videre deltar direktoratet sammen med Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet i et europeisk samarbeidsprosjekt med mål om å utvikle et europeisk fellesområde for helsedata – Towards the European Health Data Space.

Standardisering, informasjonssikkerhet og personvern

Felles standarder og arkitekturstyring er en forutsetning for samhandling mellom systemer og virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger er et verktøy for å begrense uønsket variasjon og sikre enhetlig elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften ble sommeren 2021 oppdatert med ny formålsbestemmelse, utvidelse av hjemmelsgrunnlag til også å omfatte helseregisterloven, flere obligatoriske standarder mv. Tydelige rammebetingelser med krav og prinsipper for digitalisering vil stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Utveksling av standardiserte meldinger, slik som epikrise, henvisning og prøvesvar, er den mest utbredte samhandlingsformen i dag. Innføring av vedtatte standarder for helsefaglig dialog, henvisning og tjenestebasert adressering pågår. Samtidig arbeides det med nye samhandlingsformer som følge av nye behov og teknologisk utvikling.

Et første steg er deling av journaldokumenter via kjernejournal hvor utprøving startet opp i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF i 2020. Erfaringen så lang er at dokumentdeling bidrar til bedre samhandling og samarbeid mellom helsepersonell, se omtale under kap. 701, post 72. Direktoratet for e-helse har tilrettelagt for enhet-

lig deling av dokumenter gjennom anbefalinger om bruk av målarkitektur og internasjonale standarder i utprøvingen. Videre har Direktoratet for e-helse i tett samarbeid med representanter fra helse- og omsorgssektoren utarbeidet en foreløpig plan for videre bruk av dokumentdeling. Resultatene fra utprøvsperioden legger grunnlag for å vurdere behovet for endringer før innføring og videre utbredelse av dokumentdeling.

Behovet for standarder innen e-helse er stort, og drives av økt digitalisering på mange områder. Direktoratet etablerte i 2020 et eget sektorsammensatt utvalg for arbeidet med internasjonale e-helsestandarder i helse- og omsorgssektoren. Utvalget skal bidra til å styrke og koordinere bruken av internasjonale standarder i Norge. Internasjonale standarder legger til rette for raskere og mer effektiv utvikling av sammenhengende helse- og omsorgstjenester, og bruk av internasjonale standarder er et mål. Direktoratet for e-helse har på oppdrag fra departementet i 2021 utarbeidet en plan for internasjonale standarder for perioden 2021–2024. Planen beskriver tiltak og anbefalinger om bruk av internasjonale standarder på prioriterte områder, inkludert tiltak for å fremme innovasjon og næringsutvikling.

Digital sikkerhet er en avgjørende forutsetning for både pasientsikkerhet og personvern. Det er et mål å løfte sikkerhetsnivået i sektoren på kort og mellomlang sikt. Befolkningen skal ha tillit til at helsetjenesten både ivaretar deres personvern og tar i bruk mulighetene teknologien gir for å utvikle bedre tjenester. Direktoratet for e-helse har som myndighet et hovedansvar for å tydeliggjøre rammebetingelsene for arbeidet med informasjonssikkerhet i digitaliseringsarbeidet i sektoren. Direktoratet for e-helse arbeider med strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Formålet er å løfte sikkerhetsnivået i sektoren. Strategien skal tydeliggjøre roller og ansvar og identifisere relevante virkemidler og tiltak for å løfte arbeidet med digital sikkerhet i sektoren. I 2022 vil arbeidet med å følge opp strategien være en viktig oppgave.

Direktoratet for e-helse er sekretariat for Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (Normen). Normen er en bransjenorm som forvaltes av organisasjoner og virksomheter i sektoren. Den sektorsammensatte styringsgruppen vedtok en ny versjon av Normen i 2020 og det gjennomføres kontinuerlig en oppdatering og revisjon av veiledningsmaterieill til aktørene. I tillegg gjennomføres det kurs og konferanser for å spre kunnskap om personvern og informasjonssikkerhet. Normen skal bidra til

tilfredsstillende informasjonssikkerhet og godt personvern hos den enkelte virksomhet og i sektoren generelt.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Bevilgningen foreslås redusert med 17 mill. kroner knyttet til standardisert språk i henhold til planlagt periodisering.

Bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk

Arbeidet med standardisert språk foreslås videreført med en bevilgning på 65,7 mill. kroner. Inkludert Direktoratet for e-helses egenfinansiering utgjør den totale satsingen 74,9 mill. kroner i 2022. I tillegg til dette vil sektoren bidra med betydelige helsefaglige ressurser.

Med standardisert språk menes helsefaglige kodeverk og terminologi som benyttes for å strukturere informasjon i elektroniske informasjonssystemer i helse- og omsorgstjenesten. Et felles, standardisert språk gjør det mulig å behandle helsefaglige opplysninger på en entydig måte. Slik blir det enklere å oppnå helhetlig samhandling og gjenbruk av opplysninger til analyse og forskning, og bidrar til bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Direktoratet for e-helse leder arbeidet med å etablere et standardisert språk i helse- og omsorgssektoren, og har etablert et program for kodeverk og terminologi med bred sektordeltagelse. Sentralt i arbeidet er innføring og bruk av den internasjonale terminologistandarden Snomed CT. I 2020 og 2021 har en sentral oppgave vært å realisere første versjon av et felles, standardisert språk sammen med Helseplattformen i Midt-Norge. Dette legger grunnlaget for at Helseplattformen kan ta i bruk standardisert språk fra 2022. Det legges opp til at standardisert språk på sikt skal innføres i øvrige virksomheters journal-systemer og de nasjonale e-helseløsningene. Innføringen vil skje trinnvis på egnede områder. I 2020 tok helsenorge.no i bruk deler av standardisert språk i digitale tjenester til innbyggerne.

I 2021 har Direktoratet for e-helse etablert en forvaltningsløsning og retningslinje for bruk av Snomed CT i Norge. I retningslinjen anbefaler direktoratet at Snomed CT skal vurderes brukt som helsefaglig terminologi ved anskaffelse eller videreutvikling av e-helseløsninger. Prioriterte aktiviteter i 2022 er å understøtte videre innføring av felles språk i Helseplattformen, arbeide for at de øvrige regionale helseforetakene tar i bruk felles språk og vurdere behov for nasjonal koordinering for å styrke bruk av standardisert språk ved utvikling av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner.

Kap. 745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	1 171 515	1 263 746	1 291 400
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	256 568	150 242	154 032
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	13 743	13 147	13 463
	Sum kap. 745	1 441 826	1 427 135	1 458 895

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

- 122 mill. kroner til drift av koronavaksinasjonsprogrammet
- 138,1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til utfasing av ekstraordinære kostnader knyt-

- tet til pandemihåndteringen. Regjeringen vil følge smittesituasjonen i 2022, og vurdere bevilgningsbehovet knyttet til beredskapsarbeidet i lys av smittesituasjonen
- 9,01 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av

- dette, tilsvarende er økt, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget
- 20 mill. kroner til etablering av et WHO Collaborating Center for ikke-farmakologiske
 - 3,5 mill. kroner knyttet til Folkehelseinstituttets arbeid med GDPR og beredskap herunder personvern, juridiske vurderinger og internkontroll
 - 2,5 mill. kroner til etablering av dagens pseudonyme reseptregister som et personidentifiserbart register

Samfunnsoppdrag

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag er å produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester. På denne måten bidrar Folkehelseinstituttet til bedre helse i Norge og globalt.

Folkehelseinstituttet er direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Instituttet arbeider med beredskap, kunnskap og infrastruktur. Instituttet skal understøtte Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Mattilsynet, Miljødirektoratet og andre nasjonale og lokale myndigheter og tjenester med relevant kunnskap. Folkehelseinstituttet skal sammenstille og kommunisere kunnskap om helserelevante tema for å bidra til kunnskapsbasert praksis og offentlig debatt. Folkehelseinstituttet er faglig uavhengig.

Roller

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i den nasjonale og internasjonale helseberedskapsen, jf. helseberedskapsloven, smittevernloven og lov om folkehelsearbeid. Beredskapsarbeidet skjer i tett samarbeid med nasjonale og internasjonale myndigheter og fagmiljø. Samarbeidet med Helsedirektoratet er tett og bygger på en rolledeling med utgangspunkt i ansvarsprinsippet og samvirkeprinsippet. I definerte kriser koordinerer Helsedirektoratet håndteringen, mens Folkehelseinstituttet overvåker helsetilstanden og yter kunnskapsstøtte og gir råd til Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, andre beslutningstakere, tjenester og publikum.

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt, jf. smittevernloven § 7-9, med tilhørende funksjoner og ansvar. Instituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige myndigheter, helsepersonell og befolkningen om smittevern og miljømedisin.

Folkehelseinstituttet skal sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap og har ansvar for innkjøp, lagring, distribusjon og oppfølging av vaksiner i vaksinasjonsprogrammene, jf. omtale under kap. 710 Vaksiner mv. Oppfølging av vaksiner innebærer bl.a. å skaffe gode data og analyser av vaksinasjonsdekning, forekomst av sykdom, immunitet i befolkningen, uønskede hendelser etter vaksiner og holdninger til vaksine.

Folkehelseinstituttet produserer selv kunnskap gjennom forskning, utredninger og statistikk, men har også en rolle som forvalter av helse-data som nasjonal infrastruktur for andres kunnskapsproduksjon.

Folkehelseinstituttet samarbeider med søsterinstitusjoner internasjonalt og bidrar til utvikling av globale folkehelsesystemer gjennom forskning, kapasitetsbygging og kompetansedeling. Folkehelseinstituttet bidrar i grunn-, videre- og etterutdanning innenfor instituttets fagområder. Instituttet veileder master- og doktorgradskandidater, er godkjent institusjon for legespesialistutdanning og bidrar i undervisning i universitets- og høyskolesektoren. Instituttet driver også omfattende kunnskapsformidling og kommunikasjonsarbeid.

Myndighetsfunksjoner

Folkehelseinstituttet skal overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen og utføre helseanalyser på smittevernfeltet. Instituttet gir faglige retningslinjer for gjennomføring av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet (Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 3), anbefalinger om innholdet i tuberkuloseundersøkelsen (Forskrift om tuberkulosekontroll § 4-5) og samordner utarbeiding av faglige veiledere og retningslinjer for smittevernarbeidet (Forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3-3). Folkehelseinstituttet godkjenner skadedyrbekjempere (Forskrift om skadedyrbekjempelse § 4-2).

Når det er nødvendig for å sette i verk tiltak eller for å få oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, jf. smittevernloven § 2-2.

Forvaltningsoppgaver

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag deles inn i områdene:

- Kunnskap
- Beredskap og sikkerhet
- Tjenester og infrastruktur

Områdene omtales nærmere under post 01 Driftsutgifter.

Fagutvikling

Folkehelseinstituttet driver fagutvikling på samtlige av instituttets fagområder. Instituttet driver bl.a. en rekke utviklingsprosjekter for digitalisering av virksomheten og tjenestene, samt satsinger på tiltaksforskning, sykdomsbyrdeanalyser, kunnskapsoppsummeringer av folkehelse tiltak, folkehelse globalt, helse- og helsetjenesteanalyser, og samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenestene om psykisk helse, rus og vold og om smittevern og miljømedisin. Instituttet er også pådriver i arbeidet for bedre tilgang til helsedata og biobanker, persontilpasset medisin, innovasjon og utviklingen av et kunnskapssystem for bedre folkehelse i tråd med HelseOmsorg21-strategien.

Kommunikasjon

Folkehelseinstituttet skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Folkehelseinstituttet skal formidle kunnskap og vurderinger av helserelevante tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Instituttet skal ha en bred kontaktflate og bidra til bedre folkehelse og gode helse- og omsorgstjenester. Instituttet utvikler kontinuerlig nettsiden og bruken av sosiale medier og andre kanaler for dialog med brukere og kommunikasjon med befolkning og fagfolk. Instituttet skal bidra til en opplyst samfunnsdebatt gjennom åpenhet om forskning, helseanalyse, vurderinger og råd og arbeidsmetoder. Videre har instituttet lovpålagte oppgaver knyttet til smittevern og beredskap som særlig krever en rask og åpen kommunikasjon overfor beslutningstakere lokalt, nasjonalt og internasjonalt, samt media og befolkningen generelt.

Årsverk

Folkehelseinstituttet hadde 969 årsverk ved utgangen av 2020, mot 901 årsverk ved utgangen av 2019. I underkant av 20 pst. av årsverkene i 2020 var knyttet til eksternt finansierte oppdrag.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås

- å flytte 6,05 mill. kroner fra kap.732, post 78 i forbindelse med at Nasjonal kompetansetjeneste for amming utvikles som nasjonal kompetansetjeneste, og virksomheten innlemmes og videreføres i Folkehelseinstituttet, jf. nærmere omtale under
- å redusere bevilgningen med 138,1mill. kroner knyttet til utfasing av ekstraordinære kostnader knyttet til pandemihåndteringen. Regjeringen vil følge smittesituasjonen i 2022, og vurdere bevilgningsbehovet knyttet til beredskapsarbeidet i lys av smittesituasjonen
- å redusere bevilgningen med 9,01 mill. kroner som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettfor-slaget
- å videreføre 34 mill. kroner knyttet til Nasjonalt smittesporingsteam
- å videreføre 14 mill. kroner knyttet til Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19

Koronavaksinasjonsprogrammet

Det foreslås 122 mill. kroner til Folkehelseinstis drift av koronavaksinasjonsprogrammet. Instituttet har ansvar for innkjøp, lager og distribusjon av pandemivaksinene, Sysvak- og Bivak-registrene, håndtering av bivirkningsmeldinger på vegne av Statens legemiddelverk og for å gi informasjon om vaksinen og retningslinjer om bruk, herunder prioritering av grupper for vaksinasjon. Folkehelseinstituttet har også betydelig kostnader til overvåking, registerdrift, analyse og rådgivning i oppfølgingen etter vaksinasjon. I tillegg er det kostnader til gjennomføring av programmet i Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse som faktureres Folkehelseinstituttet.

Det er for øvrig foreslått 8,8 mill. kroner over kap. 762, post 21 og 19,2 mill. kroner over kap. 746, post 01 til koronavaksinasjonsprogrammet. Til sammen er det foreslått 150 mill. kroner til drift og distribusjon knyttet til koronavaksinasjonsprogrammet.

Utgiftene til drift av koronavaksinasjonsprogrammet er nært knyttet til behovet for vaksiner i befolkningen. Det er ventet at hele den voksne befolkningen vil ha fått tilbud om vaksiner som beskytter mot covid-19 i løpet av 2021. Pandemisi-

tuasjonen tilsier imidlertid at befolkningen også i 2022, og sannsynligvis i årene framover, vil ha behov for oppfriskningsdoser og/eller vaksiner som beskytter mot nye virusvarianter. Dette er usikkerheter som det er vanskelig å ta høyde for og som regjeringen ev. vil komme tilbake til i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2022.

WHO Collaborating Center

Det foreslås 20 mill. kroner knyttet til «WHO Collaborating Center» for ikke-farmakologiske tiltak i FHI. Senteret er under etablering i 2021, jf. Prop. 173 S (2020–2021) og Innst. 558 S (2020–2021). Bevilgningen skal dekke effektstudier, gjennomføring av evalueringsstudier av smitteverntiltak, kunnskapsoppsummeringer, midler til nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid, samt kjøp av utstyr og forskningstjenester.

Regjeringen vil styrke WHO's arbeid for nytteeffekt, sosiale og økonomiske kostnader, samt utvikling av bedre metoder for å vurdere ikke-farmakologiske tiltak. Senteret skal også brukes til å styrke FHIs arbeid med å gi helhetlige vurderinger av alle sentrale virkninger av tiltak som foreslås eller vurderes i tråd med utredningsinstruksens krav. Dette innebærer ikke nødvendigvis at senteret bygger opp kompetanse på andre fagfelt selv, men å ha et miljø som kan innhente slik kunnskap og sammenstille det på en helhetlig måte i arbeidet med samfunnsøkonomiske analyser av smitteverntiltak.

Virksomhetsoverdragelse, Nasjonal kompetansetjeneste for amming

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for ny organisatorisk forankring av nasjonal kompetansetjeneste for amming. Tjenesten foreslås avvirket som nasjonal kompetansetjeneste, men departementet tar sikte på at enheten overdras fra Oslo universitetssykehus til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. januar 2022.

Nasjonalt kompetansetjeneste for amming ble etablert som Nasjonalt ammesenter i 1999 og fikk status som nasjonal kompetansetjeneste i spesialisthelsetjenesten i 2005. Nasjonal kompetansetjeneste for amming er i dag lokalisert i Kvinneklinikken ved Oslo Universitetssykehus, og jobber med kompetansespredning, iverksetting av faglige standarder i spesialist- og kommunehelsetjenesten, forskning og tilrettelegging for amming i samfunnet. At andelen som ammer er høy er viktig i et folkehelseperspektiv, jf. Handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021/23). Det å opprett-

holde en nasjonal enhet for amming er også i tråd med WHO's anbefalinger om å ha en nasjonal koordinerende funksjon, og tjenestens oppgaver skal videreføres i sin helhet.

Da tjenestens oppgaver knyttet til amming vurderes å være et viktig tiltak for å styrke folkehelsen, har innlemmelse i Folkehelseinstituttet vært trukket frem av de aktuelle aktørene som en aktuell fremtidig organisatorisk tilknytning for tjenesten siden arbeidet med endringene i system for nasjonale tjenester startet. Se nærmere omtale av endringene i kap. 732, post 78.

Pasienterfaringsundersøkelse innen psykisk helsevern for barn og unge

Det foreslås 1,5 mill. kroner for å gjennomføre en pasienterfaringsundersøkelse innen psykisk helsevern for barn og unge ved alle landets poliklinikker i 2022. Undersøkelsen gjennomføres av Folkehelseinstituttet, som har en nasjonal funksjon for måling av brukererfaringer med helsetjenesten. Undersøkelsen måler pårørendes og ungdommers erfaringer og vurderinger av poliklinikkene, inkludert brukermedvirkning, relasjon til behandlerne, utbytte av behandling og samarbeid mellom BUP og andre instanser. Den framskaffer resultater på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå, og indikatorer til det nasjonale kvalitetsindikatortemmet.

God kunnskap

Befolkningen og myndighetene trenger kunnskap om folkehelse og helsetjenester for å kunne ta gode avgjørelser. Folkehelseinstituttet står for overvåkning og analyser av helsetilstanden i befolkningen og forhold som påvirker den, og produserer kunnskap som bidrar til bedre helse- og omsorgstjenester.

Folkehelseinstituttet skal bidra med kunnskap på folkehelse- og helsetjenestefeltet basert på forskning og helseanalyse som inkluderer helse-tjenesteanalyse, helsetjenesteforskning, kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og risikovurderinger. Kunnskapsstøtten skal gi Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, kommunene og andre myndigheter nødvendig grunnlag for riktige prioriteringer og policy- og tjenesteutvikling samt fremme kunnskapsbasert praksis, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene.

Folkehelseinstituttet utarbeider metodevurderinger for de regionale helseforetak for å under-

støtte kunnskapsbasert praksis ved innføring av nye metoder som medisinsk utstyr, diagnostiske metoder m.m.

På de områdene der Folkehelseinstituttet er nasjonalt kompetanseorgan, skal instituttet også være en premissleverandør for Norges internasjonale arbeid og sentral bidragsyter innen global helse.

Folkehelseinstituttet publiserte i 2020 711 vitenskapelige artikler, og andelen artikler i nivå 2-tidsskrifter var på 24 pst. Det ble avlagt 3 doktorgrader ved instituttet i 2020. Folkehelseinstituttet har levert en rekke rapporter med analyse av helsetilstand og helsetilbud i Norge. I tillegg er det publisert oppdaterte folkehelseprofiler for kommuner, fylker og bydeler. I 2020 publiserte instituttet Oppvekstprofiler i samarbeid mellom instituttet, Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet om utvikling av felles styringsinformasjon til kommunene om oppvekstforhold.

Folkehelseinstituttet har i 2020 hatt en sentral rolle i kunnskapsproduksjonen for håndteringen av covid-19-epidemien. I 2020 ble det etablert et nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19, ledet av instituttet. Programmet har som mål å sikre et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for rådgiving, klinisk behandling og sentrale beslutninger i håndteringen av covid-19-epidemien og dens konsekvenser i Norge. Kunnskapsprogrammet har tre hovedoppgaver: 1) dekke kritiske kunnskaps hull, 2) legge til rette for nasjonalt samarbeid og 3) gjøre det nasjonale kunnskapssystemet bedre rustet for neste epidemi og folkehelsekrise. Satsninger initiert av programmet har bl.a. fremskaffet ny kunnskap om risikofaktorer og konsekvenser av infeksjon, innleggelse på sykehus og død; covid-19 i helseinstitusjoner; effekt av smittevern tiltak; etterlevelse av råd; og sosial ulikhet og innvandrergupper. I regi av programmet har det også blitt utviklet en skisse til framtidens kunnskapssystem for epidemier. Flere av arbeidsoppgavene til programmet vil ha økende relevans gjennom de neste årene. Det gjelder også kunnskap om vaksinasjon, der oppfølgingsstudier vil bli viktige.

Folkehelseinstituttet etablerte tidlig i epidemien et levende kart over forskning på covid-19. Kartet har bidratt til en oppdatert oversikt over forskningen om covid-19 og gjort det lettere å finne relevante publikasjoner. Mengden av covid-relaterte publikasjoner ble i løpet av høsten 2020 så omfattende at det ikke var mulig å holde kartet

oppdatert. Som et alternativ har Folkehelseinstituttet nå innledet et internasjonalt samarbeid for å identifisere covid-relaterte systematiske oversikter av høy kvalitet som formidles nasjonalt. Folkehelseinstituttet utarbeider kunnskapsoppsamminger for å understøtte myndigheter, helsepersonell og andre i deres arbeid med covid-19. Oppsummeringene har blitt mye brukt, inkludert i den offentlige debatten.

Instituttet har i tett samarbeid med Helsedirektoratet opprettet et beredskapsregister, kalt BeredtC19. Det er et registerbasert system for daglig oppdatert informasjon om innleggelser i og utskrivninger fra sykehus og bruk av primærhelsetjenester, både for covid-19-pasienter og andre, smitte, testing, vaksiner og bivirkninger av vaksinasjon i ulike grupper av befolkningen. Informasjonen gjør det mulig daglig å følge med på og analysere sentrale forhold for håndteringen av epidemien, herunder å følge pasientene fra symptomdebut, via allmennlegekontakt, sykehuskontakt og innleggelse, til utskrivning og reinnleggelse eller død. BeredtC19 gjør det også mulig å følge med på smitte, testing og utbrudd og vaksinasjon i helseinstitusjoner, yrkesgrupper, risikogrupper, innvandrergupper og ulike sosioøkonomiske befolkningslag, og å følge med på helsetjenestebruk for andre pasientgrupper og i sosioøkonomiske grupper. Informasjonen har bidratt til at myndighetene får bedre kunnskap for planlegging og håndtering av epidemien, og dermed et bedre kunnskapsgrunnlag for å sikre befolkningen tilgang til nødvendig helsehjelp til tross for epidemien og tiltakene mot den.

Instituttet har i 2020 satt i gang kontinuerlig innhenting av brukererfaringene fra alle pasienter i det de skrives ut fra døgnopphold i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og resultatene har vært publisert i flere rapporter gjennom 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler årlig midler til KS som, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, driver flere nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp. Det foreslås å videreføre læringsnettverkene i 2022 og det vises til omtale under kap. 762, post 21 og kap. 765, post 21.

Det er behov for mer kunnskap om utbredelsen av psykiske lidelser i befolkningen i Norge. Som en del av HUNT4 har Folkehelseinstituttet gjennomført en befolkningsbasert helseundersøkelse om psykiske lidelser i Nord-Trøndelag. Resultater fra undersøkelsen om utbredelsen av psykiske lidelser vil foreligge i 2021.

Folkehelseinstituttet skal utvikle og gjennomføre en pilot for å kartlegge alle sider ved alle selv-

mord i Norge uavhengig av om de skjer innenfor eller utenfor helse- og omsorgstjenestene. Oppdraget er forankret i Regjeringens handlingsplan for å forebygge selvmord.

Instituttet samordningsansvar innen kunnskap om psykisk helse med hovedvekt på forebygging og folkehelse, herunder etablere en gruppe med relevante fagmiljøer, videreføres.

Instituttet analyserer data for Norge som en del av det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet. En studie ledet av forskere ved Folkehelseinstituttet, publisert i Lancet, viser betydelige variasjoner i sykdomsbyrde innad i Norden. I 2020 presenterte Senter for sykdomsbyrde fylkesvise beregninger av sykdomsbyrde. Det vil arbeide videre med framskrivninger for sykdomsutvikling og levealder.

Folkehelseinstituttet har etablert et senter for evaluering av folkehelseiltak. Senteret gjennomfører nasjonale evalueringer og støtter kommuner og fylkeskommuner i metodikk for tiltaksevaluering, som en del av Program for folkehelsearbeid i kommunene. Senter for informerte helsebeslutninger utvikler metoder som gjør kunnskapsopsummeringer lettere tilgjengelige og mer forståelige, samt øker befolkningens evne til kritisk vurdering av helsepåstander.

Arbeidet med å videreutvikle den nasjonale folkehelseundersøkelsen videreføres. Formålet er å få bedre kunnskap om folkehelsen, levevaner og andre forhold som påvirker helsa. Denne åpner muligheter for å koble svar fra spørreskjema til biologiske markører innhentet fra et utvalg av respondentene fra folkehelseundersøkelsen. Som en del av undersøkelsen ble det utviklet et spørreskjema med særlig vekt på grensehandel, kosthold og også kroppsvekt. Dette er viktige data for å kunne følge utviklingen og studere trender som grunnlag for tiltak, og som supplement til de store landsomfattende kostholdsundersøkelsene som gjennomføres kun om lag hvert tiende år. Resultatene er presentert i en egen rapport.

Folkehelseinstituttet har bidratt med kunnskap om aktivitetsnivået i befolkningen, andelen som fyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet og med oppdatert kunnskap om fysisk aktivitet og helse til arbeidet med Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029. Instituttet bidrar i utviklingen av et system for å følge opp målene på fysisk aktivitet basert på indikatorer.

Arbeidet med ny folkehelsemelding 2023 starter opp i 2021 og Folkehelseinstituttet skal bidra med innspill. Videre bidrar Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i arbeidet med ny NCD-strategi.

Kunnskap om effekter av pandemien vil være viktig som del av strategien.

Senter for fruktbarhet og helse er et Senter for fremragende forskning (SFF) ved Folkehelseinstituttet, med grunnfinansiering fra Norges forskningsråd. Senteret søker aktivt om eksterne konkurranseutsatte forskningsmidler, og har et utstrakt samarbeid med nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. Forskingen dreier seg overordnet om hvordan endringer i fruktbarhet og familiestruktur påvirker helse gjennom biologiske og sosiale mekanismer.

Folkehelseinstituttet arbeider for å identifisere, karakterisere og begrense helseskadelige effekter av stoffer fra miljøet med hensyn til ikke-smittsomme sykdommer. Instituttet utarbeider kunnskapsgrunnlag og risikovurderinger av kjemiske stoffer i miljøet for bruk i regulering, grenseverdisetting og tiltak gjennom nasjonale og internasjonale fora, som bl.a. det europeiske mattrygghetsorganet EFSA og WHO, for å forebygge helseeffekter av kjemikalier generelt og luftforurensning fra ulike kilder.

Enhet for migrasjonshelse ved instituttet arbeider for å fremskaffe mer og bedre kunnskap om innvandreres helse, tilgang til helsetjenester og kvaliteten på tjenestene. Det legges vekt på å utnytte kunnskapspotensialet i migrasjonsvariabler i ulike registerdata bedre. Brukererfaringer er en viktig del av kunnskapen om kvaliteten på helsetjenesten. Folkehelseinstituttet skal planlegge, gjennomføre og rapportere nasjonale brukererfaringsundersøkelser i tråd med fem-årsplanen som Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet.

Folkehelseinstituttet har hatt en sentral rolle i OECDs nye undersøkelse av brukeropplevd kvalitet (Patient-Reported Indicator Survey, PaRIS), og vil fortsette dette arbeidet for å bidra til komparative undersøkelser av de norske helsetjenestene i forhold til organiseringen i andre OECD-land.

Folkehelseinstituttet samarbeider med Statistisk sentralbyrå om årlige befolkningsundersøkelser om tobakk og rusmidler og deltar i den europeiske skoleundersøkelsen Espad (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD). Folkehelseinstituttet har bidratt med helseanalyser knyttet til bruk av rusmidler og tobakk, inkludert bl.a. bruksmønster, omsetning og holdninger til rusmiddelbruk. Folkehelseinstituttet følger utviklingen i de nasjonale NCD-målene og har bl.a. levert innspill til den nasjonale alkoholstrategien. Folkehelseinstituttet

er Norges kontaktpunkt for EUs narkotikaovervåkningsbyrå, EMCDDA.

Folkehelseinstituttet deltar i EUs Joint Action for Tobacco Control. Prosjektet skal bidra til felleseuropeisk regulering av tobakksprodukter. Oppgavene knyttet til vurderinger av nye tobakks- og nikotinprodukter har økt, og Folkehelseinstituttet arbeider med en ny rapport om helserisiko ved bruk av e-sigaretter. Folkehelseinstituttet har også fått nye oppgaver som følge av forventet innlemmelse av EUs nye tobakksdirektiv. Kostnadene for 2022 er estimert til 2,2 mill. kroner og vil dekkes inn gjennom gebyrinntekter fra tobakksindustrien, jf. kap. 3714, post 04. Systemene er under utarbeidelse, og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2022.

God beredskap og sikkerhet

Beredskap handler om å kunne oppdage helse-trusler raskt og iverksette tiltak som effektivt beskytter liv og helse, og bidrar til samfunnets sikkerhet. Folkehelseinstituttet driver kontinuerlig overvåking og støtter andre myndigheter med kunnskap, og har bl.a. døgnåpne beredskapstelefoner og forvalter et nasjonalt beredskapslaboratorium.

Folkehelseinstituttets beredskapsansvar er forankret i smittevernloven, helseberedskapsloven, folkehelseloven og sikkerhetsloven, samt i overordnede nasjonale beredskapsplaner som beredskapsplanen for pandemisk influensa, Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og Nasjonal helseberedskapsplan, men også andre lover og dokumenter er relevante. Folkehelseinstituttet skal tilby nødvendige tjenester i eksterne og interne krisesituasjoner og være i stand til å håndtere situasjoner innen instituttets ansvarsområder som krever ekstraordinær innsats over tid. God nasjonal helseberedskap er også avhengig av godt samarbeid mellom de nasjonale aktørene og en god global helseberedskap. Folkehelseinstituttet deltar i Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser og er nasjonalt kontaktpunkt for bl.a. EUs og WHO's meldesystemer for smittsomme sykdommer.

Folkehelseinstituttet har hatt en svært sentral rolle i å overvåke utbruddssituasjonen ved covid-19. Instituttet har sørget for at internasjonal informasjon om forløpet av epidemien er blitt kanalisert og analysert. Instituttet har benyttet sine veletablerte metoder for å overvåke og analysere utbredelsen av epidemien i Norge. I tillegg har

instituttet etablert nye overvåkningsmetoder, delvis basert på digital teknologi. Det er blitt etablert dataflyt fra de mikrobiologiske laboratoriene til infeksjonsregisteret; det er blitt etablert et nytt beredskapsregister. Krisen har gjort at Folkehelseinstituttet har fått realisert flere planlagte satsninger innen digitalisering av beredskap, eksempelvis videreutvikling av Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) og modernisering av nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK).

Instituttet har utviklet matematiske modeller og tatt dem i bruk som viktige verktøy for å styre utviklingen av epidemien gjennom å tilpasse tiltak som følge av respons og fremskrivninger. Instituttet har regelmessig levert risikovurderinger som viktig del av kunnskapsgrunnlaget for styring og beslutning under utbruddet. Instituttet har utarbeidet en rekke veiledere underveis i epidemien og instituttet har drevet et omfattende kommunikasjonsarbeid rettet mot publikum, helsetjenesten og myndigheter. Instituttets vaktordninger har vært hardt belastet, og kapasiteten ble tidlig på året utvidet for å kunne ta unna henvendelser. Instituttet var også sentral ved etablering av laboratoriediagnostikk for påvisning av SARS-CoV-2, og instituttet har etablert referansefunksjon for SARS-CoV-2 der instituttet analyserer og følger den genetiske tilpasning av viruset i den norske populasjonen.

Instituttet skal understøtte myndigheter og operative enheter med kunnskap om risiko og helsekonsekvenser av hendelser, herunder smittevern-vakt, mikrobiologisk beredskapsvakt, nasjonal vannvakt og vaktordning for kjemikalieberedskap ved Giftinformasjonen. Dette omfatter også laboratoriekapasitet og vaksineforsyning i beredskapssituasjoner. Ved miljø- og kjemikaliehendelser bistår Folkehelseinstituttet kommuner, nødetater, helsetjenesten og befolkningen med råd om helserisiko forbundet med akutt eller langvarig eksponering for helseskadelige kjemikalier. Antall henvendelser til Folkehelseinstituttet om miljø- og kjemikaliehendelser er økende bl.a. som følge av en tydeliggjøring av instituttets ansvar på dette området.

Folkehelseinstituttet er sekretariat for Nasjonal vannvakt som er en døgnbemannet rådgivningstjeneste for vannverk som trenger råd og støtte ved akutte hendelser. Vaktordningen har vært i permanent drift siden 2017. Arbeidet med å nå de nasjonale målene på drikkevanns- og sanitærområdet videreføres i 2021.

Folkehelseinstituttet skal videreutvikle kapasiteten knyttet til miljø- og kjemikaliehendelser som kan skade mennesker. Døgnåpen varslingsord-

ning for mottak og håndtering av varsler om hendelser iht. varslingsplikt for kommuner i forskrift om miljørettet helsevern er etablert ved instituttet. Folkehelseinstituttet bistår hvert år lokale helsemyndigheter og Mattilsynet ved en rekke utbrudd av smittsomme sykdommer. Eksempelvis var det vinteren 2021 et nasjonalt utbrudd av salmonellose der det ble påvist at smitekilden var storfekjøtt innført fra Tyskland. Folkehelseinstituttet gir råd og bistand for håndteringen og har også en feltepidemiologisk gruppe som rykker ut i snitt to til tre ganger i året for lokal bistand.

Effektive tjenester og infrastruktur

Godt folkehelsearbeid krever pålitelige helsedata, avanserte laboratorieanalyser og effektiv logistikk. Folkehelseinstituttet leverer infrastruktur for å fremme folkehelse gjennom å forvalte nasjonale helseregistre, biobanker og referanselaboratorier, og ved å sørge for trygg vaksineforsyning.

Folkehelseinstituttet utvikler og leverer tjenester og infrastruktur som møter brukernes og helse- og omsorgstjenestenes behov, bl.a. vaksineinnkjøp og distribusjon, giftinformasjon, utlevering av data fra nasjonale helseregistre og helseundersøkelser, datainnsamling, biobanktjenester (inkl. utlevering av biologisk materiale fra helseundersøkelser), bibliotekstjenester, herunder Helsebiblioteket, og nettbaserte tjenester som «Mine vaksiner». Instituttet legger til rette for bruk av digitale tjenester som skal bygge på tilgjengelige nasjonale felleskomponenter. Helsebibliotekets avtaler gir helsepersonell fri tilgang til relevante kunnskapsressurser. Avtalene inkluderer tilgang til sentrale kliniske oppslagsverk.

Folkehelseinstituttet bidrar gjennom deltakelse i Helsedataprogrammet til sektorens planer om realisering av fellestjenester og utvikling av en helseanalyseplattform og en felles tilgangsforvalter (Helsedataservice). Arbeid knyttet til personidentifiserbart legemiddelregister er en viktig forutsetning for å kunne oppnå de samfunnsøkonomiske gevinstene som Helsedataprogrammet legger grunnlaget for, og Folkehelseinstituttets arbeid med dette vil fortsette også i 2022.

Folkehelseinstituttet bruker fellesløsninger for personverntjenester og innbygger tjenester for relevante helseregistre. Folkehelseinstituttet bidrar også med arbeid knyttet til selvrapporeringsløsningen på helsenorge.no (Symptometer) i forbindelse med covid19-epidemien, og vil ved behov fortsette dette arbeidet i 2021. Videre bidrar Folkehelseinstituttet til harmonisering og interoperabilitet mellom helseregistrene og helse-

undersøkelsene, slik at data i større grad skal kunne analyseres på en effektiv måte på tvers av datakilder. Se også omtale av Helsedataprogrammet under kap. 701 E-helse, helseregistre mv.

Folkehelseinstituttet følger opp arbeidet med helseundersøkelser, med særlig fokus på folkehelse i kommunene (fylkeshelseundersøkelser FHUS). Innsamling av nye data baseres i all hovedsak på web-løsninger. I 2020 samarbeidet instituttet med fylkeskommunene om fylkeshelseundersøkelser i Agder, Nordland og Rogaland. Spørsmål om livskvalitet er innarbeidet i undersøkelsene, og instituttet skal i 2021, sammen med Helsedirektoratet, fortsette arbeidet med å innhente og publisere data om livskvalitet i befolkningen.

Instituttet har i 2021 fortsatt å sikre at forvaltningen av Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) tillater størst mulig gjenbruk av data, inkludert genetiske data. Som ledd i arbeidet med covid-19 har det også i 2021 vært samlet inn nye helsedata og biologisk materiale fra hele eller deler av kohorten. Arbeidet med nødvendige tilpasninger i forbindelse med at barna i MoBa-undersøkelsen blir voksne fortsetter i 2022.

Folkehelseinstituttet har i 2021 arbeidet med å videreutvikle Smittestopp, en applikasjon som brukes i forbindelse med smittesporing. Applikasjonen ble blant annet tilknyttet Eus knutepunkt «European Federated Gateway Service», noe som gjøre det mulig med anonym varsling av smitte til nærkontakter på tvers av landegrenser. Applikasjonen hadde per 19. august 2021 over 1 million nedlastinger og 4200 utsendte varsler om nærkontakt. Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å vurdere om applikasjonen skal videreføres eller avvikles, og departementet vil vurdere videre forvaltning av applikasjonen i løpet av høsten 2021.

Instituttet etablerte høsten 2020 et nasjonalt smittesporingsteam, med oppgave å bistå og støtte kommunene og helseforetakene i deres arbeid med håndtering av lokale smitteutbrudd av covid-19. I tillegg bistår smittesporingsteamet med samordning av anbefalinger og smitteverntiltak ved utbrudd som involverer flere kommuner og smittesporing knyttet til offentlig transport som går over enkelt kommuner.

Koronapandemien har belastet mange kommuner tungt i arbeidet med smittesporing og utbruddsetterforskning. Det ble i løpet av sommeren 2020 klart at mange kommuner hadde behov for bistand og støtte i sitt arbeid med håndtering av lokale smitteutbrudd av covid-19. Nasjonalt smittesporingsteam har arbeidet tett med kommu-

nene gjennom pandemien og har bistått med hjelp til vurdering av smittesituasjonen, analyser, og råd om tiltak. Teamet har daglig kontakt med ulike kommuner som opplever utbrudd, og gir råd på telefon, e-post og i digitale møter. For å sikre kontinuitet i rådgivning, spesielt for utbrudd som går over tid, har teamet etablert en vakttelefon som er tilgjengelig 24/7 for kommuner som ønsker veiledning om utbruddshåndtering. Teamet rykker også ut til kommunene for å bistå lokalt ved behov.

Fra etableringen av smittesporingsteamet i august 2020 til slutten av 2020 var over 500 covid-19 utbrudd varslet til Folkehelseinstituttet, og det nasjonale smittesporingsteamet har bistått i håndteringen av over 200 utbrudd. Utbruddene er blitt varslet fra om lag 100 kommuner og omfatter alle landets fylker. I tillegg har teamet reist ut til flere ulike fylker for å bistå med håndteringen av utbrudd tilknyttet arbeidsplasser, helseinstitusjoner og skoler. Smittesporingsteamet har også gjort smittesporing etter over 1000 flyreiser og over 100 båt, buss og tog reiser i 2020.

Folkehelseinstituttet har i 2020 bidratt til intensivert innføring av elektronisk melding om dødsfall og dødsårsak i helse- og omsorgstjenesten, i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Det er besluttet at alle covid-19-dødsfall skal meldes inn via eDÅR fra 1.1.2022. Løsningen videreutvikles for tettere integrasjon med pasientjournal-systemene i sektoren. Innføring av elektronisk melding må samordnes med Skattedirektoratets arbeid med å modernisere Folkeregisteret og Direktoratet for e-helse sitt samarbeidsprosjekt for modernisert folkeregister i helse- og omsorgssektoren. Se nærmere omtale under kap. 701, post 21.

Folkehelseinstituttet drifter i samarbeid med Legemiddelverket «System for innføring av vaksiner i offentlig regi». Prosessen som fører frem til beslutning om at en vaksine skal finansieres av det offentlige må være forutsigbar, transparent og kunnskapsbasert. Viktige bidrag for å oppnå dette er gjennomføring av metodevarsling og metodevurdering, slik som for andre legemidler. En faglig referansegruppe skal støtte Folkehelseinstituttet i arbeidet med å identifisere behov for endringer i nasjonalt vaksinasjonsprogram. Referansegruppen består av representanter fra helse-tjenesten, myndigheter og brukere, og skal gjenspeile bredden av de ulike funksjoner som berøres av vaksinasjonsspørsmål i landet.

Vitenskapskomiteen for mat og miljø

God kunnskap og vitenskapelig dokumentasjon er avgjørende for å nå målene i mat- og miljøpolitikken. Vitenskapskomiteen for mat og miljø (VKM) er en tverrfaglig uavhengig komité. VKM har egne vedtekter fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 1. april 2018. Komiteen består av om lag 100 vitenskapelige eksperter fra en rekke fagfelt. Komiteen er avhengig av at kunnskapsinstitusjonene legger til rette for at deres ansatte kan delta i komiteens arbeid. VKM utfører uavhengige, vitenskapelige risikovurderinger, nytte- og risikovurderinger og andre typer kunnskapssynteser på mat-, helse- og miljøområdet på oppdrag fra Mattilsynet og Miljødirektoratet. Sekretariatet er norsk kontaktpunkt for den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (European Food Safety Authority EFSA), deltar i EFSA Advisory Forum og i EFSA's faglige nettverk. VKM er vitenskapelig myndighet for konvensjonen om internasjonal **handel** med truede arter av vill flora og fauna (CITES) i Norge. Administrativt er sekretariatet en egen organisatorisk enhet i Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet har ingen faglig instruksjonsrett over sekretariatet.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 609, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen endre Medisinsk fødselsregisterforskriften med sikte på å registrere alle behandlinger med assistert befruktning i Medisinsk fødselsregister, uavhengig av utfall.»

Vedtaket ble truffet under behandlingen av Prop. 34 L (2019–2020), Innst. 296 L (2019–2020). Vedtaket er fulgt opp ved endringer i forskrift 21. desember 2001 nr. 1483 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister fastsatt ved kongelig resolusjon 11. juni 2021, jf. forskrift 11. juni 2021 nr. 1877.

Post 21 spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter, herunder utgifter til eksternfinansierte oppdrag. Se nærmere omtale under post 01 Kunnskap.

Bevilgningen under foreslås redusert med 1,84 mill. kroner som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redu-

sert, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Etablering av legemiddelregister

Bevilgningen foreslås økt med 2,5 mill. kroner i 2022 for å dekke kostnader til etablering av dagens pseudonyme reseptregister som et personidentifiserbart register. Bevilgningen skal dekke kostnader til utvikling av registeret, inkludert IT-ressurser, fagressurser og kostnader til sanering i Reseptregisteret. Det er bevilget 6,2 mill. kroner til formålet i 2021.

Legemiddelregisteret skal baseres på og erstatte dagens reseptregister, og er viktig for å få økt kunnskap om legemidlenes effekt og sikkerhet. Behovet for strukturert og tilgjengelig informasjon om legemiddelbruk på individnivå er stadig økende. Selv om det foreligger dokumentasjon av effekt, sikkerhet og kvalitet for alle lege-

midler før de kan godkjennes for salg, vil det kunne fremkomme nye opplysninger om dette når legemidlene tas i alminnelig bruk i befolkningen. Dagens pseudonyme reseptregister legger store restriksjoner på bruken av data og skaper en tidkrevende og tungvint prosess for datautlevering, spesielt ved sammenstilling med andre datakilder. Pseudonymisering er også til hinder for kvalitetskontroll av dataene. Et direkte personidentifiserbart legemiddelregister er også viktig for å hente ut gevinster av helseanalyseplattformen fordi legemiddeldata inngår i svært mange forskningsprosjekter. Med et pseudonymt register vil sammenstillinger med andre datakilder ikke kunne gjøres på helseanalyseplattformen, og legemiddellopplysninger vil ikke kunne omfattes av de nye analysemulighetene som plattformen vil gi. Stortinget vedtok i november 2020 nødvendige endringer i helseregisterloven, og forskrift om Legemiddelregisteret trådte i kraft 15. april 2021.

Kap. 3745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
02	Diverse inntekter	172 296	194 650	198 713
	Sum kap. 3745	172 296	194 650	198 713

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker bl.a. inntekter fra oppdrags- og bidragsfinansiert aktivitet og laboratorieprøver.

Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I.

Kap. 746 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	382 503	323 656	356 302
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	32 247	31 601	32 261
	Sum kap. 746	414 750	355 257	388 563

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i Del I, og generell prisjustering:

- 19,2 mill. kroner til drift av koronavaksinasjonsprogrammet, jf. omtale under kap. 746, post 01
- 11 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til en pilot for anbud på folketrygdfinansierte legemidler. Det vises til omtale under kap. 2751 post 70
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til styrking av arbeidet som fagmyndighet på området medisinsk utstyr
- 0,5 mill. kroner i økt bevilgning for økte driftsutgifter ved tiltak rettet mot legereservasjoner uten faglig begrunnelse. Det vises til omtale under kap. 2751 post 70
- Bevilgningen foreslås redusert med 10 mill. kroner knyttet til utfasing av ekstraordinære kostnader knyttet til pandemihåndteringen. Regjeringen vil følge smittesituasjonen i 2022, og vurdere bevilgningsbehovet knyttet til beredskapsarbeidet i lys av smittesituasjonen.

Samfunnsoppdrag

Legemiddelverkets samfunnsoppdrag er å være fag- og tilsynsmyndighet for legemidler og medisinsk utstyr. Legemiddelverket skal bidra til at de overordnede målene for legemiddelpolitikken blir oppfylt. Målene er å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, at legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og legge til rette for forskning og innovasjon. For medisinsk utstyr skal Legemiddelverket påse at medisinsk utstyr som produseres og omsettes i Norge er trygt og sikkert.

Roller

Legemiddelverket er gjennom forskrifter tillagt forvaltningsmyndighet for regulering av legemiddel- og medisinsk utstyrsmarkedet.

Myndighetsfunksjoner

Legemiddelverket godkjenner hvilke legemidler som kan markedsføres i Norge og fastsetter prisen på reseptpliktige legemidler til mennesker. Legemiddelverket fatter videre vedtak om hvilke legemidler som skal gis forhåndsgodkjent refusjon innenfor blåreseptordningen hvis budsjettkonsekvensen er under fullmaktsgrensen. Legemiddelverket fatter vedtak om apotekkonsesjon og om tillatelse til tilvirknings- og grossistvirk-

somhet med legemidler, og er tilsynsmyndighet overfor legemiddelprodusenter, grossister og apotek.

Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA), Heads of Medicines Agencies (HMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Legemiddelverket representerer Norge i europeiske fora på området medisinsk utstyr, herunder MDCG (Medical Device Coordination Group), CAMD (Competent Authority Medical Devices) og diverse arbeidsgrupper i Europakommisjonen. Markedstilsyn, utpeking og tilsyn av norsk kontrollorgan, regelverksutvikling og fortolkning på området medisinsk utstyr er også Legemiddelverkets ansvar.

Forvaltningsoppgaver

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt og vurdering av nytte- og risikoforholdet ved godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), godkjenning av produktinformasjon (preparatomtale, pakningsvedlegg og merking), fastsettelse av maksimalpris og trinnpris for reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse til mennesker, opptak av legemidler for forhåndsgodkjent refusjon, hurtig metodevurdering av legemidler, endringer og vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll og tilsyn med aktører i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg har Legemiddelverket ansvar for håndtering av meldinger om legemiddelmangel og løse akutte mangelsituasjoner innenfor eksisterende hjemler. Videre inngår veiledning om riktig legemiddelbruk, godkjenning av legemiddelutprøvinger, utviklingsplaner for legemidler til barn og godkjenning av avansert terapi. Legemiddelverkets oppgaver omfatter også utredning av dokumentasjon for miljøkonsekvenser av legemiddelbruk. Legemiddelverket arbeider med å tilrettelegge for systematisk veiledning av norske aktører innen legemiddelforskning og legemiddelutvikling. Legemiddelverket har også ansvar for regelverket som fastslår hva som er narkotiske stoffer (narkotikalistene) og forvalter ordningen med salg av legemidler utenom apotek. Videre er Legemiddelverket tilskuddsforvalter for Relis (regionale legemiddelinformasjonscentre) og Vetlis (Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter).

Legemiddelverket forvalter regelverket for medisinsk utstyr og fører tilsyn med at regelver-

ket etterleves. Sentrale forvaltningsoppgaver er veiledning av aktørene og tilsyn med markedsaktørene og tekniske kontrollorgan. Legemiddelverket skal arbeide aktivt for at relevante aktører er kjent med gjeldende regelverk, og være en pådriver for å formidle viktig informasjon om sikkerhet ved medisinsk utstyr. Legemiddelverket forvalter en ordning med registrering av homøopatiske legemidler, og fra 2018 har Legemiddelverket hatt ansvar for å forberede og etter hvert forvalte en registreringsordning for elektroniske sigaretter.

Fagutvikling

Legemiddelverket skal følge med på forhold som påvirker målene for legemiddelpolitikken og gi råd og veiledning på legemiddelområdet. Legemiddelverket skal sammenstille kunnskap og erfaringer, og gjennomføre utredninger og situasjonsanalyser innenfor etatens ansvarsområder.

Kommunikasjon

Legemiddelverket skal, i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken, ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Legemiddelverket skal formidle kunnskap og innsikt i relevante tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Staten skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode helse- og omsorgstjenester.

Årsverk

Legemiddelverket hadde om lag 294 årsverk ved utgangen av 2020. Antall årsverk inkluderer flere midlertidige engasjementer og administrative ansettelser på grunn av koronapandemien. Videre er oppbygging av fagområdet medisinsk utstyr inkludert, et område som ble overført til Legemiddelverket i 2018.

Post 01 Driftsutgifter

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

Sammenliknet med saldert budsjett 2020 foreslås følgende endringer, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i Del I, og generell prisjustering:

- 19,2 mill. kroner til drift av koronavaksinasjonsprogrammet, jf. omtale under kap. 745, post 01.

- 11 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til en pilot for anbud på folketrygdfinansierte legemidler, jf. omtale under kap. 2751 post 70.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til styrking av arbeidet som fagmyndighet på området medisinsk utstyr.
- 0,5 mill. kroner i økt bevilgning for økte driftsutgifter ved tiltak rettet mot legereservasjoner uten faglig begrunnelse, jf. omtale under kap. 2751, post 70.
- å flytte totalt 0,2 mill. kroner fra kap. 714, post 21 og kap. 746, post 01 til kap. 451, post 01 knyttet til opprettelsen av nytt samordningskontor for markedstilsyn med varer hos DSB.
- Bevilgningen foreslås redusert med 10 mill. kroner knyttet til utfasing av ekstraordinære kostnader knyttet til pandemihåndteringen. Regjeringen vil følge smittesituasjonen i 2022, og vurdere bevilgningsbehovet knyttet til beredskapsarbeidet i lys av smittesituasjonen.

God kvalitet ved behandling med legemidler

Søknader om markedsføringstillatelser for viktige/nye innovative legemidler behandles innenfor et europeisk samarbeid hvor Norge har de samme plikter og rettigheter som andre europeiske land. Aktiv og målrettet deltagelse i det europeiske samarbeidet gir arbeidsdeling, styrker kvaliteten på vedtakene som fattes og bidrar til å sikre god nasjonal forvaltning. Legemiddelverket yter særlig innsats innen biologiske og biotilsvarende legemidler, avanserte terapier (celler og vev og genterapi) og legemidler med immunologiske effekter. Kreftlegemidler, vaksiner, antibiotika og legemidler til bruk mot sykdommer i sentralnervesystemet er prioriterte terapiområder. Det europeiske samarbeidet gir Norge muligheter til å effektivisere gjennom arbeidsdeling, påvirke godkjenning og bruk av legemidler og utforming av det europeiske regelverket. Dette europeiske samarbeidet har vært viktig under pandemien, både for tilgangen til legemidler og nye vaksiner mot covid-19.

Innenfor legemidler til dyr er legemidler til fisk et spesielt viktig område, da tilgang på effektive vaksiner og andre legemidler har stor betydning for oppdrettsnæringen.

Antall preparater med markedsføringstillatelse på det norske markedet er i løpet av de siste ti årene mer enn firedoblet. Samtidig er legemiddelmangel en økende nasjonal og internasjonal utfordring. Det skyldes i stor grad avhengigheten av globale produksjons- og forsyningskjeder. Det kan dreie seg om stans i markedsføring eller redusert

produksjon av et legemiddel pga. endringer i produksjonslinjen, redusert tilgang på råvarer, kvalitetssvikt i ferdigprodusert legemiddel, eller naturkatastrofer som kan resultere i plutselig skade på produksjonsanlegg. Legemiddelverket har opprettet samarbeid med Legemiddelindustrien (LMI), Farma Norge, Apotekforeningen, Helsedirektoratet, Oslo universitetssykehus HF og legemiddelgrossister for å håndtere utfordringen best mulig. Legemiddelverket er også aktiv i nordisk og europeisk samarbeid på området og arbeider aktivt i EU-fora for å bekjempe årsakene til legemiddelmangel. I 2019 innførte Legemiddelverket en mer brukervennlig web-basert oversikt over mangelsituasjoner, med mulighet for søk, sortering og lenke til aktuelle nyhetssaker. Denne oversikten oppdateres daglig. I 2020 ble det innført elektroniske meldeskjemaer som innebærer blant annet at melder mottar kvittering for skjema/innmelding. Våren 2020 ble det også innført midlertidige regler for å ivareta tilgangen til legemidler i Norge under koronapandemien.

Bivirkningsovervåking av legemidler til mennesker er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Bivirkningsmeldinger samles i det nasjonale Bivirkningsregisteret ved Legemiddelverket. Data i dette registeret deles internasjonalt. Dette samarbeidet gjør at nye bivirkninger kan identifiseres raskt og at harmoniserte tiltak kan settes i verk.

Koronapandemien har bidratt til høy arbeidsbelastning i Legemiddelverket på flere fagområder, og etaten har derfor i 2020 og 2021 fått ekstraordinære midler til pandemihåndteringen.

Legemiddelverket bidrar inn i koronavaksinasjonsprogrammet, og har bl.a. ansvar for saksbehandling av bivirkningsmeldinger, analyse og signaldeteksjon, kobling av registerdata samt kommunikasjon til helsepersonell og allmennheten. Det er ventet at hele befolkningen fra 12 år og oppover vil ha fått tilbud om vaksiner som beskytter mot covid-19 i løpet av 2021. Pandemisituasjonen tilsier imidlertid at befolkningen også i 2022, og sannsynligvis i årene framover, vil ha behov for oppfriskningsdoser og/eller vaksiner som beskytter mot nye virusvarianter. Dette er usikkerheter som det er vanskelig å ta høyde for og som regjeringen ev. vil komme tilbake til i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2022.

Bivirkningsregisterforskriften ble gjort gjeldende fra 1. januar 2020 og med dette er også meldeplikt for alvorlige og uventede bivirkninger utvidet til å gjelde for alle typer helsepersonell. Gjennom meldeportalen «En vei inn» på melde.no har helsepersonell kunnet melde bivirkninger elektronisk siden 1. november 2018. I 2021 er det etablert

felles portal for melding av uønskede hendelser for pasienter og pårørende som del av «En vei inn». Oppfølging av bivirkningsmeldinger etter vaksiner mot covid-19 har vært prioritert i 2021. Det vises til omtale under kap. 701 post 70.

Målsetning for Legemiddelverkets tilsynsaktivitet er tilsyn med om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden årlig. 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.

Forfalskede legemidler er en trussel for folkehelsen. Legemiddelverket arbeider sammen med politi- og tolletaten samt internasjonalt i regi av EU og Europarådet for å redusere risikoen for at forfalskede legemidler når norske utsalgssteder. Gjennom felles EØS-regelverk er det innført skjerpede krav til aktørene i distribusjonskjeden og til netthandel med legemidler. Legemiddelverkets tilsynsoppgaver har dermed økt. I 2019 ble det innført krav til unik identifisering av hver enkelt legemiddelpakning i EU/EØS-området og Legemiddelverket fører tilsyn med aktørene i Norge sin ivaretagelse av disse kravene.

For å avdekke nye stoffer og stoffgrupper som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripos, Tolletaten og Folkehelseinstituttet. Før oppføring på listen vurderer Legemiddelverket om kriteriene for oppføring på narkotikalistene er oppfylt, blant annet hvor vanedannende og farlig et stoff er.

Legemiddelverket informerer om riktig medisinsk og økonomisk forskrivning av legemidler. Informasjonsarbeidet er rettet mot både helsepersonell og publikum. For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet tjenesten Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (Fest), som en del av e-reseptløsningen. Fest muliggjør oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journal-systemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Dataene i Fest inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder også informasjon som gjør at legene i forskrivningsprosessen kan få informasjonsvarsler for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Varsler fra Legemiddelverket er også tatt i bruk av Felleskatalogen, og planlegges utvidet til andre informasjonskanaler. Gjennom Safest-prosjektet

etableres og tilgjengeliggjøres en kilde til strukturert legemiddelinformasjon som understøtter behovene i sykehus. Prosjektet er et samarbeid mellom Legemiddelverket, de regionale helseforetakene, sykehusapotekene og Direktoratet for e-helse. Prosjektet omfatter fire informasjonsområder, herunder datakvalitet, virkestoffskriving, produktkoder og ernæringsprodukter. Løsningen skulle etter planen settes i drift i 2021, men prosjektet er blitt forsinket og forventes først være ferdig i løpet av 2022. Løsningen skal forvaltes av Legemiddelverket i samarbeid med overnevnte aktører.

Medisinsk utstyr

Produktregelverket for medisinsk utstyr er harmonisert innenfor EØS og nytt EØS-regelverk for medisinsk utstyr (MDR) ble gjeldende fra mai 2021. Nytt EØS-regelverk om in-vitro medisinsk utstyr (IVDR) blir gjeldende i mai 2022. Nye lovgivningsrammer skjerper kravene til medisinsk utstyr. Formålet er at utstyret skal være trygt, sikkert og effektivt når det plasseres på markedet og tas i bruk. I tillegg skal nytt regelverk fremme innovasjon av medisinsk utstyr. Rollen som fag- og tilsynsmyndighet er med nytt regelverk betydelig utvidet. Legemiddelverkets oppgaver innenfor medisinsk utstyrsfeltet omfatter blant annet forvaltnings- og rådgivingsoppgaver, tilsyn overfor produsenter, importører, distributører og teknisk kontrollorgan, markedsovervåking, tollsamarbeid, oppfølging av meldinger om svikt og uhell, vurdering av søknader om klinisk utprøving/ytelsesstudier samt internasjonalt samarbeid på feltet.

Medisinsk utstyr dekker et stort spekter av produkter. Produktene blir stadig mer avanserte, og utviklingen går i retning av utvidet bruk av biogen- og nanoteknologi. Samtidig kan utstyret inneholde bl.a. legemidler, celler/vev og derivater av blod. Software kan også være medisinsk utstyr. Nytt regelverk utvider produktomfanget betydelig, og kan også inkludere produkter uten et medisinsk formål.

Det er vedtatt ny lov og forskrift om medisinsk utstyr som gjennomfører nytt EØS-regelverk. Ny lov og forskrift trådte i kraft 26. mai 2021 i tråd med anvendelsen av regelverket i EU.

Legemidler skal ha lavest mulig pris

For å sikre lavest mulig pris på reseptpliktige legemidler fastsettes apotekenes maksimale innkjøpspriser (AIP) som gjennomsnittet av de tre billigste

av ni land i Vest-Europa. Disse prisene revurderes årlig for de mest omsatte legemidlene. For å utnytte konkurransen i markedet for byttbare legemidler er trinnprissystemet innført. Trinnprissystemet omfatter 138 virkestoff. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen.

Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler

Legemiddelverket har ansvar for å utføre hurtig- og forenklete metodevurderinger av legemidler i systemet for nye metoder i spesialisthelsetjenesten og folketrygdfinansierte legemidler, og fatter beslutning om opptak på forhåndsgodkjent refusjon. Legemiddelverket har også fått ansvaret for tidligvarsler om nye legemidler.

Legge til rette for forskning og innovasjon

Nytt EØS-regelverk for klinisk utprøving av legemidler til mennesker trer i kraft i januar 2022. Vesentlige endringer er at søknader om kliniske utprøvinger som involverer flere land skal sendes inn i en felles europeisk portal og det skal gis ett svar tilbake fra myndighetene. Allmennheten vil få mulighet til innsyn i hvilke studier som er planlagt eller pågår og resultater av avsluttede studier gjennom denne portalen. Legemiddelverket har fått ekstra oppgaver knyttet til å koordineringen av den nasjonale delen av prosessen mellom Legemiddelverket og den etiske komitéen for legemiddelutprøving. Legemiddelverket gir innovasjonsstøtte til bedrifter og academia gjennom veiledning og råd innen legemiddelutvikling, klinisk forskning (legemidler og medisinsk utstyr) og metodevurdering. Regjeringen la i januar 2021 frem den første nasjonale handlingsplanen for kliniske studier. Legemiddelverket spiller en viktig rolle i oppfølgingen, og skal bl.a. bidra til at data om kliniske utprøvinger av legemidler som gjennomføres i sykehusene fortsatt er tilgjengelig når ny løsning for slike studier innføres som følge av ny legemiddelforordning, samt at det utvikles kriterier for nivå og omfang av saksbehandling basert på en risikovurdering. Det forventes større satsing på innovasjon og bedriftsetablering innen helseområdet i årene som kommer. For å øke sannsynligheten for å lykkes med å utvikle et produkt som kan få markedsføringstillatelse, er det viktig med en god regulatorisk strategi. Veiledning i regi av legemiddelmyndigheter er et vesentlig bidrag til dette. Beslutningen om offentlig finansiering er i mange tilfeller avgjørende for når pasientene får reell tilgang til legemidlet. God og

relevant dokumentasjon om kostnadseffektivitet er sentral for denne beslutningen, og det er derfor viktig med nasjonal rådgivning også når det gjelder krav til dokumentasjon for bruk i metodevurderinger før det settes i gang kliniske studier.

Tobakksdirektivet

EUs tobakksdirektiv oppstiller nye registrerings- og produktkrav for e-sigaretter, jf. Prop. 142 L (2015–2016). Ved innlemmelse av tobakksdirektivet i EØS-avtalen og ikrafttredelse av endringer i tobaksskadeloven, vil Legemiddelverket få nye oppgaver. Etter flere forsinkelser er innlemmelsen

av direktivet i EØS-avtalen ventet i løpet av 2021, med ikrafttredelse i 2022. Legemiddelverkets kostnader til etablering og tilsyn med registreringsordningen dekkes av registreringsgebyr, jf. kap. 3746, post 04, og tilsynsavgift, jf. kap. 5572, post 74.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Posten omfatter Legemiddelverkets kostnader knyttet til oppdragsvirksomhet/inntektsgivende arbeid innenfor det europeiske samarbeidet på legemiddelområdet, jf. kap. 3746, post 02.

Kap. 3746 Statens legemiddelverk

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
02	Diverse inntekter	87 899	31 601	35 761
04	Registreringsgebyr	57 884	78 904	80 550
	Sum kap. 3746	145 783	110 505	116 311

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner og narkotikasertifikater, godtgjørelse og refusjoner fra EMA samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

Nytt gebyr for utstedelse av narkotikasertifikater innføres fra 1. januar 2022. I forbindelse med import og eksport av narkotika til medisinsk og vitenskapelig bruk, utsteder Legemiddelverket narkotikasertifikater som må følge sendingene. Legemiddelverket utsteder om lag 2700 narkotikasertifikater (innførsel og utførsel) i året, og det er fastsatt et gebyr på 1300 kroner per sertifikat. Legemiddelverket kan i noen særlige tilfelle redusere gebyrets størrelse eller frafalle kravet om gebyr, jf. narkotikaforskriften § 18.

Post 04 Registreringsgebyr

Bevilgningen dekker gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillatelse eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel samt en registreringsordning for homøopatiske legemidler. Videre er 10 mill. kroner av bevilgningen knyttet til en registreringsordning for e-sigaretter etter tobakksdirektivet, jf. omtale under kap. 746, post 01. Registreringsordningen for e-sigaretter er under utarbeidelse, og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på disse inntektene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater for registreringsordningen for e-sigaretter i revidert nasjonalbudsjett for 2022. Samlet er gebyrinngang i 2022 over post 04 anslått til i størrelsesorden 80 mill. kroner.

Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	111 089	111 365	121 863
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	6 087	13 466	16 642
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 394	4 735	4 849
	Sum kap. 747	120 570	129 566	143 354

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

- 8,6 mill. kroner knyttet til økt tilsynsavgift og konsesjonsgebyr etter atomenergilovent § 57
- 3 mill. kroner knyttet til økt behov for rådgivning og veiledning i regi av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet ifb. dekommisjonering av Institutt for energiteknikk's atomanlegg

Samfunnsoppdrag

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. DSA arbeider for å redusere negative følger av stråling ved å påse at all håndtering av strålekilder, all medisinsk strålebruk, all håndtering av radioaktivt avfall og utslipp samt at avviking og opprydding av atomanlegg (dekommisjonering) gjennomføres riktig og forsvarlig. Videre arbeider DSA for å redusere eksponering for radon og UV. DSA arbeider for økt atomsikkerhet både nasjonalt og internasjonalt, og bidrar til ikke-spredning av radioaktivt materiale. Rest-riisiko håndteres ved å sikre en forsvarlig atomberedskap med god kri-
sehåndteringsevne.

Roller

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet utøver sitt samfunnsoppdrag bl.a. ved å forvalte regelverk, føre tilsyn, informere, overvåke, veilede, bygge og forvalte kunnskap innen etatens område. DSA er fag- og forvaltningsmyndighet på områdene strålevern, atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall. DSA overvåker naturlig og kunstig stråling, driver forsknings- og utviklingsvirksomhet og deltar i internasjonale

prosjekter på strålevern- og atomsikkerhetsområdet. DSA leder den nasjonale tverrsektorielle atomberedskapen, DSA er nasjonalt referanselaboratorium på vegne av Justervesenet for måleenheter innenfor stråling og radioaktivitet.

Myndighetsfunksjoner

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har selvstendig beslutningsmyndighet etter strålevernloven, atomenergilovent og forurensningsloven. DSA er Klima- og miljødepartementets direktorat på området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. DSA er direktorat for Utenriksdepartementet på områdene internasjonal atomsikkerhet, ikke-spredning, nedrustning og eksportkontroll. DSA er innstillende myndighet overfor Forsvarsdepartementet etter atomenergilovent når det gjelder anløp av militære reaktordrevne fartøyer. DSA leder, har sekretariat og operasjonslokale for den nasjonale atomberedskapen.

Forvaltningsoppgaver

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har ansvar for forvaltning og tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning, med de to atomanleggene i Norge, ved anløp av reaktordrevne fartøyer og med radioaktive utslipp og håndtering av radioaktivt avfall. DSA forestår forvaltning av tilskuddsmidler under regjeringens Atomhandlingsplan. DSA skal holde oversikt over stråledoser til yrkeseksponerte, pasienter, befolkningen og i miljøet fra alle strålekilder, og øke kunnskapen om forekomst, risiko og effekt av stråling. Data om tilstand og endringer over tid danner grunnlaget for forvaltning, vurderinger og for nasjonal og internasjonal rapportering.

Fagutvikling og internasjonalt samarbeid

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har spesifikk kompetanse innenfor sine fag- og ansvarsområder. Med nye oppgaver kreves ny kompetanse bl.a. til avvikling av de nukleære anleggene i Halden og Kjeller og etablering og forvaltning av protonterapi behandling. Dette omfatter både å videreutvikle kompetanse og kunnskap samt bruke eksterne ekspertise. For å sikre dette har DSA bl.a. opprettet en egen rådgivende komite med eksterne eksperter på området reaktorsikkerhet og håndtering av brukt brensel. DSA deltar i et Senter for fremragende forskning (CERAD) finansiert av Forskningsrådet, i samarbeid med Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Folkehelseinstituttet, Meteorologisk institutt og Norsk institutt for vannforskning. DSA deltar i nordisk, EØS- og EU-finansierte prosjekter. Slik aktivitet bidrar til å videreutvikle kompetanse som er nødvendig for å ivareta DSAs ulike myndighets- og forvaltningsoppgaver. Videre følger DSA kontinuerlig med på ny kunnskap, normer og anbefalinger som utvikles i internasjonale fora, blant andre International Atomic Energy Agency (IAEA), Heads of the European Radiological Protection Competent Authorities (HERCA), OECD Nuclear Energy Agency (NEA), WHO og United Nations Scientific Committee on Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR) og legger dette til grunn for videreutvikling av nasjonal forvaltning.

Kommunikasjon

DSA har som hovedmål å formidle kunnskap til samfunnet innenfor sine fagområder, for på den måten bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt og til å påvirke beslutninger og atferd til vern for helse og miljø. DSA har særskilte kommunikasjonsoppgaver knyttet til nasjonal atomberedskap. Gjennom landsomfattende befolkningsundersøkelser får DSA kunnskap om endringer i befolkningens kjennskap og holdninger til temaer som angår beredskap, strålevern og atomsikkerhet.

Årsverk

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet hadde om lag 127 årsverk i 2020, mot om lag 114 årsverk i 2019.

Post 01 Driftsutgifter

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

Bevilgningen foreslås økt med 8,6 mill. kroner mot tilsvarende økning på kap. 3747, post 04 knyttet til økt tilsynsavgift og konsesjonsavgift etter atomenergiloven § 57, jf. nærmere omtale under kap. 3747, post 04. Etter atomenergiloven skal Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) forberede og avgi innstilling om søknader om konsesjon, samt føre tilsyn med at regelverket etterleveres og konsesjonsvilkårene oppfylles.

Bevilgningen foreslås redusert med 1,02 mill. som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Oppfølging av Integrated Regulatory Review Service (IRRS).

DSA skal i 2021 fortsette å følge opp relevante forslag fra det internasjonale atomenergibyråets (IAEA) Integrated Regulatory Review Service (IRRS), basert på utredningen og en tiltaksplan. DSA skal i løpet av 2022 levere tiltaksplanen til sine eierdepartementer.

Medisinsk diagnostikk og behandling, nye utfordringer

Norge etablerer stråleterapi med protoner som en ny metode i kreftbehandlingen. Utbyggingen av to protonterapianlegg, ett i Oslo og ett i Bergen i har startet. Anleggene skal etter planen tas i bruk for pasientbehandling i 2024. Flere nye sykehus skal etablere behandlingstilbud med stråleterapi med fotoner. Som en følge av etableringen av protonterapi og fotonterapi, har DSA fått nye forvaltningsoppgaver. DSA bygger nødvendig kompetanse og kapasitet for å forvalte fagdirektorats- og myndighetsoppgavene knyttet til planlegging, bygging og drift av de to protonanleggene og den kommende økningen i stråleterapikapasitet i Norge på en forsvarlig måte.

DSA skal i tett dialog og samhandling med helseforetakene og Sykehusbygg arbeide for å sikre at strålevern blir ivaretatt i videre planlegging, bygging og drift av strålebehandling med protoner og fotoner. I 2022 skal DSA fortsette nødvendig kompetansebygging på strålebiologiske effekter og risiko for pasienter som får protonterapi, ansatte og allmenhet, for å kunne sikre en forsvarlig godkjenningssprosess og oppstart av protonte-

rapi. DSA deltar i samarbeidsfora, herunder for Beslutningsforum for nye metoder for å videreutvikle arbeidsprosesser som sikrer at strålevern blir ivarettatt ved innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Videre skal DSA, gjennom sitt nasjonale mandat i kvalitetssikring i stråleterapi (KVIST), innlemme nye stråleterapivirkosomheter i KVIST-arbeidet.

Utviklingen i medisinsk strålegivende utstyr og -prosedyrer gir nye muligheter og utfordringer. DSA deltar i nasjonale samarbeidsfora, herunder Bestillerforum for nye metoder, for å sikre at strålevern blir ivarettatt ved innføring og utfasing av strålegivende utstyr og prosedyrer i spesialisthelsetjenesten.

DSA jobber for å redusere antall uønskede, alvorlige strålerelaterte pasienthendelser i medisinsk strålebruk. I 2022 skal DSA samarbeide med relevante aktører for å vurdere å knytte egen varselordning til en felles nasjonal plattform for melding og håndtering av uønskede hendelser i helsetjenesten, «Melde.no». DSA skal videreføre arbeidet med å innhente kunnskap om og analysere årsaker til uønskede hendelser i stråleterapi, radiologi og nukleærmedisinsk virksomhet.

DSA og Helsedirektoratet skal fortsette etablert samarbeid om å ferdigstille og drifte nasjonalt system for overvåking av medisinsk strålebruk, basert på Norsk pasientregister (NPR) som nøkkelregister. Systemet ble operativt til å motta data fra virksomhetene i 2020. Et viktig fokusområde for 2022 er utvikling og ferdigstilling av løsninger for visning av aggregerte data for DSA og rapporterende virksomheter. Arbeid med å øke kvalitet og kompletthet på innrapporterte data videreføres. Videreutvikling av systemet og arbeid med kvalitetssikring av data skal gjøres i nær dialog med berørte parter.

DSA skal i 2022 bistå Helsedirektoratet i å følge opp Nasjonal strategi om rasjonell bruk av bildediagnostikk, og jobbe for å nå effektmålene om redusert antall dobbeltundersøkelser, redusert overdiagnostikk, redusert uønsket variasjon i bruk av bildediagnostikk og redusert antall undersøkelser med manglende berettigelse. Arbeid med oppfølging av strategien ledes av Helsedirektoratet og skal gjøres i samarbeid med relevante aktører. Prosjektet skulle vært gjennomført i 2020, men er forsinket grunnet koronasituasjonen.

Når det gjelder veterinærmedisin så er bruk av stråling til diagnostikk og behandling av dyr økende. Med tanke på apparatur, type undersøkelser og behandling, er veterinærmedisinsk strålebruk beslektet med medisinsk strålebruk

på mennesker. Siden den veterinærmedisinske strålebruken er mangelfullt regulert, har DSA i 2021 foreslått konkrete endringer i regelverket, bl.a. å innføre godkjenningsplikt for avansert veterinærmedisinsk strålebruk. I 2022 vil DSA følge opp eventuelle regelverksendringer med informasjon og veiledning til virksomhetene.

Atomsikkerhet og miljø ved avvikling av nukleære anlegg – nye utfordringer

Institutt for energiteknikk (IFE) eier og driver de to atomanleggene i Norge. I 2018 og 2019 besluttet IFE å stenge forskningsreaktorene i Halden og på Kjeller. Halden-reaktoren er imidlertid fortsatt i operativ tilstand da brenselementene ikke er fjernet, og IFE søkte i 2019 om ny konsesjonen til å eie og drive atomanlegget i Halden for ti nye år fra 1. januar 2021. Beslutning om ny konsesjon ble vedtatt i statsråd i slutten av 2020. I tråd med konsesjonen for atomanlegget på Kjeller, arbeider IFE med oppgraderinger av sikkerhetsrapporten for atomanlegget, inkludert avfallslagrene for å oppfylle internasjonale sikkerhetsstandarder, internasjonal praksis og nasjonale lovkrav, og forberede avvikling og dekommisjonering. I sin innstilling til konsesjon for atomanlegget på Kjeller, påpekte DSA spesielt at sikkerheten ved lageret for historisk brukt brensel, JEEP I stavbrønn, ikke er akseptabel og at det er behov for spesiell oppfølging. I Halden-konsesjonen er det lagt inn krav om jevnlig rapportering til DSA for status på Halden-reaktoren

I overgangsfasen mot dekommisjonering vil det være fokus på tilstanden ved begge atomanleggene, oppgradering av sikkerhetsrapporten, krav til forsvarlig og tilstrekkelige lagringskapasitet for det brukte brenselet, samt planlegging for dekommisjonering. Overgangen mot en avviklings- og oppryddingsfase for begge reaktorene og senere for hele atomanleggene, er pågående, og det må gjøres et betydelig planleggings- og kartleggingsarbeid i denne fasen. Avviklingen og oppryddingen forventes å pågå over to tiår, og skaper nye oppgaver og utfordringer både for IFE som ansvarlig operatør og for DSA som forvaltnings- og tilsynsmyndighet. DSA skal fortsette å følge opp IFEs sikkerhets- og sikringsarbeid som beskrevet i de nye konsesjonene for atomanleggene på Kjeller og i Halden, også under arbeidet med avvikling reaktorene og tilhørende anlegg (verksteder, avfallslagre mv.).

I 2018 etablerte Nærings- og fiskeridepartementet er nytt nasjonalt organ for opprydding etter nukleær virksomhet inklusive avfallshåndte-

ring, Norsk nukleær dekommisjonering (NND). NND må søke om nye konsesjoner for de nukleære anleggene og DSA må revidere og gjennomgå sikkerheten og sikkerhetsrapportene for anleggene det søkes for, og avgi innstillinger til konsesjon. NND blir operatør og et nytt tilsynsobjekt for DSA. DSA skal veilede NND i søknadsprosessen, og rådggi departementene i oppfølging av konseptvalgutredningene knyttet til dekommisjonering og håndtering av brukt brensel og radioaktivt avfall fra atomanleggene.

Anløp reaktordrevne fartøy

Antallet anløp av reaktordrevne fartøy til norske farvann er økt. DSA skal i 2022 videreføre sitt arbeid med å styrke sin rolle som forvaltnings- og tilsynsmyndighet for anløp og gjennomgå beredskapsplaner på både militær og sivil side, særlig gjelder dette oppfølgingen ved den nyetablerte anløpshavnen i nord.

Nukleært og radioaktivt materiale, sikkerhet og ikke-spredning

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal i 2022 prioritere oppfølging av anbefalingene fra IAEAs evaluering fra 2019 av Norges gjennomføring av forpliktelsene i Konvensjonen om fysisk sikring. Arbeidet innebærer bl.a. pålegg om tiltak av sikkerhetsmessig art, oppdatering av regelverk og tversektorielt samarbeid. DSA skal føre tilsyn med IFEs arbeid med sikring av atomanleggene og nukleært materiale, inkludert arbeidet med cyber-sikkerhet, i tråd med ny dimensjonerende trusselvurdering som ble fastsatt ved årsskiftet 2017/2018. DSA leder Myndighetsforumet som består av DSA, Politiets Sikkerhetstjeneste (PST), Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), Politidirektoratet (POD) og Tollvesenet for å hindre at nukleært og radioaktivt materiale kommer på avveier og for sikring av norske atomanlegg. Videre skal DSA følge opp forpliktelsene med kontroll av nukleært materiale i henhold til ikke-spredningsavtalen og safeguardsavtalen med IAEA. Norges arbeid internasjonalt med å hindre smugling av nukleært og radiologisk materiale som kan brukes i terrorsammenheng skal intensiveres. Styrket grensekontroll for å hindre smugling av nukleært og annet radioaktivt materiale er et viktig element i dette arbeidet.

I 2022 skal DSA videreføre arbeidet med å bidra til å redusere risikoen for hendelser i nær-områdene i Russland, Ukraina, Hviterussland, Eurasia og Øst-Europa og for å hindre at nukle-

ært materiale kommer på avveier. DSA skal delta aktivt i det internasjonale arbeidet knyttet til ikke-spredning av kjernevåpen og radioaktivt materiale samt for verifikasjon av nedrusting, og bistå Utenriksdepartementet i eksportkontrollarbeidet

Radioaktive strålekilder til industriell strålebruk

I Norge er det registrert 4000 radioaktive strålekilder innenfor ulike typer industri og forskning. I 2021 gjennomgikk og reviderte strålevernregelverket og annet relevant regelverk med tanke på sikkerhet og sikring ved innførsel, transport, bruk og avhending av radioaktive kilder. DSA skal i 2022 styrke sin evne til å kontrollere og føre tilsyn med virksomheter for å redusere risikoen for uhell, tyveri, sabotasje og ondsinnede handlinger med bruk av radioaktive kilder, og forhindre at radioaktive kilder blir eierløse og kommer på avveier, samt ivareta sikkerhet og sikring i de ulike situasjonene.

Beredskap, trusselbilde i endring

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal lede arbeidet for ytterligere styrking av den operative krisehåndteringsevnen for den norske atomberedskapsorganisasjonen. I oppfølgingen av Nasjonal strategi for CBRNE-beredskap (2016–2020), har DSA bl.a. ferdigstilt det syvende dimensjonerende beredskapsscenarioet som er knyttet til bruk av atomvåpen i eller i nærheten av Norge. Endringer i trusselbildet skal i 2022 tas opp i planverk og aktiviteter for å møte endrede behov i beredskap. En ny beredskapsstrategi skal ha fokus på å videreutvikle målekapasiteter, modellverktøy og tiltaksstrategier som på sikt vil gi en nødvendig styrking av den nasjonale atomberedskapen. DSA vil som sekretariat for Kriseutvalget for atomberedskap være en sentral pådriver for dette. Atomberedskapen er styrket ved at målekapasiteten er økt og avtaler er etablert med regionale målelaboratorier. I 2022 skal DSA bygge opp kompetansen og gjennomføre øvelser for de regionale målelaboratoriene og opprettholde egen kapasitet og kvalitet som avansert laboratorium. Videre skal DSA i samarbeid med Mattilsynet følge opp gjennomføringsplan for håndtering av radioaktivitet i næringsmidler og før. DSA skal også operasjonalisere og øve beredskapsplanverk innenfor miljøsektoren med fokus på roller og ansvar. DSA skal planlegge og gjennomføre en stor atomberedskapsøvelse i 2022 med internasjonal deltakelse. Målsetningen er forberede og å øve hele den norske atomberedskapsorganisasjo-

nen, herunder alle berørte sektorer på alle nivåer. Formålet er å gi et best mulig grunnlag for videreutvikling av den norske atomberedskapen.

Ultrafiolett stråling (sol og solarier) og radon, nasjonale strategier

Hudkreft er et vedvarende folkehelseproblem i Norge, og den nasjonale UV- og hudkreftstrategien som gjelder fra 2019 til 2023 legger vekt på en bred innsats for å stanse utviklingen. DSA skal i 2022 følge opp tiltakene i hudkreftstrategien i samarbeid med den nasjonale koordineringsgruppen og andre relevante aktører. DSA skal fortsette arbeidet for å øke kunnskap om forebygging av hudkreft i skoler og barnehager, og øke kompetansen og støtte opp under arbeidet som gjøres i kommunal og regional forvaltning. Spesielt fokus i 2022 vil være målrettet og tidligere oppdagelse av hudkreft, gjennom arbeid for å øke kunnskap og bevissthet om faresignaler på hudkreft hos befolkningen, blant fastleger og andre ansatte i helse- og omsorgstjenesten. I 2022 skal det også gjennomføres en ny nasjonal tilsynskampanje for solarier i samarbeid med kommunene. Overvåking av UV-stråling fra sola er viktig for varsling, informasjonsarbeid og forskning innen helse, klima og miljø. DSA jobber for en oppgradering av nettverket for overvåking av naturlig UV.

Reduksjon av radoneksponeringen i Norge krever tverrsektoriell innsats. Dette viser evalueringen som er gjort av den nasjonale radonstrategien (2009–2020). I samarbeid med den etablerte tverrsektorielle koordineringsgruppen for radon, skal DSA bidra inn i arbeidet med ny nasjonal radonstrategi. Dette er i tråd med Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga og anbefalingene fra Det internasjonale atomenergibyrådet sin gjennomgang av norsk strålevernforvaltning (IAEAs IRRS).

Elektromagnetisk stråling

Deler av befolkningen er bekymret for, og hevder å få plager av, elektromagnetiske felt knyttet til f.eks. utbygging av 5G i Norge. DSA følger utbyg-

gingen av 5G tett og samarbeider godt med Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (NKOM). NKOM gjør regelmessige målinger, slik at myndighetene til enhver tid har god oversikt over eksponering fra elektromagnetiske felt. DSA leder et nasjonalt samarbeidsforum mellom offentlige myndigheter om helserisiko, eksponering fra elektromagnetiske felt og oppfølging i helsetjenesten.

Bruk av lasere i samfunnet

Laserbruken i samfunnet er omfattende og økende. Lasere benyttes til ulike formål, bl.a. innen vitenskap, medisin, industri, underholdning, dekorasjon og i militære sammenhenger. Dagens regelverk tillater bruk av mange typer sterke lasere uten at det er krav godkjenning. For å forhindre potensielt farlig bruk av lasere har DSA i 2020 foreslått regelverksendringer om bl.a. å innføre en utvidet godkjenningsplikt. I 2022 vil DSA følge opp eventuelle regelverksendringer med informasjon, veiledning og tilsyn.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås 3 mill. kroner knyttet til økt behov for rådgivning og veiledning i regi av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet ifb. dekommisjonering av Institutt for energiteknikk's atomanlegg.

Bevilgningen foreslås redusert med 0,1 mill. som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeid herunder oppgradering, fornyelse og drift av basalt måleutstyr på atomberedskapsområdet.

Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
02	Diverse inntekter	9 937	17 915	18 288
04	Gebyrinntekter	14 966	15 353	24 533
	Sum kap. 3747	24 903	33 268	42 821

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til salg av tjenester og prosjektfinansiering, f.eks. doseovervåkning, yrkeseksponerte og kalibrering av solariet og strålekilder i sykehus. Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i Del I.

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra gebyr for behandling av søknad om konsesjon etter atomeverngiloven og tilsynsavgift i forbindelse med oppføring og drift av atomanlegg. Inntektskravet foreslås økt med 8,6 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 747, post 01, jf. omtale der. Konsesjonsgebyret er anslått til 10 mill. kroner i 2022.

Kap. 748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	160 628	162 047	168 619
	Sum kap. 748	160 628	162 047	168 619

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- 1,2 mill. kroner i økt bevilgning til å dekke Statens helsetilsyn sine utgifter til uavhengig tilsynsordning med innkvartering av enslige mindreårige som bor i asylmottak. Forslaget innebærer en halvårseffekt for 2022, med en helårseffekt på 2,4 mill. kroner fra 2023.
- 1,6 mill. kroner i økt bevilgning som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er økt, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Samfunnsoppdrag

Tilsynsmyndighetene er Statens helsetilsyn og statsforvalterne.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret for tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid. Som overordnet tilsynsmyndighet skal Statens helsetilsyn bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i tjenestene, og gjennom dette styrke befolkningens tillit til disse tjenestene. Tilsyn fører til læring og bidrar til bedre regeletterlevelse, jf. DFØ-rapport 2020:9 Statlig tilsyn med kommunene. Statens helsetilsyn er i tillegg overordnet myndighet for klager om manglende innfrielse av rettigheter.

Det overordnede tilsynsansvaret innebærer å følge med på sosiale og helsemessige forhold i befolkningen med særlig vekt på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter. For at tilsyn skal ha effekt og bidra til varige endringer i tjenestene må tilsynsmyndighetene rette ressursene mot praksis der det er høy sannsynlighet for at brukere kan bli utsatt for svikt og mangler i tje-

nesteytingen. Bruken av virkemidler og reaksjoner skal være målrettet for å få til forbedring og øke sikkerheten i tjenestene. For å oppnå dette må Statens helsetilsyn ha god faglig styring av tilsynet med tjenestene. Det innebærer å koordinere og harmonisere tilsynet som utføres av statsforvalterne, slik at tilsynet har høy kvalitet og at det ikke er utilsiktede variasjoner mellom statsforvalterne.

Statens helsetilsyn skal videreutvikle effektiv tilsynsmetodikk, slik at nødvendige endringer skjer og forholdene bringes i tråd med kravene. Metodikken i tilsynet skal være gjenkjennelig, etterrettelig og forutsigbar, samtidig som den stadig videreutvikles og forbedres. Statens helsetilsyn og statsforvalterne skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alt tilsyn for å forstå situasjoner og hendelsesforløp bedre. Det overordnede målet for tilsynsmyndigheten gjennom klagebehandling, tilsyn og rådgivning er å bidra til at:

- rettssikkerhet, pasientsikkerhet og befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenestene er forsvarlige og til barnas beste
- svikt i tjenestene avdekkes, følges opp og forebygges

Roller

For å bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i de aktuelle tjenestene, har Statens helsetilsyn ulike roller. Disse er å:

- utøve overordnet faglig styring av statsforvalternes tilsyn med tjenestene.
- formidle tilsynserfaringer til nytte for samfunnet.
- være forvaltningsmyndighet i samsvar med gjeldende lover og forskrifter.
- gi innspill til fagdepartementer og samarbeidspartnere.

Statsforvalteren er utøvende klage- og tilsynsmyndighet, og er i gjennomføringen av tilsyns- og klageoppgavene direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn følger med på statsforvalternes saksbehandling og rapporter, utarbeider veiledere og gir jevnlig tilbakemeldinger til statsforvalterne for å sikre at tilsyn og klagesaker blir utført hensiktsmessig, riktig og raskt i hele landet.

Statens helsetilsyn har også det faglige ansvaret for å vurdere helsemessige konsekvenser av lovlige arbeidskonflikter.

Myndighetsfunksjoner

Statens helsetilsyn har myndighet til å ilegge administrative reaksjoner overfor helsepersonell og virksomheter. Statens helsetilsyn kan begjære offentlig påtale mot helsepersonell eller virksomheter for brudd på helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 67 annet ledd

Statens helsetilsyn har myndighet til å gi pålegg om å rette forhold i helse- og omsorgstjenestene som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uforsvarlig. Dersom pålegg overfor spesialisthelsetjenesten ikke etterkommes, kan tvangsmulkt og stengning av institusjon brukes.

Som overordnet faglig myndighet for statsforvalternes tilsyn og klagebehandling, har Statens helsetilsyn myndighet til å overprøve statsforvalterens avgjørelser av eget tiltak, herunder kontrollere om det foreligger feil ved faktum, saksbehandling og/eller rettsanvendelse. I tillegg er Statens helsetilsyn klageinstans for pålegg statsforvalteren har gitt barnevernsinstitusjoner, barneverntjenesten og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Tilsynsoppgaver

Tilsynsoppgavene under samfunnsoppdraget deles inn i:

- planlagte tilsyn
- tilsynssaker
- tilsyn etter alvorlige hendelser
- klagebehandling
- rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt
- tilsyn som Statens helsetilsyn utfører selv

Fagutvikling

Statens helsetilsyn arbeider langsiktig for å skape bedre sammenheng mellom ulike former for tilsyn med bakgrunn i enkelthendelser og planlagt tilsyn basert på risikovurderinger, og for å styrke samlet effekt av tilsynet.

Ett av fem mål i Statens helsetilsyns strategiske plan for 2020–2025 er at brukerinvolvering skal gi best mulig tilsyn. Statens helsetilsyns brukerråd skal bidra til at brukeres, pasienters og pårørendes erfaringer kommer til nytte. I 2020 samarbeidet Statens helsetilsyn og brukerrådet på flere områder, særlig prosjektet om brukererfaringer

under koronapandemien, som er beskrevet i Rapport fra Helsetilsynet 6/2020. I 2021 arbeider brukerrådet med å gi konkrete innspill til prosesser av strategisk betydning for Statens helsetilsyn.

Overordnet faglig styring av statsforvalterne innebærer at Statens helsetilsyn utvikler en sammenhengende tilsynskjede som har høy kvalitet og sikrer at det ikke er utilsiktede variasjoner mellom statsforvalterne. Dette følger Statens helsetilsyn opp på ulike måter, ved bl.a. å utvikle veiledere for statsforvalterens tilsyn og klagebehandling for å harmonisere praksis, øke effekt, tolke regelverk og definere prioritering. Statens helsetilsyn har igangsatt et utviklingsprosjekt for å styrke dette arbeidet, i tett dialog med statsforvalterne, KMD og aktuelle fagdirektorat.

Tilsynsskolen er et sammenhengende opplegg for å kvalifisere og øke kompetanse hos ansatte hos statsforvalterne og i Statens helsetilsyn, og skal bidra til at tilsyn og klagebehandling holder et faglig høyt nivå og at praksis er lik over hele landet. Oppdatert tilsynskompetanse er avgjørende for virkningsfullt tilsyn. Tilsynsskolens opplæringstilbud er derfor i kontinuerlig utvikling både innholdsmessig, pedagogisk og teknologisk for å svare ut dette behovet.

Tilsynsmyndighetene kan benytte ulike metoder og tilnæringsmåter for å påse at kravene i lovgivningen blir overholdt. Statens helsetilsyn har i 2020 og 2021 iverksatt flere prosjekter for å utvikle våre tilsynsmetoder slik at tilsynet kan bidra til varig forbedring i tjenestene.

Ett av disse prosjektene er «Utvikling av landsomfattende tilsyn» som skal prøve ut nye tilnæringsmåter ved gjennomføring av landsomfattende tilsyn med barnevern- og sosialtjenesten i 2022 og 2023. For å bidra til kunnskapsutvikling på tilsynsfeltet skal prosjektet også undersøke betydningen tilsynet har på tjenestene når det gjelder endring av praksis.

Statens helsetilsyn skal videreutvikle og i større grad ta i bruk egenrapportering og -vurdering som tilsynsmetode. Det skal utarbeides veiledningsmaterieell slik at også statsforvalterne kan bruke tilsynsmetoden i sine tilsyn. Hensikten med å ta i bruk egenrapporter er å ansvarliggjøre virksomheten i alle ledd av prosessen, for bedre å oppnå formålet med tilsyn og forbedring i tjenestene.

I 2019 etablerte Statens helsetilsyn et utviklingsprosjekt for å oppnå mer ressurseffektiv og målrettet håndtering av tilsynssaker på helseområdet. Prosjektet utarbeider veiledning for hvordan statsforvalterne og Statens helsetilsyn skal håndtere tilsynssaker i tråd med nye sty-

rende dokumenter. Statens helsetilsyn etablerer ulike opplæringstiltak knyttet til å ta i bruk ny veiledning, og disse ses i helhet og sammenheng med tilsynsskolen.

I 2020 startet Statens helsetilsyn et tilsvarende arbeid med tilsynssaker på barnevern- og sosialområdet. Målet med arbeidet er økt harmonisering av tilsynspraksis og at tilsynssakene skal bidra til forbedringer i tjenestene.

Barn og unge som for en periode av sitt liv bor på barneverninstitusjon, skal motta et kvalitativt godt og forsvarlig tilbud under institusjonsoppholdet. Statens helsetilsyn har i 2021 igangsatt et prosjekt for å forbedre statsforvalternes tilsyn med barneverninstitusjoner slik at de i større grad kan fange opp hvordan institusjonen ivaretar sitt omsorgsansvar for barna som bor der. Prosjektet må ses i sammenheng med det digitale verktøyet som er utviklet for at statsforvalterne skal ha oversikt over risikoforholdene på de ulike barneverninstitusjonene.

Statens helsetilsyn gjennomfører i 2021 en nasjonal risikovurdering med forskere, fagfolk og brukerrepresentanter på sosialtjenesteområdet. Hensikten er å få kunnskap om hvilke områder som har størst risiko for svikt, og risikovurderingen er en del av et utviklingsarbeid for å styrke tilsyn med sosiale tjenester. I forlengelse skal Statens helsetilsyn i 2022 videreutvikle statsforvalternes arbeid med klagesaker etter sosialtjenesteloven og utvikle et risikoverktøy som gir oversikt over risikoområder i kommunene, slik at statsforvalterne lett kan identifisere områder for tilsyn.

Statens helsetilsyn utreder i 2021 om det i 2022 skal igangsettes et arbeid med å utvikle et digitalt register for å få bedre oversikt over omfang av tvangsbruk mot barn på barnevernsinstitusjoner. Tvang på barnevernsinstitusjoner er et stort inngrep mot barn, og et slikt register vil være et nyttig verktøy i statsforvalternes tilsyn med barneverninstitusjoner og behandling av klager på tvangsbruk. Statens helsetilsyn mener det er viktig at barn og unge som bor på institusjon lett kan komme i kontakt med tilsynsmyndigheten. Statens helsetilsyn ønsker å utrede muligheten for å utvikle et digitalt samtaleverktøy for barn og unge i barneverninstitusjon i 2022.

Kommunikasjon

Statens helsetilsyn skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om målgruppene sine og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Statens helsetilsyn skal formidle kunnskap og innsikt om helse- og omsorgs-

tjenester, sosiale tjenester og om barnevern, og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt.

Tilsynserfaringer ble i 2020 formidlet løpende i ulike kanaler, på nettstedet, i sosiale medier og gjennom fagmedier og andre medier. I serien Rapport fra Helsetilsynet ble det gitt ut åtte rapporter med oppsummerte funn og risikovurderinger.

For 2020 er det laget en elektronisk tilsynsmelding som vil bli oppdatert løpende med aktuelle artikler i løpet av året. Statens helsetilsyns årsrapport 2020 gir også mer omfattende omtale av tilsynserfaringer.

Årsverk

Statens helsetilsyn hadde 138 medarbeidere per 31. desember 2020. Det ble utført til sammen 108 årsverk i 2020.

Post 01 Driftsutgifter

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

Koronapandemien medførte store endringer for tjenestene i 2020. Landsomfattende tilsyn som var planlagt gjennomført av statsforvalterne i 2020 ble utsatt, forlenget og dimensjonert annerledes. Statens helsetilsyn har fulgt med på konsekvensene for tjenester, pasienter og brukere av de covid-19-tiltakene som ble iverksatt, og har gitt veiledning til statsforvalterne om å justere sin prioritering og gjennomføring av tilsynsaktiviteter for et situasjonstilpasset tilsyn under pandemien. Hvilke forhold og tema det skal føres tilsyn med, og hvordan tilsynsaktivitetene skal gjennomføres, må løpende vurderes for å sørge for relevans og situasjonstilpassede aktiviteter.

Tilsyn etter alvorlige hendelser

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å straks varsle Statens helsetilsyn om dødsfall og alvorlige skader etter alvorlige hendelser som inntreffer utenfor påregnelig risiko. Pasienter, brukere eller nærmeste pårørende har rett til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser. Formålet med tilsyn etter varsel om alvorlige hendelser er å identifisere uforvarselige forhold raskere slik at forholdene rettes opp, samt å bidra til bedre pasientsikkerhet ved at erfaringer fra tilsynsmessig oppfølging formidles.

Statens helsetilsyn skal ta imot og vurdere alle varslene. I de sakene der det gjennomføres stedlig tilsyn, blir saken grundig opplyst og de organisatoriske forholdene som har betydning for kvalitet

og forsvarlighet utredet og analysert. Formålet er å identifisere risikoområder, hvilke risikoreducerende og skadebegrensende tiltak som er iverksatt eller mangler, for gjennom tilsyn å bidra til økt kvalitet og tillit til tjenestene.

I 2020 mottok Statens helsetilsyn 1068 varsler, herav 148 varsler om alvorlige hendelser fra virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 72 varsler fra pasienter og 84 fra pårørende. Etter mottak gjør Statens helsetilsyn innledende undersøkelser for å avgjøre hvordan sakene eventuelt skal følges opp videre. Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn i 12 varsler. 55 pst. (590) av sakene ble overført til statsforvalteren for vurdering og oppfølging.

Statens helsetilsyn vil styrke den overordnede styringen med tilsyn etter alvorlige hendelser for å øke kvaliteten og redusere uønsket variasjon bl.a. ved å gi retningslinjer for statsforvalternes oppfølging av varsler de får oversendt, inkludert kontakt med pasienter og pårørende i den prosessen.

Statens helsetilsyn vil i 2022 fortsette arbeidet med å videreutvikle tilsynsmetodikk for stedlige tilsyn. Statens helsetilsyn vil fortsette utviklingen av arbeidet med å ansvarliggjøre virksomhetene, herunder etterspørre deres arbeid med å følge opp pasienter, brukere og pårørende som har opplevd en uønsket hendelse.

Tilsynssaker

Tilsynssaker opprettes på grunnlag av klager fra brukere, pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenestene. Hvis statsforvalteren mener at det kan være grunnlag for administrative reaksjoner mot helsepersonell og/eller virksomhet, blir saken sendt til Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn behandlet 307 tilsynssaker i 2020. Det ble gitt 209 reaksjoner til helsepersonell og konkludert med brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 39 virksomheter. Til sammen 128 autorisasjoner ble tilbakekalt. Den hyppigste årsaken var misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen (eks. tyveri av legemidler, narkotikalovbrudd og vold).

I 2020 avsluttet statsforvalterne 3859 tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester, 675 tilsynssaker om tjenester og tiltak innen barnevernet og 62 tilsynssaker innen sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

En ny policy for håndtering av tilsynssaker skal skape handlingsrom til å prioritere innsats ut fra risiko og vesentlighet, og konsentrere seg om

de tilsynsaktivitetene som i størst mulig grad bidrar til å oppnå formålet med tilsyn. I 2021–2022 skal ny policy omsettes til praktisk arbeid, med ny veiledning til statsforvalterne for prioritering og håndtering av tilsynssaker.

Planlagte tilsyn

Statens helsetilsyn beslutter valg av temaer for landsomfattende tilsyn gjennom en omfattende prioriteringsprosess, og lager veiledere for å sikre lik gjennomføring slik at funn kan oppsummeres og formidles. Statsforvalterne gjennomfører i tillegg planlagte tilsyn ut fra lokale vurderinger av risiko og fare for svikt i tjenestene. Tilsyn skal understøtte virksomhetens ansvar for sikkerhet og kontinuerlig forbedring og tilsynsmyndighetene følger opp funn fra planlagte tilsyn til forholdene er rettet.

Da koronapandemien inntraff våren 2020 var det viktig for Statens helsetilsyn at tilsynsaktivitetene ble tilpasset, slik at tjenestene kunne prioritere sine ressurser til å håndtere situasjonen. Det medførte at en del tilsyn ikke ble gjennomført som planlagt. Flere av oppdragene som statsforvalterne utførte knyttet til covid-19 pandemien, hadde imidlertid betydelig islett av tilsyn. Eksempler er oppfølging av smitteutbrudd i sykehjem og kartlegging av testkapasitet. Statsforvalterne hadde tett og hyppig kontakt med helseforetakene og kommunene, som ga mulighet til å følge med på om tjenestene var forsvarlige under pandemien. Dialogen ga også informasjon om tilbudet til sårbare grupper som barn og unge og innen rus og psykisk helsevern.

Statsforvalterne gjennomførte tilsyn med barneverninstitusjonene i samme omfang som i 2019, og fulgte opp kommunene i tråd med midlertidige retningslinjer fra Statens helsetilsyn under pandemien. Det ble i 2020 gjennomført færre tilsyn med sosiale tjenester i Nav enn året før. En nasjonal undersøkelse om tilgjengelighet til sosiale tjenester i Nav ble startet opp og fortsetter i 2021.

I 2021 og 2022 gjennomføres det landsomfattende digitalt egenvurderingstilsyn med psykisk helsevern for barn og unge. Alle landets ca. 90 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker skal undersøke og vurdere om 8 sentrale og tjenestenære målepunkter er i tråd med kravene til kvalitet og pasientsikkerhet, inkludert om pasientforløpene preges av god fremdrift og kontinuitet. Avdekte lovbrudd følges opp av statsforvalterne og tilsynene skal ikke avsluttes før det er gjennomført nødvendige og robuste endringer i tjenesteutøvelsen, og at dette kan dokumenteres

blant annet gjennom journalopplysninger. Egenvurderingen gjentas derfor i 2022 i alle poliklinikker der det er avdekket lovbrudd og på alle målepunkter som ikke var i tråd med kravene til kvalitet og pasientsikkerhet.

Forberedelsen av det to-årige tilsynet med forebygging av tvang i psykisk helsevern gjenopp-tas våren 2022. Tilsynet er rettet mot forebygging og gjennomføring av skjerming i akuttavdelinger for psykisk helsevern for voksne. Statens helsetilsyn fortsetter arbeidet med harmonisering mellom statsforvalterne i tilsynet med spesialisthelsetjenesten.

Tema for det landsomfattende tilsynet på barnevern i 2022 og 2023 er «Barneverntjenestens ansvar for oppfølging av barn etter omsorgsovertakelse og/eller plassering etter adferdsbestemmelsene i barnevernloven». For det landsomfattende tilsynet med sosiale tjenester i Nav i 2022 og 2023 er temaet «Nav-kontorenes ansvar for å ivareta barns behov ved tildeling av sosiale tjenester».

Statens helsetilsyn har utarbeidet en veileder for statsforvalternes undersøkelse av kommunens ansvar for å identifisere og følge opp utsatte barn og unge under pandemien. Veilederen tar utgangspunkt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med vektlegging av tjenestens ansvar for utsatte barn og unge og samarbeid med andre tjenester og instanser. Statsforvalterne skal vurdere og gjennomføre risikobasert, situasjonstilpasset tilsyn, rettet mot kommunene for å undersøke hvordan helse- og omsorgstjenester til utsatte/sårbare barn og unge blir sikret.

Pga. pandemien gjennomførte statsforvalterne få tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2020. Dette landsomfattende tilsynet ble utvidet til å gjelde hele 2021.

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av erfaringene med beredskap i kommunene, evaluere og vurdere å videreutvikle tilsyn med helseberedskap i kommunen i samarbeid med DSB.

Tilsyn som Statens helsetilsyn selv utfører

Statens helsetilsyn fører tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker. I 2020 har Statens helsetilsyn gjennomført et egenvurderingstilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning hos et utvalg helseforetak, universiteter og forskningsinstitusjoner. Rapporten fra tilsynet ferdigstilles i 2021. Det kan bli aktuelt med oppfølging av egenvurderingstilsynet i 2022.

Etter forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev (forskrift om håndtering av humane celler og vev), er Statens helsetilsyn pålagt å føre jevnlig tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer i pasientbehandlingen. Humant materiale kan overføre sykdom fra donor til mottaker via blod, celler, vev og organer. Statens helsetilsyn utarbeider en risikoprofil for hver enkelt virksomhet for å kunne gjennomføre målrettede tilsyn med håndtering og bruk av humant materiale. Funn og forbedringsarbeid etter tidligere tilsyn blir tatt med i profilene og fulgt opp under tilsyn.

I 2020 ble det gjennomført 15 tilsyn innen ulike fagområder. Tilsynene i 2020 viste at virksomhetene hadde iverksatt tiltak for redusere risikoen for å overføre covid-19 fra donor til mottaker og fra donor til involvert personell der det var relevant.

Statens helsetilsyn vil i 2022 fortsette samarbeidet med andre nasjonale etater og med tilsynsmyndigheter i andre europeiske land og vil særlig følge opp det pågående endringsarbeidet i det europeiske regelverket for blod, celler og vev. Bioteknologiloven tillater nå eggdonasjon, og Statens helsetilsyn vil inkludere kvalitet og sikkerhet ved donasjon og håndtering av donoregg ved assistert befruktning i tilsyn.

Statens helsetilsyn fører tilsyn med hvordan IKT-systemer bidrar til pasientsikkerheten. Manglende informasjon om behandlingsløp, legemidler, kritiske allergier og annen sentral informasjon kan få fatale resultat. Erfaringsmessig er IKT-utvikling og bruk i kliniske systemer ikke tilstrekkelig vurdert som en innsatsfaktor i forsvarlig helsehjelp, noe som bryter med intensjonen bak forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Tilsynsaktiviteten vil være risikobasert, med utgangspunkt i risikoanalysen utgitt høst 2021.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Statens helsetilsyn oppgaven med å føre tilsyn med Justis- og beredskapsdepartementets arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap.

Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med norskledede helsetjenester til personell i militære operasjoner i utlandet i henhold til avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og følger utviklingen med tanke på tilsynsaktiviteter. Dagens avtale ble undertegnet i 2019 og løper over ti år.

I samarbeid med Statsforvalteren i Nordland og Statsforvalteren i Troms og Finnmark gjennomførte Statens helsetilsyn i 2020–2021 tilsyn med om befolkningen har fått og får forsvarlige luftambulan-

setjenester. Statens helsetilsyn fant lovbrudd knyttet til øyeblikkelig hjelp og at RHF-ene ikke har iver tatt sitt ansvar for å tilrettelegge og styre tjenesten. Statens helsetilsyn vil følge opp dette tilsynet i 2022 i samarbeid med de to statsforvalterne.

Statsforvalternes klagesaksbehandling

I 2020 avsluttet statsforvalterne 794 klager innen barnevernet, hvorav hovedtyngden var klager på tvang i barneverninstitusjoner, 3178 klagesaker om sosiale tjenester og 6067 klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenester, hvorav klager på manglende refusjon av pasientreiser utgjorde størst andel av klagen.

Statsforvalterne skal prioritere saker hvor det er viktig å gripe inn raskt, og der konsekvensene av svikt er alvorlige.

Som ledd i overordnet styring av klagesaksbehandlingen, reviderte Helsetilsynet i 2020 veileder i behandling av klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven. Formålet med veilederen er å sikre forsvarlig saksbehandling av rettighetsklager, bidra til likebehandling og rett prioritering hos statsforvalteren. Statens helsetilsyn planlegger ulike aktiviteter for å følge opp statsforvalternes klagesaksbehandling fremover.

Det er ikke anledning til å klage på statsforvalterens vedtak i en rettighetsklage, men Statens helsetilsyn kan vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan. Statens helsetilsyn behandlet i 2020 tre saker som overordnet forvaltningsorgan innen helse- og omsorgstjenester. Statsforvalterens vedtak ble opphevet i én sak, mens i to andre saker var det ikke grunnlag for å overprøve statsforvalternes vedtak. Statens helsetilsyn fikk ingen klagesaker etter barnevernloven eller sosialtjenesteloven til overprøving i 2020.

Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt

Før kommunen kan sette i verk tvangstiltak for å avverge skade eller for å dekke grunnleggende behov overfor personer med utviklingshemning, skal statsforvalteren godkjenne vedtaket. I 2020 overprøvde statsforvalterne 1980 vedtak og godkjente 91 pst. av vedtakene. Det ble gjennomført 129 stedlige tilsyn for å kontrollere tvangsbruk.

Statens helsetilsyn vil i 2022 følge opp statsforvalternes tilsyn med bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning, som et ledd i overordnet faglig styring.

Når helsetjenesten fatter vedtak om bruk av tvungen somatisk helsehjelp overfor pasienter uten

samtykkekompetanse, skal statsforvalteren gjennomgå vedtaket. Statsforvalterne gjennomgikk 5239 vedtak om tvungen helsehjelp i 2020 og opphevet eller endret 8 pst. av dem. 2878 vedtak ble etterkontrollert fordi de hadde varighet utover tre måneder, og 19 pst. ble da opphevet eller endret.

Statens helsetilsyn planlegger aktiviteter, blant annet i form av kompetansetiltak, for å følge opp statsforvalternes saksbehandling av vedtak om tvungen somatisk helsehjelp.

Uavhengig tilsynsordning med innkvartering av enslige mindreårige over 15 år i asylmottak

Forslag til endringer i utlendingsloven og ny forskrift om etablering av et statlig tilsyn med omsor-

gen for enslige mindreårige som bor i asylmottak har blitt sendt på høring. Forslaget innebærer en lovfesting av at statsforvalteren skal være tilsynsmyndighet og føre tilsyn med omsorgen for enslige mindreårige som bor i asylmottak. Forslaget innebærer videre at Statens helsetilsyn skal ha det overordnede ansvaret for tilsynet. Som overordnet tilsynsmyndighet vil Statens helsetilsyn være ansvarlig for å ha god faglig styring av tilsynet med tjenestene.

Det tas sikte på å implementere ordningen 1. juli 2022. Det foreslås å øke Statens helsetilsyns ramme med 1,2 mill. kroner for 2022, og en helårsvirkning på 2,4 mill. kroner fra 2023.

Kap. 3748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
02	Diverse inntekter	1 222	1 641	1 675
	Sum kap. 3748	1 222	1 641	1 675

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er i all hovedsak knyttet til overføringer fra Forsvarsdepartementet i henhold til avtale

om tilsyn med norskledede helsetjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet.

Kap. 749 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
01	Driftsutgifter	32 962	40 258	41 381
	Sum kap. 749	32 962	40 258	41 381

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- 0,2 mill. kroner i økt bevilgning som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er økt, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Samfunnsoppdrag

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) skal undersøke alvorlige hendelser og andre forhold som kan påvirke pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Hensikten med undersøkelsene er å utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger for å bidra til læring og forebygging av alvorlige hendelser. Ukom skal

ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

Pasienter, brukere og pårørende kan sende bekymringsmelding om alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten til Ukom. Det samme kan ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har i tillegg varslingsplikt til Ukom om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Ukom tar også imot varsel om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen.

Roller

Ukom sin rolle og oppgaver følger av lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten av 1. mai 2019. Ukom er gjennom gitt myndighet til å gjennomføre undersøkelser av alvorlige hendelser eller andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Ukom er et forvaltningsorgan administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, men skal utføre sine oppgaver uavhengig og selvstendig. Ukom kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Myndighetsfunksjoner

Ukom setter i gang undersøkelsessaker på grunnlag av varsler om alvorlige hendelser eller kunnskap fra andre kilder. Undersøkelseskomisjonen avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller alvorlige forhold som skal undersøkes. Ukom skal utarbeide en rapport som redegjør for hendelsesforløpet i saker som undersøkes og for Ukoms vurderinger av årsaksforholdene. Rapporten skal også inneholde Ukoms ev. tilrådninger om tiltak som bør vurderes eller gjennomføres for å forebygge liknende hendelser i framtiden. Rapporten skal offentliggjøres.

Kommunikasjon

Tjenesteytere, pasienter eller brukere, nærmeste pårørende eller andre som undersøkelsen angår, skal få underretning dersom det settes i verk en undersøkelse og skal gis mulighet til å uttale seg om hendelsen eller forholdet. Ukom vil videre kunne innhente forklaring fra enhver som den mener kan gi opplysninger som kan være av betydning for undersøkelsen.

Post 01 Driftsutgifter

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

Ukom hadde i 2019 sitt første driftsår som egen etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Ved inngangen til 2021 var kommisjonen bemannet med 21 heltidsansatte og seks ansatte i 20 pst. stillinger. 2019 og 2020 har vært en viktig fase for å bygge organisasjonen og metode. Budsjettet gir rom for en ytterligere rekruttering av personell. Planen er å øke antallet heltidsansatte til 24 i 2021. Dette får budsjettmessig full effekt i 2022.

Relasjonsbygging til eksterne aktører blir et prioritert arbeid også i 2022. Med utgangspunkt i enkelthendelser er målet å formidle læring fra alvorlige hendelser som i prinsippet kunne skjedd ved flere virksomheter i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De første undersøkelsene ble startet opp i 2019.

Koronapandemien har gjort det vanskelig å gjennomføre planlagt reise- og møtevirksomhet. Likevel har undersøkelser og annen utadrettet aktivitet latt seg gjøre ved hjelp av videokonferanser og andre hjelpemidler slik at aktivitetsnivået ble noenlunde som planlagt.

Gjennomførte og planlagte undersøkelser

Ukom har siden oppstart publisert flere rapporter og et sikkerhetsvarsel som omhandler en bredde av ulike områder innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Ukom vektlegger alvorlighet, systemisk risiko og læringspotensiale når den velger ut alvorlige hendelser og forhold for undersøkelse. Flere av undersøkelsene tar utgangspunkt i hendelser om samme forhold hvor Ukom velger ut en eller flere eksempelsaker for nærmere undersøkelse. Ukom jobber også med systematisk overvåking av risikoområder i tjenestene.

Følgende rapporter er publisert i 2020:

- Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost
- Tidlig diagnostikk og behandling av det febersyke barnet
- Ungdom med uavklart tilstand
- Sikkerhetsvarsel: Fallsikring av vinduer og rekkverk

Følgende rapporter er publisert første halvår 2021:

- Helsebygg i psykisk helsevern
- Skjermingslokaler kan være en risiko
- Trygge pasientrom redder liv
- Tjenester til traumatiserte flyktninger
- Anleggelse av nasogastriske sonder

Følgende undersøkelser er planlagt publisert andre halvår 2021:

- Samhandling med uavklart diagnose
- Innføring av nye kirurgiske metoder (TaTME)
- Trygg legemiddelhåndtering i kommunen

Følgende undersøkelser blir påbegynt i løpet andre halvår 2021 og etter planen publisert i 2022:

- Hyppige brukere av prehospitale tjenester
- Inkassoinnkreving hos sårbare pasienter
- Helsehjelp til utviklingshemmede
- Alvorlige hendelser knyttet til fødsel
- Rus og psykiatritjenester i kommuner

I tillegg har Ukom gjennom pandemien hatt et følge-med prosjekt for å overvåke risiko knyttet til pasientsikkerheten i forbindelse med pandemien.

I prosjektet overvåket Ukom både media og varsler, og var dessuten i dialog med fag- og pasientgrupper. Dette arbeidet fortsatte i første halvår 2021 hvor Ukom gjennomførte en mer målrettet gjennomgang av tilbudet om til barn- og unge under pandemien. Funnene ble presentert som et webinar.

For å sikre anbefalinger som er relevante, har Ukom i stor utstrekning involvert toneangivende fagmiljø og fagpersoner. Hendelsene som granskes har til felles at disse i utgangspunktet kunne ha skjedd hvor som helst i helse- og omsorgstjenesten.

Det er derfor et mål at budskapet i rapportene blir diskutert i fagmiljø og virksomheter i hele landet, og at det dette kan resultere i forbedring utover de virksomhetene hvor hendelsene har funnet sted.

Arbeidet med utvelgelse av relevante tema for undersøkelse, er en kontinuerlig prosess, og tema velges ut både ut fra konkrete enkeltvarsler og på bakgrunn av overvåking av mønstre i varslene som kommer inn. Også for 2022 vil Ukom legge vekt på å ha rapporter og sikkerhetsvarsler som ivaretar bredden i områdene de dekker.

Programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
761	Omsorgstjeneste	8 204 512	9 817 899	6 190 214	-36,9
762	Primærhelsetjeneste	1 127 116	1 848 141	1 285 074	-30,5
765	Psykisk helse, rus og vold	2 187 850	2 264 895	2 352 089	3,8
769	Utredningsvirksomhet mv.	14 979	16 554	16 773	1,3
	Sum kategori 10.60	11 534 457	13 947 489	9 844 150	-29,4

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
01-29	Statens egne driftsutgifter	654 395	788 516	621 637	-21,2
50-89	Overføringer til andre	10 880 062	13 158 973	9 222 513	-29,9
	Sum kategori 10.60	11 534 457	13 947 489	9 844 150	-29,4

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 95,1 mill. kroner i økt bevilgning til første års utbetaling av investeringstilskudd til om lag 500 heldøgns omsorgsplasser.
- 77,4 mill. kroner i økt bevilgning til kompensasjonsordningen for renter og avdrag, som følge av økt rentesats.
- 55,5 mill. kroner i økt bevilgning til etablering og evaluering av flere FACT ung-team.
- 29 mill. kroner i økt bevilgning til flere Alis-avtaler som nasjonal ordning.
- 20 mill. kroner i økt bevilgning til utvikling, pilotering og evaluering av lavterskeltilbud til barn og unge med psykiske plager.
- 15 mill. kroner i økt bevilgning til etablering og drift av flere Fontenehus.
- 9,3 mill. kroner i økt bevilgning til flere primærhelseteam.

- 8,8 mill. kroner i økt bevilgning til drift av koronavaksinasjonsprogrammet.
- 8 mill. kroner til lavterskeltilbud for barn og unge som står i fare for å utvikle problematisk eller skadelig seksuell atferd.
- 5,7 mill. kroner i økt bevilgning til første års utbetaling av investeringstilskudd til trygghetsboliger.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til kompetanseutvikling på selvskadings- og selvmordstematikk hos personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk.
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til satsingen på teknologisk støtte til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervete funksjonshemninger.
- 2 568,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forsøket med statlig finansiering av

- omsorgstjenestene. Av dette flyttes 1 983,4 mill. kroner til rammetilskuddet til kommunene over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.
- 882,1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til tidligere års tilsagn om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser og lokale produksjonskjøkken, i takt med forventet ferdigstillelse av prosjekter.
 - 556 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av teststasjon ved grenseoverganger.
 - 395 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til særskilte tilskuddsordninger i 2021 for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre.
 - 80 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av kompensasjonsordning for fastleger.
 - 52,7 mill. kroner i redusert bevilgning til verts-kommuner på grunn av frafall av beboere.
 - 7,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskudd til Noklus.
 - 5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til endringer innenfor bevilgningsrammene til velferdsteknologiprogrammet.
 - 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til Frelsesarmeens rusomsorg.
 - 4 mill. kroner foreslås flyttet fra Justis- og beredskapsdepartementets kap. 455, post 60 til kap. 765, post 75 knyttet til videreutvikling av tverrfaglig ressurs og veiledningsfunksjon om radikaliserings og voldelig ekstremisme.
 - 16,3 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 714, post 79 for å samle tilskuddet til studenters psykiske helse og rusmiddelbruk.

Programkategorien omfatter bevilgninger til å utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene under programkategorien bidrar også til å oppfylle delmål 3.4 og 3.5 i FN's bærekraftsmål, jf. nærmere omtale under Del III 12 Internasjonalt samarbeid.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises til omtalen i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettproposisjon. I tillegg finansieres disse tjenestene gjennom Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd, hovedsakelig under programkategori 10.60, samt gjennom brukerbetalning og egenandeler og ved statlige trygderefusjoner til bl.a. lege- og fysioterapitjenester, omtalt under programområde 30.

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et faglig godt tjenestetilbud som er hel-

hetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Alle skal ha et likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Regjeringens mål er å skape pasientens helse-tjeneste. Det er brukernes behov som skal være utgangspunktet for omfang av og innhold i tjenestene. Regjeringen legger til rette for at kommunene kan fornye og forbedre helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen er opptatt av at kommunene skal ha en god og forutsigbar kommuneøkonomi.

Kommunene har gjort og gjør fortsatt en stor innsats for å bekjempe de helsemessige konsekvensene av koronapandemien, og skal samtidig sørge for at innbyggerne kan motta tjenestene de er avhengige av hver dag. Regjeringen har fulgt og følger situasjonen i kommunene og kommuneøkonomien nøye.

Regjeringen har satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra staten og kommunesektoren som kartlegger de økonomiske konsekvensene av virusutbruddet for sektoren i 2020 og 2021. Arbeidsgruppen har hittil avlagt to rapporter om 2020 og leverte sin første rapport om 2021 i august.

Regjeringen og Stortinget reagerte raskt på krisesituasjonen, og det ble bevilget 18 mrd. kroner til kommunesektoren i 2020. Hittil i 2021 er det bevilget om lag 23 mrd. kroner, inkludert både kompensasjon og tiltak for å få fart på økonomien.

I 2021 er det i tillegg bevilget 870 mill. kroner over programkategori 10.60, til ivaretagelse av sårbare grupper, for å redusere konsekvensene av smittevernstiltakene og for å styrke kompetansen, jf. omtale på kap. 761, 762 og 765. Videre ble det i 2021 bevilget 100 mill. kroner til styrking av kommunenes rammetilskudd til habilitering- og avlastning til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. I 2021 ble det bevilget 825 mill. kroner til teststasjoner ved grensen, 28 mill. kroner til testing i karantenehotell og 941 mill. kroner til massetesting, jf. omtale på kap. 762.

Som følge av pandemien ble det i 2020 gjort endringer i enkelte honorartakster til leger (både fastleger og legespesialister med driftsavtale), psykologspesialister med driftsavtale, fysioterapeuter, kiropraktorer, jordmødre og logoped/audiopedagoger. Endringene innebar bl.a. midlertidig utvidet bruk av telefon- og e-konsultasjon. Disse ble videreført fram til 1. juli 2021. Enkelte av takstendringene som er provenynøytrale ble gjort permanente med virkning fra 1. juli 2021.

Det er varslet omlegging av forskningsfinansieringen til kompetansesentre utenfor spesialisthel-

setjenesten. Det vises til nærmere omtale under kategoriomtalen 10.70 Tannhelse.

Regjeringen har det siste året lagt fram en rekke sentrale saker for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

- Kompetanseløft 2025
- Prop. 92 L (2020–2021) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)
- Demensplan 2025
- Vi – de pårørende – Regjeringens pårørende-strategi og handlingsplan

- God og riktig mat hele livet – Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester
- Meld. St. 25 (2020–2021) Likeverdsreformen – Et samfunn med bruk for alle
- Meld. St. 38 (2020–2021) Nytt, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten
- Prop. 100 L (2020–2021) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)

For nærmere omtale av regjeringens satsinger på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, se kap. 761, 762, 765 og 769.

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	312 012	334 745	223 249
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	10 449	9 273	9 514
61	Vertskommuner	933 166	932 308	903 016
62	Investeringsstilskudd til trygghetsboliger, <i>kan overføres</i>			5 700
63	Investeringsstilskudd – rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	3 374 315	3 264 567	2 268 732
64	Kompensasjon for renter og avdrag	820 506	728 000	805 400
65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	1 508 371	2 625 071	120 365
67	Utviklingstiltak	67 036	75 269	86 542
68	Kompetanse og innovasjon	548 729	489 591	390 900
69	Investeringsstilskudd – netto tilvekst, <i>kan overføres</i>	65 948	806 835	1 015 685
71	Frivillig arbeid mv.	18 078	73 544	20 026
72	Landsbystiftelsen	83 181	85 843	88 075
73	Særlige omsorgsbehov	81 880	102 616	105 284
75	Andre kompetansetiltak	10 887	11 513	11 707
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	369 954	278 724	136 019
	Sum kap. 761	8 204 512	9 817 899	6 190 214

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

- 95,1 mill. kroner i økt bevilgning til første års utbetaling av investeringstilskudd til om lag 500 heldøgns omsorgsplasser.
- 77,4 mill. kroner i økt bevilgning til kompensasjonsordningen for renter og avdrag, som følge av økt rentesats.
- 5,7 mill. kroner i økt bevilgning til første års utbetaling av investeringstilskudd til 50 trygghetsboliger.
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til satsingen på teknologisk støtte til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervet funksjonshemninger.
- 2 568,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Av dette flyttes 1 983,4 mill. kroner til rammetilskuddet til kommunene over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.
- 882,1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til tidligere års tilsagn om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser og lokale produksjonskjøkken, i takt med forventet ferdigstillelse av prosjekter.
- 395 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til særskilte tilskuddsordninger i 2021 for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre.
- 52,7 mill. kroner i redusert bevilgning til vertskommuner på grunn av frafall av beboere.
- 7,8 kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskudd til Noklus.
- 3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til endringer innenfor bevilgningene til velferdsteknologiprogrammet.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning til følgeevalueringen av Leve hele livet.
- 0,3 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, er tilsvarende redusert, jf. nærmere omtale under kapittel 2.43.

Tiltak for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltak

Under pandemien har mange eldre opplevd isolasjon og ensomhet på grunn av inngripende smitteverntiltak. Regjeringen har derfor både i 2020 og 2021 bevilget betydelige midler til ulike ekstraordinære tiltak for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for eldre og

andre sårbare grupper. Tiltakene forslås nå faset ut i tråd med utviklingen i pandemien og gjenåpningen av samfunnet. I 2021 er det blant annet bevilget midler til følgende formål på kap. 761:

- 55 mill. kroner til økt aktivitet og deltakelse for eldre (kap. 761, post 71), i forbindelse med Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 11 S (2020–2021).
- 75 mill. kroner til videreføring av stimuleringsprogrammet for helsefrivilligheten (kap. 761, post 21), i forbindelse med Prop. 1 S Tillegg 1 (2020–2021), jf. Innst. 11 S (2020–2021).
- 265 mill. kroner til sårbare eldre i budsjettforliket i forbindelse med statsbudsjettet for 2021 (kap. 761, post 21, 68 og 79), jf. Innst. 11 S (2020–2021).
- 30 mill. kroner til måltidsfelleskap for hjemmeboende eldre (kap. 761, post 68), i forbindelse med Prop. 79 S (2020–2021), jf. Innst. 233 S (2020–2021).
- 15 mill. kroner til styrking av stimuleringsprogrammet for helsefrivilligheten (kap. 761, post 21), i forbindelse med Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2021–2021).
- 10 mill. kroner til styrket satsing på velferdsteknologi for barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse (kap. 761, post 21), i forbindelse med Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2021–2021).
- 10 mill. kroner til styrking av Aktivitetsprogrammet (kap. 761, post 21), i forbindelse med Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2021–2021).
- 5 mill. kroner til tilskudd til pårørende med krevende omsorgsoppgaver (kap. 761, post 21), i forbindelse med Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2021–2021).

Anmodningsvedtak

Ekspertgruppe – koronapandemien og smitteverntiltakene for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne

Vedtak nr. 877, 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen sette ned en ekspertgruppe for å gå gjennom konsekvensene av koronapandemien og smitteverntiltakene for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne og fremme konkrete forslag om hvordan innsatsen framover bør styrkes.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av statsministerens redegjørelse om Koronakommisjonens

rapport og regjeringens videre oppfølging av denne 4. mai 2021.

Vedtaket anses som avgrenset til Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder og utkvittert gjennom gjennomførte konsekvensvurderinger, pågående arbeid og særskilte satsinger rettet mot eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det blant annet allerede har vært nedsatt en arbeidsgruppe bestående av medlemmer fra Helsedirektoratet, Bufdir, Utdanningsdirektoratet, FFO, SAFO, Unge funksjonshemmede, Mental helse, Pårørendealliansen og Nasjonalforeningen for folkehelsen, gjennom arbeidet med Koronaoppdrag nr. 365. Gjennom Koronaoppdrag nr. 365 ble Helsedirektoratet bedt om å A) vurdere ytterligere målretting av generelle tiltak for sårbare grupper, ev. nye tiltak, til personer med funksjonsnedsettelse, og B) vurdere anbefalingene for Helse- og omsorgsdepartementets område i Bufdirs-rapport om likestillingskonsekvenser for personer med funksjonsnedsettelse under pandemien.

Arbeidsgruppen har foreslått en rekke konkrete forslag til tiltak på kort og lang sikt, som er fulgt opp i 2021 gjennom oppdrag i tildelingsbrev til Helsedirektoratet, Prop. 195 S, jf. Innst. 600 S (2020–2021) og særskilte bevilgninger til sårbare grupper. Arbeidsgruppens konkrete forslag til tiltak på lengre sikt vil vurderes i det løpende arbeidet på feltet.

Leve hele livet

Regjeringen gjennomfører Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Leve hele livet er regjeringens hovedsatsing for å skape et mer aldersvennlig samfunn og bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til eldre. Målet er at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg og aktiv alderdom. Målet er også å bidra til at pårørende ikke blir utslitt, og at ansatte får gjort en faglig god jobb i et godt arbeidsmiljø. Reformen løfter fram fem innsatsområder og 25 utprøvde løsninger. Områdene er:

- Et aldersvennlig Norge.
- Aktivitet og fellesskap.
- Mat og måltider.
- Helsehjelp.
- Sammenheng i tjenestene.

Reformen startet i 2019 og reformperiodens varighet er planlagt med fem år for planlegging, iverksetting, gjennomføring og evaluering. Kommunene er godt i gang med arbeidet til tross for en

krevende periode. Samtidig er reformarbeidet som helhet forsinket med om lag ett år på grunn av pandemien. For å sikre kommunene tilstrekkelig tid og kapasitet til gjennomføring forlenges reformperioden med ett år, ut 2024.

For å støtte kommunenes arbeid med planlegging og gjennomføring av Leve hele livet er det etablert et nasjonalt og et regionalt støtteapparat. De regionale støtteapparatene består av statsforvalter, KS regionalt og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHTene). De regionale støtteapparatene skal spre kunnskap om reformen og gi kommunene faglig støtte og veiledning. Støtteapparatene skal også invitere til nettverksarbeid og bidra til erfaringsdeling mellom kommunene.

USHTene vil framover ha en større og viktigere rolle i den regionale oppfølgingen av Leve hele livet. Regjeringen vil derfor styrke USHTene. De fleste kommunene er over i en gjennomføringsfase og har behov for faglig støtte og veiledning til endrings- og implementeringsarbeidet. USHTene vil være en avgjørende bidragsyter i dette arbeidet, gjennom sin rolle som faglig ressurs og kunnskapskilde.

Regjeringen er opptatt av god kvalitet og trygghet i tjenestene. Det skal være enkelt for ledere å finne frem til informasjon og verktøy som oppleves nyttig i det systematiske arbeidet med forbedring av kvalitet og sikkerhet. Derfor har regjeringen i 2021 lansert lederverktøyet Trygghetsstandard i sykehjem. Trygghetsstandard i sykehjem er et viktig tiltak for å understøtte målene i Leve hele livet. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester vil også ha en avgjørende rolle i implementeringen av Trygghetsstandard-verktøyet.

Regjeringen vil styrke satsingen på etisk kompetanseheving i regi av KS. Etikksatsingen i KS bistår kommunene regionalt og lokalt med nyttige verktøy for etisk refleksjon og tett og praksisnær oppfølging. Tiltaket bidrar til systematisk kompetanseheving på etisk refleksjon i tjenestene.

Det skal lønne seg å jobbe med Leve hele livet. Kommuner som enten har vedtatt en plan, eller beskrevet en prosess for hvordan og når de skal vedta en plan for gjennomføring av Leve hele livet, vil bli prioritert innenfor en rekke relevante tilskuddsordninger også i 2022. Det vises til samlet omtale i Prop. 1 S (2020–2021).

Gjennomføringen av Leve hele livet er avhengig av en rekke nye strategier og planer gjeldende fra 2020/2021, herunder Kompetanseløft 2025, Demensplan 2025, Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan, Nasjonal strategi for godt

kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester og Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. De nye satsingene inneholder en rekke virkemidler som er avgjørende for å lykkes med Leve hele livet. For eksempel vil det være avgjørende at fag- og kompetansevirkemidler i Kompetanseløft 2025 innrettes for å realisere målene i reformen, og at ernæringsstrategien for eldre understøtter innsatsområdet «mat og måltider». Satsingene skal sammen med de nye løsningene i Leve hele livet bidra til en ny og bærekraftig politikk som skal sikre innbyggerne et godt og trygt liv. Regjeringen vil bidra til å samordne de statlige initiativene overfor kommunene på omsorgsfeltet. Vi legger grunnlaget for en felles oppfølging både i statlig og kommunal sektor, slik at kommunene lager helhetlige planer som ser de statlige virkemidlene i sammenheng.

Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025.

Kompetanseløft 2025 etterfølger Kompetanseløft 2020, som ble avsluttet ved utgangen av 2020. Om lag 146 000 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning med tilskudd fra Kompetanseløft 2020 i planperioden 2016–2020.

Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2025 har følgende fire strategiske områder med tilhørende tiltak:

- Rekruttere, beholde og utvikle personell.
- Brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid.
- Kommunal sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena.
- Ledelse, samhandling og planlegging.

Kompetanseløft 2025 består av nærmere 60 tiltak. Det vises til nærmere omtale på post 21 og 68. Tiltakene under hvert område vil videreutvikles i planperioden. Regjeringen har invitert partene i arbeidslivet til et eget samarbeidsforum for å bidra til gjennomføring og videreutvikling av Kompetanseløft 2025. I tillegg vil det gjennomføres

en eller flere evalueringer av planen i perioden.

Pårørendestrategi og handlingsplan

Pårørende er viktige både for sine nærmeste og for samfunnet. Regjeringens innsats på pårørendemrådet er samlet i pårørendestrategien og handlingsplanen som gjelder for perioden 2021–2025. Strategien følger opp pårørendeprogrammet som gikk ut i 2020. Strategien har tre hovedmål: Anerkjennelse pårørende som en ressurs, god og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid, og ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre. Pårørendestrategien og handlingsplanen består av seks innsatsområder og tilhørende tiltak, som samlet sett skal bidra til å løfte pårørendes situasjon og til å nå hovedmålene. Det vises til nærmere omtale på post 21.

Demensplan 2025

Demensplan 2020 er regjeringens femårsplan (2016–2020) for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens. Demensplan 2025 er den tredje demensplanen i rekken. Det har vært en positiv utvikling i kommunene gjennom de to foregående planene, men det er fortsatt behov for videre satsing på feltet. Det vises til nærmere omtale på post 21.

Ernæringsstrategi for eldre

Regjeringen la våren 2021 fram Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester. Regjeringen vil gjennom en egen ernæringsstrategi for eldre bidra til å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring hos eldre, i tråd med målene i Leve hele livet. De som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester skal få en trygg og god mat- og ernæringsoppfølging som er tilrettelagt med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov. Innsatsområdene i strategien er: systematisk ernæringsarbeid, kunnskap og kompetanse, og individuelt tilpasset mat- og ernæringsoppfølging. Strategien skal danne grunnlaget for at kommunene kan iverksette lokale ernærings tiltak. Det vises til nærmere omtale på post 21 og 68.

Anmodningsvedtak

Nasjonal strategi for ernæring hos eldre

Vedtak nr. 28, 20. november 2018

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

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

Regjeringen har lagt fram Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester. Målet er å bidra til å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring hos eldre, i tråd med målene i Leve hele livet. Strategien består av tre innsatsområder: systematisk ernæringsarbeid, kunnskap og kompetanse, og individuelt tilpasset mat- og ernæringsoppfølging. Innsatsområdene har en rekke konkrete tiltak som samlet skal bidra til godt kosthold og sunn ernæring hos eldre som mottar tjenester i sykehjem og i eget hjem. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Ernæringskompetanse og arbeid i tjenesten

Vedtak nr. 29, 20. november 2018

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

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

Regjeringen har lagt fram Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester. Målet er å bidra til å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring hos eldre, i tråd med målene i Leve hele livet. Strategien består av tre innsatsområder: systematisk ernæringsarbeid, kunnskap og kompetanse, og individuelt tilpasset mat- og ernæringsoppfølging og presenterer en rekke nye tiltak for å styrke den ernæringsfaglige kompetansen og det systematiske ernæringsarbeidet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Lindrende behandling og omsorg

Våren 2020 lanserte regjeringen Norges første stortingsmelding om lindrende behandling og omsorg, Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Meldingen tar utgangspunkt i NOU 2017: 16 På liv og død, og over 100 høringsuttalelser. Målet med meldingen er å bidra til å styrke tilbudet om lindrende behandling og omsorg, og synliggjøre døden som en del av livet – i familien, i helse- og omsorgstjenesten og i samfunnet. De som trenger lindrende behandling og omsorg og deres pårørende skal ivaretas på en helhetlig måte for best mulig livskvalitet og økt grad av valgfrihet ved livets slutt. Det er også et mål at flere skal få mulighet til å være lengre hjemme og også dø hjemme, hvis de ønsker det. Gjennom stortingsmeldingen tar regjeringen flere grep for å styrke kvalitet, kapasitet og kompetanse i hele helse- og omsorgstjenesten. Meldingen inneholder 30 tiltak fordelt på seks aktuelle innsatsområder. Det vises til nærmere omtale på post 21, 67 og 73, samt på kap. 769, post 70. Viser også til omtale i kap. 732 og kap. 781, post 21 og i del III om handlingsplan lindrende behandling og omsorg.

Anmodningsvedtak

Lindrende behandling og omsorg

Vedtak nr. 608, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa sørge for at medisinsk og palliativ behandling av eldre personar med covid-19 smitte må vurderast individuelt og etter behov.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:68 (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021). Vedtaket anses som utkvittert gjennom følgende: Det er kommunene og spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte gode tjenester og finne gode løsninger i møte med mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Tjenestene skal utformes etter en individuell vurdering og tilpasses den enkeltes behov.

Regjeringen la våren 2020 fram Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Stortingsmeldingen ble vedtatt av Stortinget i november 2020, jf. Innst. 73 S (2020–2021). Den skal bidra til å legge til rette for at mennesker som trenger palliativ behandling skal få god omsorg og pleie. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt

Helsedirektoratet i oppdrag å sikre en helhetlig oppfølging av stortingsmeldingen.

Helsedirektoratet har utviklet pedagogisk materiale som omhandler medisinsk og palliativ behandling. I Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester (covid-19), viser Helsedirektoratet til at personer i livets slutfase må gis god lindrende behandling og omsorg, og at dette ivretas innenfor rammen av forsvarlig smittevern.

Nasjonale faglige råd om lindrende behandling i livets slutfase omhandler blant annet symptomlindrende legemiddelbehandling og at den døende pasientens ønske om hvor han eller hun vil motta omsorg den siste tiden så langt som mulig skal innfris, samt at pasient og pårørendes behov for samtale og informasjon imøtekommes.

Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse har utviklet et e-læringskurs om lindrende behandling av covid-19-pasienter. Formålet med kurset er å øke kompetansen i palliasjon og covid-19 for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Eldre på helseinstitusjon og tilstedeværelse fra pårørende.

Vedtak nr. 609, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa sikre at ingen eldre på helseinstitusjonar skal måtte døje aleine under pandemien. Nære pårørande må få høve til å vere til stades i livets slutfase».

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:68 (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021). Vedtaket anses som utkvittert gjennom følgende:

Det er kommunene og spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte gode tjenester og finne gode løsninger i møte med mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Tjenestene skal utformes etter en individuell vurdering og tilpasses den enkeltes behov.

Regjeringen la våren 2020 fram Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Stortingsmeldingen ble vedtatt av Stortinget i november 2020, jf. Innst. 73 S (2020–2021). Den skal bidra til å legge til rette for at mennesker som trenger palliativ behandling skal få god omsorg og pleie. Det er et mål at de som ønsker det, har noen ved sin side når de dør. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å sørge for en helhetlig oppfølging av stortingsmeldingen. Som del av en helhetlig oppfølging av palliasjonsfeltet, skal Helsedirektoratet også følge

opp Innst. 73 S (2020–2021) vedtak 91 om en handlingsplan om lindrende behandling og omsorg. Utredning av tiltak som kan bidra til at ingen skal være alene i livets slutfase og tiltak som kan bidra til å styrke kompetansen til å ivareta menneskers åndelige og eksistensielle behov, slik at pasienter og pårørende sikres helhetlig behandling og omsorg, utgjør en del av planen.

Helsedirektoratet har utviklet pedagogisk materiale som omhandler medisinsk og palliativ behandling. I Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester (covid-19), viser Helsedirektoratet til at personer i livets slutfase må gis god lindrende behandling og omsorg, samt at man for døende pasienter i sykehjem bør legge til rette for at pårørende kan være til stede og at dette ivretas innenfor rammen av forsvarlig smittevern.

I Helsedirektoratets veileder (covid-19) framgår det at tjenestene så langt som mulig må legge til rette for besøk i helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten under pandemien og at det gjennomføres i tråd med nasjonale smittevernråd. Helsedirektoratet viser til at det er særlig viktig at man for kritisk syke eller døende pasienter legger til rette for at pårørende kan være til stede.

Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse har utviklet et e-læringskurs om lindrende behandling av covid-19 pasienter. Formålet med kurset er å øke kompetansen i palliasjon og covid-19 for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Rapportering om eldre som dør alene på helseinstitusjon

Vedtak nr. 610, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa sikre at kommunar og sjukehus rapporterer om tilfelle der eldre døyr aleine på helseinstitusjon, og kvifor pårørande ikkje kunne vere til stades».

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:68 (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021). Vedtaket anses som utkvittert gjennom følgende:

Det er kommunene og spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte gode tjenester og finne gode løsninger i møte med mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Tjenestene skal utformes etter en individuell vurdering og tilpasses den enkeltes behov.

Det innebærer at det er sykehusene og kommunene som sammen med de pårørende må finne fram til en god løsning slik at de pårørende får

være mest mulig sammen med sine nære den siste levetiden. Det innebærer også at kommunene og spesialisthelsetjenesten må ha oversikt over brukeres, pasienters og pårørendes behov og hvordan tjenestetilbudet ved livets slutt ytes for å dekke den enkeltes behov i tråd med regelverk og retningslinjer. Kommuner og helseforetak har også ansvar for å evaluere og korrigere tjenestene.

Tiltak for å sikre eldre bedre smittevern og verdig omsorg

Vedtak nr. 611, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa foreslå tiltak for å sikre eldre bedre smittevern og verdig omsorg under koronaepidemien, og snarast råd kome tilbake til Stortinget på eigna måte».

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:68 (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021). Vedtaket anses som utkvittert gjennom følgende:

Det er kommunene og spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte gode tjenester og finne gode løsninger i møte med mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Tjenestene skal utformes etter en individuell vurdering og tilpasses den enkeltes behov.

Regjeringen la våren 2020 fram Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Stortingsmeldingen ble vedtatt av Stortinget i november 2020, jf. Innst. 73 S (2020–2021). Den skal bidra til at mennesker som trenger palliativ behandling skal få god omsorg og pleie. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å sørge for en helhetlig oppfølging av stortingsmeldingen.

Helsedirektoratet har utviklet pedagogisk materiale som omhandler medisinsk og palliativ behandling. I Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester (covid-19), viser Helsedirektoratet til at personer i livets slutfase må gis god lindrende behandling og omsorg, samt at man for døende pasienter i sykehjem bør legge til rette for at pårørende kan være til stede og at dette ivaretas innenfor rammen av forsvarlig smittevern.

Nasjonale faglige råd om lindrende behandling i livets slutfase omhandler blant annet symptomlindrende legemiddelbehandling og at den døende pasientens ønske om hvor han eller hun vil motta omsorg den siste tiden så langt som mulig skal innfris, samt at pasient og pårørendes behov for samtale og informasjon imøtekommes.

Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse har utviklet et e-læringskurs om lindrende behandling av covid-19 pasienter. Formålet med kurset er å øke kompetansen i palliasjon og covid-19 for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Trygghetsbolig

Det er et mål at eldre skal bli boende lenger hjemme. Samtidig viser undersøkelser at mange eldre vurderer sin egen bolig som lite tilpasset og at få oppgir at de har gjennomført eller planlegger boligtilpasning. Regjeringen foreslår å innføre en pilot med investeringstilskudd til trygghetsboliger. Trygghetsbolig er en selvstendig husholdning, som gir en god ramme for å leve et selvhjulpent liv, samtidig som en gjennom fellesarealer og trygghetsvert gis sosiale og fysiske tilbud. Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere kommunene og borettslag til å øke tilbudet av trygghetsboliger til eldre. Tilskuddet kan gis til både bygging, kjøp, leie og ombygging av trygghetsboliger med felles oppholdsarealer. Det skal ikke gis tilskudd til ordinært vedlikehold.

Bakgrunnen for forslaget er at det de kommende tiårene blir stadig flere eldre i Norge. Denne utviklingen vil påvirke og ha konsekvenser for flere deler av samfunnet, og spesielt etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Det er et mål at piloten skal gi kunnskap om hvordan en kan tilrettelegge for at flere eldre kan bo hjemme lenger. Behovet for mer tilrettelagte leiligheter gjelder spesielt i distriktene hvor det er mangel på tilrettelagte boliger, særlig der det er liten omsetningsaktivitet i boligmarkedet, lave priser på brukte boliger og lite/ingen nybygging. Det foreslås at piloten avgrenses til å gjelde distriktskommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 (SSBs sentralitetsindeks), fordi det er her andelen eldre vil øke sterkest, samtidig som tilgangen på boliger som er tilpasset eldre, i liten grad er tilgjengelig på det ordinære boligmarkedet både gjennom eksisterende boligmasse og ved nybygging. For nærmere omtale se post 62.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorgsplasser. I budsjettforslaget for 2022 legges det til rette for å gi tilsagn om tilskudd til om lag 500 plasser, hvorav 250 plasser er øremerket til netto tilvekst av heldøgns plasser.

Som varslet i Prop. 1 S (2020–2021) vil det innføres et plankrav ved søknad om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Formålet med plankravet er å stimulere til bedre og mer helhetlige, langsiktige behovsvurderinger før kommunene investerer i nye eller rehabiliterer de mest kostnadskrevene tilbudene. For nærmere omtale se post 63.

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene startet opp i 2016 og skulle pågå i tre år. Forsøket er senere videreført og utvidet med flere deltakende kommuner. I tråd med forsøkets formål ser det ut til at forsøket gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktiger behovsdekning. Kommunene som deltar melder om gode erfaringer og trekker frem økt brukermedvirkning og hyppigere vedtak om tjenester. Samtidig har forsøket gitt økte overføringer fra staten til de deltakende kommunene. Forsøket skulle etter planen avsluttes 31. desember 2022. Det foreslås at forsøket avsluttes 31. desember 2021. De gode erfaringene fra forsøket vil bli fulgt opp som en del av kvalitetsreformen Leve hele livet. For nærmere omtale se post 21 og post 65.

Velferdsteknologiprogrammet

Det foreslås å videreføre nasjonalt velferdsteknologiprogram i perioden 2022–2024. Formålet er å understøtte kommunene i deres arbeid med å integrere velferdsteknologi i de kommunale helse- omsorgstjenestene.

Satsningen på trykghet- og mestrings-teknologi har vært svært viktig for kommunenes arbeid med å implementere velferdsteknologi i omsorgstjenestene, og har gitt gode resultater i form av økt kvalitet og bedre ressursbruk i tjenesten for brukere, pårørende og ansatte. Om lag 71 pst. av landets kommuner har implementert velferdsteknologi på minst ett av de anbefalte områdene og tilbyr dette på lik linje med andre tjenester.

For å bygge videre på erfaringene fra arbeidet og bidra til at implementering og spredning av velferdsteknologi fortsetter i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, foreslås det å prioritere virkemidlene til nettverk og prosessveiledning i kommunene og legge dem til etablerte strukturer. Kommunenettverk er et godt og nyttig virkemiddel for å utløse ressurser i kommunene gjennom samarbeid, kunnskaps- og erfaringsutveksling. Dette må suppleres med prosessveiledning for å

sikre gode og varige endrings- og omstillingsprosesser i kommunene.

Det foreslås å etablere et kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi i kommunene i regi av KS. Formålet med nettverket er å drive aktivt forankrings- og erfaringsdelingsarbeid ved innføring av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ved hjelp av kommunenes egne ressurser. Se nærmere omtale på post 21.

Det foreslås videre å styrke KS kompetansenettverk for ehelse (KS e-KOMP). Nettverket består av teknisk personell i kommunene og har god erfaring med kompetanseutvikling og nettverksaktiviteter i kommunene.

Det foreslås i tillegg en styrking av teknologisk støtte til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, tiltak knyttet til prosessveiledning, sentrale tiltak knyttet til faglig rådgivning av kommuner, kunnskapsutvikling, opplæringstiltak mv., og en videreføring av tiltak knyttet til teknologi for å motvirke ensomhet blant eldre. Se nærmere omtale av velferdsteknologiprogrammet på kap. 701, post 21.

I statsbudsjettet for 2022 foreslås det å gjøre endringer i bevilgningen til velferdsteknologiprogrammet over kap. 761. Sammenlignet med saldert budsjett 2021 foreslås det å øke bevilgningen til følgende tiltak i Nasjonalt velferdsteknologiprogram over kap. 761:

- 20 mill. kroner til kommunenettverk innenfor velferdsteknologi over kap. 761, post 21.
- 8 mill. kroner til styrking av bevilgningen til teknologisk støtte til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse over kap. 761, post 21.
- 5 mill. kroner til sentrale tiltak som faglig rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy mv. over kap. 761, post 21.
- 3 mill. kroner i økt bevilgning til prosessveiledning av kommuner i innføring av velferdsteknologi over kap. 761, post 21.

Samtidig foreslås det reduksjoner i bevilgningen til følgende tiltak:

- 20,7 mill. kroner i redusert bevilgning og avvikling av tilskudd til velferdsteknologi over kap. 761, post 68.
- 18,3 mill. kroner i redusert bevilgning til teknologier og mestrings over kap. 761, post 21.

Det vises også til styrking av bevilgningen på kap. 701, post 21 til nettverksaktiviteter i regi av KS e-Komp, jf. omtale der.

Likeverdsreformen

Regjeringen la frem Meld. St. 25 (2020–2021) Likeverdsreformen våren 2021. Stortinget har sluttet seg til meldingen, jf. Innst. 570 S (2020–2021). Gjennom Likeverdsreformen ønsker regjeringen å gjøre hverdagen enklere for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse. Målet med Likeverdsreformen er at barn og familier med barn som har behov for sammensatte tjenester, skal oppleve et samfunn som stiller opp, og som gir alle mulighet til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse.

Gjennom Likeverdsreformen ønsker regjeringen at barn og familier med barn som har behov for sammensatte tjenester, skal

- motta sammenhengende og gode tjenester
- være sjef i eget liv
- ha en meningsfull hverdag
- oppleve ivaretagelse og inkludering som pårørende

Strategiene og tiltakene i Likeverdsreformen skal bidra til å sette utfordringene som familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse opplever, på dagsordenen i alle berørte tjenester i både kommune og stat, og på denne måten bidra til langsiktig og helhetlig planlegging til det beste for barn og unge og deres familier.

Bedre samordning av tjenester til barn og unge

Regjeringen har i Prop. 100 L (2020–2021) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator), foreslått en rekke lovendringer som skal gi bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud.

Mange familier strever med å finne frem i velferdstilbudene og trenger bedre hjelp og avlastning i hverdagen. Som en del av Likeverdsreformen vil regjeringen lovfeste en rett til barnekoordinator, jf. Prop. 100 L (2020–2021), jf. Innst. 581 L (2020–2021). Barnekoordinatoren skal sørge for at familien og barnet får et velferdstjenestetilbud som er koordinert og helhetlig og at de får nødvendig informasjon og veiledning. Lovfesting av barnekoordinator er en ny oppgave for kommunene, og skal kompenseres i tråd med retningslinjene for statlig styring av kommunesektoren. Det er krevende å anslå eksakt hvor mange barn og familier som vil oppfylle vilkårene for å ha rett til

barnekoordinator, og det er også krevende å anslå eksakt hvor mange av disse som vil ønske å benytte seg av ordningen. Departementet legger til grunn at et rimelig anslag er at om lag 75 pst. av barn med omfattende bistandsbehov og 20 pst. av barn med middels til stort bistandsbehov vil oppfylle vilkårene for å ha rett til barnekoordinator, og antallet barn/familier per liste på inntil 15. Videre legges det til grunn at kommunene til en viss grad må benytte eksisterende personell/koordinatorer som barnekoordinatorer. Helårsvirkningen av forslaget er 180 mill. kroner tilsvarende om lag 280 koordinatorstillinger. Det foreslås at lovendringen trer i kraft fra og med 1. august 2022. Det foreslås å kompensere kommunenes frie inntekter med 100 mill. kroner for ikrafttredelse av lovendringen fra og med 1. august 2022, jf. kap. 571, post 60.

Videre er det foreslått en rekke andre lovendringer som skal bidra til bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud, som:

- Harmonisering av reglene om samarbeid for å sikre lik forståelse av regelverket og for å fremme samarbeid mellom tjenestene.
- Lovfeste en plikt for alle velferdstjenestene til å samarbeide om oppfølgingen av barn og unge som har behov for sammensatte tjenester, og hvor samarbeid er nødvendig for å gi barnet eller ungdommen et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.
- Lovfeste at kommunen skal samordne tjenestetilbudet dersom dette er nødvendig for å gi barn og unge et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, og ved behov bestemme hvilken kommunal instans som skal ivareta samordningen.
- Harmonisere reglene om plikt til å tilby individuell plan i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, sosialtjenesteloven, NAV-loven og barnevernloven.
- Lovfeste individuell plan etter barnevernloven som en rettighet som kan påklages.
- Lage en felles forskrift om individuell plan.
- Utvide ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten slik at den også omfatter barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

For nærmere omtale se Prop. 100 L (2020–2021), jf. Innst. 581 L (2020–2021).

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Regjeringens målsetting med brukerstyrt personlig assistanse er å sikre mennesker med funksjonsnedsettelse mulighet til å delta i samfunnet på lik linje med sine medmennesker.

Det er nedsatt et offentlig utvalg som skal oppsummere erfaringene med BPA-ordningen med utgangspunkt i gjennomførte evalueringer. Utvalget skal utrede hvordan man kan sikre at ordningen fungerer etter hensikten, herunder utrede hvordan ordningen kan innrettes for å sikre deltakelse i arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Ordningen skal være reelt brukerstyrt. Utvalget leverer sin innstilling i desember 2021.

Nasjonal veileder om kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Helsedirektoratet la i juni 2021 frem en ny nasjonal veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming». Utkast til veilederen var på høring i 2020. Veilederen formulerer tydelig hva som er forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming, og hva som skal til for at tjenestene er individuelt tilpasset, der den enkelte medvirker i utviklingen og gjennomføringen av sitt eget tilbud. Helsedirektoratet jobber videre med hvordan veilederen skal spres og implementeres.

Regjeringen arbeider med en egen stortingsmelding om utviklingshemmedes menneskerettigheter og likeverd. For nærmere omtale, se Kulturdepartementets Prop. 1 S (2021–2022).

Fribeløp og egenandeler på sykehjem

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås oppdatert i samsvar med den generelle kostnadsøkningen. Fribeløpet ved langtidsopphold i institusjon foreslås justert fra 9 000 kroner til 9 100 kroner med virkning fra 1. januar 2022. Samtidig foreslås det å øke maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G fra 210 kroner til 215 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, foreslås det å endre maksimal egenandel fra 175 kroner til 180 kroner per døgn. Satsen for dag/ nattopphold foreslås endret fra 95 kroner til 100 kroner. Langtidsbeboere på sykehjem, som uten selv å ønske det legges på dobbeltrom, får redusert egenandel gjennom at det tilstås et fribeløp. For å oppdatere fribeløpet i samsvar med den

generelle kostnadsøkningen, foreslår departementet at dette justeres fra 42 900 kroner til 44 100 kroner med virkning fra 1. januar 2022. Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Unge personer med funksjonsnedsettelse i sykehjem

Unge personer med funksjonsnedsettelse bør ikke bo i institusjoner beregnet for eldre. Med institusjoner beregnet for eldre regnes syke- og aldershjem. Det er etablert et system for kartlegging og oppfølging av antallet personer mellom 0 og 49 år som er innskrevet på langtidsopphold. Statsforvalteren rapporterer per 31. desember 2020 at 76 personer mellom 18 og 49 år er innskrevet for langtidsopphold i syke- og aldershjem. Antallet varierer noe fra år til år, men har vist en nedadgående tendens de siste årene. Statsforvalterens oversikt viser at 15 av disse 76 personene ønsket et annet botilbud. Av disse hadde fem personer en konkret flytteplan. Helsedirektoratet rapporterer videre at det per 31. desember 2020 er fire barn under 18 år som har permanent opphold i en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon som definert over. Ifølge rapporteringen fra statsforvalteren har ingen av disse flytteønske som ikke er eller blir fulgt opp av kommunen.

En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området.

Anmodningsvedtak

Institusjonsplasser for barn

Vedtak nr. 508, 27. februar 2018

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

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

I Innst. 580 S (2020–2021) ba kontroll og konstitusjonskomiteen om en egen sak med orientering om bruk av institusjonsplasser for barn i strid med barnets beste og familiens ønske.

Det vises til anmodningsvedtak nr. 9, av 6. oktober 2020, der Stortinget ber regjeringen fremme nødvendig lovendring som slår fast at

ingen kommuner kan plassere mennesker mellom 0 og femti år på sykehjem mot deres egen vilje. Det fremgår av vedtaket at for barn vil det være nærmeste pårørendes vilje som må gjelde. Det vises også til anmodningsvedtak nr. 702, av 16. februar 2021, der Stortinget ber regjeringen fremme forslag om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, barn ikke bosettes i sykehjem i strid med familiens ønske og barnets beste, samt at pasienter eller brukere mellom 18-49 år ikke bosettes i sykehjem i strid med eget eller vergens ønske.

Vedtaket nr. 9 og nr. 702 vil bli fulgt opp på egnet måte. Regjeringen foreslår å avslutte rapporteringen på vedtak 508 og viser til videre oppfølging av vedtak nr. 9 og nr. 702 fra stortingssesjonen 2020–2021.

Vern av sårbare eldre

Vedtaket nr. 1284, 17. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til hvordan man kan styrke vernet av sårbare eldre i forbindelse med statsbudsjettet for 2022.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Reguleringsavtale om pensjoner i 2021 og pensjonisters inntektsforhold, jf. Innst. 665 S (2020–2021).

Vedtaket anses som utkvittert gjennom forslag om å styrke TryggEst over Kulturdepartementets budsjett. Midlene skal bidra til å styrke TryggEst slik at flere kommuner kan få opplæring og kunnskap i arbeidet med å avdekke, fange opp og gi hjelp til sårbare og utsatte voksne. Det vises videre til omtale under kap. 765 post 21 og 75.

Det vises videre til andre nasjonale satsinger som bidrar til å styrke vernet av sårbare eldre i helse- og omsorgstjenesten under kap. 761 og 769, herunder Kompetanseløft 2025 (inkludert forslag om styrking av etisk kompetanseheving i 2022), Demensplan 2025, Leve hele livet (inkludert forslag om styrking av arbeidet med implementering av Trygghetsstandard i 2022), Pårørendestrategien og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 og arbeidet med etablering av helsefelleskap.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen kan nyttes under post 79. Omtalen av postene er i sin helhet samlet under denne posten. Bevilgningene dekker utgifter til ulike

utviklingstiltak innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner knyttet til tilskuddet til Ønsketransporten til kap. 761, post 79. Ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det i tillegg følgende bevilgningsendringer sammenlignet med saldert budsjett 2021:

- 17,7 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til endringer innenfor bevilgningsrammene til velferdsteknologiprogrammet.
- 2 mill. kroner til satsingen på teknologisk støtte til fritidsaktiviteter for barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemninger.
- 115 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til særskilte tilskuddsordninger i 2021 for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre.
- 7,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskuddet til Noklus
- 3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til administrasjonen av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til følgeevalueringen av Leve hele livet.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til oppfølgingen av Demensplan 2025, mot tilsvarende økning av tilskuddet til Demenslinjen over kap. 761, post 71.
- 0,3 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er redusert, jf. nærmere omtale under kapittel 2.

Leve hele livet

Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet, skal legge til rette for at kommuner, helseforetak og andre aktører kan lære av hverandre og implementere gode løsninger innen reformens fem innsatsområder.

Det er etablert et nasjonalt og regionalt støtteapparat som bistår og veileder kommunene med å planlegge og gjennomføre reformen. Det regionale støtteapparatet skal også legge til rette for erfaringsdeling og læring mellom regioner og kommuner. Helsedirektoratet, sammen med KS og Senter for omsorgsforskning, utgjør det nasjonale støtteapparatet. Statsforvalterne koordinerer støtteapparatet regionalt. Det regionale støtteapparatet består av statsforvalter, KS regionalt og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHTene).

Både nasjonalt og regionalt støtteapparat har jobbet systematisk og målrettet for videreutvikling av metode- og veiledningsmateriell. Det er utviklet konkrete metode-, veilednings- og støttemateriell på alle fem innsatsområder, samt på tre områdeovergrepene; frivillighet, brukermedvirkning og implementering. Både nasjonalt og regionalt støtteapparat har jobbet målrettet med kommunikasjon om reformen, dialog med kommunene og nettverksarbeid, for blant annet å bistå kommunene i lokal planlegging.

Ressursportal.no er et viktig verktøy i arbeidet med analyse og planlegging, og brukes blant annet aktivt av det regionale støtteapparatet i dialogmøter med kommunene. Et viktig mål med ressursportal.no er å bidra til økt forståelse av egne styringsdata og bidra til å øke den analysefaglige kompetansen i kommuner, som grunnlag for å utvikle lokale planer.

OsloMet har ansvar for følgeevaluering av reformen og skal levere en midtveisevaluering. Den planlagte leveransen medio 2021 er forsinket på grunn av pandemien og utfordringer med å innhente tilstrekkelig datagrunnlag fra kommunene. Midtveisevalueringen er utsatt til første kvartal 2022.

Rapporteringen fra statsforvalterne per 1. mai 2021 viser at nesten alle kommunene enten har vedtatt en plan eller er i prosess for å vedta en plan i 2021. Det framkommer i rapporteringen at også de fleste kommunene deltar i, eller planlegger å delta i nettverk.

Det ble i 2021 bevilget til sammen 48 mill. kroner over posten til gjennomføring av reformen. Av det samlede tilskuddet ble det bevilget 26 mill. kroner til regionalt gjennomføringsapparat for reformen, herunder 10 mill. kroner til statsforvalterne, 10 mill. kroner til KS og 6 mill. kroner til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Videre ble det avsatt 5 mill. kroner til å gjennomføre program for et aldersvennlig Norge, 5 mill. kroner til følgeevaluering av reformen og 2 mill. kroner til Statsforvalter i Trøndelag for tilgjengeliggjøring av Ressursportalen for alle landets kommuner. De øvrige midlene ble bevilget til Helsedirektoratet, som har det nasjonale gjennomføringsansvaret med styringslinje til statsforvalterne.

Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge er en viktig del av Leve hele livet og skal bidra til å fremme en aldersvennlig samfunnsutvikling. Sentralt i programmet er et nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner hvor over 130 kommuner deltar, og hvor de kommunale eldrerådene er med. Videre er det lansert en kampanje for å få

eldre til å planlegge sin egen alderdom tidligere, og det er etablert et prosjekt for å styrke frivillighetens rolle i programmet. Det foreslås i tillegg 7,2 mill. kroner over kap. 714, post 21 til tiltaket, jf. nærmere omtale der.

Det foreslås 46 mill. kroner på posten til gjennomføringen av reformen i 2022. Bevilgningen foreslås redusert med 2 mill. kroner knyttet til følgeevalueringen. Samtidig er bevilgningen til utviklingssentrene til sykehjem og hjemmetjenester styrket med 10 mill. kroner til gjennomføring av reformen og implementering av Trygghetsstandard over kap. 761, post 67, jf. nærmere omtale der.

Statsforvalterne

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak knyttet til statsforvalternes oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet, Demensplan 2025, Kompetanseløft 2025, Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan, Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester og Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Statsforvalter skal i sitt oppfølgingsarbeid bidra til å samordne de statlige initiativene overfor kommunene på omsorgsfeltet slik at kommunene lager helhetlige planer som ser de statlige satsingene og virkemidlene i sammenheng. Statsforvalterne skal veilede kommuner som ikke har lagt planer for å møte fremtidens bo- og tjenestetilbud.

Statsforvalterne skal ha oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser, samt følge opp tiltak for å forbedre kvaliteten i omsorgstjenestene. Statsforvalterne har også utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling. Statsforvalterne har videre ansvaret for det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

Utgifter til faglige kurs og konferanser som statsforvalterne holder på regionalt nivå i omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen.

Bevilgningen var 16,6 mill. kroner i 2021. Som følge av redusert pensjonspremie til Statens pensjonskasse foreslås bevilgningen redusert med 0,3 mill. kroner i 2022, jf. nærmere omtale under kapittel 2.43. Særskilt bevilgning på 10 mill. kroner til statsforvalterens rolle i regionalt støtteapparat for Leve hele livet, jf. omtale over, kommer i tillegg.

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Bevilgningen dekker gjennomføringskostnader, samt utgifter til revisjon og følgeevaluering av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Det foreslås at forsøket avsluttes 31. desember 2021. Forsøket startet opp i 2016 og er gjennomført i henhold til plan. Alle kommunene som deltar i forsøket har gjennomført de prosesser det er lagt opp til. Det er bl.a. jobbet med løsninger for elektronisk pasientjournal (EPJ), arbeidsrutiner og klart språk. Det ble i 2021 bevilget 7,5 mill. kroner til administrasjon, revisjon og evaluering av forsøket. Dette er oppgaver som det fortsatt vil være utgifter til i 2022. Det foreslås å bevilge 4,5 mill. kroner til formålet i 2022.

Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale og den fylkeskommunale tannhelse-tjenesten. Målet er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at tjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Kompetanseløft 2025 følger opp vedtatt politikk og nasjonale strategier og er et virkemiddel i arbeidet med å utvikle en fremtidsrettet og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste.

Kompetanseløft 2025 består av fire strategiske områder med om lag 60 tiltak. Tiltakene skal videreutvikles i planperioden 2021–2025 i samarbeid med partene i arbeidslivet. Regjeringen har invitert sentrale parter i arbeidslivet til et samarbeidsforum som skal bidra til videreutvikling av planen.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre Kompetanseløft 2025, i et samarbeid med KS og arbeidstakerorganisasjonene. Statsforvalteren vil ha et særskilt ansvar for dialogen med og oppfølgingen av kommunene og fylkeskommunene, i et samarbeid med andre relevante regionale aktører. Det foreslås 5,5 mill. kroner til administrasjon og anskaffelser ifb. Kompetanseløft 2025, hvorav 2,5 mill. kroner til evalueringer.

Kompetanseløft 2020 – Sluttrapportering

Kompetanseløft 2020 var regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for perioden 2016–2020. Formålet med planen var å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Kompetanseløft 2020 var en kompleks satsing som besto av nærmere 50 tiltak og flere ulike virkemidler, og som ble iverksatt til ulike tider og av ulike aktører.

Kompetanseløft 2020 ble følgeevaluert av Sintef, Nibr og Nifu. I forbindelse med følgeevalueringen ble tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene evaluert som et eget delprosjekt. I tillegg er det gjennomført evalueringer av enkelttiltak.

Samlet har Kompetanseløft 2020 både bidratt til å heve kompetansen og øke rekrutteringen, til økt tjeneste-, fag- og kunnskapsutvikling, og til å styrke ledelseskompetansen i tjenestene. Kompetanseløft 2020 synes samtidig ikke å treffe like godt blant små kommuner som blant større kommuner. Kompetanseløft 2025 bygger på erfaringene fra Kompetanseløft 2020

Det fremgår av følgeevalueringen at kommunene ikke ville hatt mulighet til å drive kompetanseutvikling i så stor skala som de gjør uten Kompetanseløft 2020. Årlig har om lag 5000 ansatte fullført en grunn- eller videreutdanning innen helse- og sosialfag og om lag 25 000 ansatte fullført et kurs, internopplæring eller annen etterutdanning med midler fra Kompetanseløft 2020. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i perioden 2016–2020 var en vekst på om lag 17 000 årsverk helse- og sosialutdannet personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, av en samlet vekst på om lag 19 400 årsverk.

Helsedirektoratet vurderer at rekrutteringstiltakene Menn i helse og Jobbvinner har god måloppnåelse. Evalueringen av tilskuddet til rekruttering av psykologer i kommunene viser at tilskuddet var en suksess. Det prøves ut flere arbeidsformer for mer teambaserte tjenester. Det pågår også et treårig prosjekt innen legevakt som ble startet høsten 2019. Det er også utarbeidet veileder for legevaktstjenesten og utredet kvalitetsmål for legevaktstjenesten som vil inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitale tjenestene. Gjensidig veiledningsplikt mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten ble innført fra 1. januar 2018, og kommunene er i jevnlig dialog med både sykehus og statsforvalterne om hva som forventes av faglig kvalitet og forsvarlighet. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester vurderes av Helsedirektoratet å være et virkningsfullt tiltak, og som har et betydelig potensial for ytterligere fag- og tjenesteutvikling i tjenestene. Deltakerne er svært fornøyd med innholdet i Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, som har mellomledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som målgruppe.

Pårørendestrategi og handlingsplanen

Regjeringen la i 2020 fram en samlet pårørendestrategi og handlingsplan. Tiltakene under pårørendeprogrammet står sentralt i pårørendestrategien og foreslås videreført som del av pårørendestrategien og handlingsplanen.

Tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver har vært et av hovedtiltakene under pårørendeprogrammet og videreføres i strategien. Den skal bidra til å utvikle kommunale modeller for å bedre pårørendes situasjon, og synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som har krevende omsorgsoppgaver. Tilskuddsordningen stimulerer til mye lokal aktivitet på pårørendeområdet.

Eksempler på prosjekter er utvikling av kommunal pårørendestrategi, kommunalt pårørendesenter med lavterskeltiltak for pårørende (mestringkurs, veiledningssamtaler, møteplasser), elektronisk samhandlingsverktøy for kommunikasjon med pårørende, pårørendekoordinatorrolle, rutiner for arbeid med barn som pårørende, inkludert samarbeidsrutiner og system for kompetanseheving, samt avlastningsordningene. Et annet sentralt tiltak under programmet er Helsedirektoratets veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Ifølge nettstatistikken er pårørendeveilederen blant Helsedirektoratets ti mest brukte veiledere.

Det ble i 2021 bevilget 11 mill. kroner til Pårørendeprogrammet. Av disse ble 9 mill. kroner benyttet til tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver. Øvrige 2 mill. kroner er benyttet til drift av programmet og tilskuddsordningen, oppfølging og oppdatering av veilederen, samt utvikling og utprøving av e-læringskurs.

Tiltakene under pårørendeprogrammet står sentralt i pårørendestrategien og bevilgningen til pårørendeprogrammet foreslås derfor videreført som del av pårørendestrategien i 2022.

I forvaltningen av tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver skal de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen Leve hele livet bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Bruker- og pårørendeundersøkelser

Helsedirektoratet har tidligere fått i oppdrag å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelser som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Erfaringer fra dette arbeidet videreføres ved å øke kommunenes bevissthet rundt

bruk av brukerundersøkelser og styringsdata til lokalt forbedringsarbeid.

Helsedirektoratet har i 2020 gjennomført en nasjonal pårørendeundersøkelse som ledd i arbeidet med regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan. Undersøkelsen ga god innsikt i hvordan det oppleves å være pårørende, pårørendes møte med helse- og omsorgstjenesten, og hvordan pandemien har påvirket pårørendes situasjon.

Arbeidet med bruker- og pårørendeundersøkelser videreføres. Det ble bevilget 3,8 mill. kroner til dette formålet i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Pårørendealliansen

Pårørendealliansen er en frittstående paraplyorganisasjon som jobber for å belyse pårørendes utfordringer, samt forbedre vilkårene for pårørende. Organisasjonen har per november 2020 31 alliansepartnere. Det ble bevilget 2 mill. kroner til Pårørendealliansens arbeid i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Demensplan 2025

Demensplan 2025 er regjeringens femårsplan (2021–2025) for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et mer demensvennlig samfunn, et samfunn som bidrar til inkludering, likeverd og forståelse. Dette krever at vi bygger ned både fysiske og sosiale barrierer i samfunnet.

Strategiene og tiltakene i Demensplan 2025 skal bidra til å sette demensutfordringer på dagsordenen i kommunenes og helseforetakenes ordinære planarbeid. Målet er å sikre langsiktig og helhetlig planlegging av lokalsamfunn og omgivelser samt dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens samt deres pårørende.

Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen har mottatt 1 mill. kroner i tilskudd til lokalt informasjons- og veiledningsarbeid, og har blant annet bidratt med informasjonstiltak, møteplasser og aktivitetstiltak for personer med demens og deres pårørende i 15 fylker. Videre er det i 2021 bevilget 1 mill. kroner til Nasjonalforeningen for folkehelsens arbeid med kampanjen demensvennlig samfunn.

I 2021 ble det bevilget om lag 45 mill. kroner til oppfølging av Demensplan 2025. Det foreslås å redusere bevilgningen med 1 mill. kroner, mot tilsvarende styrking av Demenslinjen i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen på kap. 761,

post 71. Bevilgningen foreslås videreført med om lag 44 mill. kroner til oppfølging av Demensplan 2025, herunder videreføre 2 mill. kroner i støtte til Nasjonalforeningen for folkehelsen i 2022 til lokalt informasjons- og veiledningsarbeid og kampanjen demensvennlig samfunn. I 2022 foreslås det at følgende tiltak prioriteres:

- Demensomsorgens ABC og annen kompetanseheving.
- Pårørendeskoler og samtalegrupper, samt andre pårørendetiltak.
- Implementere forløpsveiviser om demens, med særlig oppmerksomhet på systematisk oppfølging etter diagnose og gode pasientforløp.
- Utarbeide en «verktøykasse» for personsentrert omsorg og miljøbehandling for personer med demens.
- Tiltak for å øke utredning og diagnostisering av demens.
- Undersøkelse av insidens og sykdomsvarighet for demens.

Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC

Målet med opplæringen Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal få oppdatert fagkunnskap og muligheter for faglig refleksjon. Gjennom ABC-modellene Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC tilbys gratis studiemateriell til kommunene beregnet på bedriftsintern tverrfaglig opplæring i studiegrupper. Som en del av Demensplan 2020 ble det bevilget 9,9 mill. kroner til formålet i 2021. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022, som en del av samlet bevilgning til Demensplan 2025.

Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Demensomsorgens ABC ble i løpet av planperioden for Demensplan 2020 oppdatert i tråd med føringer i Nasjonal faglig retningslinje om demens. Opplæringen består nå av to permer: Ny perm 1 var klar høsten 2018, og ny perm 2 ble lansert høsten 2019. Personsentrert omsorg og miljøbehandling er nå gjennomgående tema i opplæringsmaterialet – i tråd med føringer i demensretningslinjen og andre normerende produkter fra Helseledningsdirektoratet, samt nytt lovverk og ny kunnskap. Utarbeidelse av et lederhefte er i gang og vil ferdigstillelse i 2021. En mindre revisjon av Eldreomsorgens ABC pågår nå, blant annet for å sikre at opplæringsmaterialet er i tråd med gjeldende regelverk.

Det har vært utfordrende å gjennomføre ABC-opplæringen i 2020 på grunn av koronasituasjonen med smitteverntiltak. Selv om det er gjennomført både digitale fagseminarer, fysiske fagseminarer, samt kombinasjoner av dette, har aktiviteten vært lavere enn normalt. Opptelling for 2020 viser at det for Demensomsorgens ABC totalt er gjennomført 104 fagseminarer med 2895 deltagere, mens det for Eldreomsorgens ABC er gjennomført 31 fagseminarer med til sammen 787 deltagere. I 2020 har totalt 2100 nye ABC-deltagere i 156 kommuner startet opp med Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC. Aldring og helse arbeider kontinuerlig med å bygge opp digitale ressurser som kan benyttes på fagseminarer, og denne innsatsen har vært styrket under koronaepidemien.

Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025 og Demensplan 2025.

Demensplan 2020 – sluttrapportering

Demensplan 2020 ble avsluttet i 2020 og erfaringer og resultater med planen er oppsummert av Helseledningsdirektoratet. Helseledningsdirektoratets gjennomgang viser at det har vært en positiv utvikling i planperioden og dette er beskrevet nærmere i Demensplan 2025. I løpet av Demensplan 2020 er det blant annet gjennomført kartlegging av brukerbehov, og utarbeidet verktøy og annet veiledningsmaterieell for brukerinvolvering. Det er videre testet ut ulike former for «brukerskoler» for personer med demens. Erfaringer med brukerskoler for personer med demens er oppsummert av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

I tråd med WHO's anbefalinger er arbeidet med forebygging av demens koblet til arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer (non-communicable diseases, NCD). Det er videre lansert et e-læringskurs for å styrke kompetansen om fallforebyggende trening og aktivitet.

Helseledningsdirektoratet har utarbeidet en Nasjonal faglig retningslinje om demens, og tilhørende veiledningsmaterieell og implementeringstiltak. Det er iverksatt flere tiltak for å bidra til at personer med tegn på demens blir utredet og diagnostisert, blant annet er veiledningsmaterieell om demensutredning oppdatert. Håndbok om utvidet demensutredning ble lansert i 2020. Det gjennomføres også kurs i demensutredning. Det er videre utarbeidet veilednings- og opplysningsmaterieell om demens knyttet til den samiske befolkningen og minoritetsbefolkningen. Og det er utarbeidet veiledningsmaterieell om utviklingshemming og demens, både

knyttet til demensretningslinjen og om juridiske forhold, samt om yngre med demens.

Det er gjennomført to utviklingsprosjekter i perioden om 1) Systematisk oppfølging etter demensdiagnose og 2) Personer med demens som bor hjemme og som har omfattende behov for hjelp. Erfaringene fra utviklingsprosjektene benyttes til å utarbeide veiledningsmateriell/veiviser, som lanseres i løpet av 2021.

Et sentralt tiltak i planen har vært utbygging av et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det er fra 1. januar 2020 innført en plikt for kommunene til å tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det er i hele planperioden arbeidet med veiledning av kommuner om etablering og drift av dagaktivitetstilbud og hva som er gode tilbud for personer med demens, blant annet gjennom en egen håndbok og nettsider.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse forvalter tilskuddsordningen til pårørendeskoler og samtalegrupper til pårørende til personer med demens, på vegne av Helsedirektoratet. Det er utarbeidet digitalt materiell som kan brukes av kommuner som ønsker å gjennomføre digitale pårørendeskoler. Videre har Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en undersøkelse av forekomsten av demens i Norge. Rapporten ble lansert i desember 2020, sammen med demenskartet, og gir oversikt over forekomst og framskrivning for demens i ulike deler av landet. Forekomsttallene og det digitale kartet vil være viktige hjelpemidler når lokale og nasjonale myndigheter skal planlegge for utfordringene med flere eldre og flere med demens.

Helsedirektoratet har gjennomført en nasjonal informasjonskampanje om demens. Kampanjen har hatt som mål å bygge ned stigma knyttet til demens og bidra til at flere utredes og diagnostiseres for demens. Videre er det gjennomført nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens (hvert fjerde år).

Fallforebyggende arbeid

Formålet med tiltaket er å øke kompetansen om fallforebyggende trening blant eldre. Helsedirektoratet lanserte i 2019 et e-læringsprogram – BASIS – for å styrke kompetanse om trening som kan styrke fysisk funksjon og forebygge fall, fallskader og brudd hos eldre. Målgruppene er personell på treningssentre, i hjemmetjenester, på sykehjem eller andre institusjoner.

Det er gjennomført over 2000 e-kurs av BASIS, herunder om lag 1500 i 2020. E-læringen gir økt kunnskap om fallforebyggende trening blant personer som jobber med eldre. Det arbeides med en digital løsning av Smart mosjon i arbeidslivet.

I 2021 ble det bevilget 1 mill. kroner til programmet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022. Tiltaket sees i sammenheng med oppfølging av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 og Nullvisjon for fallulykker i og ved hjemmet.

Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen har som mål å forebygge uønsket ensomhet i befolkningen og har derfor lagt fram en egen ensomhetsstrategi. Formålet er å stimulere til økt sosial deltakelse, få mer kunnskap om ensomhet og effektive tiltak og arbeide systematisk for å øke den sosiale støtten. Det vises også til omtale på kap. 714, post 79. Over kap. 761, post 79 foreslås det å bevilge midler til følgende tiltak i 2022:

Utprøving av teknologiske verktøy og IKT-opplæring

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet blant eldre ved å legge til rette for møteplasser og samhandling gjennom utprøving av kjent teknologi og IKT-opplæring. Målgruppen for tilskuddet er landsdekkende frivillige, ideelle organisasjoner og stiftelser. I 2020 fikk Pensjonistforbundet og Blindeforbundet støtte til IKT-opplæring, og SeniorSmart, Speedfriending og Skjåk frivillighetssentral støtte til utprøving av teknologiske verktøy.

Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det ble bevilget 6 mill. kroner til tiltaket i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022, men da som en ordning for utprøving av kjent teknologi og IKT-opplæring. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet og passivitet, og skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Kommuner og ideelle/frivillige organisasjoner kan søke.

Tilskuddsordningen har bidratt til at det er blitt satt i gang og at det har blitt videreført mange gode og forskjellige prosjekter. Prosjektene har bidratt til ulike aktiviteter og ulike møteplasser, som har bidratt til å motvirke ensomhet og passivitet. Prosjektene som har startet opp bidrar alle til økt mestring, sosialisering, bedre helse og livs-

kvalitet. Til tross for at mange av prosjektene ble hardt rammet av situasjonen med covid-19 i 2020, vurderes måloppnåelsen som tilfredsstillende. I 2020 mottok Helsedirektoratet 253 søknader. Totalt 67 prosjekter fikk tilskudd.

I saldert budsjett for 2021 ble det bevilget om lag 19 mill. kroner til formålet. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2022.

For øvrig ble det i 2020 bevilget 149 mill. kroner på post 21 til aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet som en del av tiltakspakken for sårbare eldre, jf. omtale under overskriften Redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltak.

Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Stiftelsen Livsglede for eldre har siden 2013 drevet en nasjonal sertifiseringsordning av Livsgledehjem. Formålet med ordningen er å styrke den aktive omsorgen og ivareta brukernes sosiale og kulturelle behov. Tiltaket skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det får opplæring, støtte og veiledning til å sette aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer i system. Det er lagt opp til en gradvis spredning av tilbudet.

Evalueringen fra høsten 2019 viser at ordningen bidrar til økt livsglede, men årsakssammenhengen er noe uklar. Ved utgangen av 2020 var det totalt 110 sertifiserte sykehjem, seks færre enn året før. Antall nysertifiserte sykehjem gikk fra 25 til åtte i samme periode. Bevilgningen i 2021 var totalt 9,5 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført i 2022. Tiltaket inngår i Leve hele livet og Kompetanseløft 2025.

Teknologier for trygghet og mestring

Formålet med tiltaket er å bidra til at velferdsteknologi innenfor trygghet og mestring skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Tiltaket ble forlenget ut 2021. Målgruppen for prosjektet er den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Rapporteringen viser at nasjonalt velferdsteknologiprogram i perioden 2013–2020 har bidratt til at om lag 71 pst. av landets kommuner har implementert velferdsteknologi på minst ett av de anbefalte områdene og tilbyr dette på lik linje med andre tjenester. 92 pst. av befolkningen bor i disse kommunene. 304 kommuner har per 1. januar 2021 deltatt i eller deltar i programmet.

Dette gjelder særskilt områdene medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi (GPS), pasientvarsling og digitalt tilsyn. Satsingen på teknologier for trygghet og mestring har gitt gode resul-

tater i form av spart tid, unngåtte kostnader og økt kvalitet på tjenesten for tjenestemottaker, pårørende og ansatte. Det er fortsatt flere mindre og mellomstore kommuner som ikke har implementert trygghets- og mestringsteknologi.

I 2021 ble det bevilget 18,3 mill. kroner til faglig rådgivning av kommunene, prosessveiledning og opplæringstiltak. Denne bevilgningen foreslås disponert til nye tiltak innenfor videreføringen av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, blant annet tiltak knyttet til prosessveiledning, kommunenettverk for velferdsteknologi og sentrale tiltak knyttet til faglig rådgivning av kommuner og opplæringstiltak. Se samlet omtale kap. 761.

Prosjektet inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Teknologisk støtte til fritidsaktiviteter for barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse

Formålet med tiltaket er å bidra til økt bruk av velferdsteknologi som kan gjøre det enklere for barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse å delta i og mestre fritidsaktiviteter.

Velferdsteknologi støtter opp om den enkeltes habiliterings- og rehabiliteringsprosess og gir helsegevinst i form av å fremme selvstendighet og mestring av daglige gjøremål, sosial deltakelse og språklige ferdigheter, i tillegg til at teknologien kan bidra til trygghet og avlastning for pårørende. Siden 2015 er det gjennomført utprøving av tiltaket i seks kommuner som omfatter rundt 60 barn og unge. Kommunene har i denne perioden fått kunnskap, kompetanse og arbeidsverktøy, metoder og tjenestemodeller. Det er utviklet nasjonale faglige anbefalinger om velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Tiltaket går nå over i en spredningsfase, der erfaringer med vellykkede velferdsteknologiske løsninger spres til andre kommuner og der tiltaket utvides til også å inkludere voksne.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 11. S (2020–2021) ble det bevilget 4 mill. kroner til tiltaket. Videre ble bevilgningen styrket med 10 mill. kroner ved Stortingets behandling av revidert budsjett 2021, jf. Innst. 600 S (2020–2021). Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Sammenlignet med saldert budsjett 2021 foreslås det å styrke bevilgningen i 2022 med 8 mill. kroner til 12 mill. kroner. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Digital hjemmeoppfølging

Formålet med bevilgningen er å bidra til gjennomføringen av prosjekt om digital hjemmeoppfølging (tidligere medisinsk avstandsoppfølging).

I 2021 ble det bevilget 1,5 mill. kroner til ordningen over kap. 761, post 21. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022. Det vises til nærmere omtale og ytterligere bevilgning under kap. 762, post 63. Ordningen inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi

Det foreslås å etablere et kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi i kommunene i regi av KS. Formålet med nettverket er å drive aktivt forankrings- og erfaringsdelingsarbeid i kommunene, og å dra nytte av kommunenes egne ressurser for å sikre varig innføring av velferdsteknologi i tjenestene. Hensikten er å etablere varige strukturer som sikrer at velferdsteknologi både blir og forblir en del av det ordinære tjenestetilbudet.

Nettverket skal bestå av fagpersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og vil bygge på erfaringene fra nettverksarbeidet i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Nettverket vil i utgangspunktet omhandle alle velferdsteknologier, men vil ha særlig fokus på teknologier til barn, unge og vokse med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse og digital hjemmeoppfølging/avstandsoppfølging i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, etter hvert som flere kommuner innfører trygghets- og mestrings-teknologier.

Kommunene har lang erfaring med bruk av kommunenettverk for å dele kunnskap og erfaringer og samarbeide med hverandre. Nettverkene benytter i stor grad kommunenes egne ressurser og er slik sett et rimelig verktøy for kommunene. Dette nettverket må ses i sammenheng med andre relevante kommunenettverk, blant annet kommunenettverket mellom teknisk personell i kommunene, KS e-Komp, som ivaretar de tekniske sidene ved innføring av velferdsteknologi. Nettverket må også ses i sammenheng med tiltaket knyttet til prosessveiledning av kommunene.

Det foreslås å bevilge 20 mill. kroner til tiltaket i 2022. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Prosessveiledning av kommuner i innføring av velferdsteknologi

Det foreslås å etablere et tiltak knyttet til prosessveiledning av kommuner i innføring av velferdsteknologi. Formålet er å sikre helhetlige tjenestemodeller og raskest mulig innføring av velferdsteknologi gjennom verktøy og metoder knyttet til tjenestedesign og -innovasjon og kunnskap om omstillings- og organisasjonsendringer. Prosessveiledningen bør på sikt ytes innenfor en varig og eksisterende struktur, og skal ses i sammenheng med kommunenettverket innenfor velferdsteknologi. Helsedirektoratet gis ansvaret for å sikre etableringen av en varig struktur for prosessveiledning av kommuner. Tiltaket bygger på erfaringene med prosessveiledning som del av satsingen på teknologier for trygghet og mestring.

Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til tiltaket i 2022. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Faglig rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy innenfor velferdsteknologi

Det foreslås 5 mill. kroner til faglig rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy mv. knyttet til velferdsteknologi. Formålet er å understøtte kommunene i deres arbeid med å implementere velferdsteknologiens effekter på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket forvaltes av Helsedirektoratet. Tiltaket inngår i Nasjonalt program for velferdsteknologi.

Tilskudd til personer med neurologiske skader og sykdommer

Tilskuddsordningen skal styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid for og om personer med neurologiske skader og sykdommer. Aktivitetene rettes mot helsepersonell, pårørende og de ulike brukergruppene. Tilskuddet går til landsdekkende tiltak som internett-sider, chatte- og telefontilbud, samlinger og likepersonarbeid. Tiltakene bidrar til økt kunnskap som videre styrker dialog og brukermedvirkning i tjenestene. I 2020 var det 24 søkere og 14 tilskuddsmottakere over ordningen.

I 2021 ble det totalt bevilget 5 mill. kroner til denne tilskuddsordningen, hvorav 3 mill. kroner til veilednings- og informasjonsarbeid for personer med neurologiske skader og sykdommer i

regi av brukerorganisasjonene, samt 2 mill. kroner øremerket til Hjerneverket. Tilskuddet til Hjerneverket skal styrke deres arbeid for å samordne informasjons- og opplysningsarbeid på nevrologifeltet og videreutvikle samarbeidet med brukerorganisasjoner, fagmiljøer og fagforeninger. Rapportering viser høy aktivitet og måloppnåelse i 2020. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022.

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med ordningen er å styrke kunnskap, kompetanse og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, innenfor området lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Det ble i 2021 bevilget 8 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2022 og innrettet slik:

- 3 mill. kroner til å utarbeide, spre og opprettholde kunnskap om forhåndssamtaler. Forhåndssamtaler er et verktøy som kan bidra til medvirkning og økt livskvalitet ved livets slutt.
- 2,5 mill. kroner til videreutdanning i barnepalliasjon ved OsloMet. Studiets mål er å kvalifisere helsepersonell til å bli sentrale ressurspersoner for barnepalliative team i de større barneavdelingene, og for å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for pasienter med behov for barnepalliasjon. Fra 2019 kan videreutdanningen tas på masternivå for alle faggrupper med bachelor innenfor helsefag. Det var 31 kvalifiserte søkere til studiet for studieåret 2020/2021 og 26 som takket ja til studieplassen. Per juni 2021 er det 23 aktive studenter på studiet.
- 2,5 mill. kroner i øremerkede midler til Foreningen for barnepalliasjon. Foreningen for barnepalliasjon har blant annet formidlet og undervist eksterne og interne aktører og bidratt til å veilede, støtte og gi kunnskap til pasient, pårørende og helsepersonell. Det vises også til bevilgning til Foreningen for barnepalliasjon på post 73.

Tiltakene følger opp Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg.

Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge

Formålet med tilskuddsordningen er å øke kunnskap og gi informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom ved å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet. Det ble utbetalt tilskudd til tre søkere i 2020: Foreningen for bar-

nepalliasjon, Sykehusklovnene og Stiftelsen Nordre Aasen. Rapportering viser høy aktivitet og måloppnåelse i 2020. I 2021 har Foreningen for barnepalliasjon, Sykehusklovnene, Stiftelsen Nordre Aasen og Løvemammaene fått tildelt tilskuddsmidler.

I 2021 ble det bevilget 2 mill. kroner til tilskuddsordningen. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022. Tiltaket følger opp Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg.

Ønsketransporten

Ønsketransporten er en ideell organisasjon som ble startet på privat initiativ i 2017. Ønsketransporten bidrar med individuell transport slik at syke og døende kan delta der de ellers ikke kunne deltatt uten hjelp fra Ønsketransporten. Ønsketransporten gjennomfører oppdragene med frivillig kvalifisert personell og i samråd med et eventuelt behandlingsteam. Ønsketransporten har medisinsk utstyr til å ivareta den enkeltes behov under oppdragene.

I 2020 hadde Ønsketransporten redusert aktivitet på grunn av koronasituasjonen. I 2021 har Ønsketransporten etablert en ny avdeling i Innlandet fylke. Målsetningen for 2021 er 20 oppdrag per avdeling i løpet av året, samt fem nasjonale oppdrag over flere regioner.

Det ble bevilget 5 mill. kroner som et øremerket tilskudd til Ønsketransporten i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Verdighetssenteret

Formålet med tilskuddet til Verdighetssenteret er å bidra til kompetanseheving i rekruttering, organisering, opplæring og veiledning av frivillige i omsorgstjenesten. Målgruppen er ledere og medarbeidere som samarbeider med frivillige i omsorgstjenestene. Tilskuddsmidlene skal også benyttes til kompetanseheving innen palliativ og akuttmedisinsk eldreomsorg.

Utdanningen av frivillighetskoordinatorer ble i 2020 videreført med to digitale kull. Siden oppstart i 2011 har om lag 450 deltakere deltatt på utdanningen (38 deltakere i 2020). Deltakerne har siden oppstart kommet fra alle landets fylker og 115 kommuner (8 nye i 2020).

Etterutdanningen i palliativ eldreomsorg ble i 2020 heldigital, og 32 deltakere gjennomførte etterutdanningen i løpet av høstsemesteret. Så langt har 472 deltatt. Deltagerne har kommet fra alle landets fylker og totalt 99 kommuner (5 nye i 2020).

I januar 2020 ble etterutdanningen i akuttmedisinsk eldreomsorg i sin helhet gjennomført fysisk i Sortland som et pilotprosjekt. Senteret opplevde i etterkant stor etterspørsel fra en rekke kommuner som ønsket et liknede tilbud. Flere oppdrag var planlagt da pandemien satte en stopper for fysiske samlinger. Deltakerne ble tilbudt et alternativt undervisningsopplegg. Siden oppstart i januar 2017 har 532 deltagere fra alle landets fylker og 124 kommuner gjennomført etterutdanningen (12 nye kommuner i 2020). Totalt 130 deltagere gjennomførte etterutdanningen i akuttmedisinsk eldreomsorg i 2020.

Utdanningene er nå digitalisert, som gir utgangspunkt for spredning av aktiviteten til hele landet. Det har videre vært arbeidet med lederforankring og avtaler med kommunene for å bidra til større måloppnåelse av utdanningene lokalt. Det ble totalt bevilget 22 mill. kroner til Verdighets-senteret i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Ledelse, rekruttering og fagutvikling

Riktig kompetanse på riktig sted er avgjørende for at brukerne skal få gode helse- og omsorgstjenester. God ledelse er en viktig forutsetning. For å bidra til dette foreslås det å bevilge midler til følgende tiltak:

Styrking av ledelseskompetanse

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015 og har vært et tilbud ved Handelshøyskolen BI i perioden 2015–2021. Utdanningen videreføres fra 2021 i ny planperiode for Kompetanseløft 2025 og gjennom ny avtale med BI. Målgruppen for utdanningen er ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå og skal bidra til å styrke lederne i å gjennomføre nødvendig omstilling og utvikling i tjenestene framover. Utdanningen tilbys på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling. Det er gode søkertall til studiet og høy tilfredshet blant deltakerne. Evaluering gjennomført av Rambøll viser at utdanningen i stor grad har svart til forventningene. Rambølls sluttrapport fra mars 2021 viser at resultatene er ytterligere forsterket i perioden. Ifølge Rambøll har utdanningen hatt stor betydning for de positive endringene i deltakernes lederrolle. De fremhever særskilt at lederne har håndtert krysspress som sektoren står i på en

bedre måte enn før. Samlet har 1080 ledere gjennomført utdanningen i perioden 2015–våren 2021. Det ble i 2021 bevilget 16,2 mill. kroner til tiltaket over posten. Bevilgningen foreslås videreført i 2022. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025. Tiltaket finansieres i tillegg med 5 mill. kroner over kap. 762, post 70, 5,3 mill. kroner over kap. 765, post 21 og 1 mill. kroner over kap. 770, post 21.

Tiltak for rekruttering: Menn i helse

Menn i helse skal bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren. Gjennom tiltaket er det et mål å rekruttere menn mellom 25–55 år som har en egnet ytelse fra NAV. Målet er fagbrev som helsefagarbeider gjennom et komprimert utdanningsløp. Menn i helse er et samarbeid mellom kommuner, NAV, fylkeskommuner, KS og Helsedirektoratet. Prosjektet ledes av KS.

Gjennom tiltaket (2011–2020) er det utdannet over 400 menn med fagbrev. 92 pst. av dem har fått relevant jobb. Menn i helse er en av de mest vellykkede satsningene for rekruttering av menn til helsesektoren. Tilbakemeldingene fra arbeidsgivere er at personell fra Menn i helse er svært attraktiv arbeidskraft. I 2020 har covid-19 situasjonen påvirket arbeidet til Menn i helse. All aktivitet i prosjektet ble arrangert digitalt.

Menn i helse er i samarbeid med syv fylkeskommuner og har for 2021/22 planlagt å etablere seg i ytterligere to fylkeskommuner. I disse fylkene er det over 100 kommuner og 15 klasser). Tiltaket vil legge til rette for å øke volumet på inn søkingen av egnede og motiverte kandidater, som gjør at flere starter utdanningsløpet og dermed flere som fullfører med fagbrev. Det jobbes kontinuerlig for flere læringsplasser og å forankre forpliktelsene i samarbeidsavtalen med deltakende aktører.

Det ble bevilget 26 mill. kroner til tiltaket Menn i helse i 2021. Det foreslås at midlene videreføres i 2022. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere

Prosjektet Jobbvinner er en nasjonal satsing med mål om å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Målet i siste instans er at god bemanning og fagutvikling kommer pasienter og brukere til gode. KS er tilskuddsmottaker og leder prosjektet i samarbeid med Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Delta. Prosjektet er i

tråd med mål og fremdriftsplaner og det vurderes svært god måloppnåelse.

Et av de sentrale tiltakene i prosjektet er å etablere samarbeid mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner. Hensikten med samarbeidet er å utvikle tiltak som styrker praksisopplæringen. Gode praksisopplevelser er avgjørende for valg av fremtidig arbeidsgiver. Jobbvinneres rekrutterings-tiltak rettet mot elever og lærlinger, yrkeskonkurranser og opplæring av rekrutteringspatroljer/ambassadører har ikke vært mulig å gjennomføre på grunn av pandemien.

Det er igangsatt mentorordning for nytilsatte i flere kommuner. Det har vært stor etterspørsel etter mentorprogrammet, herunder informasjon og bistand til å etablere ordningen.

Det er i 2020 videreført samarbeid om piloter for økt rekruttering i ni geografiske områder. Kommuner og utdanningsinstitusjoner samarbeider om praksisopplæringen, og flere studenter har valgt praksisstedet som arbeidsplass etter endt sykepleieutdanning. De tre pilotene i Trøndelag er evaluert av Trøndelag forskning og utvikling (TFOU). Forskerne konkluderer med at godt grunnlagsarbeid og Jobbvinneres tette oppfølging i prosjektperioden var avgjørende for resultatene. Rapporten konkluderer også med at utviklingsverksted (læringsnettverk) er en god metode for å rekruttere og beholde helsepersonell.

I 2021 ble det bevilget 4 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2022. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er et avtalefestet partnerskap mellom HUNT forskningssenter, Levanger kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Helse Nord-Trøndelag og Nord universitet. Senteret skal bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak. Nord-Universitet har siden 2015 videreutviklet opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling (MMB) for ansatte i helse- og omsorgstjenestene og bidratt til utvikling av systematiske kunst- og kulturtiltak som fremmer helse og livskvalitet hos brukere av helse- og omsorgstjenester.

Aktiviteten til senteret har i noen grad blitt påvirket av covid-19 i 2020. Senteret har bl.a. gjennomført videreutdanning: MMB og «Kunst og kultur i helse og omsorg», fagdag MMB for bachelor sykepleie, samt deltakelse i smertestudiet om hvordan systematisk bruk av musikk og

sang kan lindre smerte, dempe uro og utagering, øke livskvaliteten og den fysiske aktiviteten. Videre er parkinsonprosjektet videreført i 2020. Kompetansesenteret har også i 2020 bidratt med innlegg ved ulike internasjonale, nasjonale og regionale konferanser, møter og arrangement og vært arrangør og medarrangør på en rekke arrangementer.

Det ble bevilget 3 mill. kroner til tiltaket i 2021. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Nord Universitet på vegne av partnerskapet for Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg i 2022. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er ansvarlig for opplæringsprogrammet; Musikkbasert miljøbehandling (MMB).

Formålet med programmet er å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Studier viser at systematisk og integrert bruk av musikk og sang i miljøbehandling kan fungere mot uro og depresjon og redusere bruken av psykofarmaka. Opplæringsprogrammet ble evaluert gjennom en kvalitativ undersøkelse i 2019. Resultatene viste at sang og musikk kan gi en helsefremmende effekt ved redusert forbruk av legemidler. Disse funnene støtter opp under tidligere forskning.

Det var gjennomgående lavere måloppnåelse for Musikkbasert miljøbehandling i 2020 grunnet covid-19. På tross av de endrede forutsetningene knyttet til covid-19 fikk senteret imidlertid gjennomført flere kurs og utdanninger med totalt 640 deltagere i 2020.

Det ble i 2021 bevilget 5 mill. kroner til opplæringsprogrammet. Bevilgningen foreslås videreført i 2022. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Opplæringsmateriell til helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til personer med utviklingshemming

Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet Mitt livs ABC – et kompetansehevende tiltak for ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Målet er å bidra til bedre livskvalitet, bedre tjenester og bedre rettssikkerhet for personer med utviklingshemming. Mitt livs ABC skal implementeres i landets kommuner i samarbeid med lokale fagmiljøer.

Ved utgangen av 2020 har 5605 personer startet med ABC-opplæringen og 1080 personer er påmeldt. Aldring og helse har på oppdrag fra HelseDirektoratet gitt ut e-læringsprogrammet «Dette må jeg kunne – Gode tjenester til personer med utviklingshemming». Det er basert på heftet med samme navn og ble ferdigstilt og lansert i juni 2020.

I 2021 ble det bevilget 6 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2022. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Kompetansehevede tiltak i omsorgstjenestene til samiske brukere

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til å bygge opp, implementere og styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til brukere med samisk språk og kulturbakgrunn gjennom fagutvikling og kompetanseheving. Tiltakene skal rettes mot områder som omfatter innbyggere med både sør-, nord- og lulesamisk språk og kultur. Tilskuddet skal bidra til å framskaffe, initiere og spre kunnskap om behovene til samiske innbyggere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, samt hvordan disse behovene best kan dekkes og bidra til økt kompetanse blant personell som yter kommunale helse- og omsorgstjenester til samiske brukere. Ordningens kriterier ble utformet i et samarbeid mellom HelseDirektoratet og Sametinget. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

I 2020 er det innvilget tilskudd til tre aktører. I 2020 er det ikke gjennomført like mange tiltak innen kompetanseheving som ønsket, dette delvis fordi situasjonen med covid-19 har hindret gjennomføring av planlagt prosjekter.

Det ble i 2021 bevilget 1,2 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Senter for omsorgsforskning

Senter for omsorgsforskning er gitt i oppdrag å arbeide med formidling av forskning og innovasjon og bistå Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT).

Det ble i 2021 bevilget 1 mill. kroner til Senter for omsorgsforskning sitt arbeid med å formidle kunnskap om forskning og innovasjon i omsorgssektoren. Sentrene har siden 2015 blant annet driftet Omsorgsbiblioteket.no og Tidsskrift for omsorgsforskning. Omsorgsbiblioteket er et bibliotek på nett hvor forskning og utviklingsarbeid blir samlet og oppsummert for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tidsskrift for

omsorgsforskning er et gratis tidsskrift med den ferskeste forskningen i form av vitenskapelige artikler og fagartikler på nett. Det er blant de mest leste tidsskriftene til Universitetsforlaget, med om lag 93 600 artikkelvisninger i 2020. I 2020 publiserte Tidsskrift for omsorgsforskning 38 artikler, hvorav 19 var vitenskapelige artikler. Formidling av forskning og innovasjon må ses i sammenheng med sentrenes formaliserte samarbeid med USHTene i sin region, og deres oppdrag om å være et dokumentasjonssenter for forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i omsorgssektoren.

Det ble i 2021 bevilget 3,6 mill. kroner til sentrenes arbeid med å bistå og samarbeide med USHTene i sin region, i deres arbeid med å oppfylle sine samfunnsoppdrag. For nærmere omtale av USHTene vises det til post 67.

Den samlede bevilgningen på 4,6 mill. kroner foreslås videreført i 2022. For øvrig mottar Senter for omsorgsforskning driftstilskudd over kap. 780, post 50. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Senter for alders- og sykehjemsmedisin

Formålet med bevilgningen er å bidra til å løfte kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom forskning og undervisning. Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen (SEFAS) driver utstrakt undervisning og kursing for å implementere ny kunnskap i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Sentrale områder er lindrende behandling og omsorg og undervisning og tilrettelegging for studenter.

I 2020 har senteret publisert 23 vitenskapelige fagfelleverderte forskningsartikler. SEFAS har hatt høy aktivitet, med blant annet en rekke konferanser og webinar nasjonalt og internasjonalt, og regelmessig kontakt med pasienter, pårørende, kommuner og fylkeskommuner.

I 2021 ble det bevilget 3 mill. kroner til Senter for alders- og sykehjemsmedisin i 2021. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022.

Senter for medisinsk etikk

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME) jobber med medisinsk og helsefaglig etikk gjennom forskning, undervisning og formidling. SME skal blant annet bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for beslutninger og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten, og bidra til å styrke medvirkning i tjenestene. Senteret skal også koordinere og kvalitetssikre kliniske etikko-

mitéer i helseforetakene og bistå kommuner som ønsker å etablere kliniske etikkomiteer.

Senteret har hatt stor aktivitet i 2020. Det er publisert et nettkurs i hvordan gjennomføre etikkrefleksjon ved bruk av SME-modellen. En ny fagbok i helseetikk – Etikk i helsetjenesten – er gitt ut. Boken gir en innføring i helseetikk og er beregnet på helsepersonell og som lærebok på helsefagutdanninger. En rekke vitenskapelige artikler er publisert, blant annet en oversiktsartikkel om etiske utfordringer i hjemmebaserte tjenester. Samarbeidet med KS er videreutviklet og har resultert i en veileder for SME-modellen. I 2020 har også etikkarbeidet vært knyttet til pandemien. SME har gitt råd til myndighetene og de kliniske etikk-komiteene om etiske spørsmål som pandemien har reist.

Det ble i 2021 bevilget 3,2 mill. kroner som et øremerket tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til SME i 2022. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og ses i sammenheng med tilskuddet til nasjonal koordinering og fagutvikling av kliniske etikkomiteer i helseforetakene. Det vises til kap. 781, post 79 for nærmere omtale. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Evalueringsprosjekt 2020

Omsorg 2020 følges opp med et evalueringsprogram. Evalueringen skal være resultatorientert og vil blant annet se på hvordan nybyggede sykehjem og omsorgsboliger fungerer for dem som bor der, arbeider der og for pårørende og lokalsamfunnet. Plan for ferdigstilling av evalueringen er våren 2022. Evalueringen finansieres gjennom Norges forskningsråd over kap. 780, post 50.

Noklus

Målet med bevilgningen har vært å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene i sykehjem og hjemmetjenesten. Kommuner skal tilbys tilslutning til Noklus og få opplæring.

Noklus startet prosjektet i 2016 med å kvalitetsforbedre laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten i tre fylker. Dette er blitt utvidet med åtte nye fylker i løpet av årene 2017–2020. Prosjektet blir godt tatt imot, og de aller fleste enheter har takket ja til å delta. Målet er at kommunene etter en toårsperiode skal finansiere sin deltakelse i Noklus. Dette er samme modell som ble brukt da sykehjem ble inkludert i perioden 2007–2012.

902 sykehjem deltok i Noklus ved utgangen av 2020, og i løpet av året fikk 212 sykehjem besøk

og 30 videomøter ble avholdt. Hjemmetjenesten samarbeider med flere aktører (sykehjem, fastlegekontor og legevakt). I 2020 ble det gjennomført 57 besøk og 151 annen type oppfølging via e-post, video/telefonmøter. Det ble arrangert 106 lokale kurs med til sammen 697 deltakere hos enheter i prosjektet. Mange kommuner har etablert gode rutiner og fått økt kompetanse.

I 2021 ble det bevilget 7,8 mill. kroner til Noklus. Fra og med 2022 legges det opp til at kommunene selv må finansiere sin deltakelse i Noklus. Tilskuddet foreslås avvirket for å frigjøre midler til andre prioriterte tiltak.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Bevilgningen dekker arbeidet med utvikling av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse. Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal oppsummere erfaringene med BPA-ordningen, med utgangspunkt i gjennomførte evalueringer. Utvalget skal utrede hvordan man kan sikre at ordningen fungerer etter hensikten, herunder utrede hvordan ordningen kan innrettes for å sikre deltagelse i arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Ordningen skal være reelt brukerstyrt. Utvalget leverer sin innstilling i desember 2021.

Antibiotikaresistens

Bevilgningen skal nyttes til arbeidet med antibiotikaforskrivning rettet mot leger i kommunale institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddsmottaker er Antibiotikasenter for primærmedisin. I 2021 ble det bevilget 3 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2022. Antibiotikasenter for primærmedisin mottar også tilskudd over kap. 762, post 70. Det vises til utvidet omtale på kap. 762, post 70.

Redusere de negative konsekvensene av smittevern-tiltak

Den kommunale omsorgstjenesten har ansvar for mennesker som er særlig sårbare for koronavirus, enten pga. alder eller fordi de har underliggende sykdommer/funksjonsnedsettelse som gjør dem spesielt sårbare. De nasjonale rådene har rettet oppmerksomheten mot å beskytte sårbare grupper.

Blant annet har det vært restriksjoner knyttet til besøk ved helse- og omsorgsinstitusjoner, anbefalinger om at ansatte bør forholde seg til én arbeidsplass, i tillegg til de grunnleggende tilta-

kene som hele tiden har ligget i bunnen: holde én meter avstand, holde oss hjemme når vi er syke, og å vaske og sprite hendene.

Dette har vært viktig. Samtidig ser vi at de strenge smittevernstiltakene har ført til ekstra belastninger for mange av omsorgstjenestens brukere, som stengte eller reduserte tjenester, ensomhet og sosial isolasjon. Stengte eller reduserte tjenester har også medført belastninger for pårørende. Besøksrestriksjoner har medført at pårørende ikke har fått møtt sine kjære. For andre har omsorgsbelastningene blitt forsterket. Regjeringen har derfor fortløpende tatt flere grep for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene, blant annet gjennom kontinuerlig oppdatering og tydeliggjøring av faglige råd og anbefalinger.

I tillegg til generelle styrkinger av kommuneøkonomien gjennom pandemien, er det bevilget særskilte midler rettet mot sårbare grupper. For nærmere omtale av barn og unge, se kap. 762.

Stimuleringsprogrammet for helsefrivilligheten

Frivilligheten har en sentral rolle i arbeidet med å begrense ensomhet, og i å bidra til nytenkning, sosialt fellesskap og økt aktivitet og deltakelse. Regjeringen opprettet derfor før sommeren 2020 Stimuleringsprogram for helsefrivilligheten (Stimuleringsprogrammet) i samarbeid med Stiftelsen Dam, jf. Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 11 S (2019–2020).

Formålet med programmet har vært å stimulere til tiltak i regi av frivillige organisasjoner som bidrar til å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene. Tilskuddsordningen skal støtte tidsavgrensede tiltak med mål om å fremme levekår, fysisk og psykisk helse, mestring, livskvalitet eller sosial deltakelse under pandemien. Det er Stiftelsen Dam som forvalter tilskuddet, og det ble i 2020 bevilget 75 mill. kroner til programmet. Det har vært stor pågang til programmet, og rammene for 2020 ble i sin helhet utbetalt.

Statistikk fra Stiftelsen Dam viser at det i 2020 ble innvilget tilskudd til 160 prosjekter fordelt på 64 organisasjoner. Gjennom Stimuleringsprogrammet er det gitt støtte til en rekke organisasjoner og målgrupper. Prosjektene treffer bredt, fra psykisk og somatisk helse, til levekår og tiltak for personer med funksjonsnedsettelse. Prosjektene retter seg mot alle aldersgrupper, med en hovedvekt av deltakere mellom 20–66 år. Tilskuddene er i tråd med regelverket benyttet til opprettelse av møteplasser og digitalisering av likepersonsarbeid, samt sosiale aktiviteter og praktiske tjenes-

ter. I en undersøkelse Stiftelsen Dam har gjennomført blant sine søkerorganisasjoner rapporterer om lag 90 pst. av respondentene at Stimuleringsprogrammet og Aktivitetsprogrammet har hatt stor eller svært stor betydning for organisasjonen og medlemmene. Videre at midlene har bidratt til å opprettholde aktiviteter for sårbare grupper, som har opplevd stengte eller reduserte tilbud under pandemien.

Programmet ble videreført i 2021 med en ramme på 90 mill. kroner, jf. Innst. 11 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021).

Tiltakspakke for sårbare eldre

Ved stortingets behandling av revidert budsjett 2020, jf. Innst. 360 S (2019–2020), ble det bevilget 400 mill. kroner til en tiltakspakke for sårbare eldre. Formålet med tilskuddet har vært å bekjempe ensomhet og sikre aktivitetstiltak for eldre. Som en del av tiltakspakken ble det opprettet fire tilskuddsordninger:

- Opplæring og implementeringsstøtte for å styrke den digitale kompetansen (tiltakspakke for sårbare eldre)
- Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet (tiltakspakke for sårbare eldre)
- Aktivitetstilbud og besøksverter (tiltakspakke for sårbare eldre)
- Frivillighetens program for besøk og aktivitet for sårbare eldre (Aktivitetsprogrammet)

Opplæring og implementeringsstøtte

Målet med ordningen har vært å motvirke ensomhet blant eldre ved å utvikle og prøve ut teknologiske verktøy, samt gi IKT-opplæring som kan heve den digitale kompetansen. Dette skal bidra til å vedlikeholde og styrke eldres muligheter til å opprettholde sitt sosiale nettverk. Tiltakene skal mobilisere unge, eldre og pårørende, ved for eksempel å tilrettelegge for møteplasser og samhandling mellom generasjoner, f.eks. gjennom tilbud om datahjelp fra unge til eldre mennesker. Rapporteringen viser et bredt spekter av tiltak med formål som omfattes av ordningen. Det ble innvilget 21 søknader om tilskudd i 2020. Mange jobber fortsatt med utprøving. Det er derfor for tidlig å rapportere på effekter.

Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet (tiltakspakke for sårbare eldre)

Formålet med tiltaket har vært å motvirke ensomhet og passivitet, og å skape aktivitet, deltakelse,

sosialt fellesskap og møteplasser. Målgruppen er seniorer og eldre som bor i eget hjem eller omsorgsbolig.

Oppsummert viser rapporteringene at mange prosjekter har startet opp som planlagt, men også at noen har måttet redusere antall deltakere, og gjennomføre aktiviteter i mindre grupper enn planlagt. Noen rapporterer også om utfordringer med å rekruttere deltakere til aktiviteter, da mange i målgruppen har vært skeptiske til å ha kontakt med flere enn sine nærkontakter. Noe planlagt aktiviteter utsatt pga. smittesituasjonen og smittevernsrestriksjoner. Samtidig rapporteres det om at mye god planlegging for gjennomføring av aktiviteter i 2021.

Det ble bevilget 149 mill. kroner til formålet i 2020.

Aktivitetstilbud og besøksverter (tiltaksplan for sårbare eldre)

Målet har vært å stimulere til innovative tiltak for å opprettholde aktivitet og sosial kontakt, slik at personer i målgruppen får aktive og meningsfulle hverdager, gode opplevelser og sosial kontakt med sine nærmeste. Målgruppen er eldre personer som er langtidsboende ved sykehjem og i omsorgsbolig med heldøgns bemanning.

Tilskuddsordningen er delegert til statsforvalterne og ses i sammenheng med den eksisterende tilskuddsordningen til Aktivitetstilbud til langtidsboende ved sykehjem og beboere i omsorgsbolig med heldøgns bemanning, jf. post 68.

Statsforvalteren rapporterer om at det har vært stor interesse for å søke på ordningen fra kommunene. Det er gjennomført gode tiltak som har bidratt til økt aktivitet og aktivisering for eldre på institusjon. Sykehjem og omsorgsboliger har engasjert besøksverter som har bidratt med forskjellige typer opplevelser for de som bor på institusjon. Det har vært arrangert turer, det har vært kjøpt inn forskjellig utstyr for å kunne gjennomføre aktiviteter, det har vært organisert digitale konserter, samlet flere til måltidsopplevelser, innkjøp av digitale enkle plattformer slik at det har vært mulig å gjennomføre digitale familiesammenkomster mv. Det har vært et mål om lav terskel for å få innvilget midler, slik at det har blitt et bredt spekter av tilbud til aktivitetstilbud i en sårbar tid. De fleste aktivitetene har blitt gjennomført i 2020, men enkelte er overført til 2021 pga. smittesituasjonen lokalt.

Det ble bevilget 183 mill. kroner til tilskuddet i 2020 over kap. 761, post 68 og 79.

Frivillighetens program for besøk og aktivitet for sårbare eldre (Aktivitetsprogrammet)

Formålet med programmet har vært å gi støtte til frivillige organisasjoner som fremmer levekår, fysisk og psykisk helse, mestring, livskvalitet eller sosial deltakelse hos sårbare eldre og eldre som har fått redusert sine tjenester grunnet smittevern hensyn forbundet med koronapandemien. Det er Stiftelsen Dam som forvalter tilskuddet på vegne av Helsedirektoratet, og det ble i 2020 bevilget 49,5 mill. kroner til programmet.

Av bevilgningen på 49,5 mill. kroner ble 28,3 mill. kroner utbetalt til 126 prosjekter i 2020. Lav utnyttelse av tilgjengelige budsjettmidler må ses i lys av at ordningen kommer i tillegg til andre lignende ordninger, og at ordningen ble etablert sent på året. Statistikk fra Stiftelsen Dam viser at de fleste prosjektene retter seg mot psykisk helse og tiltak for bedrede levekår, og at målgruppen er eldre (66+). Tilskuddene er i tråd med regelverket benyttet til opprettelse av besøksvert og besøksvenntjenester, praktiske tjenester, møteplasser og tiltak for å opprettholde tilbud i regi av frivillige organisasjoner.

Programmet ble videreført i 2021 med en ramme på 50 mill. kroner, jf. Innst. 11 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2021–2021).

Anmodningsvedtak

Besøksrestriksjoner og besøksstans i boliger for eldre og funksjonshemmede

Vedtak nr 4, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for en kartlegging av offentlige myndigheters håndtering av besøksrestriksjoner og besøksstans i boliger for eldre og funksjonshemmede under koronapandemien, enten som egen gransking eller ved å tydeliggjøre mandatet til koronakommisjonen til å omfatte dette.»

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

Det er blitt jobbet systematisk med kartlegging og rapportering av situasjonen for eldre og personer med funksjonsnedsettelse under koronapandemien. Konsekvensene av pandemien og smitteverntiltakene er grundig beskrevet i Koronakommisjonens rapport og Senter for omsorgsforskning sin rapport om hvordan pandemien har rammet de eldste og mest sårbare i Norge.

Regjeringen har fortløpende bedt Helsedirektoratet oppdatere alle relevante faglige råd til helse- og omsorgstjenestene, herunder rådene knyttet til besøk ved helse- og omsorgsinstitusjoner. Blant annet gjennom oppdrag 69 (besøk), 199 (tiltak for å forhindre smittespredning til eldre og sårbare grupper), 217/220 (presisere råd og anbefalinger rettet mot sårbare grupper) og 365 (tiltak til personer med funksjonsnedsettelse).

Beboere i sykehjem er særlig utsatt for smitte grunnet høy alder og komorbiditet, og det er derfor iverksatt en rekke tiltak for å hindre smitte, blant annet adgangskontroll og besøksstans i alle landets offentlige og private helse- og omsorgsinstitusjoner og fellesarealer i omsorgsboliger. Selv om adgangskontroll og besøksstans da var viktig for å minske smittespredningen i helse- og omsorgsinstitusjoner, er det uheldig å isolere beboere og pasienter fra sosial kontakt med sine nærmeste over lang tid. Anbefalingene er derfor fortløpende oppdatert og gjort enda klarere, for å ivareta menneskers behov for besøk og sosial omgang med andre. Besøksveilederen har nå klare vurderingskriterier tilpasset ulike lokale smittesituasjoner.

De nye anbefalingene fra Helsedirektoratet er klare. Sykehjemmene skal legge til rette for besøk så langt det er mulig og forsvarlig. De nye anbefalingene har egne råd og anbefalinger for beboere som er fullvaksinerte og beboere som ikke er vaksinerte. Strengt regler kan bare forsvares for å begrense smittespredning ved lokale utbrudd. Beboere på sykehjem og andre institusjoner skal kunne motta besøk hvis det er lite smitte i lokalsamfunnet. Vi følger med på situasjonen, og når det gjelder akkurat denne tematikken så har vi bedt Statsforvalterne om å følge opp kommuner som har for strenge regler for besøk.

Besøksrestriksjoner i private hjem kan bare besluttes av tjenestemottakeren selv, ev. i samråd med tjenesteyterne, pårørende og/eller verge. Boenhet som tjenestemottakeren betaler husleie for (ikke egenandel som i sykehjem/institusjon) i samlokaliserte omsorgsboliger, bofelleskap eller tilsvarende, er tjenestemottakerens private hjem. Det fremgår av den nasjonale veilederen om koronavirus at kommunen skal bidra til at tjenestemottakere får tilpasset informasjon og nødvendig hjelp til å vurdere om omfang av besøk og sosial kontakt er iht. nasjonale og lokale smittevernråd. Tjenestemottakeren skal også få bistand til å forstå og gjennomføre anbefalte smitteverntiltak og andre anbefalte risikoreducerende tiltak i forbindelse med besøk og annen sosial kontakt. Den nasjonale veilederen er utarbeidet av Helsedirek-

toratet. I tillegg til å følge med på utviklingen og kontinuerlig oppdatering av råd og anbefalinger, har regjeringen sørget for å kompensere kommunesektoren for merutgifter i forbindelse med smitteverntiltakene. I tillegg til generelle styrking av kommuneøkonomien gjennom pandemien, har regjeringen bevilget særskilte midler rettet mot eldre og særlig sårbare grupper, for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene, både i 2020 og 2021. Blant annet tilskudd til besøksverter som skal legge til rette for at besøk kan gjennomføres på en hyggelig, god og smittevernsikker måte, jf. Prop. 117 S (2019–2020), Prop. 127 S (2019–2020) og Innst. 360 S (2020–2021) og Prop. 1 S (2020–2021) og Innst. 11 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 60 Kommunale kompetansetiltak

Bevilgningen dekker tilskudd til Kurspakke for ufaglærte. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har siden 2010 hatt i oppdrag å utvikle og tilby en kurspakke for ufaglærte. Formålet er opplæring av ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider, alternativt kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. Fra og med 2018 ble tilskuddsordningen Kvalifisering av fremmedspråklige innlemmet i Kurspakke for ufaglærte. Dagens deltakere i Kvalifisering av fremmedspråklige skal ivaretas innenfor ordningen Kurspakke for ufaglærte.

I 2020 besto 72 deltakere fagprøven som helsefagarbeider. Siden oppstart i 2012 har 490 personer bestått fagprøven. I 2020 har 161 deltakere tatt tverrfaglig eksamen vg3, og av disse har 133 bestått.

Bevilgningen foreslås videreført med 9,5 mill. kroner i 2022. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Post 61 Vertskommuner

Etter ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede, som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet, overtok 33 kommuner ansvaret for en rekke beboere hjemmehørende i andre kommuner. Formålet med den øremerkede tilskuddsordningen er å kompensere de nå 32 vertskommunene for de beboerne som valgte å bli boende i institusjonskommunen. Tilskudd er fordelt iht. antall gjenværende vertskommunebeboere. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektregnskap for tilskuddet. Kommunene må

kunne legge dette fram for Helsedirektoratet på forespørsel.

En del av vertskommunene vil pga. frafall av beboere kunne få store endringer i inntekt fra ett år til et annet. Dette kan gi enkelte kommuner utfordringer i arbeidet med omstilling og nedbygging av tjenestetilbudet. Det er innført en skjermingsordning for å sikre vertskommuner mot brått inntektsbortfall, slik at ingen kommuner ved frafall av beboere trekkes mer enn et fastsatt beløp knyttet til antallet innbyggere i kommunen. Skjermingsbeløpet per innbygger skal svare til beløpet som gjelder for overgangsordningen i inntektssystemet. Uttrekk av midler vil bli foretatt uavhengig av øvrige uttrekk av rammetilskuddet til kommunene. Den delen av reduksjonen i tilskudd som den enkelte kommune ikke blir trukket pga. skjermingsordningen, hefter ved denne kommunen de påfølgende år. Ordningen med 50 pst. uttrekk for kommuner som ligger under dagens gjennomsnitt for vertskommunene samlet, videreføres. Telling og uttrekk av midler ved frafall av beboere vil bli gjennomført hvert år fram til alle beboere har falt fra, og tilskuddsordningen er avviklet i sin helhet. Det foreslås å redusere bevilgningen med 52,7 mill. kroner i 2022 som følge av dette.

Post 62 Investeringstilskudd til trygghetsboliger

Det foreslås å gjennomføre en pilot med investeringstilskudd til trygghetsboliger for eldre fra Husbanken. Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere kommunene og borettslag til å øke tilbudet av trygghetsboliger til eldre. Tilskuddet kan gis til både bygging, kjøp, leie og ombygging av trygghetsboliger med felles oppholdsarealer. Det skal ikke gis tilskudd til ordinært vedlikehold.

Forslaget har vært på høring, og det er mottatt 43 høringsuttalelser, hvorav 38 hadde merknader eller støttet forslaget i sin helhet. Overordnet er høringsinstansene positive til at det gjennomføres en pilot med investeringstilskudd til trygghetsboliger, men det fremheves fra flere at detaljene i ordningen må klargjøres, herunder krav til boligene, rollen til trygghetsvertene, tildelingskriterier og livsløpsstandard mv. Departementet har merket seg innspillene og vil følge opp merknaene i det videre arbeidet med endelig regelverk og veiledningsmaterieell for ordningen. Flere av høringsinstansene har innvendinger mot den foreslåtte avgrensningen av piloten til kun å gjelde kommuner i sentralitetsgruppe 5 og 6 (SSBs sentralitetsindeks), med henvisning til at det er behov

for denne typen boliger i hele landet, og at en slik avgrensning vil slå skjevt ut. Det vises blant annet til at mange større kommuner også har områder med mange av de samme fellestrekkene som kommuner i sentralitetsgruppe 5 og 6, med lav omsetning og lite nybygging. Regjeringen vurderer at behovet for denne typen boliger er størst i distriktskommuner, og det foreslås at den foreslåtte avgrensningen fastholdes for å høste erfaringer i pilotperioden.

For å få søknaden vurdert, foreslås det at det legges til grunn at det må foreligge markedssvikt, dvs. at det ikke eksisterer eller bygges denne typen boliger i kommunene i det ordinære markedet. Kommunene må selv vurdere markedssituasjonen i den enkelte kommune, for å fastslå at det er mangel på tilrettelagte boliger i markedet, at nye prosjekter ikke igangsettes i kommunen og at salg av privateid bolig ikke vil være tilstrekkelig til å finansiere en sentrumsnær tilrettelagt leilighet.

Målgruppen for boligene er eldre, og det foreslås som en hovedregel en nedre aldersgrense på 65 år. For å kvalifisere til trygghetsbolig legges det til grunn at den nåværende boligen eller situasjonen er uegnet. For at det sosiale aspektet skal fungere best mulig, er man avhengig av interesse og innsats fra beboerne. Det anbefales derfor at helse- og omsorgsbehov ikke benyttes som tildelingskriterium. Som et vilkår for tildeling av tilskudd til trygghetsboliger skal det etableres en ordning med trygghetsvert. Det er kommunen som har ansvar for at det etableres og opprettholdes et slikt tilbud. Kommunen kan involvere andre i driften, for eksempel borettslag, frivillige, ideelle organisasjoner mv.

Departementet arbeider med å følge opp høringen og vil i løpet av høsten 2021 fastsette ny forskrift for piloten med investeringstilskudd til trygghetsboliger. Husbanken vil få i oppdrag å utarbeide veiledningsmaterieell for ordningen. Piloten vil bli evaluert.

Det benyttes samme budsjetteringssystem for post 62 som for post 63 og 69. Det foreslås en maksimal anleggskostnad på 4,0 mill. kroner for nybygg og 3,0 mill. kroner for rehabilitering av eksisterende bygg. Videre foreslås det at tilskuddssatsen utgjør 30 pst. av anleggskostnadene.

For nærmere omtale av budsjetteringssystemet vises det til omtale på kap. 761, post 63.

Det foreslås en tilsagnsramme på 57 mill. kroner i 2022, med en bevilgning på 5,7 mill. kroner knyttet til tilskudd som innvilges i 2022. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 51,3 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Post 63 Investeringstilskudd – rehabilitering mv.

Bevilgningen dekker investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser gitt i perioden fram til og med 2018, samt tilsagn om tilskudd fra og med 2019 til rehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Videre dekker bevilgningen utbetaling av tilsagn om investeringstilskudd til lokalkjøkken med eget produksjonskjøkken.

Bevilgningen på posten foreslås samlet redusert med 995,8 mill. kroner:

- 47,6 mill. kroner i økt bevilgning som første års utbetaling av tilsagnsrammen for 2022, tilsvarende investeringstilskudd til om lag 250 heldøgns omsorgsplasser.
- 7,4 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forventet utbetaling av gitte tilsagn om investeringstilskudd til lokalkjøkken fra tidligere år.
- 1 036 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forventet ferdigstillelse av prosjekter med tilsagn fra tidligere år.

Det foreslås endringer i utbetalingsprofilen for nye tilsagn om tilskudd fra og med 2022.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser – rehabilitering

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet har vært å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester.

For 2022 foreslås det en tilsagnsramme til nye tilskudd på 475,5 mill. kroner på posten. Rammen vil dekke tilskudd til rehabilitering/modernisering og utskifting av om lag 250 heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig.

Husbanken innvilger investeringstilskudd til prosjekter som kan ta flere år å fullføre. Posten har derfor et budsjetteringssystem med tilsagnsramme, tilsagnsfullmakt og bevilgning. Det vises til Prop. 1 S (2014–2015) for Helse- og omsorgsdepartementet, boks 4.2, for beskrivelse av budsjetteringssystem for poster med tilsagnsfullmakt. I budsjetteringen av investeringstilskuddet legges det til grunn at tilsagnsrammen utbetales over flere år basert på en vedtatt utbetalingsprofil. Det vises til eget avsnitt under om forslag til ny utbetalingsprofil fra og med 2022.

Det foreslås en bevilgning på 2 257,8 mill. kroner i 2022, hvorav 47,55 mill. kroner er knyttet til tilskudd som innvilges i 2022 og 2 210,3 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2022. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 3 631,8 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Den maksimale anleggskostnaden foreslås satt til 3,621 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og 4,141 mill. kroner for pressområdekommuner. Som følge av økte maksimale anleggskostnader, heves dermed de maksimale tilskuddssatsene som vist i tabell 4.12. I forvaltningen av tilskuddet skal de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen Leve hele livet bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

For å motta fullt tilskudd til rehabilitering og/eller bygging av nye heldøgns omsorgsplasser, må nye prosjekter inneholde produksjonskjøkken og tilfredsstillende lokale kjøkkenfunksjoner i eller i nærheten av boenhetene. For prosjekter uten dette, reduseres maksimal godkjent anleggskostnad med 5 pst.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2020/Demensplan 2025 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

Tabell 4.12 Foreslåtte tilskuddssatser i 2022 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per plass i 2022 (tusen kroner)	Pressområde- kommuner	Andre kommuner
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2 278	1 992
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 863	1 629
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2 071	1 811
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	4 141	3 621

Rapportering

I 2020 utbetalte Husbanken investeringstilskudd for 3 385 mill. kroner på posten. Til sammen 1935 heldøgns omsorgsplasser ble ferdigstilt og fikk utbetalt tilskudd. 1183 av plassene var i sykehjem og 752 i omsorgsbolig.

Over post 63 ble det i 2020 innvilget tilsagn om tilskudd for 1 396,3 mill. kroner. Til sammen 624 heldøgns omsorgsplasser fikk tilsagn, fordelt på 357 plasser i omsorgsbolig og 267 plasser i institusjon. Samlet tilsagnsbeløp var 1 396,3 mill. kroner.

Ny utbetalingsprofil

Heldøgns omsorgsplasser er store investeringer i kommunene som krever god planlegging. Men det vil likevel kunne være uforutsette hendelser som vil kreve endringer i planene. Det er derfor utfordrende å lage en konsistent utbetalingsprofil som treffer nøyaktig for det enkelte budsjettår. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer imidlertid at det er behov for en mer treffsikker utbetalingsprofil, som vil redusere det årlige ubrukte beløpet som overføres mellom budsjettårene. Med forslag til ny utbetalingsprofil vil kommunene også motta en andel av tilskuddet underveis i prosessen, i stedet for å måtte vente til ferdigstillelsen før første og eneste utbetaling av tilskudd. Det foreslås at utbetalingsprofilen endres fra tilsagnsåret 2022.

Endringen i utbetalingsprofilen vil gjelde både for investeringstilskuddet til rehabilitering/modernisering av heldøgns omsorgsplasser over kap. 761, post 63 og for investeringstilskuddet til netto tilvekst over kap. 761, post 69. Det vises også til forslag om pilot med investeringstilskudd til trygghetsboliger for eldre, som også vil ha samme utbetalingsprofil.

Det foreslås at investeringstilskuddet utbetales i to delutbetalinger, der den første delutbetaling skjer ved byggestart og delutbetaling to når prosjektet er fullført og tatt i bruk. Delutbetaling 1 utgjør 40 pst. av tilskuddet. Det foreslås samtidig at utbetalingsprofilen utvides fra fem til seks år.

For å sikre best mulig treffsikkerhet for framtidige budsjetter og større grad av realistisk budsjettering endres utbetalingsprofilen i tråd med tabell 4.13.

Tabell 4.13 Utbetalingsprofil

Utbetalingsår	Ny profil fra og med 2022	Profil til og med 2021
1	10 %	5 %
2	35 %	15 %
3	15 %	30 %
4	20 %	30 %
5	15 %	20 %
6	5%	

Plankrav

Som varslet i Prop. 1 S (2020–2021) vil det innføres et plankrav ved søknad om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Innførings-tidspunktet var opprinnelig foreslått til 2021, men med mulighet for å tilpasse tidspunktet til koronasituasjonen. Av hensyn til kommunenes ekstraordinære innsats under pandemien utsettes innføringen av plankravet til 1. januar 2022. Dette innebærer at søknader som kommer inn i løpet av 2021 ikke omfattes av plankravet. Videre vil det bli vurdert om prosjekter som påbegynnes i 2021, men hvor søknad sendes i 2022, skal omfattes. Prosjekter som påbegynnes i 2022 omfattes av et plankrav.

Det legges ikke opp til at plankravet medfører behov for rullering eller endring av allerede vedtatte overordnede planer. Innholdet i plankravet vil være:

- beskrivelse av dagens bo- og tjenestetilbud
- utarbeide et kunnskapsgrunnlag basert på tilgjengelig statistikk
- beskrivelse av hvordan brukermedvirkning er ivaretatt
- beskrivelse av hvordan investeringer og drift er ivaretatt i økonomiplan og/eller årsbudsjett
- behovsvurderinger – helhetlig vurdering av overnevnte punkter

Mindre tiltak som først og fremst skal bidra til bedre kvalitet på eksisterende omsorgsplasser er fritatt fra plankravet, som fellesareal som kun er til bruk for beboerne i omsorgsbygget, opparbeiding av uteareal, for eksempel etablering av sanseshage og rene utbedringer som installering av velferdsteknologi, sprinkleranlegg, heis med mere.

Husbanken vil frem mot innføringen utvikle skjemaer/verktøy til nytte i kommunenes planleggingsprosesser. Kommunene bes derfor om tidlig å kontakte Husbankens regionkontor for dialog

om kartlegging, planer og konkrete prosjekter og hva plankravet betyr for disse tiltakene.

Samarbeid med KS om fremtidige behov

Det er etablert samarbeid med KS om et løpende planarbeid for å kartlegge og utrede framtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og omsorgsboliger. Regjeringen og KS sammenholder foreliggende materiale fra KS, SSB, diverse undersøkelser, samt statistikk og vurderinger fra Husbanken med sikte på nærmere analyser av behovet i årene framover og som grunnlag for fastsettelse av investeringsrammen i framtidige års budsjett. Planarbeidet forankres i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Plansamarbeidet har også blant annet resultert i et felles notat om forståelsen av heldøgnsbegrepet til bruk i statistikk.

Investeringsstilskudd til lokalkjøkken

Regjeringen har fra 1. oktober 2019 etablert et eget investeringsstilskudd til lokalkjøkken. Ordningen gjelder etablering eller gjenetablering av lokale kjøkkenløsninger med eget produksjonskjøkken ved eksisterende sykehjem og omsorgsboliger for personer med heldøgns tjenestetilbud. Tilskuddet skal bidra til flere lokale produksjonskjøkken på sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. Målet er å gjøre mat og måltider til en bedre opplevelse og styrke matomsorgen ved å bringe mat og måltidsopplevelser tettere på beboerne i sykehjem og omsorgsboliger. Hele tilsagnsrammen på 12,5 mill. kroner ble benyttet i 2019. I 2020 ble det gitt tilsagn om tilskudd til fem prosjekter med et samlet tilsagnsbeløp på 23,8 mill. kroner. Tilsagnsrammen i 2020 var på 96,9 mill. kroner. Prosjektene som mottok tilsagn i 2020 omfatter 445 personer med et heldøgns tjenestetilbud som enten bor på sykehjemmet eller i omsorgsboliger eller eget hjem i umiddelbar nærhet til det lokale produksjonskjøkkenet.

Det ble ikke vedtatt tilsagnsramme til nye prosjekter i statsbudsjettet for 2021. Det vises for øvrig til krav om kjøkkenløsninger i fremtidige prosjekter til heldøgns omsorgsplasser, jf. omtale av investeringsstilskudd til heldøgns omsorgsplasser på post 63 og 69.

Bevilgningen i 2022 foreslås redusert med 7,4 mill. kroner til 10,9 mill. kroner til å dekke utbetalingen av tilsagn gitt i 2019 og 2020, i tråd med gjeldende utbetalingsprofil for tilskuddet. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 14,4 mill. kroner, knyttet til gjestående utbetaling av

tidligere gitte tilsagn om tilskudd, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Anmodningsvedtak

Nye finansieringsformer – Boliger til eldre

Vedtak nr. 438, 31. januar 2018

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

Vedtaket ble truffet gjennom votering over forslag 3 i forbindelse med debatten etter erklæring fra regjeringen Solberg 31. januar 2018. Regjeringen har hatt et forslag til investeringstilskudd til trygghetsboliger for eldre på høring og foreslår på denne bakgrunn å gjennomføre en pilot med investeringstilskudd til trygghetsboliger i distriktkommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 (SSBs sentralitetsindeks). Bakgrunnen for forslaget er at det de kommende tiårene blir stadig flere eldre i Norge. Denne utviklingen vil påvirke og ha konsekvenser for flere deler av samfunnet, og spesielt etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Det er et mål at piloten skal legge til rette for at flere eldre kan bo hjemme lenger og bidra til flere egnede boliger i distriktene.

Videre tas det sikte på å innføre et plankrav fra 2022 for investeringsstilskuddet for heldøgns omsorgsplasser. Formålet med plankravet er å stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger fra kommunene knyttet til de mest kostnadskrevene tilbudene, og dermed kunne få økt oppmerksomhet omkring tilbud på et lavere trinn i omsorgstrappen og gjennom økt innsats på forebygging, aldersvennlig samfunn mv.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 64 Kompensasjon for renter og avdrag

Bevilgningen dekker renter og avdrag for oppstartstilskudd som ble gitt under handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2003 og opptrappingsplanen for psykisk helse 1994–2004.

Bevilgningen foreslås økt med 77,4 mill. kroner som følge av økt rentesats. Rentesaften for 2022 er 1,0 pst. For omtale av tildelingskriterier vises det til Prop. 1 S (2009–2010) Kommunal- og regionaldepartementet.

Ordningen forvaltes av Husbanken. I 2020 ble det utbetalt 820,5 mill. kroner i kompensasjonstil-

skudd. Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragskompensasjon.

Det foreslås bevilget 805,4 mill. kroner i 2022.

Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Det foreslås at forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene avsluttes 31. desember 2021. Bevilgningen skal dekke inntektpåslag til kommunene som har vært med i forsøket, samt eventuelle merutgifter i kommunene til forsøket i 2021.

Sammenlignet med saldert budsjett 2021 er bevilgningen konsekvensjustert med 35,4 mill. kroner. Videre foreslås bevilgningen på posten redusert med 2 601,2 mill. kroner knyttet til forslag om avvikling av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene:

- 1 983,4 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 571, post 60 over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.
- 307,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ressurskrevende tjenester.
- 310 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til enhetskostnader, aktivitet og nedtrapping av inntektpåslag.

Posten har stikkordet overslagsbevilgning. Forsøket forvaltes av Helsedirektoratet og følgeevalueres, jf. omtale under kap. 761, post 21.

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene startet opp i 2016 og skulle pågå i tre år. Forsøket er senere videreført og utvidet med flere deltakende kommuner.

I tråd med forsøkets formål ser det ut til at forsøket gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktiger behovsdekning. Samtidig har forsøket gitt økte overføringer fra staten til de deltakende kommunene. Evaluator vurderer det slik at kompetanseheving, krav til tildelingsprosessen og økte økonomiske rammer har hatt større effekt enn selve finansieringsmodellen. Forsøket skulle etter planen avsluttes 31. desember 2022. Det foreslås at forsøket avsluttes 31. desember 2021.

Forsøket har i hovedsak vært finansiert gjennom overførte midler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, svarende til netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i deltakerkommunene i året forut for oppstart. Dette er midler som ved avvikling skal tilbakeføres til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. En avvikling av forsøket per 31. desember 2021 innebærer

at 1 983,4 mill. kroner overføres fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kap. 761 post 65 til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 571, post 60 Rammetilskudd til kommunene.

I og med at kommunene i forsøkets finansieringsmodell får dekket utgifter til ressurskrevende tjenester samme år som de påløper, er bevilgningen til forsøket økt tilsvarende. Ved avvikling av forsøket 31. desember 2021 skal bevilgningen settes tilsvarende ned. En avvikling innebærer at bevilgningen som følge av dette settes ned med 307,8 mill. kroner.

Deltakende kommuner mottar i tillegg et årlig inntektpåslag svarende til 4 pst. av netto driftsutgifter til omsorgstjenestene. Inntektpåslaget er per kommune begrenset oppad til 25 mill. kroner årlig (2016-priser) og øremerket omsorgstjenester. For nærmere omtale av forsøkets innretning vises det til omtale i Prop. 1 S (2015–2016) for Helse- og omsorgsdepartementet. Ved avvikling av forsøket skal inntektpåslaget settes ned med 40 pst. første år og med 60 pst. andre år etter avslutning. Tredje året etter avslutning utbetales ikke inntektpåslag.

Kommunene Stjørdal, Selbu, Bjørnafjorden, Lillesand og Indre Østfold har deltatt i forsøkets finansieringsmodell i hele 2021. Kommunene Froland, Lødingen, Enebakk og Lyngdal har mottatt inntektpåslag fra 1. april 2021 og har deltatt i forsøkets finansieringsmodell fra 1. oktober 2021. Kommunene Arendal og Askøy har mottatt inntektpåslag fra 1. juli 2021. Det foreslås at bevilgningen på kap. 761 post 65 dekker nedtrapping av inntektpåslag til alle de 11 kommunene som har inngått avtale om deltakelse. Tildeling av inntektpåslag for 2022 vil ta utgangspunkt i helårsvirkning av tildelt inntektpåslag for 2021.

Dersom kommunene i forsøket har ubrukte tilskuddsmidler ved utgangen av året forsøket avsluttes, kan midlene overføres til neste regnskapsår. Ubrukte midler skal deretter tilbakebetales til Helsedirektoratet.

Det vises også til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2021–2022), Programkategori 13.70.

Rapportering

I 2020 ble det utbetalt 1 513,7 mill. kroner til kommunene som deltok i forsøket.

Forsøket følgeevalueres. Femte evalueringsrapport ble publisert i januar 2021. Rapporten beskriver følgende hovedfunn: Forsøket ser ut til å ha gitt noe likere praksis og tjenestesammenset-

ning i forsøkskommunene og et bedre grunnlag for å tildele riktigere tjenester ut fra brukernes behov. Forsøkskommunene har innarbeidet en grundigere og mer dialogbasert kartlegging av den enkelte brukers behov. Tjenestene er nå i større grad tilpasset brukernes mål og behov. Kommunene har gjennom forsøket også hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle tjenestene med et større mangfold av tjenester. Alle kommunene har økt sin kompetanse gjennom deltakelsen i forsøket. Det har vært en betydelig utgiftsvekst i kommunene, men med store variasjoner mellom kommunene. Samtidig har staten hatt økte utgifter. De økte utgiftene knytter seg til utbetaling av inntektspåslag, at uttrekket fra rammetilskuddet justeres etter demografisk utvikling i landet som helhet, ikke for den respektive kommune og at enkelte av enhetsprisene i kommunene er lavere enn de nasjonale enhetsprisene. I tillegg forklarer tilskuddet til ressurskrevende tjenester en del av kostnadsveksten i forsøket. Finansieringsordningen med basis i aktivitetsdata sikrer at kommunene kontinuerlig gjennomgår og kvalitetssikrer egne data til KPR. Dette har gitt kommunene et bedre grunnlag for å forstå og styre omsorgstjenesten i kommunene. Forsøket er gjennomført i henhold til plan.

Post 67 Utviklingstiltak

Formålet med bevilgningen er å bidra til nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren og kompetanseheving av ansatte. Midlene går til Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, modellutviklingsprogram om hjemmetid og hjemmedød, tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming og sekretariatsfunksjoner i helsefelleskapene.

Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner til styrkingen av tilskuddet til USHT.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) skal bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Sentrene skal være en ressurs i fylket og fremme samarbeid mellom kommunene. Totalt er det 20 utviklingssentre i landet. Hvert senter er drevet av en vertskommune. Etter fylkessammenslåingene i 2018 og 2020 har enkelte fylker flere sentre.

Sammen med statsforvalterne og KS regionalt utgjør USHTene det regionale støtteapparatet i oppfølgingen av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet. Formålet til støtteapparatet er å understøtte kommunenes endringsarbeid og legge til rette for erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden. Det vises til bevilgning og omtale under post 21.

USHTene vil framover ha en større og viktigere rolle i den regionale oppfølgingen av Leve hele livet. De fleste kommunene er over i en gjennomføringsfase og har behov for faglig støtte og veiledning til endrings- og implementeringsarbeidet. USHTene vil være en avgjørende bidragsyter i dette arbeidet. I tillegg skal USHTene ha en avgjørende rolle i implementeringen av Trygghetsstandard-verktøyet.

Utviklingssentrene rapporterer om varierende måloppnåelse i 2020, og samlet sett middels måloppnåelse, grunnet omprioritering av ressurser til pandemiarbeid. Satsingsområder for 2020 har vært: Demensplan, Leve hele livet, kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming og pasientsikkerhet. Utviklingssentrene har lagt til rette for samarbeid og kunnskaps- og erfaringsdeling mellom kommunene via digitale plattformer. Flere utviklingssentre har i 2020 jobbet med et opplæringstiltak innen klinisk observasjonskompetanse i kommunen, og kompetansemodellen «KlinObsKommune» ble ferdigstilt og publisert i 2020.

Det foreslås å styrke sentrene med 10 mill. kroner og totalt bevilge 54,4 mill. kroner over post 67 i 2022. Det vises også til bevilgning og omtale på kap. 761, post 21.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene til USHTene. I forvaltningen av tilskuddet skal kommunene som omstiller seg i tråd med Leve hele livet-reformen bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761. Det vises til omtale på kap. 761, post 21 for bevilgning til Senter for omsorgsforskning med formål om å bistå utviklingssentrene i deres arbeid.

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg, og bidra til kompetanseoppbygging i kommunene. Ordningen forvaltes av statsforvalterne, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. Oversikt over prosjektene publiseres

på nettsidene til de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling.

I 2020 ble det avsatt 0,5 mill. kroner til evaluering av tilskuddsordningen. Evalueringen ble ferdigstilt høsten 2020. På bakgrunn av kvalitative og kvantitative analyser konkluderer evaluatoren med at tilskuddsordningens innretning og forvaltning i all hovedsak er hensiktsmessig, og at prosjektene som støttes av tilskuddsordningen har god måloppnåelse og bidrar til å forbedre det palliative tjenestetilbudet i kommunene. Evaluatoren mener at tilskuddsordningen med stor sannsynlighet har medført kompetanseheving for ansatte innenfor palliativ omsorg, som igjen medfører bedre tjenester for palliative pasienter og deres pårørende i kommunene.

Bevilgningen til tiltaket foreslås videreført med 11,8 mill. kroner. I forvaltningen av tilskuddene skal de kommunene som omstiller seg i tråd med Leve hele livet-reformen bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Modellutviklingsprogram om hjemmetid og hjemmedød

I 2021 ble det bevilget 3 mill. kroner til et treårig program for utvikling av ulike modeller for hvordan man kan legge til rette for mer hjemmetid og hjemmedød for personer i livet siste fase. Målet med ordningen er å legge til rette for lindrende behandling og omsorg i hjemmet for døende pasienter og deres pårørende, for en verdig død i hjemmet. Målgruppe er personer over 18 år i livets siste måneder og deres pårørende. Målgruppe for utviklingsprogrammet er blant andre sentrale aktører i kommunalt palliativt team, inkludert fastlegen, hjemmesykepleien og andre aktuelle faggrupper, kommunal eller interkommunal palliativ enhet, enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

Bevilgningen foreslås videreført med 3 mill. kroner i 2022. Tiltaket inngår i Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg.

Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

Tilskuddsordningen skal styrke fag- og tjenesteutvikling og kompetanseheving hos personell som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Direkte målgruppe for tiltaket er ansatte i helse- og omsorgstjenestene som arbeider med personer med utviklingshemming.

Rapportering fra tilskuddsmottakerne for 2020 tyder på at pandemien har påvirket helse- og

omsorgstjenestetilbudet til personer med utviklingshemming. Det er mange kommuner som har behov for å videreføre prosjekter ut over planer og søker om overføring av midler. Til tross for dette har tilskuddet bidratt til fagutvikling og kompetanseheving blant annet innenfor ernæring, brukermedvirkning, velferdsteknologi, helseoppfølging og etablering av fagnettverk.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) har vært søker eller involvert i flere av prosjektene som har fått innvilget støtte. Begge bidrar til deling av erfaringer fra prosjektene regionalt og nasjonalt. Måloppnåelse for ordningen vurderes som god. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025. I forvaltningen av tilskuddet skal de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen Leve hele livet bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Bevilgningen foreslås videreført med 7,6 mill. kroner i 2022.

Sekretariatsfunksjoner i helsefelleskapene

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, lanserte innføring av 19 helsefelleskap mellom helseforetak og kommuner. Regjeringen og KS deler målet om å skape mer sammenhengende og bærekraftige tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og inngikk derfor en avtale 23. oktober 2019 om innføringen av helsefelleskap. I helsefelleskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere og, sammen med brukere og representanter fra lokale fastleger, planlegge og utvikle tjenester sammen. Regjeringen og KS er enige om at helsefelleskapene bør ha et særlig fokus på å utvikle gode tjenester for barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 og avtalen mellom Regjeringen og KS peker på noen sentrale elementer for å lykkes med dette, herunder en tydeligere samarbeidsstruktur, økt samordning mellom de samarbeidende kommunene og enhetene i helseforetakene, bedre beslutningsprosesser og sekretariat. Ved Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020) ble det besluttet å etablere en tilskuddsordning for sekretariatsfunksjoner for kommunene i helsefelleskapene i planperioden 2020–2023. Tilskuddet til kommunal sekretariats-

funksjon skal bidra til at kommunene blir mer samordnet, og dermed et mer likeverdig partnerskap i helsefelleskapet. Tilskuddet hadde halvårseffekt i 2020. Det ble utbetalt 2, 5 mill. kroner til ti kommuner som søkte på vegne av kommunene i sitt helsefelleskap, og som har rapportert at de har fått på plass en sekretariatsfunksjon.

Det foreslås å videreføre tilskuddet med 9,7 mill. kroner i 2022.

Post 68 Kompetanse og innovasjon

Bevilgningen dekker tilskudd til kompetanse og innovasjon, tilskudd til utvikling av gode modeller for å bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene, tilskudd til modellutvikling Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten, tilskudd til Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund og tilskudd til en belønningssordning for fritt brukervalg.

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen redusert med 105,7 mill. kroner:

- 75 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til særskilte tilskuddsordninger i 2021 for å redusere de negative konsekvensene av smittevern-tiltakene for sårbare eldre.
- 20,7 mill. kroner i redusert bevilgning i kompetanse- og innovasjonstilskuddet for å styrke andre prioriterte satsinger innenfor velferdsteknologiområdet, herunder et kommunenettverk innenfor velferdsteknologi.
- 10 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskuddsordningen Hospitering mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for å styrke andre prioriterte satsinger innenfor oppfølgingen av Leve hele livet, herunder styrking av bevilgningen til USHTene.

Kompetanse- og innovasjonstilskuddet

Formålet med kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtid utfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet.

Det ble bevilget 372,4 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2021. Det foreslås en samlet bevilgning på 358 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2022. Bevilgningen skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevede tiltak og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov. Midlene foreslås fordelt på tre hovedformål:

- Opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse.
- Midler til kompetanseheving, herunder tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte og kompetansetiltak om rus og psykiske lidelser.
- Innovasjonstiltak, blant annet utvikling av nye tiltak og metoder for forebygging og tidlig innsats, egenmestring, aktivitet og kulturopplevelser, mat og måltidsfelleskap, ernæring, legemiddelbehandling, rehabilitering og samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og i demensomsorgen spesielt.

Det ble bevilget midler til opplæring av i underkant av 2600 assistenter, arbeidsledere og saksbehandlere for brukerstyrt personlig assistanse i 2020.

Økt kompetanse er viktig for å utvikle god praksis og sikre trygge og gode tjenester tilpasset den enkeltes behov. Det ble for perioden 2016–2020 bevilget til sammen om lag 1,7 mrd. kroner til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene, fordelt på Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten på post 21, kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68, lønnstilskudd til avansert klinisk sykepleie på kap. 762, post 63, inklusive 116 mill. kroner som i 2018 ble flyttet til ny tilskuddsordning til fagskoleutdanning på kap. 240, post 60 på Kunnskapsdepartementets budsjett.

Om lag 24 000 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning i 2020 med midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Av disse fullførte om lag 500 personer en bachelorutdanning i helse- og sosialfag, om lag 1750 personer en utdanning på videregående nivå, om lag 600 personer en fagskoleutdanning, om lag 1650 personer en videreutdanning eller mastergradsutdanning innenfor høyere utdanning, og om lag 20 000 personer kurs, internopplæring eller annen type etterutdanning. Om lag 1300 ansatte knyttet til rusfeltet og psykisk helse fullførte et kompetansetiltak i 2020.

207,5 mill. kroner av bevilgningen foreslås øremerket til grunn- og videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene i 2022. Tilskudd til etterutdanning begrenses primært til statlig initierte opplæringsstilbud (ABC-opplæringen mv.). Det foreslås i tillegg å øremerke 20 mill. kroner til desentraliserte studier for ansatte i omsorgstjenestene, som en del av regjeringens strategi for Norges vei ut av koronakrisen. Statsforvalterne skal i tilskuddsforvaltningen, der det er hensiktsmessig, bidra til etablering av desentraliserte og

distriktsvennlige utdanningstilbud med kommunene som målgruppe.

Det ble i 2020 gitt tilskudd til 381 innovasjonsprosjekter. Hoveddelen av prosjektene omhandler forebygging, tidlig innsats og egenmestring, kulturopplevelser, velferdsteknologi, habilitering og rehabilitering, ernæring, samt samspill med pårørende og frivillige. Videre er det bevilget midler til prosjekter innen bl.a. legemiddelhåndtering og fritidsaktivitet med assistanse.

Avlastning er viktig for at pårørende skal kunne bevare egen helse og stå i jobb. Som ledd i regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan, er det foreslått å øremerke opptil 5 mill. kroner årlig innenfor innovasjonstilskuddet til å opprette og teste modeller for fleksible kommunale avlastningstilbud for pårørende. Satsingen vil løpe i strategiperioden.

I forvaltningen av tilskuddet skal de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen Leve hele livet bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Midlene forvaltes i hovedsak av statsforvalterne. Tilskuddsordningen skal 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 skjønntilskudd, som også kan benyttes til kommunal innovasjon og utvikling. Tilskuddsordningen inngår i Kompetanseløft 2025.

Satsingen på teknologier for trygghet og mestring har de siste årene vært i en sprednings- og innføringsfase, der det innenfor tilskuddsordningen har vært gitt midler til å spre velferdsteknologiske løsninger basert på erfaringene fra utviklingskommunene. Ved utgangen av desember 2020 er om lag 80 pst. av kommunene med i velferdsteknologi-programmets spredningsprosjekt, hvor målet er å implementere velferdsteknologi som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten. I 2021 ble det bevilget 20,7 mill. kroner til tiltaket. Tiltaket foreslås avvirket i 2022 og midlene foreslås disponert i tråd med forslagene om å styrke andre prioriterte satsinger innenfor velferdsteknologiområdet, herunder et kommunenettverk innenfor velferdsteknologi. Se samlet omtale på kap. 761.

Leve hele livet – Økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet

Formålet med tilskuddet er utvikling av gode modeller for å bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene, i tråd med hovedom-

rådene i Leve hele livet. I forvaltningen av tilskuddet skal de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen Leve hele livet bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Målgruppen for tilskuddsordningen er kommuner som sammen eller hver for seg kan iverksette tiltak for å bidra til utvikling av gode løsninger innenfor de områdene som følger nedenfor.

Det ble samlet bevilget 23,1 mill. kroner i 2021. I 2022 foreslås det en bevilgning på 13,5 mill. kroner.

Hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester

Midlene dekker tilskudd til kommuner for å utvikle og spre gode modeller for hospitering av ansatte mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet er gjensidig kompetanseoverføring for å bidra til å sikre god kunnskap i tjenestene og om hverandres hverdag og brukergruppe, for å sikre helhetlige og gode løp for pasientene.

Rapportering fra 2020 viser en forsinket oppstart grunnet pandemisituasjonen. Samtidig er prosjektene i gang og det er etablert dialog mellom de to tilskuddsmottakerne, Indre Østfold og Karmøy kommune.

Det ble i 2021 bevilget 10 mill. kroner til ordningen. Prosjektene som skal prøve ut modeller for hospitering mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten skal ferdigstilles innen sommeren 2022, og det vil ikke være behov for å igangsette nye prosjekter i 2022. Det foreslås derfor å avvikle tilskuddsordningen slik at midlene kan disponeres til andre tiltak i oppfølgingen av Leve hele livet, herunder en styrking av USHTene, jf. samlet omtale på kap. 761.

Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenestene

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til omlegging av arbeidsformer og organisering av arbeidet for å øke kontinuiteten i tjenestene, gi brukere og ansatte større forutsigbarhet og trygghet og å bidra til tjenester som er tilpasset brukernes hverdag. Tiltak som bidrar til flere helhetsstillinger er en viktig del av dette. Det legges til grunn at det skal benyttes allerede kjente strukturer, eksisterende læringsnettverk mellom kommuner, fortrinnsvis i noen utvalgte nettverk av kommuner. Det aktuelle tiltaket skal primært benyttes for å få økt iverksettelse av kunnskap på området. KS har ansvaret for modellutprøving og

spredning av erfaringer og kunnskap til kommunene. Det foreslås en bevilgning på 4,5 mill. kroner til tiltaket i 2022.

Aktivitetstilbud til langtidsboende ved sykehjem og beboere i omsorgsbolig med heldøgns bemanning

Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere til innovative tiltak for å opprettholde aktivitet og sosial kontakt slik at personer i målgruppen får aktive og meningsfulle hverdager, gode opplevelser og sosial kontakt med sine nærmeste. Det legges til grunn at kommunene mobiliserer og samarbeider med frivillige ressurser og/eller næringsliv i dette arbeidet og at aktivitetene tilpasses den enkeltes egne interesser, ønsker og behov. Midlene skal gå til implementering av tiltak som bidrar til gode opplevelser for den enkelte.

Aktivitetene skal legge til rette for fysiske, sosiale og kulturelle opplevelser og gode møter mellom generasjoner. Tiltakene skal ha overføringsverdi til andre kommuner. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet skal samle og spre løsningene fra de kommunale prosjektene.

Det ble bevilget 9 mill. kroner til ordningen i 2020. Videre ble tilskuddsordningen sett i sammenheng med tilskudd til Aktivitetstilbud og besøksverter (tiltaks pakke for sårbare eldre) i 2020, slik at det totalt ble 183 mill. kroner til formålet i 2020 over post 68 og 79, jf. omtale under post 21.

Statsforvalteren rapporterer om at det har vært stor interesse for å søke på ordningen fra kommunene. Det er gjennomført gode tiltak som har bidratt til økt aktivitet og aktivisering for eldre på institusjon. Sykehjem og omsorgsboliger har engasjert besøksverter som har bidratt med forskjellige typer opplevelser for de som bor på institusjon. Det har vært arrangert turer, det har vært kjøpt inn forskjellig utstyr for å kunne gjennomføre aktiviteter, det har vært organisert digitale konserter, samlet flere til måltidsopplevelser, innkjøp av digitale enkle plattformer slik at det har vært mulig å gjennomføre digitale familiesammenkomster mv. Det har vært et mål om lav terskel for å få innvilget midler slik at det har blitt et bredt spekter av tilbud til aktivitetstilbud i en sårbar tid. De fleste aktivitetene har blitt gjennomført i 2020, men enkelte er overført til 2021 pga. smittesituasjonen lokalt.

Det foreslås bevilget 9 mill. kroner til tiltaket i 2022.

Modellutvikling Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten

Tiltaket er tilskudd til et treårig modellutviklingsprogram Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten. Formålet er å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i omsorgstjenesten. Tilskuddet ble opprettet i 2021. Rapportering over bruken av midlene vil foreligge i 2022.

Tilskuddet skal bidra til å utvikle ulike modeller for hvordan klinisk ernæringsfysiolog kan benyttes som ressurs for omsorgstjenesten i det systematiske mat- og ernæringsarbeidet. Modellutviklingsprogrammet kan inkludere fag- og kvalitetsutviklingsarbeid, kvalitetssikring av mattilbudet og ernæringsoppfølgingen, bistand i læringsnettverk, tverrfaglige team, strategi- og planarbeid mv. Modellutviklingsprogrammet skal også vektlegge tverrfaglig samarbeid mellom ansatte i kjøkken og ansatte i helse- og omsorgstjenestene for å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov, og nasjonale anbefalinger. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og skal inkludere en evaluering etter at prosjektet er avsluttet. Modellene som utvikles skal ha overføringsverdi til andre kommuner. Helsedirektoratet skal samle og spre løsningene fra de kommunale prosjektene, blant annet basert på erfaringene fra tidligere modellutviklingsprogram i demensplanarbeidet.

Tiltaket inngår i Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester, som inngår i oppfølgingen av Leve hele livet. Tiltaket inngår også i Kompetanseløft 2025.

Det ble i 2021 bevilget 5,1 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund

Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund arbeider for økt bruk og innfasing av teknologi og tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren, samt koordinering og videreutvikling av interkommunale samarbeid med bakgrunn i fagområdene forskning og innovasjon, helse som næring og velferdsteknologi. Bevilgningen foreslås videreført med 10,3 mill. kroner i 2022.

Belønningsordning fritt brukervalg

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2019–2020) ble det besluttet å opprette en belønningsordning for kommuner som innfører fritt bruker-

valg på 4 mill. kroner, med 500 000 kroner per kommune, jf. Innst. 11 S (2019–2020). I 2020 ble det søkt om og innvilget tilskudd til en kommune. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Post 69 Investeringstilskudd, netto tilvekst

Bevilgningen dekker investeringstilskudd til netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser fra og med 2019. Tilskuddet forvaltes av Husbanken.

Bevilgningen foreslås økt med 208,9 mill. kroner, hvorav 47,6 mill. kroner til første års utbetaling av tilskudd til om lag 250 heldøgns omsorgsplasser. Videre er 161,3 mill. kroner knyttet til tilsagn gitt tidligere år. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 2 061,1 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 475,5 mill. kroner i 2022. Rammen vil kunne dekke tilskudd til netto tilvekst på om lag 250 heldøgns omsorgsplasser. For prosjekter som mangler eget produksjonskjøkken og tilfredsstillende lokale kjøkkenfunksjoner i eller i nærheten av boenhetene, reduseres maksimal godkjent anleggskostnad med 5 pst.

Det benyttes samme budsjetteringssystem for post 69 som for post 63. Det foreslås en maksimal anleggskostnad og tilskuddssats på samme nivå som for investeringstilskuddet til rehabilitering/modernisering og utskiftning. For nærmere omtale av budsjetteringssystemet vises det til omtale på kap. 761, post 63.

Med netto tilvekst menes at de plasser som får tilskudd kommer i tillegg til de plassene kommunen allerede har. Kommunen kan ikke avvikle eksisterende plasser i ti år fra søknadstidspunktet når det søkes om tilskudd til plasser som gir netto tilvekst.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2020/Demensplan 2025 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

For å stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger fra kommunene, tas det sikte på å innføre et plankrav for investeringstilskuddet fra og med budsjettåret 2022. For nærmere omtale se kap. 761, post 63.

Rapportering

I 2020 ble det utbetalt investeringstilskudd for 46 mill. kroner. 33 heldøgns omsorgsplasser ble

ferdigstilt og fikk utbetalt tilskudd, hvorav 9 i sykehjem og 33 i omsorgsbolig.

Over post 69 ble det i 2020 innvilget tilsagn om tilskudd til 684 heldøgns omsorgsplasser til netto tilvekst i kommunene som mottok tilsagn om tilskudd, fordelt på 377 plasser i omsorgsbolig og 307 plasser i institusjon. Samlet tilsagnsbeløp var 1 129,1 mill. kroner.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige og ideelle organisasjoner til informasjons- og opplysningsvirksomhet, kontaktskapende arbeid, aktivitetstiltak mv.

Utover generell prisjustering foreslås det å styrke bevilgningen til demenslinjen med 1 mill. kroner, mot tilsvarende reduksjon av bevilgningen til oppfølging av Demensplan 2025 på kap.761, post 21. Videre foreslås det å redusere bevilgningen med 55 mill. kroner knyttet til særskilte tilskuddsordninger i 2021 for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre.

Informasjons- og kontaktskapende arbeid mv.

Målet er å fremme og styrke landsdekkende frivillige organisasjoners og stiftelsers landsdekkende informasjons- og kontaktskapende arbeid mv. Det er formidlet kunnskap om ulike grupper til helsepersonell, pårørende og andre gjennom blant annet brosjyrer, filmer, informasjonssamlinger og telefon- og chattetjenester.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til fem særskilte tiltak:

- 3 mill. kroner til Blindeforbundets likemannsarbeid.
- 2 mill. kroner til Hørselshemmedes Landsforbunds likemannsarbeid, hørselshjelpsordningen.
- 2,5 mill. kroner til Demenslinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen.
- Røde Kors besøkstjeneste.
- Hjertelinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen.

I tillegg foreslås det å videreføre 3 mill. kroner øremerket til frivillige organisasjoner som legger til rette for besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorgen, som en del av regjeringens mål om å forebygge ensomhet blant eldre.

Utover dette er øvrige midler søkbare for andre landsdekkende frivillige organisasjoner. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet.

Det foreslå en samlet bevilgning på 20 mill. kroner i 2022.

Tilskudd til aktivitetstilbud for personer med demens

Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere til aktivitetstilbud for personer med demens i regi av frivillige og ideelle organisasjoner. Tilskuddet ble opprettet i 2021 som en engangsbevilgning på 20 mill. kroner knyttet til å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre.

Tilskudd til støtte og avlastning for pårørende

Formålet med tilskuddet er å mobilisere frivillig innsats rettet mot eldre pårørende til hjemmeboende. Tilskuddet ble opprettet i 2021 som en engangsbevilgning på 15 mill. kroner knyttet til å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre.

Tilskudd til spisevenner

Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere frivillige og ideelle organisasjoner til å bidra til gode mat- og måltidsopplevelser for eldre. Tilskuddet ble opprettet i 2021 som en engangsbevilgning på 20 mill. kroner knyttet til å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre.

Post 72 Landsbystiftelsen

Bevilgningen dekker tilskudd til Camphill Landsbystiftelsen i Norge. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av stiftelsens landsbyer.

Camphill Landsbystiftelsen i Norge, som er inspirert av antroposofien, skal tilby et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Landsbyene skal gi beboerne en trygg livssituasjon hvor de kan ta egne valg, få god omsorg, et meningsfylt arbeid og et rikt kulturliv.

Det er seks landsbyer med totalt 122 heldøgnsplasser og 22 dagplasser. Beleggsprosenten i 2020 er på 92 pst. for begge tiltakstyper. Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til landsbyene. Helseledelsen følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap. Kommuner som har personer med utviklingshemming ved landsbyene, får ikke tildelt midler for disse gjennom inntektsystemet. Bevilgningen foreslås videreført med 88,1 mill. kroner i 2022.

Post 73 Særlige omsorgsbehov

Bevilgningen dekker tilskudd til lindrende enheter og delvis utgifter til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving internt og eksternt ved Signo Conrad Svendsen senter. I tillegg får Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter bidrag til drift.

Tilskudd til lindrende enheter

Formålet med tilskuddet er å styrke mangfoldet av tilbudet til de som trenger lindrende behandling og omsorg. Tilskuddet skal gå til etablering og drift av lindrende enheter som drives etter hospicefilosofien. Frivillige aktører og stiftelser kan søke om tilskudd. Særlig tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg til barn og unge skal prioriteres. Tiltaket inngår i Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg.

I 2020 ble det i tillegg til øremerket tilskudd til etablering av Lukas Hospice i Malvik, gitt tilskudd til etablering av en ny avdeling for barn og unge voksne i regi av stiftelsen Nordre Aasen i Oslo og til Stiftelsen Frambu i Nordre Follo sitt tilbud for barn og unge. I tillegg ble det bevilget et eget tilskudd til etableringen av barnehospice i Kristiansand i 2020. Måloppnåelsen vurderes samlet sett som god, og tilbud til barn og unge prioriteres i tråd med føringene. Koronasituasjonen i 2020 skapte utfordringer for planlegging og drift, med utsettelse av enkelte aktiviteter, men det rapporteres likevel om stor grad av framdrift i arbeidet.

For å legge til rette for et mangfold av tilbud, foreslås det 17,8 mill. kroner i et søkbart tilskudd til drift og etablering av lindrende enheter i 2022. Aktører som har etablert/etablerer tilbud basert på tilskudd fra denne ordningen skal prioriteres i videre søknadsprosesser, så fremt alle vilkår for midlene ellers er oppfylt.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 11 S (2020–2021), ble det bevilget 30 mill. kroner til barnehospice i Kristiansand i regi av Foreningen for barnepalliasjon og 30 mill. kroner til Lukas hospice i Malvik. I anmodningsvedtak 153 (2020–2021) har Stortinget bedt om at regjeringen øremerker 30 mill. kroner til Hospice Malvik og 30 mill. kroner til barnehospice i Kristiansand i pilotperiodene. Det foreslås å videreføre øremerkingene med 30,8 mill. kroner til hver av hospicene i 2022.

Samlet utgjør bevilgningen til lindrende enheter 79,4 mill. kroner.

Anmodningsvedtak

Finansiering av Lukas Hospice i Malvik

Vedtak nr 93, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Lukas Hospice i Malvik sikres forutsigbar finansiering i prosjektperioden.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 24 (2019–2020), jf. Innst. 73 S (2020–2021).

Det vises til anmodningsvedtak nr. 153 av 3. desember 2020 om å øremerke tilskudd til hospice Malvik og barnehospice i Kristiansand i pilotperioden. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn en femårig pilotperiode for Lukas hospice Malvik, fra og med første år med tilskudd. For Lukas hospice Malvik er pilotperioden definert til å være fra og med 2019 til og med 2023. Regjeringen foreslår å avslutte rapporteringen på vedtak nr. 93 og viser til videre oppfølging av vedtak nr. 153 fra stortingssesjonen 2020–2021.

Tilskudd til Signo Conrad Svendsen senter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving internt og eksternt (Seksjon helse og språk). Seksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde ved Signo Conrad Svendsen senter. Seksjonen gir også opplæring og veiledning knyttet til døve, hørselshemmede og døvblinde med tilleggsvansker i kommunene. Det foreslås 16,7 mill. kroner til stiftelsen i 2022.

Tilskudd til Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserødhjemmet drevet av Syvendedags Adventistkirken og Jødisk bo- og seniorsenter, og derigjennom stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Bevilgningen skal bidra til drift i henhold til følgende tildelegningskriterier:

- Bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det Mosaiske Trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn.
- Tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger.
- Midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for et tilbud i institusjonen.

- Subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av type tiltak.

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene ovenfor, kan anvendes til medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved tiltaket. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass, hjemmebesøk mv. Til sammen foreslås det å bevilge 9,2 mill. kroner i tilskudd til Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter.

Post 75 Andre kompetansetiltak

Bevilgningen dekker tilskudd til Fagnettverk Huntington og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU).

Utover gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering, foreslås det ingen andre endringer på posten.

Fagnettverk Huntington

Formålet med bevilgningen er å bedre det kommunale helse- og omsorgstilbudet for personer med Huntingtons sykdom og deres familier. Bevilgningen skal sikre drift av de fem regionale ressursentrene. Ressursentrene skal ha ansvar for drift og utvikling av hvert sitt regionale fagnettverk, utvikling av egen nettside, samt delta aktivt i det nasjonale fagnettverket.

Ressursentrene skal være pådrivere for kunnskapsbasert praksis og bidra til kommunal tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester, spesielt for mennesker i siste fase av Huntingtons sykdom. Fagnettverket har gjennomført tiltak for å øke kompetanse og kunnskap om Huntington, samt koordineringsutvikling på tvers av sentrene. Nettsiden fagnettverk Huntington er videreutviklet som et viktig verktøy i arbeidet.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,4 mill. kroner i 2022.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, NAKU

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) skal bidra til å utvikle og styrke det faglige grunnlaget i tjenestetilbudene til personer med utviklingshemming ved å forene forskning, utdanning og praksis. Med bakgrunn i det landsomfattende tilsynet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming i 2016, har NAKU gjennomført flere til-

tak for å øke kompetanse og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ett av satsingsområdene til NAKU er å drifte Kunnskapsbanken, som helse- og omsorgspersonell kan bruke som støtte og veiledning i sitt daglige arbeid. I 2020 var prioriterte oppgaver drift og utvikling av Kunnskapsbanken, pådrive kunnskapsutvikling, holde oversikt over kompetansebehovet i kommunene, drifte det nasjonale fagnettverket om utviklingshemming og psykisk helse og samarbeide med tjenestene, kompetansemiljøer og andre aktuelle aktører. NAKU har i 2020 deltatt i flere fagnettverk og prosjekter som gjennomføres i kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.

Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet med 6,3 mill. kroner i 2022.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen kan nyttes under post 21. Omtalen av postene er samlet i sin helhet under post 21. Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklings tiltak innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det foreslås å flytte tilskuddet til Ønsketransporten på 4 mill. kroner fra kap. 761, post 21.

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen på posten i tillegg redusert med til sammen 150 mill. kroner knyttet til særskilte tilskuddsordninger i 2021 for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre.

Helse- og omsorgsdepartementet garanterer for ev. inntektsbortfall ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern med 1 mill. kroner for inntil tre beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Kap. 762 Primærhelsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	148 048	252 120	174 953
60	Forebyggende helsetjenester	453 459	420 961	413 078
61	Fengselshelsetjeneste	182 744	188 963	193 876
63	Allmennlegetjenester	205 003	854 787	344 855
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	54 775	45 296	70 062
73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	57 859	59 979	61 538
74	Stiftelsen Amatheia	25 228	26 035	26 712
	Sum kap. 762	1 127 116	1 848 141	1 285 074

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- 29 mill. kroner til flere Alis-avtaler som nasjonal ordning over kap. 762, post 63
- 9,3 mill. kroner til flere primærhelseteam over kap. 762, post 63
- 8,8 mill. kroner til drift av koronavaksinasjonsprogrammet over kap. 762, post 21
- 1,4 mill. kroner til tolkelovsatsing over kap. 762, post 21
- 9 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 762, post 21 til kap. 762, post 70 da regnskapstall for 2019

og 2020 viser et økt bevilgningsbehov på post 70. Postene ses under ett.

- 15 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 762, post 60 til kap. 762, post 70 for å dekke kostnader til nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- 556 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av teststasjoner ved grenseovergang
- 80 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av kompensasjonsordning for fastleger

Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet følges opp i tråd med Innst. 40 S (2015–2016). Meldingen beskriver utfordringsbildet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene med bl.a. fragmenterte tjenester, mangel på styringsdata, behov for økt og endret kompetanse og mangel på tilstrekkelig ledelse. I stortingsmeldingen ble det foreslått tiltak som skal bidra til å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at innbyggerne opplever at tjenestene er mer kompetente, bedre samordnet og mer tilgjengelige. Flere tiltak gjennomføres for å utvikle en mer teambasert tjeneste, bedre tilbudet til personer med kronisk sykdom, styrke tjenestene til barn og unge og for å forbedre ledelsen av og heve kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I dette budsjettet foreslås det å bevilge midler over flere kapitler for å følge opp Primærhelsetjenestemeldingen. Mange av tiltakene er en del av regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten, som ble lagt fram 11. mai 2020, jf. under. Handlingsplanen er forankret i meldingen. Flere tiltak er nærmere omtalt her med forslag til bevilgninger under de enkelte postene.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten

Fastleger og kommuner har de senere årene meldt om utfordringer i fastlegeordningen og øvrige allmennlegetjenester. Evalueringen som ble sluttført i 2019 bekreftet dette. Kommuner har økende utfordringer med å rekruttere fastleger, fastlegene opplever arbeidsbelastningen som for stor og innbyggerne opplever utfordringer med tilgjengelighet og at kvaliteten ikke er like god for alle.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten (2020–2024). Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert, som ble lagt fram i mai 2020, adresserer utfordringene. Planen har tre målområder: (1) en attraktiv og trygg karrierevei for fastlegene, (2) god kvalitet til alle og (3) en framtid med teambaserte allmennlegetjenester. Det inngår 17 tiltak i handlingsplanen som til sammen skal tilrettelegge for en bærekraftig og framtidsrettet allmennlegetjeneste.

Handlingsplanen ble lagt fram som en forpliktende opptrappingsplan. Over planperioden fram til 2024 vil regjeringen fremme forslag om å styrke allmennlegetjenesten med 1,6 mrd. kroner sammenlignet med saldert budsjett i 2020. I 2021 ble bevilgningen styrket med 450 mill. kroner, hvorav 50 mill. kroner gjennom omdisponering. I 2022 foreslås det å styrke bevilgningen til tiltak i

planen med 300 mill. kroner, hvorav 205 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til helårseffekten av styrket basistilskudd som følge av økt bevilgning til formålet i revidert nasjonalbudsjett for 2021 (154 mill. kroner), samt en ytterligere styrking av basistilskuddet med 51 mill. kroner i 2022. Per capitasatsen for de første 1000 listeinnbyggere foreslås økt med 11 kroner fra 642 kroner til 653 kroner, fra 1. januar 2022.

På kort sikt er det viktigste målet med planen å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i fastlegetjenesten. Basisfinansieringen ble derfor styrket og lagt om fra 1. mai 2020. Det ble innført et grunntilskudd og et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 listeinnbyggere. Formålet med omleggingen var og er økt trygghet for leger som starter med korte lister og å legge til rette for at legene kan redusere arbeidsbelastningen sin noe. Basistilskuddet (per capitatilskuddet under knekkpunkt) er styrket også i 2021, jf. Revidert nasjonalbudsjett for 2021 og foreslås ytterligere styrket med 51 mill. kroner i 2022, jamfør over. I tillegg foreslås å øke refusjonstakstene for allmennlegene med 49 mill. kroner fra 1. januar 2022 med samme begrunnelse.

Et annet prioritert tiltak for å bedre rekrutteringen er ALIS-avtaler. En trygg og tilrettelagt spesialistutdanning har stor betydning for å rekruttere leger inn i ordningen. Så langt har tilskuddet vært rettet mot rekrutteringssvake kommuner. Regjeringen vil øke antallet ALIS-avtaler. Fra 2022 foreslår regjeringen i tillegg å innføre en nasjonal ALIS-avtaleordning. I en nasjonal ordning foreslås det at alle avtaler inneholder et sett med standardelementer, mens kommuner med størst rekrutteringsutfordringer kan tilby tilleggselementer. Det foreslås også midler til introduksjonsavtaler i 2022. Det vises til omtale under kap. 762, post 21 og 63. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er styrket også i avtaleåret 2021–2022.

I 2021 har Helse- og omsorgsdepartementet sammen med KS og Legeforeningen begynt arbeidet med å gjennomgå takstsystemet for å understøtte faglig riktig praksis. Enkelte takstendringer er allerede innført fra 1. juli 2021.

Enkelte tiltak i planen, framfor alt under målområde 2 og 3, strekker seg over flere år og har som formål å bidra til gode allmennlegetjenester til alle innbyggere framover i tid. Helsedirektoratet har startet utredningen av et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Systemet skal bygge på eksisterende aktører og systemer, og skal legge grunnlaget for mer syste-

matisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Viktige elementer som inngår er å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer, å utvikle veileder for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, å utvikle et system for feedback fra pasient til lege og for å måle pasienttopplevd kvalitet og å integrere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i etter- og spesialistutdanning i allmennmedisin.

Systematisk, god og trygg ledelse i og av allmennlegetjenesten i kommunen er viktig for å sikre kvalitet i tjenestene og en effektiv ressursutnyttelse. Gjennom handlingsplanen har regjeringen forpliktet seg til å styrke ledelsen i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene. I 2022 følges dette opp gjennom forslag om økt bevilgning til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten for å utvide antall plasser øremerket for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester. For at flere skal kunne gjennomføre lederutdanning er det i tillegg anskaffet utvikling av en tilrettelagt kortere utdanning rettet mot ledere av primærhelseteam og gruppepraksiser som også skal tilrettelegges for øvrige fastleger. Utdanningen skal være en kombinasjon av nettbaserte studier og samlinger. I 2022 foreslås også bevilgning til sistnevnte utdanning.

Under målområde 3 vil evalueringen av piloten med primærhelseteam ferdigstilles ved utgangen av 2021. Videre utvikling av en teambasert allmennlegetjeneste, herunder en hensiktsmessig finansieringsmodell for dette, vil vurderes i det videre arbeidet basert bl.a. på sluttevalueringen. I utredningsarbeidet legges det til grunn at ny modell bør kunne velges både av leger i team og av leger som ikke jobber i team. Å gå over i eventuell ny modell vil være frivillig. For å følge opp målet om en mer teambasert fastlegeordningen foreslår regjeringen å styrke bevilgning til team også i 2022 og bevilge midler til et risikojusteringsverktøy.

En pilot for utprøving av triageringsverktøy på fastlegekontor ble iverksatt mai 2021, og vil gi innsikt i bruk av nye arbeidsmetoder. Formålet med piloten er bl.a. å bedre sortere helsehjelpen til beste effektive omsorgsnivå og prioritere innbyggernes helsebehov i tråd med hastegrad og alvorlighet.

Helsedirektoratet følger utviklingen i allmennlegetjenesten nøye. Første årsrapport ble lagt fram medio mai 2021. Årsrapporten viser at det fortsatt er rekrutteringsutfordringer. Årsrapporten viser likevel at det allerede første året er skjedd mye, men at endring tar tid. Det er for tid-

lig å konkludere i hvor stor grad tiltakene i planen har effekt.

Oversikten nedenfor viser beløpene tiltak på allmennlegeområdet er foreslått budsjettert med i 2022, på kap. 762:

- 93,7 mill. kroner til pilot primærhelseteam
- 7,5 mill. kroner til pilot legevakt
- 174,6 mill. kroner til Alis-avtaler som nasjonal ordning
- 40 mill. kroner til Alis-kontor
- 32,7 mill. kroner til introduksjonsavtaler
- 8 mill. kroner til kvalitetsarbeid (SKIL)
- 5 mill. kroner til risikojusteringsverktøy
- 5 mill. kroner til triageringsverktøy
- 8,5 mill. kroner til lederutdanning
- 8,5 mill. kroner til EPJ-utvikling gjennom EPJ-løftene
- 32,8 mill. kroner til forskning og kompetanse (AFEene, NSDM og NKLM)

Totalt foreslås det 416,3 mill. kroner i 2022.

Det foreslås 10,7 mill. kroner til pilot oppfølgingsteam og 22 mill. kroner til digital hjemmeoppfølging. Dette er prosjekter som også bidrar til å utvikle allmennlegetjenesten i tråd med målene i handlingsplanen.

Det foreslås i tillegg 205 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til styrket basistilskudd under knekkpunkt.

Tiltak som følge av covid-19

Koronapandemien har skapt utfordringer for kommunene, behandlergruppene og brukerne. Kommunene har ytt en formidabel innsats i håndteringen og bekjempelsen av pandemien. Kommuner har i 2021 hatt merutgifter særlig til arbeidet med testing, isolering, smittesporing og karantenering (TISK-arbeid), vaksinasjon, generelle smittevern-tiltak inkludert smittevernustyr og bruk av personell til nye og endrede oppgaver. Det er opprettet luftveisklinikker, teststasjoner og vaksinasjons-sentre. Massetesting og jevnlig testing er tatt i bruk som virkemiddel for å åpne samfunnet raskere og for å sørge for å holde skoler, barnehager, universiteter osv. åpne i 2021.

Kommunene er i hovedsak kompensert for merutgiftene over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. I tillegg har det vært egne tilskuddsordninger til bl.a. testing på grensen, testing i karantenehotell og praksiskompensasjon til leger som blir smittet i sitt virke. I 2021 ble det bevilget 825 mill. kroner til testing på grensen, 28 mill. kroner til testing i karanteneho-

tell og 60 mill. kroner til praksiskompensasjon til leger. Det ble bevilget 941 mill. kroner til massetesting og 257 mill. kroner til statlig finansiering av testing til koronasertifikat ved bruk av private aktører uten avtale med det offentlige. Det ble også gjort takstendringer for å tilrettelegge for bl.a. digital oppfølging av pasienter. De aller fleste koronatiltakene vil avvikles i løpet av høsten 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget dersom situasjonen skulle tilsi behov for bevilgninger til disse tiltakene også i 2022.

Koronavaksinasjonsprogrammet

Det foreslås 8,8 mill. kroner til å iverksette koronavirusvaksinasjonsprogrammet i kommunene. Kostnadene i kommunene er bl.a. knyttet til innkjøp av utstyr, lagerleie, pakking, distribusjon og håndtering av vaksinelager.

Utgiftene til å gjennomføre og drifte koronavirusvaksinasjonsprogrammet er nært knyttet til behovet for vaksiner i befolkningen i 2022. Det er ventet at hele befolkningen fra 12 år og oppover vil ha fått tilbud om vaksine i løpet av 2021. Pandemisituasjonen tilsier imidlertid at befolkningen også i 2022, og sannsynligvis i årene framover, vil ha behov for oppfriskningsdoser og/eller vaksiner som beskytter mot nye virusvarianter.

Barn, unge og familier

Barn, unge og familier er et av regjeringens satsningsområder. Tiltak rettet mot målgruppen inkluderer hele helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet. Barn og unge skal oppleve god tilgjengelighet til hjelp når de trenger det. Koronapandemien har imidlertid medført at mange helse- og omsorgstjenester fikk redusert åpnings- eller ble stengt. Dette gir utfordringer og økt risiko for mange grupper, bl.a. sårbare og utsatte barn og unge. Mange av de som var sårbare fra før, har blitt mer sårbare. Særlig kapasiteten og tilgjengeligheten ved avlastningstjenester og helsestasjons- og skolehelsetjenesten har vært redusert, både pga. smitteverntiltak og omdisponering av personell. Videre har stengte eller reduserte tjenester også medført belastninger for pårørende.

Helsedirektoratet utarbeidet tidlig i pandemien anbefalinger til helse- og omsorgstjenesten om oppfølging av sårbare grupper, herunder personer med psykiske helse- og rusutfordringer. Anbefalingene har vektlagt at lavterskeltiltak bør opprettholdes i så stor grad som mulig og at både kommuner og spesialisthelsetjenesten skal opprettholde så normal drift som mulig innenfor ram-

mene av smittevern hensyn. Det ble i mars 2020 også nedsatt en direktoratsgruppe for å følge med på tjenestetilbudet til barn og unge under pandemien. Det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere de negative konsekvensene av pandemien for barn og unge. Ved behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020) ble det bevilget 400 mill. kroner til en tiltakspakke for sårbare barn og unge. 10. november 2020 la regjeringen fram et tillegg til 2021-budsjettet (Prop. 1 S Tillegg 1 (2020–2021)) hvor det ble foreslått en bevilgning på 158 mill. kroner rettet mot sårbare grupper og personer som er ensomme. 29. januar 2021 (Prop. 79 S (2020–2021)) ble det lagt fram en tiltakspakke for barn og unge, eldre og studenter med tiltak på totalt om lag 2 mrd. kroner. Forslagene ble vedtatt.

Det vises til nærmere omtale av tiltak under kap. 714, 761 og 765.

Barn og unge har høy digital kompetanse, men mange opplever det som krevende å finne fram til helseinformasjon og vurdere kildene. Det arbeides derfor med å legge til rette for utvikling og drift av digitale tjenester til barn og unge, herunder digitalisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og for å tilrettelegge for kvalitetssikret og relevant informasjon som er lett tilgjengelig. Se omtale under kap. 762, post 21.

Regjeringen har lagt fram Meld. St. 25 (2020–2021) Likeverdsreformen. Målet med Likeverdsreformen er å gjøre hverdagen enklere for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse. Gode tjenester til barn og unge forutsetter bedre samarbeid mellom ulike hjelpetiltak. Regjeringen har i Prop. 100 L (2020–2021) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator), foreslått en rekke lovendringer som skal gi bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud, herunder bl.a. lovfeste en rett til barnekoordinator og lovfeste en plikt for alle velferdstjenestene til å samarbeide om oppfølgingen av barn og unge som har behov for sammensatte tjenester. For nærmere omtale se kap. 761, Prop. 100 L (2020–2021), jf. Innst. 581 L (2020–2021).

Et sentralt mål for regjeringen er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet til barn, unge og deres familier, inkludert tilbudet til gravide. Regjeringen har satsset på å bygge opp et godt lavterskeltilbud i kommunene og har bl.a. over flere år styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Se nærmere omtale under kap. 762, post 60.

Et særlig satsingsområde for regjeringen er arbeidet mot vold og overgrep. Gjennom å tydelig-

gjøre ansvaret i lov og øke kompetansen, legger regjeringen til rette for at de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og legevakt, blir bedre i stand til å avdekke og bekjempe vold og overgrep, og til å følge opp og hjelpe voldsutsatte og voldsutøvere. Regjeringen la i august 2021 fram Frihet fra vold – regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner (2021–2024). Se omtale under kap. 765, post 21 og 75.

Kunnskapsdepartementet har ledet 0–24-samarbeidet, der Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet deltok. Samarbeidet skulle i utgangspunktet gjelde perioden 2015–2020. Forsinkelser på grunn av den ekstraordinære situasjonen med pandemien og smitteverntiltak i 2020 gjorde at 0–24-samarbeidet ble forlenget inn i 2021. Målet er å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge i alderen 0–24 år gjennom bedre samarbeid mellom tjenestene for å hindre frafall i videregående opplæring og senere utenforskap i samfunnet. 0–24-samarbeidsprosjektet i direktoratene har levert sluttrapport og gjennomført en utredning med anbefalinger om videre tverrsektoriell samordning. For ytterligere omtale, se Kunnskapsdepartementets Prop. 1 S (2021–2022). Det er et stort behov for å koordinere samarbeid om utsatte barn og unge som overskrider sektorområder og forvaltningsnivåer. I Strategi for utvikling av departementsfellesskapet – gode hver for oss best sammen (2021–2025) er kjernegrupper en ny arbeidsform for å sikre flerfaglig samarbeid og forankring ved gjenstridige problemer. Kjernegrupper skal ivareta samordnet utvikling og gjennomføring av tverrgående politikk på komplekse områder. Det er under etablering en kjernegruppepilot for samordning av arbeidet for utsatte barn og unge. Det videre samarbeidet om utsatte barn og unge vil tas inn i kjernegruppepiloten.

Habilitering og rehabilitering

Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag å evaluere Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019). Evalueringen ble lagt fram februar 2021. Formålet med opptappingsplanen var å sette kommunene bedre i stand til å ivareta pasienter med habiliterings- og rehabiliteringsbehov på en god måte. Evalueringen viser bl.a. at planen har hatt en positiv virkning ved å sette fokus på et felt som tidligere ikke har vært til-

strekkelig prioritert. Samtidig peker rapporten på flere forbedringspunkter og at planen har truffet kommunene ulikt. Rapporten kommer med flere anbefalinger, bl.a. å utarbeide en nasjonal plan for habilitering og rehabilitering samt bedret datakvalitet og forskning på området. Andelen kommuner som har plan for sin rehabiliteringsvirksomhet har økt i opptappingsplanens virketid. Kommunalt planarbeid innen rehabilitering har vært et sentralt element i opptappingsplanen. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp evalueringen i samarbeid med Helsedirektoratet.

Anmodningsvedtak

Nasjonal plan for rehabilitering av personer som har gjennomgått COVID-19

Vedtaket nr. 12, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest få på plass en nasjonal plan for rehabilitering av personer som har gjennomgått COVID-19, og har behov for opplæring.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trondaledebut i Stortinget, 6. oktober 2020. Anmodningsvedtaket anses som utkvittert gjennom Helsedirektoratets lansering av nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19 den 21. juni 2021. Planen angir anbefalt retning for arbeidet med rehabilitering for personer som har rehabiliteringsbehov etter å ha gjennomgått covid-19-sykdom.

Ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie

God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Som beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen, har kommunene behov for personell med høyere og bredere kompetanse enn i dag. På initiativ fra regjeringen er det derfor etablert en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Regjeringen har innført spesialistgodkjenning for denne gruppen. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden

2021–2025. Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2025 har følgende fire strategiske områder med tilhørende tiltak:

- rekruttere, beholde og utvikle personell
- brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid
- kommunal sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena
- ledelse, samhandling og planlegging

Flere tiltak under kap. 762, postene 21, 60, 63 og 70 inngår i kompetanseløftet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- 8,8 mill. kroner til drift av koronavaksinasjonsprogrammet.
- 1,4 mill. kroner til tolkelovsatsing
- 9 mill. kroner foreslås flyttet til post 70 da regnskapstall for 2019 og 2020 viser økt bevilgningsbehov på posten. Postene ses under ett.
- 80 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av kompensasjonsordning for fastleger.

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen primærhelsetjenester. Bevilgningen kan nyttes under post 70.

Pilot primærhelseteam

Det ble i 2021 bevilget 77,2 mill. kroner til pilotprosjektet med primærhelseteam, hvorav 25,3 mill. kroner på kap. 762, post 21.

Det foreslås i 2022 å bevilge 26 mill. kroner på kap. 762, post 21. Det vises til nærmere omtale av piloten på kap. 762, post 63.

Tilskudd til pilot primærhelseteam inngår i Kompetanseløft 2025.

Risikojusteringsverktøy

Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner over kap. 762, post 21 til Helsedirektoratet i 2022 til arbeidet med et verktøy for risikojustering.

Et risikojusteringsverktøy vil bl.a. kunne benyttes i arbeidet med kvalitet, for å få bedre data om tjenesten, samt til finansieringsformål.

Digital hjemmeoppfølging

Forsøk med digital hjemmeoppfølging omtales nærmere under kap. 762, post 63. Det vises også til øvrig omtale av velferdsteknologiprogrammet under kap. 701, post 21, kap. 740, kap. 761, post 21 og 68 og kap. 769, post 70.

Det ble bevilget til sammen 22 mill. kroner til prosjektet ny utprøving av digital hjemmeoppfølging i 2021, 10 mill. kroner på kap. 762, post 21 og 12 mill. kroner på kap. 762, post 63. Det foreslås å videreføre samme bevilgning og fordeling mellom postene i 2022.

E-konsultasjon og triagering

Det ble i takstforhandlingene 2019 lagt til rette for økt og riktig bruk av e-konsultasjon. I forbindelse med koronapandemien har det vært en økning i antall og andel e-konsultasjoner i forhold til konsultasjoner med fysisk oppmøte.

Arbeids- og velferdssjefdirektoratet har i 2021, sammen med Helsedirektoratet, ferdigstilt en utredning om bruk av e-konsultasjon ved sykmelding.

Helsedirektoratet og Norsk Helsenett SF (NHN) ble i 2020 gitt i oppdrag å forberede anskaffelse og utprøving av triageringsverktøy i fastlegekontor. I mai 2021 ble en pilot startet. Et triageringsverktøy skal bidra til å sortere helsehjelpen til det mest effektive omsorgsnivået, prioritere innbyggers helsebehov i tråd med haste- og alvorlighetsgrad, bedre forberedelse før legetime og avlaste fastlegen. Videre skal det gi pasienten grunnlag for å gjøre informerte valg om egne helsebehov og bidra til at pasienten ses som en likeverdige partner med et aktivt forhold til sin helse-situasjon.

Det ble i 2020 bevilget 7 mill. kroner til utprøving av triageringsverktøy på kap. 762, post 21. I 2021 ble det bevilget 5 mill. kroner til dette formålet. Det foreslås bevilget 5 mill. kroner i 2022.

Det vises til omtale om digitalisering under kap. 701, post 21, kap. 740 og kap. 761.

Pilot oppfølgingsteam

Pilot for tverrfaglig strukturert oppfølgings-team startet høsten 2018. Formålet med piloten er å få til strukturert og tverrfaglig oppfølging ut fra brukerens/pasientens individuelle behov og som bidrar til mestring og bedre funksjon. Formålet er også å forebygge og/eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstje-

nester og redusere unødvendige innleggelser i sykehus. Målgruppen for oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. Seks kommuner har deltatt i pilotprosjektet i tre år. Piloten er videreført til 2023 som følge av forsinkelser i framdrift bl.a. som følge av koronapandemien. Fire av de seks opprinnelige kommunene deltar i videreføringen. Ett element i piloten er å tidlig identifisere personer med behov for slik oppfølging. I den forbindelse testes det ut et nytt elektronisk verktøy for risikokartlegging. Verktøyet prøves ut hos fastleger i deltakerkommunene og senere også i sykehus.

Det ble i 2021 bevilget til sammen 12,5 mill. kroner til piloten, hvorav 8,5 mill. kroner over post 63 og 4 mill. kroner over post 21. Som følge av redusert antall kommuner som deltar i forlengelsen av piloten, foreslås det å redusere den årlige bevilgningen til 10,7 mill. kroner fordelt på postene 21 og 63 i 2022. Tilskudd til pilot oppfølgingsteam inngår i Kompetanseløft 2025.

Legevaktfeltet

Som en oppfølging av akuttmedisinforskriften og NOU 2015: 17 Først og fremst, er Helsedirektoratet tildelt midler til drift og anskaffelser på legevaktfeltet, bl.a. til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det ble bevilget 4 mill. kroner i 2021. Smitteverntiltak har medført forsinkelser i gjennomføringen av kursene. Overgangsordningen for å ha gjennomført kurs ble besluttet forlenget. Det vises til omtale under kap. 762, post 63.

Med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Akuttutvalgets utredning, har Helsedirektoratet utredet et pilotprosjekt på legevaktfeltet som kan bidra til å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i kommunene i framtiden. Drift av prosjektet startet i 2019. På grunn av forsinket oppstart ble det besluttet å forlenge legevaktpiloteene fram til 30. juni 2022. Det ble bevilget 3 mill. kroner til pilotprosjektet på denne posten i 2021. Beløpet foreslås videreført i 2022 med halvårseffekt (1,5 mill. kroner). Det vises til omtale under post 63.

Det ble i 2015 innført et nasjonalt telefonnummer 116 117 til alle kommunale legevaktssentraler. 116 117 er et EU-harmonisert telefonnummer som er gratis å ringe for innbyggerne. Drifts- og samtalekostnader dekkes av staten via Helsedirektoratet. Det ble bevilget 4 mill. kroner til for-

målet i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

En ekspertgruppe på legevakt ble nedsatt i januar 2021. Ekspertgruppen skal kartlegge vaktbelastning for lege i vakt på tvers av kommuner med ulik størrelse og sentralitet. Sluttrapporten legges fram 1. november 2021. Det er avsatt 2,5 mill. kroner til ekspertgruppens arbeid.

Anmodningsvedtak

Legevakt- og fastlegeordningen

Vedtak nr. 468, 13. februar 2018

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

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

I Innst. 11 S (2020–2021) viste Helse- og omsorgskomiteen til at Stortinget ikke har mottatt en egen sak om forbedringer i legevaktordningen som også bidrar til rekrutteringen til fastlegeordningen, samt at regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten ikke gikk nærmere inn i legevaktordningen. Kontroll- og konstitusjonskomiteen opprettholdt vedtaket, jf. Innst. 580 S (2020–2021). Komiteen viser til vedtakets ordlyd hvoretter regjeringen ble bedt om å legge fram en egen sak om legevakts- og fastlegeordningen og avventer dette før vedtaket kan kvitteres ut.

Vedtaket er fulgt opp gjennom handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Legevakt inngår som eget tiltak i handlingsplanen: «regjeringen vil skaffe økt innsikt om legevaktarbeid og prøve ut nye måter å drive legevakt». I januar 2021 nedsatte departementet en ekspertgruppe som skal kartlegge hvordan legers vaktbelastning er fordelt på kommuner av ulik størrelse og sentralitet. Ekspertgruppen leverte sin rapport november 2021.

Legevaktpiloteen videreføres og vil gi erfaring med alternative måter å organisere legevakt på. Innsikten fra ekspertgruppen og piloten vil bli brukt aktivt i forbedringen av legevaktordningen slik at den ikke virker til hinder for rekruttering til allmennlegetjenesten.

Nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten har som et av tre målområder å sikre tjenester av god kvalitet til alle. Et ledd i å oppnå dette er å styrke satsingen på det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å vurdere hvordan det kan etableres et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene. Oppdraget er en del av oppfølgingen av handlingsplan for allmennlegetjenesten, men det skal også bidra til å følge opp handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og til å implementere forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Formålet er å bidra til målrettet, systematisk og samordnet innsats for gode og trygge tjenester, og legge til rette for at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan etterleves. Det er et mål at både kvaliteten i tjenestene og kompetansen i praktisk kvalitetsforbedringsarbeid styrkes. Arbeidet skal bidra til færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene.

Arbeidet med det nasjonale systemet er forankret i Helsedirektoratet med involvering av relevante aktører som bl.a. KS, Folkehelseinstituttet (FHI), Direktoratet for e-helse, Legeforeningen og Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (NOKLUS).

Senter for kvalitet i legetjenesten (SKIL) spiller også en viktig rolle i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i kommunene. Kunnskapen og kompetansen til SKIL vil derfor være viktig inn i arbeidet som pågår med det nye nasjonale systemet og SKIL vil inngå som en sentral aktør i dette. SKIL ble i 2021 omdannet fra et aksjeselskap til en stiftelse. Det foreslås å bevilge 8 mill. kroner til SKIL for å understøtte SKILs arbeid inn mot nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste.

Gjennomføring av handlingsplanen for allmennlegetjenesten

Det foreslås å bevilge 8 mill. kroner til å gjennomføre og evaluere handlingsplanen for allmennle-

getjenesten i 2022. Midlene skal dekke ekstern følgeevaluering av handlingsplanen og gjennomføring og oppfølging av handlingsplanen i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Digitale tjenester til barn og unge

Det ble i 2021 avsatt 35 mill. kroner på kap. 762, post 21 for å legge til rette for utvikling og drift av digitale tjenester til barn og unge. Midlene ble tildeelt Helsedirektoratet, og ble i 2021 bl.a. disponert til prosjektet DigiHelsestasjon. Digitalisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngår som tiltak i regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord. Det er særlig relevant å se arbeidet i sammenheng med programmet digitale tjenester til barn og unge (DigiUng) i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Den pågående koronapandemien har ytterligere aktualisert behovet for digitale tjenester for barn og unge. Bevilgingen foreslås videreført. Inntil 1 mill. kroner av bevilgningen foreslås øremerket til utviklingstilskudd til digitale hjelpe-tjenester til organisasjoner som er med i DigiUng nettverket.

I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 11 S (2020–2021) ble det bevilget 11,3 mill. kroner til drift og videreutvikling av digitale tjenester til ungdom og helseinformasjon via ung.no. Bevilgningen er bl.a. benyttet til å finansiere svar på helsespørsmål på ung.no og på ulike utviklings- og prosjektarbeid knyttet til chat-tjenester, søk-funksjonalitet og sikker-dialog. Bevilgningen foreslås videreført.

Midlene skal i 2022 også disponeres til informasjon og veiledning på internett om seksuell og reproduktiv helse og prevensjon for ungdom.

Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp

Det vises til omtale i Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, og Stortingets behandling av denne jf. Innst. 43 S (2018–2019). I meldingen foreslås det å videreføre læringsnettverk for gode pasientforløp i perioden 2020–2022. Formålet er å støtte kommunene og helseforetakene i arbeidet med å bedre overgangene i pasientforløpet og sikre brukernes behov for helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Tiltaket er forankret i avtalen mellom regjeringen og KS om gjennomføring av *Leve hele livet 2019–2023*. Arbeidet med læringsnettverkene er forsinket på grunn av koronapandemien. For å sikre prosjektet tilstrekkelig tid til gjennomføring, fore-

slås prosjektperioden forlenget med ett år, ut 2023.

Midlene skal benyttes i tråd med prosjektbeskrivelser og budsjett slik de er godkjent av styringsgruppen for læringsnettverk for gode pasientforløp. Det foreslås å videreføre tildelingen av inntil 4 mill. kroner til læringsnettverkene over kap. 762, post 21 for 2022. I tillegg foreslås det å videreføre tilskudd til formålet over kap. 765, post 21 for 2022. Tilskuddet inngår i Kompetanseløft 2025.

Seksuell helse

Regjeringens innsats på seksuell helse er forankret i Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter gjennom hele livet.

Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020–2024) er forankret i strategien Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Målet med handlingsplanen er å bidra til å redusere aborttallene med en tredjedel i perioden 2014–2024. Regjeringen følger opp handlingsplanen bl.a. ved å utvide rekvireringsretten til jordmødre og helsesykepleiere fra 1. januar 2022, slik at de også gis rett til å rekvirere hormonell prevensjon til unge under 16 år.

I 2021 ble det bevilget 13,3 mill. kroner for å dekke driftsutgifter og anskaffelser i tilknytning til arbeidet med Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Midlene finansierer bl.a. Helsedirektoratet sin ordning med gratis kondomer, drift og videreutvikling av Zanzu.no og kampanjer. I 2020 distribuerte Helsedirektoratet om lag 3 millioner kondomer via helsestasjons- og skolehelsetjenesten, organisasjoner og utdanningsinstitusjoner samt om lag 3 millioner kondomer via nettjenesten gratiscondomer.no (Helsenorge). Pga. koronapandemien var det en nedgang i distribusjon via helsestasjon, skolehelsetjeneste mv. på 40 pst. sammenlignet med 2019. I 2021 dekket midlene også arbeidet med revitalisering av strategi for seksuell helse Snakk om det! og ekstern evaluering av tilskuddsordningene Seksuell helse, Forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner (kap. 762, post 73) og Stiftelsen Amatheia (kap. 762, post 74). Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Anmodningsvedtak

Forskrivningsrett på prevensjon til de under 16 år

Vedtak nr. 589, 13. juni 2019

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

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

I Innst. 11 S (2020–2021) viser komiteens flertall til at forslaget er sendt ut på høring med frist 8. januar 2021, og at regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert ettersom Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2020 sendte på høring forslag om å utvide rekvireringsretten slik at jordmødre og helsesykepleiere også gis rett til å rekvirere hormonell prevensjon til unge under 16 år. I Innst. 580 S (2020–2021) merket kontroll- og konstitusjonskomiteen seg at forslaget var sendt på høring, og avventet utkvittering av vedtaket til forskriftsendringene ble gjennomført. Det ble 24. august 2021 fastsatt endringer i forskrift om rekvirering av legemidler fra apotek som innebærer at helsesykepleiere og jordmødre kan rekvirere alle typer prevensjon, også til personer under 16 år. Forskriften trer i kraft 1. januar 2022.

Nasjonal diabetesplan

Nasjonal diabetesplan 2017–2021 har hatt som mål å forbedre helse- og omsorgstjenestenes arbeid med å forebygge, følge opp og behandle personer med diabetes. De fleste av tiltakene i planen er gjennomført eller er under gjennomføring. Flere av dem er ferdigstilt i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Diabetesforbundet. I planperioden er det bl.a. gjennomført flere tiltak for å bedre fastlegers oppfølging av pasienter med diabetes, som f.eks. opplæring i bruk av medikamenter ved diabetes, og forbedrede takster for gjennomføring av årskontroller og innsending av diabetesskjema til kvalitetsregistre. Avstandsoppfølging og annen digitalisering har bidratt til bedre oppfølging av pasienter med diabetes. Kompetanseløft 2025 er lagt fram og skal forbedre kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det lagt fram flere dokumenter som omhandler risikofaktorer for diabetes. Det er fortsatt behov for tiltak for både å forebygge utvikling av diabe-

tes type 2, forbedre helse- og omsorgstjenestens oppfølging av alle med en diabetesdiagnose, og innhente mer kunnskap om behandling av sykdommen. Regjeringen foreslår at diabetesplanen fornyes fra 2022 ved at noen tiltak fra gjeldende plan videreføres og nye tilføres. Det foreslås at bevilgningen på 4 mill. kroner til oppfølging av planen blir videreført i 2022.

Smittevern

Godt smittevern bidrar til bedre pasientsikkerhet og er en forutsetning for å begrense utbrudd og spredning av smittsomme sykdommer i helsetjenesten og samfunnet. Slik er godt smittevern også avgjørende for å håndtere utfordringen med antimikrobiell resistens (AMR). Smittevern både begrenser spredningen av resistente mikrober og forebygger infeksjoner. Dermed reduseres behovet for antibiotikabehandling. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en nasjonal Handlingsplan for et bedre smittevern (2019–2023) med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Det er klare overlapp i arbeidet mot antibiotikaresistens og håndteringen av koronaviruset. Tiltakene som er satt i gang etter lansering av handlingsplanen for et bedre smittevern bidrar ikke bare til å begrense spredning av resistente bakterier, men er også viktige for å begrense smitte av koronavirus.

Regjeringen har hatt et mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020. Selv om målet sannsynligvis er nådd, er det viktig å fortsette arbeidet for å opprettholde fokus på antibiotikaresistens også etter 2020. Det foreslås å videreføre midler til Helsedirektoratets arbeid med smittevern i 2022.

Det ble i 2020 opprettet en ordning med praksiskompensasjon til fastleger som i sitt legearbeid blir smittet av eller satt i karantene grunnet covid-19. I 2020 er det utbetalt 59 mill. kroner til ordningen. I 2021 ble det i Revidert nasjonalbudsjett bevilget 60 mill. kroner til ordningen. Ordningen avvikles i 2022.

Det ble i 2021 innført et nasjonalt system med massetesting for covid-19 i barnehager, skoler og i høyere utdanning. Hensikten var å legge til rette for at virksomhetene kunne holde fysisk åpent i størst mulig grad. Til sammen ble det bevilget 941 mill. kroner til tiltaket. Det ble bevilget 257 mill. kroner til statlig finansiering av testing til koronasertifikat ved bruk av private aktører uten avtale med det offentlige. Regjeringen vil komme

tilbake til Stortinget dersom situasjonen skulle tilsi behov for bevilgninger til disse tiltakene også i 2022.

Anvendelse av helselovgivningen på Svalbard og Jan Mayen

Det foreslås å bevilge 0,2 mill. kroner til Statsforvalteren i Troms og Finnmark knyttet til beredskapsarbeid og tilsynsvirksomhet på Svalbard og Jan Mayen.

Anmodningsvedtak

Helse-, sosial- og omsorgssektoren – saksbehandling av klager

Vedtak nr. 1105, 2. juni 2021

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 25 (2020–2021), jf. Innst. 570 S (2020–2021).

Vedtaket anses som utkvittert ved den gradvise implementeringen av den nye budsjettfordelingsmodellen til statsforvalterne, som vil tilføre midler til de embetene med størst restanser i dag. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet igangsatt restanseprosjekter hos Statsforvalteren for å redusere saksbehandlingstiden. Rapportering og utvikling for saksbehandlingstid i klagesaker kan leses i statsforvalterenes årsrapporter.

Beslutningsstøttesystem for sykmeldere

Prosjektet med å utvikle beslutningssystem for sykemeldere ble avsluttet i 2019. Det ble i 2020 bevilget 0,5 mill. kroner til forvaltning og oppdatering av verktøyet, både mht. faglig utvikling og regelverksendringer. Det foreslås at midlene videreføres i 2022.

Koronavaksinasjonsprogrammet

Det foreslås 8,8 mill. kroner til drift av koronavaksinasjonsprogrammet i primærhelsetjenesten. Kostnadene i primærhelsetjenesten er bl.a. knyttet til innkjøp av utstyr, lagerleie, pakking, distribusjon og håndtering av vaksinelager. Det vises til kapittelomtalen.

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Helsedirektoratet arbeider med å utvikle pakkeforløp hjem for kreftpasienter som skal være klart innen utgangen av 2021. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal bidra til økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling. Pakkeforløpet skal bidra til mer systematisk avdekking av pasientenes individuelle behov knyttet til pasientens livssituasjon, også behov som går utover den medisinskfaglige oppfølgingen, og med fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient. Pakkeforløp hjem skal bidra til at disse behovene blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging.

Det ble for 2021 bevilget inntil 5 mill. kroner for at Helsedirektoratet kunne gjennomføre et prøveforsøk i utvalgte kommuner og sykehus for å få erfaringer med implementering av pakkeforløpet før en nasjonal implementering ble startet. På grunn av endret innretning av implementeringsarbeidet har det ikke vært behov for å gjennomføre forsøk før nasjonal implementering. Helsedirektoratet sendte i september 2021 pakkeforløp hjem for kreftpasienter på høring. Direktoratet ble tildelt inntil 1,6 mill. kroner til implementeringsaktivitet for 2021.

Tolkelovsatsing

Det skal innføres en rekke krav til offentlige organers bruk av tolk og krav til tolker. Det foreslås bevilget 1,4 mill. kroner til Helsedirektoratet for utarbeidelse av retningslinjer for dette.

Post 60 Forebyggende helsetjenester

Forebygging, avdekking, veiledning og opplæring for å unngå sykdom, psykisk uhelse eller å mestre sykdom skjer i stor grad i regi av kommunene. Sentralt i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid er helsestasjons- og skolehelsetjenesten samt ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Finansieringen av forebyggende tjenester over denne posten går i hovedsak til disse tjenestene.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- Det foreslås å flytte 15 mill. kroner fra post 60 til post 70 til nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den viktigste tjenesten rettet mot barn, unge og deres familier, gravide og barselfamilier. Tjenesten har svært høy oppslutning i befolkningen og når ut til de fleste i sin målgruppe. Det er likevel utfordringer. Barn og unge etterspør bedre tilgjengelighet til tjenesten og kommuner rapporterer om utfordringer med å rekruttere helsesykepleiere. Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå har hatt et samarbeid for å utvikle årsverksstatistikk der deltjenestene splittes. Helsedirektoratet har i 2021 publisert årsverkstall for de ulike deltjenestene på sine hjemmesider.

Kostra-tall viser at i overkant av 40 pst. fikk hjemmebesøk av jordmor innen tre dager etter hjemkomst. Nesten 70 pst. av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk fra helsestasjonen av helsesykepleier innen to uker etter hjemkomst i 2020, en nedgang fra 90 pst. i 2019. Nedgangen fra 2019 skyldes i stor grad pandemien. Andelen barn som fikk gjennomført skolestartundersøkelsen innen utgangen av første skoleår var om lag 90 pst. i 2020.

Kostra-tall viser også en betydelig årsverksutvikling i tjenesten. I perioden 2015–2020 økte antall årsverk totalt med om lag 1580. Dette inkluderer en økning på om lag 590 årsverk for helsesykepleiere og 225 årsverk for jordmødre.

Regjeringen har gjennom flere år satset på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2021 fikk kommunene 929 mill. kroner i frie inntekter begrunnet i behovet for å styrke tjenesten. For 2022 foreslås det 952,2 mill. kroner i rammetilskudd. Det vises til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2021–2022). Til sammen utgjorde tilskuddsordningen Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten 389,4 mill. kroner i 2021. Av dette var 60 mill. kroner øremerket jordmorkompetanse i kommunene. I 2021 ble tilskuddsmidlene i sin helhet fordelt. Det rapporteres for 2020 at midlene brukes etter hensikten. Det var per mai 2021 totalt 315 søknader på ordningen, fordelt på 300 kommuner.

Innretningen på tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble endret fra 2021 da tilskuddet ble omgjort til et rent lønnstilskudd til årsverk for tjenestens kjernekompetanse, definert som lege, jordmor, fysioterapeut, psykolog og helsesykepleier. I tillegg kan det gis støtte til administrativt støttepersonell. Det foreslås å viderføre øremerking av 60 mill. kroner

innenfor tilskuddsordningen for 2022 til jordmor-årsverk i kommunene.

Det er behov for styrket kompetanse-, fagutvikling og forskning på helsestasjons- og skolehelsetjenestens områder. Det foreslås derfor å omdisponere 15 mill. kroner av tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten til et nasjonalt tverrfaglig kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Se nærmere omtale under kap. 762, post 70.

Det foreslås 379,7 mill. kroner til tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2022.

Tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngår i Kompetanseløft 2025.

Områdesatsinger i og utenfor Oslo

Stortinget vedtok i behandling av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 11 S (2020–2021) at 4 mill. kroner av tilskuddet til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble omdisponert til eget tilskudd til helsefremmende og forebyggende tjenester i områdesatsinger utenfor Oslo. Det ble også vedtatt at 4,4 mill. kroner fra samme tilskuddsordning ble omdisponert til tilskudd til helsefremmende og forebyggende tjenester i områdesatsning i Oslo. I 2021 har tilskuddet til områdesatsinger utenfor Oslo i sin helhet vært øremerket Stavanger kommune, mens tilskuddet til områdesatsinger i Oslo har vært øremerket Oslo kommune. Bevilgningen foreslås videreført. En nærmere omtale av områdesatsingen i sin helhet finnes i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett for 2021–2022.

Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Mange trenger veiledning for å endre levevaner og lære å leve med sykdom og kroniske plager. Det er etablert en tilskuddsordning til å etablere og utvikle frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene. Formålet med ordningen er å stimulere til utvikling av kommunale helse- og omsorgstilbud som støtter opp under og realiserer målene bl.a. i samhandlingsreformen, NCD-strategien, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn. I dag har om lag to tredjedeler av kommunene etablert frisklivssentral, enten alene eller i et interkommunalt samarbeid som et tilbud til personer som trenger hjelp til å endre livsstil og mestre helseutfordringer. Om lag 87 pst. av befolkningen er bosatt i kommuner med frisklivs-

sentral. Personer kan oppsøke tilbudet selv eller henvises dit av bl.a. fastlegen. Antallet frisklivssentraler har vært nokså stabilt de siste årene, men utviklingen går mot at flere av sentralene, har flere tilbud til brukerne og større tverrfaglighet enn tidligere. Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp, ikke bare til å endre levevaner, men også til å mestre livet med sykdom. Disse leve-med tilbudene er ikke et alternativ til, men bør komme i tillegg til de diagnosespesifikke opplæringstilbudene i spesialisthelsetjenesten. I disse tilbudene må kommunene samarbeide med brukerorganisasjonene og andre. Tilskuddsordningen har siden 2020 blitt forvaltet av fylkeskommunen.

Som følge av Stortingets vedtak i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2021 Innst. 600 S (2020–2021) ble det bevilget 7 mill. kroner til å styrke tilskuddsordningen i 2021 med begrunnelse i at midlene skal bl.a. benyttes til aktiviteter og tiltak, som støtter opp under målet med tilskuddsordningen, med relevans for følger av koronapandemien på somatisk helse og levevaner, psykisk helse og mestring. Styrkingen ble foreslått som oppfølging av rapporten fra ekspertgruppen som vurderte konsekvenser koronapandemien har for befolkningens psykiske helse og rusmiddelbruk. Tilskuddsordningen er i 2021 totalt på 25,2 mill. kroner.

Det foreslås 20 mill. kroner til ordningen i 2022. I forvaltningen av tilskuddet skal de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen Leve hele livet bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Nasjonalt forsøk innen rehabilitering

Det ble fra 2017 til og med 2020 årlig bevilget 5 mill. kroner til et nasjonalt forsøk med rehabilitering i regi av Helsehuset Askim. Tiltakene i prosjektet skulle bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene i samsvar med de politiske målene om større ansvar i kommunene. Prosjektet ble avsluttet i 2020. Erfaringene og evalueringen fra prosjektet er at prosjektarbeidet har bidratt til sammenhengende, koordinerte og helhetlige forløp på tvers av samfunnssektorer. Kommunen sier de kan ta økt ansvar for rehabilitering og at mer rehabilitering kan foregå i hjemmet. Tjenesten styrker personers mulighet til å opprettholde og/eller gjenvinne sin fysiske og/eller psykiske mestringsevne. Prosjektet har særlig høstet gode erfaringer med tverrfaglig utredning av behov gjennom teamarbeid og økt bruk av teknologi. Erfaringer fra prosjektet tas med i oppfølging

av evaluering av opptrappingsplanen for habilitering- og rehabilitering. Det foreslås å videreføre midlene til rehabiliteringsformål.

Post 61 Fengselhelsestjeneste

Det går fram av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., at i kommuner hvor det ligger fengsler, skal kommunene ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte. Fylkeskommunene skal tilby tannhelsestjenester til innsatte etter Rundskriv IK28/89. Helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel.

Tilskuddsordningen skal bidra til at kommunene og fylkeskommunene yter nødvendige helse- og omsorgstjenester til innsatte. Kommunene og fylkeskommunene må selv vurdere behovet for å bevilge midler ut over det årlige tilskuddet, for å ivareta sitt sørge-for ansvar. Kommunene og fylkeskommunene står fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres, men Helsedirektoratet anbefaler at helsepersonell er til stede i fengselet til faste tider.

Det foreslås til sammen 189,4 mill. kroner i tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsler for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsestjenester til innsatte i 2022.

Det ble i 2020 tildelt midler til ND-sentre (Narkotikaprogram med domstolskontroll) i fem kommuner, der ND-sentrene i Oslo og Bergen har kompetansesenterfunksjon for de øvrige sentrene. Midlene bidrar til kommunal deltagelse i ND-sentrene arbeid. Tilskuddsordningen vil vurderes i løpet av 2022. Det ble i 2021 bevilget 4,5 mill. kroner til ND-ordningen, det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2022.

Som en del av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) ble tilskuddsordningen styrket med til sammen 15 mill. kroner som skal bidra til at kommunene kan gi et nødvendig tjenestetilbud til innsatte personer med rusproblemer og psykiske lidelser.

Helse- og omsorgstjenester i fengsel må bidra til at arbeidet med individuell plan (IP) for innsatte med behov for langvarige og koordinerte tjenester, igangsettes før løslatelse, jf. veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

For 2020 ble det gitt i tilskudd 160,1 mill. kroner til kommuner med fengsel og 23,3 mill. kroner til fylkeskommuner med fengsel. Kriminalomsorgsdirektoratet rapporterer for 2020 at det var totalt 3855 innsatte i 45 fengsel, fordelt på 2549 soningsplasser med høy sikkerhet og 1057 med lav sikkerhet.

Midlene tildeles kommuner og fylkeskommuner på grunnlag av kvantifiserbare fordelingskriterier ut fra antall og type soningsplasser. Fra 2020 ble det foretatt en ytterligere forenkling slik at kommuner og fylkeskommuner ikke lenger trenger å søke om midler, men at Helsedirektoratet tildeles tilskuddsbeløpet etter antall plasser og type soning to ganger årlig.

For å bedre samordningen mellom kriminalomsorgen, ulike forvaltningssamarbeidspartnere og kommuner har regjeringen lagt fram en Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017–2021). Tiltakene i strategien dreier seg primært om å tette glippsonen mellom løslatelse fra fengsel og overgangen til sivilsamfunnet. Dette vil være viktige bidrag til å skape større trygghet i hverdagen og et mer inkluderende samfunn. Tiltakene i strategien følges bl.a. opp gjennom et tverrdepartementalt tilbakeføringsutvalg i samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

De lovpålagte kravene om samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak, eller med helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer, skal bidra til at pasienter/brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder for rus, somatisk og psykisk helse, som er kjente helseutfordringer for innsatte i fengsler.

Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag å revurdere veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler samt å kartlegge hvordan oppholdsprinsippet kan oppfylles for innsatte i fengsel.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med Helsedirektoratet vurdere egnet måte å innhente kunnskap om de innsattes behov og hvilke helse- og omsorgstjenester som tilbys.

Post 63 Allmennlegetjenester

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- 46 mill. kroner til flere Alis-avtaler som nasjonal ordning og introduksjonsavtaler
- 9,3 mill. kroner til flere primærhelseteam
- 556 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av teststasjon ved grenseoverganger

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklings tiltak innen allmennlegetjenester.

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Det ble i 2021 bevilget totalt 83,6 mill. kroner til å dekke kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmennmedisin.

Det har i flere år blitt gitt tilskudd til rekruttering av fastleger gjennom tilrettelegging av spesialiseringssløpet i allmennmedisin gjennom ALIS-avtaler og ALIS-prosjektene.

Det er igangsatt to femårige ALIS-prosjekter, ALIS-Vest og ALIS-Nord. Prosjektene har som mål å rekruttere og utdanne spesialister i allmennmedisin. ALIS-Vest del 1 startet opp i 2017 og har fått delfinansiering fra staten på totalt 25 mill. kroner for hele prosjektperioden. ALIS-Vest del 2 startet opp i 2019. Prosjektet er tildelt 12 mill. kroner for hele prosjektperioden. ALIS-Nord har blitt tildelt 39 mill. kroner for hele prosjektperioden. I ALIS-Nord skal ordningen også prøves ut for næringsdrivende fastleger. Under ALIS-Nord prosjektet ble det i 2020 innvilget tilskudd til 32 ALIS-avtaler. Det ble samme år gitt tilskudd til 24 ALIS-avtaler under ALIS-Vest prosjektet.

Det er etablert egne tilskuddsordninger for ALIS-avtaler for leger som er under spesialisering i allmennmedisin i kommuner med rekrutteringsutfordringer. ALIS-avtaler er avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilte rekrutteringstiltak som går ut over og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften. I 2021 ble det bevilget 102 mill. kroner til ALIS-avtaler. Det er per juli 2021 gitt tilskudd til 150 ALIS-avtaler.

Det foreslås å gjøre ALIS-avtaler til en nasjonal ordning. Dette er i tråd med ønsker fra Legeforeningen og vil følge opp anmodningsvedtak nr. 466, 13. februar 2018 og nr. 467, 13. februar 2018. ALIS-avtaler som en nasjonal ordning, nasjonal ALIS, vil innebære at alle leger som spesialiserer seg i allmennmedisin får tilbud om en ALIS-avtale med standard innholdselementer. Samtidig vil leger i kommuner med særlige rekrutteringsutfordringer få tilleggselementer i sin avtale. Formålet med ALIS-avtale som nasjonal ordning vil overordnet være å rekruttere flere leger inn i allmennmedisin ved å få flere nyutdannede leger til å ønske å begynne på og fullføre spesialisering i allmennmedisin. Rammene for å gjennomføre spesialistutdanning i allmennmedisin bør da være konkurransedyktig med rammene for spesialistutdanning i sykehusspesialiteter. Nasjonal ALIS skal omfatte alle leger i kommunalt legearbeid som spesialiserer seg i allmennmedisin. Tidligere tilskudd til veiledning som er under spesialisering

ring i allmennmedisin legges inn i ordningen med nasjonal ALIS. Det skal likevel avsette noe tilskuddsmidler utenfor ordningen med nasjonal ALIS til å dekke kommunens kostnader til veiledning for leger som velger å ikke inngå ALIS-avtale. Videre foreslås det å disponere midler tidligere avsatt til ALIS-avtaler til tilskuddsordning til nasjonal ALIS. Tilskuddordningen til ALIS-avtaler bare for kommuner med rekrutteringsutfordringer avvikes. Nasjonal ALIS vil omfatte både leger med fastlønn og leger som er selvstendig næringsdrivende. Totalt foreslås det bevilget 174,6 mill. kroner til en ny tilskuddsordning for nasjonal ALIS. I en overgangsperiode foreslås det fra disse midlene til å dekke kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmennmedisin som ikke velger å inngå en ALIS-avtale. Det foreslås også som en overgangsordning å disponere midlene slik at de ALIS-avtaler som allerede er inngått kan fullføres. Tilskuddsordningen skal forvaltes av Helsedirektoratet.

Det foreslås å innføre introduksjonsavtaler fra 2022. Nødvendige endringer i trygdeforskriften trer i kraft 1. januar 2022. Introduksjonsavtaler forstås som avtaler som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon under visse vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister, selv om fastlegen(e) som har ansvar for listen(e) er til stede på legekontoret samtidig. Introduksjonsavtaler har som hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen ved å bedre tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin. Dette vil bidra til å heve kvaliteten i disse tjenestene. Introduksjonsavtaler vil også kunne bidra til bedre rekruttering inn i fastlegeordningen ved å senke terskelen for å prøve seg som fastlege og starte spesialisering i allmennmedisin. En tilleggs-effekt er å bidra til stabilisering i fastlegeordningen gjennom å redusere fastlegenes arbeidsbelastning.

For leger ansatt i annet allmennlegearbeid er det utfordringer knyttet til å få gjennomført den del av spesialiseringen i allmennmedisin som foregår i åpen uselektert allmennpraksis. Rekruttering til allmennmedisin omfatter også rekruttering til andre allmennlegeoppgaver i kommunen som bl.a. sykehjem og legevakt. I distriktskommuner inngår ofte allmennmedisinsk kommunalt arbeid i deltidsstilling som kombineres med fastlegepraksis. I større byer er disse stillingene ved sykehjem og legevakt ofte fulltidsstillinger. Det kan være utfordringer med å få tilgang til to år

med åpen uselektert allmennpraksis, slik spesialistforskriften krever, uten å måtte forplikte seg til videre jobb som fastlege. Introduksjonsavtaler legger til rette for å få gjennomført dette kravet.

Det foreslås bevilget 32,7 mill. kroner til introduksjonsavtaler. Ut fra eksisterende anslag på utgifter ved hver avtale gir dette 65 introduksjonsavtaler. Avtalene vil tildeles kommuner etter søknad til Helsedirektoratet etter nærmere fastsatte kriterier. Midlene budsjetteres på kap. 2755, post 70 for å dekke folketrygdens utgifter.

I 2020 ble det opprettet fem ALIS-kontorer i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. Gjennom å bistå kommunene skal ALIS-kontorene bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering i allmennmedisin. Målet er gode, forutsigbare og enhetlige utdanningsløp og å redusere terskelen for å starte i spesialisering i allmennmedisin. Det foreslås å styrke ALIS-kontorene, slik at de har tilstrekkelig kapasitet til å bistå kommunene. Det foreslås at ALIS-kontorene tillegges nye oppgaver i forbindelse med nasjonal ALIS-ordning, f.eks. økt bistand ved inngåelse av ALIS-avtale, organisering av nettverkssamlinger, organisering og gjennomføring av veilederkurs og bistand til å konvertere fra gammel til ny ordning for spesialistutdanning i allmennmedisin. De ble bevilget 20 mill. kroner til ALIS-kontorene i 2021. Bevilgningen foreslås økt med 20 mill. kroner til totalt 40 mill. kroner.

Pilot primærhelseteam

Det ble i 2021 bevilget 77,2 mill. kroner til pilotprosjektet med primærhelseteam, hvorav 51,9 mill. kroner på kap. 762, post 63. Det foreslås å øke bevilgningen til team med 12 mill. kroner i 2022 hvorav 9,3 blir tilført kapitlet og 2,7 mill. kroner er omprioritering av midler på posten. Midlene benyttes til å utvide antall team fra 2022, jf. handlingsplanen for allmennlegetjenestens mål om å legge til rette for en mer teambasert fastlegetjeneste. Samlet foreslås det bevilget 92,9 mill. kroner, hvorav 67,7 mill. kroner over post 63.

Forsøk med primærhelseteam startet i 2018. Formålet er bl.a. å sikre bedre oppfølging av brukere med kroniske sykdommer og store sammensatte behov gjennom tverrfaglig teamorganisering i fastlegepraksiser. Primærhelseteam består i piloten av fastlege, sykepleier og helsesekretær, og teamet arbeider i henhold til fastlegeforskriften. I prosjektet pilotes to ulike finansieringsmodeller, driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen. Forsøket omfatter 17 fastlegepraksiser i ni kommuner. Tilsammen deltar om lag 110 fastleger i pilotprosjektet.

Piloten følgeevalueres og det leveres årlige statusrapporter. Sluttrapport leveres desember 2021. Sluttrapporten vil være med å danne grunnlag for utvikling av en teambasert fastlegeordning i tråd med tiltak i handlingsplanen. Underveisevalueringene viser at pasienter som er blitt fulgt opp av primærhelseteam over tid, opplever behandlingen som mer helhetlig og koordinert med økt kontinuitet, tilgjengelighet og mestring av egen helsetilstand. Behandlingskontinuiteten er bedret og mer dialog om pasienten mellom ulikt helsepersonell har økt informasjonskontinuiteten. Pasientene oppgir at den relasjonelle kontinuiteten styrkes til tross for at ikke all oppfølging skjer hos fastlegen. Om lag halvparten av fastlegene og sykepleierne opplever at de arbeider noe mer proaktivt, spesielt overfor eldre med høy sykkelighet og innbyggere som i liten grad selv etterspør tjenester. Det er økning i antallet hjemmebesøk, i hovedsak fra sykepleier. Personer med utviklingshemming følges opp bedre. Det er stor variasjon i organiseringen av teamarbeidet og i fastlegenes bruk av sykepleierne. Sykepleiernes innsats kommer både i tillegg til (utvidet tjenestespekter) og i stedet for innsats fra fastlegen. Evalueringen peker også på betydningen av god ledelse for å lykkes med primærhelseteam.

Midler til og driftsformer for legekantorene som deltar i piloten er tidligere forlenget til mars 2023. Regjeringen foreslår nå at legekantor som deltar i pågående pilot og nye team fra 2022 kan driftes innenfor eksisterende finansieringsmodeller og driftsformer fram til en ev. ny finansieringsmodell er på plass. Om ikke teamene/kantorene ønsker å gå over i en ev. ny modell, kan de gå tilbake til dagens finansieringsmodell for fastlegetjenesten.

Tilskudd til pilot primærhelseteam inngikk i Kompetanseløft 2020, og inngår i det nye Kompetanseløft 2025. Det vises også til omtale på kap. 762, post 21.

Digital hjemmeoppfølging

Utprøving av digital hjemmeoppfølging av pasienter med kroniske sykdommer gjennom de ordinære kommunale helse- og omsorgstjenestene, dvs. hjemmetjenestene og fastlegepraksis, og i tillegg i primærhelseteam, ble startet i 2018 og avsluttes 2021. Formålet med utprøvingen er å få mer kunnskap om effekter av digital hjemmeoppfølging, både for pasienter, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten og på denne bakgrunn kunne utforme nasjonale anbefalinger.

Utpørvingen følges av forskning, i form av en randomisert kontrollert studie. Rapport vil foreligge i desember 2021. På bakgrunn av resultatene, vil det vurderes om det er behov for å videreføre utpørvingen for å innhente mer kunnskap før en går over i en spredningsfase av digital hjemmeoppfølging i en ny programperiode fra 2022–2024. Det vises også til øvrig omtale av velferdsteknologi-programmet under kap. 701, post 21, kap. 740, kap. 761, post 21 og 68 og kap. 769, post 70.

Det ble bevilget tilsammen 22 mill. kroner til prosjektet ny utpørving av digital hjemmeoppfølging i 2021, 10 mill. kroner på kap. 762, post 21 og 12 mill. kroner på kap. 762, post 63. Det foreslås å videreføre samme bevilgning og fordeling mellom postene i 2022.

Pilot oppfølgingsteam

Piloten startet opp høsten 2018 og skulle opprinnelig pågå i tre år. Piloten er videreført til 2023 som følge av forsinkelser som bl.a. skyldes koronasituasjonen. Fire av de seks opprinnelige kommunene deltar i videreføringsen. Det ble i 2021 bevilget til sammen 12,5 mill. kroner til piloten, hvorav 8,5 mill. kroner over post 63 og 4 mill. kroner over post 21. Det foreslås å videreføre en redusert bevilgning på 10,7 mill. kroner til piloten i 2022, der midlene fordeles med 4 mill. kroner på post 21 og 6,7 mill. kroner på post 63. Tilskudd til pilot oppfølgingsteam inngår i Kompetanseløft 2025.

Lønnstilskudd til utdanning i avansert klinisk sykepleie

Videreutdanning i avansert klinisk sykepleie er et sentralt satsingsområde i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. På initiativ fra regjeringen er det nå etablert en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie rettet mot behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er innført offentlig spesialistgodkjenning for denne gruppen. Formålet med lønnstilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie som ivaretar behov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet forvalter ordningen. Målgruppen er sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. De som søker må ha minst to års relevant yrkeserfaring. Utdanningen må omfatte veiledet klinisk praksis, som retter seg mot funksjonen som avansert klinisk sykepleier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

I 2021 ble det bevilget 10 mill. kroner i tilskudd. Tilskuddet har i sin helhet blitt fordelt i 2021. Totalt er det i 2021 gitt støtte til 120 sykepleiere fordelt på 50 ulike kommuner. Det foreslås bevilget 12 mill. kroner til tilskuddet i 2022. I forvaltningen av tilskuddet skal de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen Leve hele livet bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Legevaktjenesten, herunder pilotprosjekt

Det er foretatt midlertidige endringer i akuttmedisinforskriften §7 som trådte i kraft 30. april 2021. Våren 2021 rapporterte kommuner at pandemi-håndteringen medførte særskilte ressursutfordringer med å bemanne legevakt. Helsedirektoratet utredet midlertidige endringer i akuttmedisinforskriftens kompetansekrav til lege i vakt. Partene i trepartssamarbeidet ble konsultert i prosessen. Endringene innebærer at leger med fullført LIS1 er unntatt kompetansekravene nedfelt i akuttmedisinforskriften §7. De midlertidige endringene gjelder fram til 1. juli 2022.

Det er også igangsatt andre tiltak på legevaktfeltet. Helsedirektoratet har utarbeidet veileder for legevaktjenesten som ble publisert 28. februar 2020 og utreder kvalitetsmål for legevaktjenesten som vil inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitaltjenestene.

Det ble bevilget 12 mill. kroner til oppfølging av akuttmedisinforskriften i 2021 for å dekke kommunenes utgifter til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering og til å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevakt-sentraler. Koronautbruddet våren 2020 førte imidlertid til en reduksjon i kapasiteten for gjennomføring av kurs. Fristen for gjennomført kurs er derfor forlenget. Det er beregnet at inntil 10 000 leger og annet helsepersonell i legevakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering innen 1. mai 2022 når overgangsordningen for krav til kurs utgår.

Det ble bevilget totalt 11 mill. kroner til legevakt, herunder pilotprosjekt på legevaktfeltet, på kap. 762, post 63 i 2021. På grunn av sen oppstart av legevakt-pilotene i Møre og Romsdal, er det besluttet å forlenge driften av legevakt-pilotene fram til 30. juni 2022. Det foreslås derfor å bevilge 5,5 mill. kroner til legevakt-piloten i 2022. Dette vil gi et bedre vurderingsgrunnlag når sluttevalueringen utarbeides og overleveres høsten 2022. I tilknytning til følge- og sluttevaluering av prosjektet er det bl.a. igangsatt en brukerundersøkelse og innsamling av lokale data.

Testing ved grenseoverganger og i karantenehotell
Det ble fra august 2020 opprettet teststasjoner ved grenseoverganger finansiert over en tilskuddsordning til aktuelle kommuner. Tiltaket har vært sentralt for å hindre importsmitte. I 2020 ble det utbetalt 40,6 mill. kroner til formålet. Utbetalt beløp var langt lavere enn det bevilgede beløpet på 174 mill. kroner grunnet i hovedsak lavere reiseaktivitet enn lagt til grunn.

Det er i 2021 bevilget 825 mill. kroner til teststasjoner på grensen, hvorav 645 mill. kroner til tilskuddsordningen til teststasjoner på grensen på kap. 762, post 63. I tillegg ble det overført 133,4 mill. kroner i ubrukte tilskuddsmidler fra 2020 til 2021. Det ble i 2021 bevilget 28 mill. kroner til testing i karantenehotell, hvorav 17 mill. kroner på kap. 762, post 63. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget dersom situasjonen skulle tilsi behov for bevilgninger til disse tiltakene også i 2022.

Anmodningsvedtak

Modell for økt testing for covid-19 ved grensen
Vedtak nr. 226 10. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen vurdere en modell for økt testing for covid-19 ved grensen, som sammen med innreisekarantene kan bidra til lavere smitte i Norge, der man også tar med erfaringene fra Island.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:2 S (2020–2021), jf. Innst. 142 S (2020–2021).

Vedtaket anses som oppfylt ettersom alle innreisende til Norge fikk testplikt ved åpne grenseoverganger ved inngangen til 2021. Antallet teststasjoner er utvidet og kapasiteten er bygget opp slik at kapasiteten står i forhold til testkravet. Dette sammen med innreisekarantene har bidratt til redusert importsmitte. Det vises også til omtale og utkvittering av vedtaket i Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021).

Økt testkapasitet i hele landet

Vedtak nr. 227, 10. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest komme tilbake til Stortinget med en oppdatert plan for hvordan man skal sikre økt testkapasitet i hele landet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:2 S (2020–2021), jf. Innst. 142 S (2020–2021).

Vedtaket anses som utkvittert gjennom den løpende oppfølgingen Helsedirektoratet har med testkapasiteten, samt midler bevilget over kommunerammen og andre tilskudd. I all hovedsak har kapasiteten vært god gjennom pandemien. Kommunene har hatt beredskap til å teste inntil 5 pst. av befolkningen i uken. Midler til TISK (testing, isolering, smittesporing og karantenering) er i all hovedsak bevilget over kommunerammen, samt enkelte egne tilskudd til blant annet teststasjoner på grensene. Det vises også til omtale og utkvittering av vedtaket i Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021).

Økt testing og testkapasitet for risikogrupper

Vedtak nr. 228, 20. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig komme tilbake til Stortinget med en plan for hvordan sikre økt testing og økt testkapasitet for risikogrupper, og straks legge til rette for testing for covid-19 hos ansatte og personer uten symptomer i helseinstitusjoner, dersom fagmyndighetene tilrår dette.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:2 S (2020–2021), jf. Innst. 142 S (2020–2021).

Vedtaket anses som utkvittert gjennom den løpende oppfølgingen Helsedirektoratet har av testkapasiteten, samt midler bevilget over kommunerammen og andre tilskudd. I all hovedsak har kapasiteten vært god gjennom pandemien. Kommunene har hatt beredskap til å teste inntil 5 pst. av befolkningen i uken. Midler til TISK (testing, isolering, smittesporing og karantenering) er i all hovedsak bevilget over kommunerammen, samt enkelte over egne tilskudd til blant annet teststasjoner på grensene.

Testkapasitet i kommuner

Vedtak nr. 556, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen tilføre kommunene tilstrekkelige ressurser for å øke testkapasiteten i samsvar med testplikt direkte ved ankomst og ved karantenehotell, og for å kunne sikre økt testing for covid 19 blant risikogrupper i kommunale helseinstitusjoner.»

Vedtaket ble fattet i etterkant av statsministerens redegjørelse om håndteringen av koronapandemien i Stortinget, 18. januar.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at det fra 2. januar ble obligatorisk å teste seg ved innreise fra røde land. Fra 18. januar ble det obligatorisk å teste seg ved teststasjoner på grensen ved innreise til Norge fra røde land. Antallet teststasjoner er utvidet og kapasiteten er bygget opp slik at kapasiteten står i forhold til testkravet. Utgiftene til ordningen dekkes gjennom et øremerket tilskudd til kommuner med teststasjoner på grensen forvaltet av Helsedirektoratet og via folketrygden. Det er også opprettet et eget øremerket tilskudd til testing i karantenehotellene. Alle beboere i sykehjem som kan ta vaksinen er vaksinert. Det vises også til omtale og utkvittering av vedtaket i Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021).

Tilstrekkelig testkapasitet ved lufthavnene

Vedtak nr. 557, 19. januar 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre tilstrekkelig testkapasitet ved lufthavnene slik at testing kan skje på flyplassene ved ankomst.»

Vedtaket ble fattet i etterkant av statsministerens redegjørelse om håndteringen av koronapandemien i Stortinget, 18. januar.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp ved at antallet teststasjoner er utvidet og kapasiteten er bygget opp slik at kapasiteten står i forhold til testkravet. Fra 2. januar ble det obligatorisk å teste seg ved innreise fra røde land. Fra 18. januar ble det obligatorisk å teste seg ved teststasjoner på grensen ved innreise til Norge fra røde land. Utgiftene til ordningen dekkes gjennom et øremerket tilskudd til kommuner med teststasjoner på grensen forvaltet av Helsedirektoratet og via folketrygden. Det vises også til omtale og utkvittering av vedtaket i Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021).

Kommunikasjon til kommuner og kommuneoverleger om nasjonale endringer og tiltak

Vedtak nr. 612, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa endre sin kommunikasjonspraksis under pandemien på ein slik måte at kommunane og kommuneoverlegane blir direkte varsla om nasjonale endringar og tiltak.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:68 S (2020–2021), jf. Innst. 196 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert ved at det er lagt til rette for at det faglige grunnlag utarbeidet av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet som medfører endring i smitteverntiltak og/eller forskriftsendringer, videreformidles til statsforvalterne og kommunene så raskt som mulig.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd knyttet til formålet for kapitlet.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- 9 mill. kroner foreslås flyttet fra post 21 til post 70 da regnskapstall for 2019 og 2020 viser et økt bevilgningsbehov på post 70. Bevilgningen på postene ses under ett.
- Det foreslås å flytte 15 mill. kroner fra post 60 til nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Det foreslås å etablere et kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en av de viktigste tjenesten rettet mot barn og unge, men det er behov for mer systematisk fag-, kompetanseutvikling og forskning på de områdene tjenesten dekker. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en tverrfaglig tjeneste og det er viktig at et kompetansemiljø reflekterer dette. Kompetansemiljøet skal fortrinnsvis bli en del av ett eksisterende fag- og kompetansemiljø rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester og bidra til kompetansebygging i og veiledning av kommunene. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å vurdere lokalisering og forankring av miljøet.

Det foreslås å bevilge 15 mill. kroner til formålet i 2022.

Forskning på kiropraktikk

Det er behov for å opprettholde forskningsaktiviteten innen muskel- og skjelettsykdommer på kiropraktikk. Norsk kiropraktorforbund har etablert en forskningsstiftelse som i nært samarbeid med Universitetet i Stavanger bidrar til opprettelse av forskningsaktivitet på feltet. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til formålet i 2022.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Per 1. januar 2021 var det registrert 800 094 innvandrere i Norge og 197 848 norskfødte med innvandrerforeldre. Dette utgjør om lag 19 pst. av Norges befolkning. Innvandreres helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer, etter landbakgrunn og etter årsak til innvandring. Det skal ytes likeverdige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Tjenestetilbudet skal tilpasses den enkelte, slik at tilgangen til og kvaliteten på tjenestene blir like gode uavhengig av brukernes norskkunnskaper, kulturelle tilhørighet og sosioøkonomiske bakgrunn. Koronapandemien har rammet innvandrerbefolkningen i Norge hardere enn befolkningen ellers. Personer født i utlandet har hyppigere fått påvist smitte og blir oftere innlagt på sykehus med Covid-19. Per dags dato er det lite forskningsbasert kunnskap om hvorfor innvandrerbefolkningen er overrepresentert i statistikken.

Regjeringen har satt ned to ekspertgrupper som har vurdert og foreslått tiltak på integreringsfeltet som følge av koronapandemien. Den første ekspertgruppen leverte sin rapport 4. desember 2020, med forslag til 29 tiltak for å intensivere aktivitet rettet mot innvandrerbefolkningen. 23. juni 2021 leverte den andre ekspertgruppen sin rapport som inneholdt forslag til 26 tiltak fordelt på ulike departementers sektoransvar. Forslag innenfor helseområdet var særlig rettet mot vaksinasjon og tiltak for å øke vaksinasjonsandelen blant innvandrere. I etterkant av ekspertgruppe-rapportene har Helse- og omsorgsdepartementet sendt oppdragsbrev til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet for oppfølging av de foreslåtte tiltakene. De fleste tiltak er fulgt opp eller under oppfølging.

Koronapandemien har gitt verdifull lærdom i hvordan formidling av informasjon spiller en sentral rolle i beredskapsarbeidet, og viktigheten av å nå ut til målgrupper med tilpasset, målrettet og forståelig informasjon. Pandemien har vist hvor viktig mangfold blant helsepersonell og ansatte i andre offentlige tjenester er, og viktigheten av at lokale og nasjonale myndigheter samarbeider med innvandrerorganisasjoner og ressurspersoner fra innvandrer miljøene.

I 2018 la regjeringen fram strategien Integring gjennom kunnskap (2019–2022). Formålet

med strategien er å øke deltagelsen for innvandrere i arbeids- og samfunnsliv gjennom en samordnet innsats. Innvandrere skal i større grad bli en del av store og små fellesskap i det norske samfunnet. Arbeidet innebærer innsats i flere sektorer og gjelder flere av Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder. Departementet er avhengig av innspill og oppdatert kunnskap om innvandreres helse og behov for helse- og omsorgstjenester. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til forvaltning av Helsedirektoratets Fagråd for innvandrerhelse i 2022.

Forskning og fagutvikling

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til fagutvikling, kompetanseutvikling og forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder å understøtte arbeidet med nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste.

Departmentent har tidligere varslet at det vil innføres indikatorer for sentre som har forskning som hovedoppgave og øvrige kompetansesentrene som driver forskning som en del av sin virksomhet, samt at en liten andel av forskningsmidlene vil omfordeles innenfor rammen basert på sentrenes forskningsindikatorer. Fra 2022 innføres resultatbasert finansiering for om lag 2 pst. av grunntilskuddet. Helsedirektoratet vil foreta omfordeling av 2 pst. av tilskuddsmidlene basert på beregnede forskningspoeng for sentrene som mottar tilskudd over kap. 762, post 70, samt Nasjonalt forskningssenter for komplementær behandling og alternativ medisin (Nafkam) over kap. 783, post 79. Se nærmere omtale under programkategori 10.70 Tannhelse.

Tabellen under viser gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre inkludert i omleggingen for 2018–2020. Forskningspoeng omfatter publiseringspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd. Forskningsindikatoren ekstern finansiering utgår fra sentrene innenfor kap. 762 samt Nafkam i 2022, da man ikke har pålitelige data. Det arbeides med å få dette på plass fra 2023.

Tabell 4.14 Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre for perioden 2018–2020. I forskningspoeng og pst. av totalt antall forskningspoeng.

Kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 783 Personell	Forskningspoeng	%
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin	41,1	15,5 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen	43,4	16,37 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Trondheim	34,3	12,93 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Oslo	41,95	15,82 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Tromsø	29,65	11,18 %
Senter for samisk helseforskning	23,2	8,75 %
Nasjonalt senter for distriktmedisin	4,9	1,85 %
Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin	46,7	17,61 %
Sum	265,2	100 %

¹ Nasjonalt forskningssenter for komplementær behandling og alternativ medisin (Nafkam) mottar midler over kap. 783, men inngår i denne sammenheng med gruppen sentre som får tildelt midler over kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Det ble registrert 265,5 publikasjoner (vitenskapelige artikler, monografier og antologier) fra sentrene og rapportert inn 21 avlagte doktorgrader i perioden 2018–2020. Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene omfattet av omleggingen er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Det er fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE). Formålet med enhetene er å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennmedisin og derigjennom kvaliteten på allmennlegetjenestene. Enhetene skal i tillegg til forskning drive formidlingsaktivitet. Det stilles krav til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med andre forsknings- og kompetansemiljøer. Enhetene skal understøtte arbeidet ned nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste.

For 2021 ble det bevilget 16,5 mill. kroner til de allmennmedisinske forskningsenhetene. Forskningsenhetene er viktige aktører i oppfølgingen av Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg – et kunnskapssystem for bedre folkehelse (HelseOmsorg21-strategien). Ett av satsningsområdene i strategien er et kunnskapsløft for kommunene. Forskningen ved enhetene er omfattende, og måloppnåelsen vurderes god. Midlene foreslås videreført i 2022 med unntak av 2 pst. som gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ble etablert i 2004, og er faglig forankret ved Universitetet i Bergen. Formålet med NKLM er forskning, utredning, fagutvikling og veiledning innen legevaktmedisin. Virksomheten omfatter også ansvar for kompetanseutvikling mv. i helsetjenestetilbudet til volds- og overgrepssatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). NKLM skal understøtte arbeidet ned nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste.

Prosjektet Akuttmedisinsk eldreomsorg ble tildelt 2 mill. kroner i 2020. Prosjektet ble avsluttet våren 2021. Det ordinære tilskuddet på 11,4 mill. kroner til NKLM videreføres i 2022 med unntak av 2 pst. som gjøres avhengig av resultatbasert fordeling. Det vises også til omtale under kap. 765, post 75.

Nasjonalt senter for distriktmedisin (NSDM) er et kompetansesenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Helsedirektoratet og Helse Nord RHF. Formålet med senteret er å fremme forskning og fagutvikling innen distriktmedisinske problemstillinger, samt å bygge nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene. Senteret skal bidra til å bygge bro mellom praksis og akademia og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten i distriktene. NSDM skal understøtte arbeidet ned nytt nasjonalt system for

kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste. Det ble bevilget 4,9 mill. kroner i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022 med unntak av 2 pst. som gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Tilskudd til AFEene, NKLM og NSDM inngår i Kompetanseløft 2025.

Formålet med tilskuddsordningen samisk helse er å bidra til likeverdige, kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det er behov for oppdatert kunnskap om den samiske befolkningens helse og bruk av helse- og omsorgstjenester. Bevilgningen dekker tilskudd til Senter for samisk helseforskning, som er et selvstendig senter ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet. Senterets hovedoppgave er å drive forskning med fokus på helse og levekår i den samiske befolkningen. Senteret har gjennomført større befolkningsundersøkelser i kommuner med samisk befolkning i 2003–2004 og 2012–2014 kalt Saminor 1 og 2. Studiene har påvist flere helseutfordringer i den samiske befolkningen uten at årsakssammenhengene er kjent. Det planlegges en større studie, Saminor 3 i 2022–2023, hvor både nord-, lule- og sørsamiske områder inkluderes. Senteret har et bredt internasjonalt samarbeid. Det foreslås å videreføre bevilgningen på 6,2 mill. kroner i 2022 med unntak av 2 pst. som gjøres avhengig av resultatbasert fordeling. Det gis tilskudd for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane, Finnmark og til veiledningsgrupper for leger under spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge. Tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger, forum for helsestasjonsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. Tiltak for å bedre legesituasjonen i Finnmark har som målsetting å bedre rekrutteringen og stabilisere legedekningen i de samisktalende kommunene i Finnmark. Veiledningsgrupper for leger under spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge skal bidra til å styrke rekruttering og stabilitet av leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det skal i 2022 vurderes å innlemme midlene i ordningene med nasjonal ALIS fra 2023. Bevilgningene foreslås videreført i 2022.

Antibiotikasenter for primærmedisin (ASP) er et kompetansesenter og har som formål å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten, og på den måten redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. ASP skal understøtte arbeidet ned nytt

nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste. Det bevilges årlig midler til drift av ASP som skal gå til å drive forskning, utredning, fagutvikling og veiledning innen primærmedisin på områdene riktig antibiotikabruk, forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens. ASP har gjennomført flere nasjonale og internasjonale aktiviteter for å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten.

ASP har i samarbeid med blant andre Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS) og Folkehelseinstituttet, utviklet et læringsopplegg mot sykepleierstudenter knyttet til antibiotikabruk, retningslinjer for resistens og smittevern. Det ble i 2021 bevilget 4 mill. kroner til kompetansesenteret over denne posten, og det foreslås å videreføre samme beløp i 2022. I tillegg ble det bevilget 3 mill. kroner over kap. 761, post 21 i 2021, som også foreslås videreført. Midlene sees i sammenheng med midler foreslått til smittevern på kap. 762, post 21.

Ledelse

Systematisk, god og trygg ledelse i og av allmennlegetjenesten i kommunen er viktig for å sikre kvalitet i tjenestene og en effektiv ressursutnyttelse. Det er i dag ikke tilstrekkelig ledelseskompetanse i disse tjenestene. Det er behov for å styrke ledelseskompetansen både for kommuneoverleger, ledere av primærhelseteam/gruppepraksiser og øvrige fastleger. Gjennom handlingsplanen har regjeringen forpliktet seg til å styrke ledelsen i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene. I midtveisevalueringen av pilotprosjekt primærhelseteam fremheves det at god ledelse er én av suksessfaktorene for at et primærhelseteam skal fungere godt.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten har som mål å nå ledere fra ulike profesjoner for å bidra til mer læring, bedre kommunikasjon og økt tverrfaglighet på tvers i helsesektoren. Se omtale på kap. 761, 765 og 770. Det foreslås 5 mill. kroner til å utvide antall plasser på denne utdanningen øremerket for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommuneoverleger og ledere av teambaserte praksiser/gruppepraksiser skal prioriteres. Utdanningen er imidlertid omfattende, med 30 studiepoeng, og krever et relativt stort fravær fra praksis. Det er derfor anskaffet utvikling av en tilrettelagt kortere utdanning rettet mot ledere av primærhelseteam og gruppepraksiser, men utdanningen skal også til-

rettelegges for øvrige fastleger. Utdanningen skal være en kombinasjon av nettbaserte studier og samlinger. Grunnprinsippene skal være de samme i begge utdanningsløp. Det foreslås å avsette 3,5 mill. kroner til sistnevnte utdanning. Bevilgningen skal også dekke evaluering.

Post 73 Seksuell helse

Bevilgningen dekker tilskudd til oppfølging av Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Total bevilgning på posten er i 2021 60 mill. kroner.

Helsedirektoratet forvalter to tilskuddsordninger som er knyttet til oppfølging av strategien: Tilskudd for seksuell helse og tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner.

I 2021 ble det bevilget om lag 36,7 mill. kroner til ordningen Seksuell helse og 23,3 mill. kroner til tilskudd innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner.

Strategi for seksuell helse tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets kompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte. Strategiens overordnede mål er å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Det ble innvilget tilskudd til om lag 70 ulike tilskuddsmottakere i 2021. Tilskuddet til seksuell helse skal også støtte oppunder mål og tiltak i handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020–2024).

Måloppnåelse for ordningen vurderes som høy.

Tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner har to overordnede mål: en helhetlig ivaretagelse av hivpositive, og å forebygge nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Målgruppen for ordningen er mennesker som lever med hiv og grupper som har økt risiko for å bli smittet av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner, herunder migranter og menn som har sex med menn. Trenden med nedgang i meldte hiv-tilfeller fortsatte i 2021, særlig blant menn som har sex med menn. Det ble innvilget tilskudd til ti ulike tilskuddsmottakere i 2021. Måloppnåelse for ordningen vurderes som høy.

Begge tilskuddsordningene under denne budsjettposten ble evaluert i 2021 og den samlede måloppnåelsen for prosjektene som har fått støtte vurderes som god. Evalueringen vil inngå i kunnskapsgrunnlaget for Helsedirektoratets revitalisering og konkretisering av Snakk om det! Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere mulige endringer i tilskuddsordningene til seksuell helse fra

2023. Det foreslås bevilget 61,5 mill. kroner til formålene på posten i 2022.

Det ble i 2021 bevilget 1,5 mill. kroner til organisasjonen Menneskeverd og 4,1 mill. kroner til Stiftelsen Kirkens Bymisjon til tiltaket Aksept i øremerket tilskudd over posten. Det foreslås å videreføre øremerkede tilskudd til organisasjonen Menneskeverd og til Stiftelsen Kirkens Bymisjon til tiltaket Aksept.

I tillegg ble det bevilget 13,3 mill. kroner over kap. 762, post 21 til oppfølging av strategi for seksuell helse, jf. omtale under kap. 762, post 21.

Post 74 Stiftelsen Amatheia

I 2021 ble det bevilget 26 mill. kroner til stiftelsen Amatheia. Mål for tilskuddsordningen er å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønskede svangerskap og abort, bl.a. gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022) og Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020–2024) er sentrale dokumenter for innretningen av arbeidet. Amatheia er representert i alle helseregioner med totalt 13 veiledningskontor. I 2020 hadde Amatheia 4384 unike brukere fordelt på 11 335 henvendelser, hvorav 93 pst. kvinner og 7 pst. menn. 2020 var preget av koronasituasjonen. Alle som kontaktet stiftelsen for veiledning, fikk tilbud om dette. Stiftelsen gjennomførte flest mulig samtaler digitalt. Brukere som ønsket det, fikk tilbud om veiledning ved fysisk oppmøte der dette var mulig å gjennomføre innenfor gjeldende smittevernregler.

Amatheia tilbyr prevensjonsveiledning ved alle kontorene. I tillegg driver de opplysnings- og undervisningsvirksomhet rettet til ulike grupper som elever og ungdom generelt, studenter innen helse- og sosialfag, flyktinger og asylsøkere og andre migrantgrupper. I 2020 ga Amatheia 1406 brukere prevensjonsveiledning enten ved oppmøte, telefon eller chat.

Måloppnåelse for ordningen vurderes som middels.

Tilskuddsordningen ble evaluert i 2021. Evalueringen bekrefter funn fra forrige evaluering av stiftelsen i 2006 om at Amatheias viktigste styrke ligger i å veilede gravide og par som er ambivalent til et svangerskap. Evaluator foreslår å revidere regelverket, herunder å tydeliggjøre formålet og målgruppen for tilskuddsordningen. Departementet vil vurdere disse forslagene. Helsedirektoratet følger opp resultatene i evalueringen i samråd med Amatheia.

Det foreslås bevilget 26,7 mill. kroner i 2022.

Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	183 806	186 749	210 357
60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	266 562	230 507	296 904
62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	427 386	455 178	412 874
71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	171 848	174 715	184 258
72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	463 882	486 245	491 705
73	Utviklingstiltak mv.	151 080	177 459	180 773
74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	309 336	308 912	318 135
75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	213 950	245 130	257 083
	Sum kap. 765	2 187 850	2 264 895	2 352 089

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- det foreslås 53,5 mill. kroner til etablering av FACT ung-team, over kap. 765, post 60.
- det foreslås 18 mill. kroner til utvikling og etablering av lavterskel behandlingstilbud for barn og unge, over kap. 765, post 60.
- det foreslås 15 mill. kroner til Fontenehus, over kap. 765, post 73.
- det foreslås 8 mill. kroner til lavterskeltilbud for barn og unge som står i fare for å utvikle problematisk eller skadelig seksuell atferd, over kap. 765, post 21.
- det foreslås å styrke bevilgningen med 5 mill. kroner til kompetanseutvikling på selvska-dings- og selvmordstematikk hos personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk, over kap. 765, post 21.
- det foreslås å styrke bevilgningen med 2 mill. kroner til evaluering av FACT-ung over kap. 765, post 21.
- det foreslås å styrke bevilgningen med 2 mill. kroner til følgeevaluering av pilotering av lavterskel behandlingstilbud til barn og unge, over kap. 765, post 21.
- det foreslås å flytte 6 mill. kroner fra kap. 765, post 60 til kap. 765, post 21, for å styrke arbeidet med omleggingen av Rask psykisk helse-

hjelp, herunder opplæringstilbud, veiledning og støtte.

- det foreslås å flytte 4 mill. kroner fra kap. 765, post 21 til kap. 765, post 74, for å styrke NAP-HAs arbeid med å støtte kommuner som gjennomfører utdanning i Rask psykisk helsehjelp.
- det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner fra kap. 765, post 21 til kap. 765, post 75 for å styrke de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) i deres bistand til regioner som skal delta i folkeopplyningskampanjene for selvmordsforebygging.
- det foreslås å flytte 16,3 mill. kroner fra kap. 765, post 73 til kap. 714, post 79 for å samle tilskuddet til studenters psykiske helse og rusmiddelbruk.
- 0,1 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er økt, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Bevilgningen dekker statlige stimuleringsmidler til psykisk helse- og rusarbeid, samt arbeid med å forebygge og avverge vold og overgrep, traumatisk stress og selvmord. Videre dekker bevilgningen prosjekter innen arbeid og psykisk helse, midler til styrking av bruker- og pårørendearbeid og drift av kompetansesentre innenfor psykisk helse, rus og vold, samt frivillig og ideelt arbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i større grad legge til rette for å prøve ut og evaluere nye modeller og understøtte kommunene i å implementere forskningsbaserte, effektive metoder.

Mennesker med psykiske lidelser, rus- og voldsproblematikk har rett til et verdig liv med god tilgang på behandling og oppfølging, deltakelse i arbeid og aktivitet og bedret livskvalitet. Tjenestene de møter skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede. Det innebærer bl.a. et mål om økt valgfrihet for den enkelte, reduserte ventetider, bedre oppfølging og et styrket lavterskeltilbud i kommunene. Dette inkluderer også å utvikle internettbaserte informasjons- og veiledningstilbud og digitale helsetjenester. Brukermedvirkning skal være en vesentlig del av tjenesteutviklingen og skal ivaretas både på individ-, system- og samfunnsnivå.

Arbeidet mot vold og overgrep er høyt prioritert av regjeringen. Vold i nære relasjoner og overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak, samt hjelp fra krisesentertilbud, sosialhjelp og økt behov for politiressurser.

Kommunene står fritt til å organisere sine tjenester slik de mener er hensiktsmessig, men de har ansvar for å yte et forsvarlig tjenestetilbud og samordne sine tjenester. De kommunale tjenestene utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen. For å lykkes med å gi mennesker med psykiske helse-, rus- og voldsproblemer et godt og forsvarlig tilbud, er det avgjørende at man er kjent med hverandres ansvarsområder og tilbud, og har etablert gode rutiner for samhandling og koordinering av hjelpetilbudet i kommunen og med andre samarbeidsparter.

Regjeringen har gjennomført en rekke tiltak for å bedre sammenheng og forsvarlighet i behandlingsforløp. Fra 2017 er det tydeliggjort at øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen også skal gjelde for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer. Det sikrer at personer med psykiske helse- og rusproblemer har tilgang til helse- tjenester når det haster. Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling ble innført fra 2019, i likhet med for utskrivningsklare pasienter i somatikken. Hensikten med å innføre kommunal betaling også for pasienter innen rus og psykisk helse, er å stimulere til at flere raskere skal få et tilbud der de bor,

og ikke blir unødig lenge i døgninstitusjoner. Det er både uheldig for pasienten og dårlig bruk av spesialisthelsetjenestens ressurser.

Fra 1. januar 2020 ble det lovfestet at alle kommuner har plikt til å ha psykologkompetanse. Gjennom tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer i kommunene var det en solid økning i rekrutteringen fra 2013 til 2019, fra 130 psykologstillinger i 2013 til 617 psykologstillinger i 384 kommuner og bydeler i 2019. Tilskuddsmidlene ble innlemmet i rammetilskuddet til kommunene fra 2020.

Ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) vedtok Stortinget å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep. Partnerskapsavtale 2021–2025 Partnerskap mot mobbing – Sammen for et inkluderende oppvekst- og læringsmiljø er signert av regjeringen og 14 organisasjoner og virksomheter. Å bli utsatt for mobbing kan ha en rekke negative konsekvenser, og arbeid mot mobbing er en viktig del av det forebyggende arbeidet mot psykiske helseproblemer og forebygging av voldsproblemer.

Innføring av pakkeforløp innen psykisk helse- og rusområdet fra 2019 skal bidra til gode, sammenhengende og tverrgående pasientforløp, økt forutsigbarhet og mer likeverdige tilbud. I 2019 inngikk regjeringen og KS en avtale om å etablere 19 helsefellesskap som skal få kommunene og sykehusene til å samarbeide bedre om pasientene. Helsefellesskapene skal prioritere tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Se nærmere omtale av pakkeforløp og helsefellesskap under kap. 732 og kap. 761, post 67. Helsedirektoratet har videre fått i oppdrag å oppdatere veilederen Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, samt utarbeide ny tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid med barn og unge. Denne veilederen skal også omhandle rus- og voldsproblematikk, og rette seg mot både helsefremmende og forebyggende innsats, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten, har vært på alminnelig høring. Regjeringen sendte 6. juli 2021 ut et høringsnotat der høringsinstansene inviteres til å komme med innspill til hva som skal til for å lykkes med innføring av et nytt regelverk for bruk av tvang, med frist 8. november 2021.

For en nærmere omtale av det forebyggende arbeidet innenfor psykisk helse-, rus- og voldsfeltet, vises det til kap. 714. For satsingen innen spesialisthelsetjenesten vises det til kap. 732 og 734.

Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025. Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Se nærmere omtale under kap. 761.

Strategi for god psykisk helse og opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse

I 2017 ble Mestres hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) lagt fram. Strategien danner grunnlaget for en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Prop. 121 S (2018–2019) Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) ble behandlet i Stortinget 30. januar 2020, og inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og behandlingsrettede tiltak for barn og unge mellom 0 og 25 år.

Planen inneholder 71 tiltak som er utarbeidet i samarbeid mellom åtte departementer, som alle har ansvar for oppfølging av tiltak i planen. Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Helsedirektoratet koordineringsansvaret for planarbeidet. Det er utarbeidet en statusrapport for 2020. Rapporten viser at 12 tiltak ble gjennomført, 50 tiltak er pågående, mens ni tiltak ikke var startet opp i 2020.

Blant tiltak som har vært særlig prioritert i 2020 er å utvikle en ny nasjonal tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Veilederen skal beskrive et helhetlig og samordnet psykisk helsearbeid for barn og unge, fra helsefremmende og forebyggende arbeid til oppfølging og behandling. Veilederen skal videre bidra til å tydeliggjøre forventninger til samarbeid og samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer. Første modul i veilederen ferdigstilles i løpet av 2021.

For 2021 ble det bevilget 170 mill. kroner til tiltak i opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. I tillegg kommer en rekke tilleggsbevilgninger rettet mot sårbare barn og unge under pande-

mien. For 2022 foreslås 200 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets og Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjetter, til oppfølging av tiltak i opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, og som oppfølging av forslag til tiltak fra ekspertgruppen som i mars 2021 ble satt ned for å se på konsekvenser koronapandemien har hatt for befolkningens psykiske helse, livskvalitet og rusmiddelbruk. Satsingen for 2022 omfatter 55,5 mill. kroner til etablering og evaluering av oppsøkende og tverrfaglige FACT-ung-team, samt 20 mill. kroner til utvikling, pilotering og evaluering av lavterskeltilbud for barn og unge. Videre foreslås det 5 mill. kroner til forskning på barn og unges psykiske helse under kap. 714, post 21 og 5 mill. kroner til kompetanseutvikling om selvsikring og selvmord. 5 mill. kroner foreslås til felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse og 5 mill. kroner til Rådgivning om spiseforstyrrelser. 4,5 mill. kroner foreslås til lavterskeltilbud for barn og unge som står i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd innenfor rammen av opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. I tillegg foreslås 3,5 mill. kroner til samme formål gjennom arbeidet mot vold og overgrep, jf. omtale under. Det foreslås videre å styrke kommunenes frie inntekter med 100 mill. kroner, begrunnet i tiltak for barn og unges psykiske helse, herunder psykisk helse i videregående skole og lavterskeltilbud i kommunene.

Regjeringen vil trappe opp innsatsen for å styrke barn og unges psykiske helse gjennom planperioden, og vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innfasing og prioritering av enkelttiltak.

Bedre helsehjelp til barn i barnevernet

Siden 2017 har Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet samarbeidet om en rekke tiltak for å bedre helsehjelp til barn i barnevernet. De fleste tiltak er iverksatt og ferdigstilt. Direktoratene lanserte i 2020 Pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet.

I 2020 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en plan for evaluering av satsingen «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet», i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Evalueringen av sentrale tiltak i satsingen er satt ut til RKBU Midt og RKBU Nord med leveranse i slutten av 2022. Oppfølging av Helsetilsynets rapport «Omsorg og rammer» som Helsedirektoratet fikk i oppdrag i 2020 er utsatt til 2022.

Helsesatsingen i barnevernet skal videreføres, bl.a. helsekartlegging av barn i barnevernet. Se nærmere omtale under kap. 765, post 21 og Prop. 1 S, Barne- og familiedepartementet, kap. 854, post 61.

Handlingsplan for forebygging av selvmord

Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste ble lagt fram 10. september 2020, på Verdensdagen for selvmordsforebygging. Åtte departementer samarbeider om planen. Med denne planen ble nullvisjon for selvmord innført i Norge. I 2021 ble det bevilget 30 mill. kroner over kap. 765 til ulike tiltak i planen, i tillegg til midler til å gjøre helsestasjons- og skolehelsetjenesten mer digitalt tilgjengelig bevilget over kap. 762, post 21. Som del av planen er det opprettet et nytt nasjonalt forum for forebygging av selvmord. For-umet er bredt sammensatt og har som mandat å jevnlig vurdere måloppnåelse og å komme med forslag til justering av tiltakene på grunnlag av ny kunnskap. Det foreslås å følge opp planen gjennom å videreføre bevilgningen på 30,2 mill. kroner over kap. 765 til ulike tiltak. Dette inkluderer 5 mill. kroner til arbeid med felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse og 5 mill. kroner til kompetanseutvikling på selvska-dings- og selvmordstematikk.

Opptappingsplanen for rusfeltet

Gjennom bevilgningen i 2020 oppfylte regjeringen målet om å øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner, i tråd med langsiktige mål og tiltak i Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Planen rettet seg særlig mot kommunene. Gjennom bruk av stimuleringsmidler og vekst i de frie inntektene, har regjeringen lagt til rette for økt kapasitet og kompetanse i kommunene, samt utvikling av tjenester og tilbud til personer med rusmiddelproblematikk.

Gjennom opptappingsplanen har regjeringen også styrket innsatsen innenfor andre departem-enters områder, herunder Justis- og beredskaps-departementet, Kommunal- og moderniserings-departementet, Barne- og familiedepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Kunnskaps-departementet. Planen ses således både som en del av, og i sammenheng med andre etablerte løp og satsinger innen helse-, velferds- og justissektoren.

Helsedirektoratet har hatt ansvar for oppføl-ging av Helse- og omsorgsdepartementets tiltak i planen samt koordinert innsatsen mellom de ulike sektorene.

Opptappingsplanen er evaluert av Fafo, i sam-arbeid med Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) og Ipsos, og bygger på informasjon fra kilder som IS-24/8 (Sintef) og Brukerplan (Korfor), samt nasjonale brukertilfredshetsundersøkelser i kom-munale rustjenester (Korus).

Planen inkluderer flere tiltak som ble initiert før den ble vedtatt, og en rekke tiltak er forankret i andre statlige strategier og planer. Evalueringen konkluderer på den bakgrunn at det er utford-rende å isolere effekter av innsats som følge av opptappingsplanen fra andre satsinger og strate-gier. Måloppnåelse for planens hovedmål og inn-satsområder varierer, men selv om det på grunn av planens innretning ikke kan konkluderes med full måloppnåelse på alle områder, er det en klar tendens at utviklingen er gått i ønsket retning.

Helsedirektoratets årlige rapporteringer viser at det gjennom hele planperioden har vært høy aktivitet på alle planens innsatsområder og at intensjonen om å se ulike satsinger og virkemidler i sammenheng er ivaretatt. Gjennom hele evaluate-ringsforløpet pekes det på at det er mye aktivitet og utviklingsarbeid på rusfeltet. Særlig har de pri-oriterte områdene som brukerorientering i tjenes-tene og mer arenafleksible og oppsøkende tjenes-ter hatt stor oppmerksomhet.

Data indikerer en positiv utvikling for bruker-medvirkning på individnivå, mens utviklingen er mer beskjeden på tjeneste- og systemnivå. Nær åtte av ti kommuner oppgir at de i stor eller svært stor grad vurderer tjenestetilbudet som recovery-orientert, noe som er en betydelig økning. Om lag samme andel kommuner oppgir at de sikrer bru-kermedvirkning på individnivå. Det har vært en økning fra 36 til 52 pst. av brukere som opplever at de i stor eller svært stor grad har innflytelse på eget tjenestetilbud, og som vurderer tjenestene de mottar, som tilpasset deres behov. I 2020 oppga 69 pst. av pasienter i tverrfaglig spesialisert rus-behandling (TSB) at de har hatt innflytelse på behandlingen i stor eller svært stor grad, en økning på 4,3 prosentpoeng fra 2017.

Generelt er boligsituasjonen for vanskeligstilte blitt bedre gjennom mange år med boligsosial sat-sing, og innsatsen ble forsterket med opptap-pingsplanen. 84 pst. av brukere med rusmiddel-problemer kartlagt i Brukerplan i 2020 har en til-fredsstillende boligsituasjon.

Målgruppens deltagelse i deltagelse i meningsfull aktivitet og arbeid har forbedringspo-tensial. Det er en liten andel av brukere som har en tilfredsstillende situasjon når det gjelder arbeid, aktivitet og nettverk og det er ikke regis-trert noen positiv utvikling under planperioden.

Gruppen med samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP) er gjennomgående den gruppen som har de mest utfordrende levekårene. Selv om det fortsatt er utfordringer og uløste oppgaver på rusfeltet, er det klare indikasjoner på både styrket kapasitet og kompetanse i kommunene. I 2020 var det 2600 flere årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid enn det var i 2016. Det er den sterkeste veksten i årsverk siden opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Økningen var noe lavere fra 2018 til 2019 enn tidligere år, noe som bl.a. kan forklares ved at veksten i kommunenes frie inntekter gradvis avtok etter hvert som de økonomiske målsettinger for opptrappingsplanen ble innfridd.

Evalueringen indikerer at kapasitetsøkning har vært fulgt av kompetanseheving i kommunene. De økonomiske virkemidlene har da også vært innrettet mot å bidra til å styrke kompetansen på rusfeltet. IS-24/8-kartleggingen viser en styrking av kompetansen på rusfeltet, ved flere årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning og relevante videreutdanninger. Se også omtale av Kompetanseløft 2020 under kap. 761. I tillegg bidrar økt antall psykologer i kommunene til den generelle kompetanseveksten, men psykologkompetansen benyttes foreløpig i liten grad på rusfeltet. Særlig positivt er det imidlertid at det er betydelig økning i andelen kommuner som har ansatte med brukererfaring/erfaringskompetanse, fra 23 pst. i 2016 til nær 40 pst. i 2020.

I tillegg har det vært en betydelig faglig utvikling i perioden gjennom kurs og konferanser i regi av Korus og statsforvalterne. Mange kommuner har også implementert nye kunnskapsbaserte metoder på flere av målområdene i opptrappingsplanen.

Det er imidlertid store variasjoner i hvordan kommunene har fulgt opp mål og tiltak i opptrappingsplanen. Det ser ut til at store og mellomstore kommuner har hatt størst effekt og nytte av opptrappingsplanen mens mindre kommuner i mindre grad har nyttiggjort seg planens virkemidler. Ifølge evalueringen kan dette ha sammenheng med innretningen av de økonomiske virkemidlene, med en fordeling av midler som fulgte sosialhjelpnøkkelen der veksten i inntektene til de minste kommunene ikke ga store utslag år for år. Erfaringsmessig har større kommuner også bedre systemer og kapasitet til å finne ressurser, for eksempel tilskuddsmidler, enn mindre kommuner. En tredje mulig faktor er knyttet til at det

er utfordrende for mindre kommuner å rekruttere fagkompetanse, jf. erfaring fra psykologsatsingen.

Regjeringen vil følge opp forbedringspunkter og anbefalinger fra evalueringen i den videre utviklingen av politikken på området.

Rusreformen

Regjeringen la i 2021 fram Prop. 92 L (2020–2021) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.). Forslaget erkjenner at straffeforfølgning av bruk og besittelse av narkotika til egen bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting og har stått i veien for å møte den enkelte med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging. Gjennom lovforslaget ønsket regjeringen å overføre ansvaret for samfunnets reaksjoner på erverv, bruk og besittelse av narkotika til egen bruk fra justissektoren til helsetjenesten.

Lovproposisjonen bygget i hovedsak på forslag om avkriminalisering av befatning med mindre mengde narkotika til egen bruk og forslag om en sivilrettslig reaksjon – og tilbud om helsehjelp – til erstatning for en strafferettslig reaksjon, slik det ble lagt frem i NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp.

Lovforslaget ble ikke vedtatt av Stortinget, men jf. lovvedtak 148 (2020–2021) ble det vedtatt endringer i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. ved ny § 3-9 b Rådgivende enhet for russaker. Se nærmere omtale under kap. 765, post 21.

Ny strategi for sosial boligpolitikk

Regjeringen følger opp den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd (2014–2020) gjennom en ny nasjonal strategi for sosial boligpolitikk Alle trenger et trygt hjem (2021–2022). Den nye strategien bygger videre på erfaringene, tiltakene og samarbeidsstrukturene som er utviklet under Bolig for velferd. Strategien varsler følgende prioriterte innsatsområder: Ingen skal være bostedsløse, barn og unge skal ha gode boforhold og personer med nedsatt funksjonsevne skal på lik linje med andre kunne velge hvor og hvordan de bor. Regjeringen har også sendt på høring forslag til en ny boligsosial lov om kommunenes ansvar overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Se nærmere omtale i Prop. 1 S (2021–2022) Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Arbeid mot vold og overgrep

I tråd med Stortingets anmodningsvedtak nr. 623 (2014–2015) fremmet regjeringen høsten 2016 Prop. 12 S (2016–2017) Opptreppingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) med 88 tiltak. Stortinget vedtok planen og 36 anmodningsvedtak våren 2017. Målet med opptreppingsplanen er å redusere forekomsten av vold i nære relasjoner, med særlig vekt på å bekjempe vold og overgrep som rammer barn og unge. Planen har bl.a. hatt tiltak for å styrke det forebyggende arbeidet, for å bedre tilbudet til voldsutsatte og voldsutøvere og for å heve kunnskapen og kompetansen i tjenestene om vold og overgrep. Samlet har arbeidet med vold og overgrep blitt styrket med over 1,1 mrd. kroner i planperioden.

Regjeringen la i juni 2021 fram handlingsplanen Frihet fra negativ sosial kontroll og æresrelatert vold (2021–2024) for å styrke innsatsen mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap, kjønnslemlestelse mv. I august 2021 la regjeringen fram Frihet fra vold – Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner (2021–2024). Handlingsplanen har for første gang en egen del om vold og overgrep i samiske områder. Den har også et eget kapittel om beredskapen mot vold i nære relasjoner under kriser. Planen skal bidra til å imøtekomme forpliktelsene etter Europarådets konvensjon om å forebygge og bekjempe vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (Istanbul-konvensjonen). I august 2021 la regjeringen fram en strategi mot internettrelaterte overgrep mot barn. Regjeringen vil også starte arbeidet med en melding til Stortinget om innsatsen mot vold og overgrep.

For 2022 foreslås det å styrke arbeidet mot vold og overgrep med 8 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til lavterskeltilbud for barn og unge som står i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd. Se nærmere omtale under kap. 765, post 21. For omtale av øvrige tiltak på voldsfeltet, se Prop. 1 S (2021–2022) for Justis- og beredskapsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kulturdepartementet.

Covid-19

Koronapandemien har rammet skjevt. Bl.a. har barn, unge og eldre som lever i familier som er preget av økonomisk uro, rus, vold og psykiske lidelser vært særlig sårbare for konsekvenser av pandemien og strenge smitteverntiltak. Helse-

direktoratet utarbeidet tidlig i pandemien anbefalinger til helse- og omsorgstjenesten om oppfølging av sårbare grupper, herunder personer med psykiske helse- og rusutfordringer. Anbefalingene har vektlagt at lavterskeltiltak bør opprettholdes i så stor grad som mulig og at både kommuner og spesialisthelsetjenesten skal opprettholde så normal drift som mulig innenfor rammene av smittevern hensyn.

Voldsfeltet har vært inkludert i det psykososiale beredskapsarbeidet under hele koronaepidemien, da nedstenging av deler av samfunnet har økt risikoen for vold i nære relasjoner. Det har vært lagt særlig vekt på informasjonsarbeid ut mot befolkning om avvergingsplikt og om hvor utsatte kan få hjelp. For nærmere omtale, se Prop. 1 S (2021–2022) for Barne- og familiedepartementet.

Erfaringen er at tjenesteapparatet i stor grad har vært i stand til å tilpasse tjenestetilbudet etter behov, selv om mange tjenester ble nedstengt eller redusert i begynnelsen av pandemien. Det er under pandemien bevilget midler til flere tiltakspakker for å ivareta sårbare grupper og stimulere til opprettholdelse av lavterskeltiltak og mer spesialiserte tiltak, med styrking av kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten og frivillige aktører.

Regjeringen nedsatte 11. mars 2021 en ekspertgruppe som har sett på konsekvensene pandemien har hatt for folks psykiske helse, livskvalitet og rusmiddelbruk. Ekspertgruppen har vært sammensatt av 12 medlemmer med fag- og erfaringskompetanse innenfor psykisk helse og rus. Gruppen skulle også vurdere konsekvenser av pandemien for tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene til befolkningen, og komme med konkrete forslag til hvor innsatsen bør styrkes for å møte disse utfordringene. Gruppen overleverte sin rapport 30. april, og foreslo 31 tiltak på kort, mellomlang og lang sikt, både på individ- og samfunnsnivå. Rapporten har inngått i regjeringens beslutningsgrunnlag for tiltak innenfor psykisk helse- og rusfeltet i pandemi-håndteringen i 2021, og i revidert nasjonalbudsjett for 2021 ble det bevilget 750 mill. kroner til tiltak innenfor psykisk helse- og rusarbeid, herunder:

- 215 mill. kroner til styrking av eksisterende behandlingstilbud innenfor psykisk helse og rusarbeid i kommunene.
- 150 mill. kroner øremerket barne- og ungdomspsykiatriske klinikker (BUP).
- 100 mill. kroner øremerket til psykisk helsevern for voksne, gjennom økt kjøp av privat behandlingsskapitet.

- 100 mill. kroner i økt bevilgning til kjøp og bruk av nye medisiner og behandlingsmetoder.
- 40 mill. kroner til en midlertidig tilskuddsordning til aktiviteter/ferietilbud til aleneboende unge og eldre, i regi av frivillige og ideelle organisasjoner.
- 30 mill. bevilges til å styrke arbeidet med psykisk helse i skolen.
- 20 mill. kroner for å spre og øke tilgjengeligheten til digitale behandlings- og selvhjelpsverktøy for mestring av psykiske plager. Det vil kunne gi kommuner verktøy for rask og effektiv behandling for personer med lette til moderate psykiske vansker.
- 15 mill. kroner til smitteverns- og oppfølgingsarbeid for personer med rus- og/eller psykiske helseproblemer.
- 10 mill. kroner til en midlertidig tilskuddsordning for å imøtekomme ungdom og unge voksne med psykiske utfordringer og/eller rusmiddelproblemer. Tilskuddet benyttes til aktiviteter på arrangementer som festivaler og fadderuker gjennom sommeren og høsten 2021.
- 10 mill. kroner til en midlertidig tilskuddsordning for frivillige aktører som har nettverk, etablerte samarbeid og forutsetninger for å nå frem til barn og ungdom i tettbeboede og levekårsutsatte områder.
- 10 mill. kroner til aktivitetsprogrammet for sårbare eldre, til økt oppmerksomhet på forebyggende hjemmebesøk for eldre.
- 10 mill. kroner til felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse.
- 7 mill. kroner til ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser.
- 7 mill. kroner i 2021 tilskuddsordningen til etablering og utvikling av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene.
- 5 mill. kroner til å øke kjennskapen til og bruken av kartleggingsverktøy for å identifisere problematisk rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk.
- 5 mill. kroner til å gjennomføre en nasjonal folkehelsekampanje for å styrke befolkningens kompetanse på psykisk helse og forebygging av psykiske plager og rusproblemer.
- 5 mill. kroner til å styrke støtten til pårørende med krevende omsorgsoppgaver.
- 5 mill. kroner til styrking av kriseteamenes rolle under gjenåpningen av samfunnet i etterkant av pandemien.
- 2,5 mill. kroner til psykisk helsetilbud for synshemmede på Gaustad.
- 1 mill. kroner til Mental Helse ungdom.
- 1 mill. kroner til LEVE.
- 1 mill. kroner til å videreutvikle de interaktive løsningene på psykososialberedskap.no, slik at det enklere kan gis tjenestestøtte til kommunale psykososiale kriseteam.
- 0,5 mill. kroner til LFSS – Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord.

Ekspertgruppens rapport inngår også i beslutningsgrunnlaget for forslagene til styrking i statsbudsjettet for 2022.

Midlertidige tilskuddsordninger

I forbindelse med koronapandemien ble det i 2020 og i 2021 opprettet to midlertidige tilskuddsordninger for å sikre opprettholdelse og etablering av kommunale tjenester til personer med psykiske plager og rusmiddelproblemer i tråd med gjeldende smittevernregler, samt for å styrke tilbudet hos eksisterende tjenester.

I revidert nasjonalbudsjett for 2020 ble det bevilget 50 mill. kroner til den midlertidige ordningen «Smitteverns- og oppfølgingsarbeid for personer med rus- og psykiske helseproblemer» over kap. 765, post 21. Ordningen har blitt forvaltet av statsforvalterne. Formålet med ordningen har vært å legge til rette for opprettholdelse, gjenåpning og etablering av viktige lavterskeltilbud for personer med psykiske lidelser og ruslidelser under pandemien, innenfor gjeldende smitteverntiltak. En kartlegging i 2020 viser at over 90 pst. av mottakerne sier at tiltakene som er finansiert gjennom ordningen har vært av stor eller relativt stor nytte for brukerne. Nærmere 75 pst. sier tilskuddet var helt eller delvis avgjørende for at tiltak ble gjenåpnet, opprettholdt eller etablert under pandemien. 40,6 pst. brukte tilskuddet til gjenåpning av tjenester, 48,5 pst. til etablering av nytt tilbud, og 73,3 pst. brukte midlene til tilpassing av eksisterende tilbud. 75,2 pst. av tilskuddsmottakerne brukte tilskuddet til å opprettholde sosiale møteplasser, da digital oppfølging av gruppen ifølge mottakerne ikke ble opplevd som optimalt. Ordningen ble videreført i budsjettet for 2021 med 100 mill. kroner, og styrket med ytterligere 15 mill. kroner i revidert nasjonalbudsjett for 2021. Opprettelsen av ordningen var midlertidig, og den foreslås avvirket fra 2022.

Ordningen «Midlertidig styrking av eksisterende behandlingstilbud innen psykisk helse- og rusarbeid» ble opprettet i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2021, som oppfølging av forslag fra ekspertgruppen som har sett på konse-

kvenser pandemien har hatt for befolkningens psykiske helse, livskvalitet og rusmiddelbruk. Det ble i 2021 bevilget 215 mill. kroner til ordningen. Formålet med tilskuddet har vært å midlertidig styrke og øke tilgangen til eksisterende kommunale lavterskel behandlingstilbud innenfor psykisk helse og rusarbeid som følge av koronapandemien. Eksempler på tiltak er økt bemanning, utvidede åpningstider, styrking av forebyggende tiltak og tidlig innsats, oppsøkende arbeid og samhandlingsløsninger med spesialisthelsetjenesten mv. Ordningen ble opprettet midlertidig og overlapper med formålet for eksisterende tilskuddsordning på kap. 765, post 60. Ordningen foreslås ikke videreført i 2022.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å styrke bevilgningen med 8 mill. kroner til lavterskeltilbud for barn og unge som står i fare for å utvikle problematisk eller skadelig seksuell atferd
- det foreslås å styrke bevilgningen med 5 mill. kroner til kompetanseutvikling på selvska- dings- og selvmordstematikk hos personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk.
- det foreslås å styrke bevilgningen med 2 mill. kroner til evaluering av FACT-ung.
- det foreslås å styrke bevilgningen med 2 mill. kroner til følgeevaluering av pilotering av lavterskel behandlingstilbud til barn og unge.
- det foreslås å flytte 6 mill. kroner fra kap. 765, post 60 til kap. 765, post 21, for å styrke arbeidet med omleggingen av Rask psykisk helsehjelp, herunder opplæringstilbud, veiledning og støtte.
- det foreslås å flytte 4 mill. kroner fra kap. 765, post 21 til kap. 765, post 74, for å styrke NAP-HAs arbeid med implementeringsstøtte til kommuner som gjennomfører utdanning i Rask psykisk helsehjelp.
- det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner fra kap. 765, post 21 til kap. 765, post 75, knyttet til folkeopp- lysningskampanjer om forebygging av selvmord.
- 0,1 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at forventet pensjonspremie til Statens pensjonskasse, inklusive arbeidsgiveravgift av dette, tilsvarende er økt, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet.

Rådgivere hos statsforvalteren

Statsforvalterembetene har rådgivere som er til- lagt særlig ansvar for å gi faglig bistand og oppføl- ging til kommunene på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet. Statsforvalteren er således en viktig ressurs som støtter opp under det kommunale arbeidet på disse områdene. Statsforvalteren bistår kommunene i planarbeid, understøtter lokal tjenesteutvikling, herunder iverksetting av poli- tikk, implementering av nasjonale planer og fag- lige retningslinjer i kommunalt planverk mv.

En viktig oppgave for statsforvalteren på psy- kisk helse- rus-, og voldsfeltet har vært lokal og regional oppfølging av mål og tiltak i Opptrap- pingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Pågående oppgaver for statsforvalteren er blant annet å bidra til implementering og oppfølging av pakke- forløp innen psykisk helse og rus, helsefelleska- pene, Folkehelsemeldingen, opptappingsplan mot vold og overgrep, handlingsplan for forebyg- ging av selvmord, opptappingsplan for barn og unges psykiske helse, regjeringens strategi for god psykisk helse Mestre hele livet og Nasjonal overdosestrategi.

Statsforvalterens rådgivere er sentrale samar- beidspartnere for Helsedirektoratet og forvalter flere tilskuddsordninger som er sentrale virke- midler for å styrke lokalt psykisk helse-, rus- og voldsarbeid.

Det har vært løpende kontakt mellom Helsedi- rektoratet og statsforvalternes rådgivere i forbin- delse med situasjonen for personer med rus- eller psykiske helseproblemer under koronapande- mien.

Belastningsfullmaktene til statsforvalteren bidrar også til drift av tverrfaglige regionale fora og nettverk og til iverksettelse av ulike kompetan- seutviklingstiltak i samarbeid med de regionale kompetansesentrene innen psykisk helse-, rus-, og voldsfeltet mv.

I 2021 ble det bevilget 18 mill. kroner til formå- let. Det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2022.

Nasjonale overdosestrategi

Overdosedødsfall er et globalt og nasjonalt folke- helseproblem. Med ny nasjonal overdosestrategi (2019–2022) videreførte og forsterket regjeringen igangsatte tiltak og nye utfordringer ble adressert.

I perioden fra 2010 til 2020 har antall dødsfall variert rundt et gjennomsnitt på 271 dødsfall per år. Fra dødsårsaksregisteret fremkommer det at antall overdosedødsfall i 2020 var 324, noe som er en økning fra tidligere år, og som må tas på alvor.

Det er en økning av heroinutløste dødsfall i 2020, men som for de siste fire årene synes andre opioider som morfin, kodein og oksykodon uansett å utgjøre den klart vanligste dødsårsaken. Det er imidlertid ikke kjent om stoffene som forårsaket dødsfallene erverves illegalt eller om de var forskrevet av lege, for eksempel metadon og buprenorfin i LAR eller legemidler benyttet som smertebehandling e.l.

Det er behov for ny oppdatert og inngående kunnskap om risikopopulasjonen for å kunne utvikle mer målrettede tiltak og virkemidler. Det er også av betydning å få mer kunnskap om årsaker til at legemidler som tradisjonelt anvendes i smertebehandling og substitusjonsbehandling har overtatt som vanligste dødsårsak ved overdoser.

Det er allerede igangsatt flere forskningsprosjekter med dette som formål. I 2019 fikk Folkehelseinstituttet (FHI) i oppdrag å frembringe oppdatert kunnskap for bedre å kunne forstå overdosesituasjonen og målrette forebyggende tiltak i den nye strategiperioden. Oppdraget forventes ferdigstilt i 2021. I 2021 fikk instituttet i oppdrag å øke kunnskapen om risikoatferd knyttet til økt overdoserisiko gjennom Ambivalensprosjektet.

FHI ser på oppdrag fra departementet også nærmere på utviklingen i forskrivning av opioider med utgangspunkt i data fra Reseptregisteret. Analysene omfatter bl.a. vedvarende bruk av opioider på hvit og blå resept, økning i doser og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. En rapport ble levert i juni 2021, og ytterligere data skal leveres i 2022.

Senter for rus og avhengighet ved UiO (Seraf) fikk i 2019 midler gjennom overdosestrategien for å undersøke smertestillende opioiders rolle i problemutvikling og overdosedødelighet, og i 2020 ble Seraf tildelt midler fra NFR til prosjektet Preventing an Opioid Epidemic In Norway: Focusing on Treatment of Chronic pain (POINT).

Helsedirektoratet ga i 2020 også midler til videre forskning på etterlatte etter narkotikadødsfall (END). Forskningsprosjektet består av fire delstudier og løper i perioden 2017–2023.

I 2020 etablerte Helsedirektoratet en ekspertgruppe bestående av sentrale aktører med bred kompetanse på overdoseproblematikk. Ekspertgruppen møtes årlig.

Arbeidet med å utvikle et pakkeforløp for oppfølging etter rusmiddeloverdose som et eget kapittel i pakkeforløp for rusbehandling ble ferdigstilt i 2021 og er gjeldende fra 2022.

Et viktig tiltak som er videreført fra den første overdosestrategien er Naloksonprosjektet. Prosjektet består av to deler, utdelingsprosjektet og et tilhørende forsknings- og evalueringsprosjekt. Forskningsprosjektet ser på om nalokson kan ha en overdosereduserende effekt, gjennom opplæring i bruk av og utdeling av nalokson nesespray som akuttbehandling av opioidoverdoser. Utdelingsprosjektet bidro i 2020 til mer enn 5000 utdelte nalokson nesespray i mer enn 50 norske kommuner.

I strategien er det økt fokus på betydning av ernæring for å forebygge overdose. Det ble gjennomført et oppdrag med fokus på ernæring i lavterskeltiltak i Oslo og erfaringene fra dette prosjektet har resultert i et ernæringskort som skal spres ut nasjonalt på arenaer hvor personer med økt overdoserisiko kan nås.

Helsedirektoratet har initiert et nasjonalt varslingsystem som tidlig identifiserer lokale endringer i rusmiljøene, samt formidler alvorlighetsgraden av endringene til lokalt tjenesteapparat slik at adekvate tiltak kan iverksettes. Varslingssystemet vil bidra til å gjøre tjenesteapparatet bedre rustet til å respondere raskere på endringer relatert til overdosefare, overdoser, og overdosedødsfall. Utvikling av varslingsystemet ble iverksatt i 2020 og skal implementeres i 2021.

Tilskudd til overdosenettverket, med fokus på forebygging, ble endret for 2020 for å nå kommuner som ikke er en del av nettverket. Bakgrunnen er at mange overdoser nå skjer i kommuner som ikke er tilknyttet det eksisterende kommunenettverket.

I 2021 ble det bevilget om lag 14 mill. kroner til formålet, herunder støtte til utdeling av nalokson nesespray. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022.

Vold og overgrep

Bevilgningen dekker arbeid med tiltak mot traumer, vold og overgrep og selvskading og selvmord, herunder tiltak i opptrappingsplan mot vold og overgrep, Handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner, Handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold, arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme, arbeid med personer som begår eller står i fare for å begå overgrep og arbeidet mot mobbing. Bevilgningen finansierer bl.a. plantiltak som

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal gjennomføre. Regjeringen har lagt fram en ny nasjonal handlingsplan mot vold i nære relasjoner, Frihet fra vold (2021–2024) med en egen del om vold og overgrep i samiske samfunn. Det er også utarbeidet en ny handlingsplan mot negativ sosial kontroll mv., Frihet fra negativ sosial kontroll og æresrelatert vold (2021–2024), og en strategi mot internettrelaterte overgrep, Forebygging og bekjempelse av internettrelaterte overgrep mot barn. Nasjonal strategi for samordnet innsats (2021–2025).

FHI har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgått datakilder med tanke på å utvikle indikatorer for vold og overgrep. FHI publiserer kommune- og fylkestall for anmeldte tilfeller av vold og mishandling i Kommunehelse statistikkbank. Indikatoren ble lagt inn i folkehelseprofilene fra 2020. Arbeidet med indikatorer på vold og overgrep videreføres i 2022. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til dette arbeidet.

Helsedirektoratet har utviklet en anonym lavterskeltjeneste og et behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: Det finnes hjelp. Helsetilbudet består av kampanjer som startet opp i september 2020, en felles nettside, en landsdekkende lavterskeltjeneste for generell veiledning og timebestilling, og behandlingstilbud i alle fire helseregioner. Forskning er under etablering.

I budsjettet for 2021 ble det bevilget totalt 25 mill. kroner til gjennomføring av tilbudet på landsbasis over kap. 765, post 21, kap 732, post 76 og kap. 2752, post 72. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022. 23,6 mill. kroner foreslås over kap. 765, post 21, 1,2 mill. kroner over kap. 732, post 76 og 0,67 mill. kroner over kap. 2752, post 72.

Barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA)

En betydelig andel av seksuelle overgrep mot barn og unge utføres av personer som selv er under 18 år. Det er vesentlig å komme tidlig inn for å forebygge at barn og unge utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd, slik at man kan redusere risikoen for at de begår overgrep mot andre barn. I opptrappingsplan mot vold og overgrep inngår tiltak for å bedre behandlingstilbudet til unge som begår overgrep eller utviser problematisk eller skadelig seksuell atferd. Helse Vest RHF leder arbeidet med å styrke kompetanse og

etablere behandlingstilbud i alle helseregioner for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. I 2021 ble det bevilget 5,2 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022 med 5,3 mill. kroner.

Det er også behov for kompetanse om problematisk og skadelig seksuell atferd i habiliterings-tjenesten for barn og unge. Det er derfor etablert et prosjekt for kompetanseutvikling om denne tematikken innen habiliteringstjenesten.

I 2021 ble tilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd ytterligere styrket gjennom midler til etablering av regionale spisskompetansemiljøer i spesialisthelsetjenesten i alle de fire helseregionene, samt styrking av de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) sitt arbeid med barn og unge med voldsproblematikk eller skadelig seksuell atferd. Spisskompetansemiljøene skal bidra til implementering av kunnskapsbasert praksis, og eventuelt delta i forskning på feltet. De kan inneha tyngdepunktfunksjon i den aktuelle regionen, og kan yte helsehjelp til pasienter som har behov for den aktuelle høyspesialiserte behandlingen. Det ble i 2021 bevilget 10 mill. kroner til formålet over kap. 765, post 21 og 5 mill. kroner til RVTSene over kap. 765, post 75. Det foreslås videreføre bevilgningen til spisskompetansemiljøer med 10,2 mill. kroner i 2022. Se også omtalen av RVTSene på kap. 765, post 75.

Helsedirektoratet har i 2020 og 2021 utredet lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å begå problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge. Det foreslås å bevilge 8 mill. kroner til formålet i 2022.

Beredskap og rådgivning om vold og traumatisk stress

For å sikre at sentrale rådgivningsoppgaver innen vold og traumatisk stress håndteres, fikk Helsedirektoratet i 2019 i oppdrag å gjennomføre en anskaffelse av en rammeavtale om kjøp av forsknings- og kunnskapsbasert rådgivning innen vold og traumatisk stress, inkludert psykososial oppfølging ved kriser og katastrofer (beredskap). En slik avtale ble inngått mellom direktoratet og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) med virkning fra 1. januar 2020.

Helsedirektoratet har gjennom rammeavtalen mottatt konkret og effektiv fagstøtte av høy kvalitet, både i beredskapssammenheng og ordinære oppgaver. Virkeperioden har vært preget av arbeid med pandemihåndtering i direktoratet, og avtalen sikret i 2020 bl.a. løpende rådgivning om

psykososiale forhold for tjenester og befolkning i forbindelse med koronautbruddet i Norge. Til sammen sto leverandøren bl.a. for 32 koronarelaterte leveranser i 2020. I 2021 er over 12 leveranser bestilt, det er bl.a. gitt større rådgivningsoppdrag knyttet til arbeid med utøvere av vold og overgrep, og barn utsatt for vold og overgrep.

I 2021 ble det bevilget 7,2 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Oppfølging etter 22. juli

I 2021 ble det gjennomført en tiårsmarkering for 22. juli-hendelsen. I forbindelse med markeringen ble det bevilget 3 mill. kroner i 2021 til organisering av samlinger for etterlatte og overlevende i forbindelse med markeringen. Samlingene blir organisert høsten 2021, av Støttegruppen etter 22. juli i samarbeid med Helsedirektoratet, RVTS, NKVTS og Senter for krisepsykologi.

Etter ønske fra Støttegruppen etter 22. juli ble det i 2018 etablert en regional los-funksjon for å hjelpe berørte med å finne fram til riktig hjelp. RVTSene har i samarbeid med Støttegruppen og ved hjelp av juridisk assistanse utarbeidet rutiner for arbeidet, inkludert synliggjøring av tilbudet, samtykkeerklæringer, rutiner for håndtering og oppbevaring av sensitiv informasjon og hvordan man skal registrere og rapportere bruken av tilbudet. I 2020 bisto de fem RVTSene i til sammen 93 saker for berørte etter 22. juli. I 2021 ble midlene til losfunksjonen lagt inn i RVTSenes grunnbevilgning. Se nærmere omtale under kap. 765, post 75.

Læringsnettverk

Etterspørselen etter støtte til utviklingsarbeid av tjenestetilbudet til personer med psykiske plager og rusproblemer er stor i kommunene, som både driver forebygging, tidlig innsats, behandling og samhandling med spesialisthelsetjenesten og en rekke andre aktører. Læringsnettverkene er ment å gi støtte til å utvikle tjenestene i tråd med samhandlingsreformen og prinsipper for pasientens helsetjeneste. Arbeidet ledes av KS og utføres i samarbeid med Kunnskapssentret gjennom opprettelse av læringsnettverk i kommunene. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025. Se kap. 762, post 21 for en samlet omtale av læringsnettverkene. Arbeidet med læringsnettverkene er forsinket på grunn av koronapandemien. For å sikre prosjektet tilstrekkelig tid til gjennomføring foreslås prosjektperioden forlenget med ett år, ut 2023.

I 2021 ble det bevilget inntil 4,3 mill. kroner til KS til læringsnettverkene for gode pasientforløp og god samhandling over kap. 765, post 21. Det foreslås å videreføre bevilgningen med inntil 4,3 mill. kroner i 2022.

Styrke ledelseskompetanse

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015 og har vært et tilbud ved Handelshøyskolen BI i perioden 2015–2021. Utdanningen videreføres fra 2021 i ny planperiode for Kompetanseløft 2025, og gjennom ny avtale med BI i perioden 2021–2026. Målgruppen for utdanningen er ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Det er gode søkertall til studiet og høy tilfredshet blant deltakerne. Samlet har 1080 ledere gjennomført utdanningen i perioden 2015–våren 2021. En evaluering gjennomført av Rambøll viser at utdanningen i stor grad har svart til forventningene.

Det ble i 2021 bevilget 5,2 mill. kroner til tiltaket over kap. 765, post 21. Bevilgningen foreslås videreført med 5,3 mill. kroner i 2022. Se også omtale under kap. 761, 762 og 770.

Statistikkutvikling

Det er av stor betydning at mål og virkemidler for utvikling og forbedring av tjenestene til personer med psykisk helse-, rus- eller voldsproblematikk bygger på kunnskap. Departementet følger derfor utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene nøye.

Helsedirektoratet innhenter årlig informasjon fra kommunene om status og utvikling på psykisk helse- og rusområdet. IS-24/8-rapporteringen (Sintef) dekker kommunenes årsverksinnsats, kompetanse og tjenesteorganisering. I årene 2017–2019 har samtlige kommuner rapportert.

Det var langt færre kommuner som rapporterte for 2020 og tallene er derfor noe mer usikre enn tidligere år. Bakgrunnen for manglende innrapportering antas i hovedsak å ha sammenheng med koronapandemien og omdisponering av kommunalt personell mv.

Det ble i 2020 innrapportert 16 569 årsverk i kommunale helse- og rustjenester, basert på rapportering fra 79 pst. av alle landets kommuner og bydelar.

Brukerplan (Korfor, Helse Stavanger HF) er et verktøy som kommuner kan anvende for å kartlegge omfang og karakter av rusmiddelproblemer

og psykiske helseproblemer blant brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og velferds-tjenester. Statistikken viser funksjonsnivå for personer med rus- og/eller psykiske helseproblemer på sentrale levekårsområder som fysisk og psykisk helse, rusmiddelbruk, økonomi, nettverk, arbeid, aktivitet og bolig. Resultatene fra kartleggingen gir grunnlag for planlegging, kvalitetsutvikling og tiltak i de kommunale tjenestene.

2020-rapporten består av 194 kommuner der 193 kommuner kartla i alt 25 798 mottakere med psykiske helseplager. 194 kommuner kartla 11 823 tjenestemottakere med rusproblemer, med eller uten psykiske helseplager. I tillegg er det registrert totalt 440 brukere under 18 år, 77 med rusproblem og 363 med psykiske plager.

I 2017 ble det for første gang gjennomført en nasjonal brukertilfredshetsundersøkelser i kommunale rustjenester. Undersøkelsen er utviklet og gjennomført av Korus Midt-Norge som en del av evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet. Undersøkelsene er gjennomført i henholdsvis 2017, 2019 og 2020. Sammen med pasienterfæringsundersøkelsene i spesialisthelsetjenesten, er disse målingene svært verdifulle for å kunne identifisere endringer i brukernes opplevelse av tjenester og tilbud på rusfeltet.

For å samordne og koordinere arbeidet med brukeropplevd kvalitet mv. ga departementet i 2021 Folkehelseinstituttet i oppdrag å vurdere om en årlig nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse med de kommunale psykisk helse- og rustjenestene kan inkorporeres i andre nasjonale undersøkelser som instituttet har ansvar for. Folkehelseinstituttet skal inkludere Helsedirektoratet, Korus og Korfor i dette arbeidet.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Formålet med tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er å tilby en praksisnær videreutdanning for kommunalt ansatte med helse- og sosialfaglig eller pedagogisk utdanning med relevante arbeidsoppgaver inn mot fagområdet. Utdanningen skal kunne gjennomføres som en selvstendig videreutdanning, eller inngå som en del av en mastergrad. Utdanningen retter seg i hovedsak mot kommunalt ansatte med helse- og sosialfaglig eller pedagogisk utdanning med relevante arbeidsoppgaver inn mot fagområdet. Det er et mål å bidra til styrket kunnskap om samarbeid og koordinering av tjenestene, samt utvikling av ferdigheter i å identifisere og intervensere med tanke på psykososiale

belastningsfaktorer i nærmiljøet. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Utdanningen opplever generelt høy tilsøkning, men noe frafall underveis i studieløpet. Studentene begrunner frafallet med manglende tilrettelegging fra arbeidsgiver knyttet til permisjon og stor arbeidsmengde. Blant studenter som gjennomfører studiet viser studentevalueringene stor tilfredshet med det faglige utbyttet, innhold og struktur i studietilbudet, samt den kjennskap og kunnskap studentene får om andre profesjoner gjennom studiets tverrfaglige profil.

Det er gjennomført en evaluering av utdanningen våren 2021. Denne finner bl.a. at målsettingene i studiet i stor grad imøtekommes. Det oppfattes som en styrke ved utdanningen at den er praksisnær, og at studiet står som en selvstendig videreutdanning, samt at den også kan inngå i masterløp. Evaluator peker imidlertid på at studiestedene kan samarbeide mer, det er relativt få studenter fra distriktskommuner (nivå 5–6 i Statistisk Sentralbyrå sin sentralitetsindeks) som deltar på utdanningen, og det er ingen studietilbydere i Nord-Norge. Evalueringen har vært utgangspunkt for en vurdering av endringer i utdanningen, og det skal vurderes om utdanningen skal innlemmes i RETHOS.

I 2021 ble det bevilget 20,5 mill. kroner til videreutdanningen. Bevilgningen foreslås videreført med om lag 20,9 mill. kroner i 2022.

Rask psykisk helsehjelp (RPH)

Evalueringen av Rask psykisk helsehjelp (RPH) viser at tilbudet både er etterspurt og effektivt, og at det når målgruppen med milde til moderate angst- og depresjonslidelser.

For å stimulere til at flere kommuner etablerer RHP, ble det i 2021 besluttet å gradvis legge om tilskuddsordningen på kap. 765, post 60 til en implementerings- og utdanningsstøtte. I Prop. 1 S (2020–2021) ble det derfor omdisponert 10 mill. kroner fra kap. 765, post 60 til kap. 765, post 21, bl.a. for å øke kapasiteten i opplærings- og utdanningspakken for Rask psykisk helsehjelp.

Helsedirektoratet utlyste en offentlig anskaffelse av videreutdanningstilbudet og Norsk forening for kognitiv terapi fikk tildelt oppdraget. Videreutdanningstilbudet er klart fra høsten 2021 og to kull er allerede fylt opp. Det er et mål å øke kapasiteten i videreutdanningstilbudet ytterligere, slik at alle kommuner som har vedtatt å opprette RPH-team kan delta i videreutdanningen og kommuner med eksisterende RPH-team kan sende nyansatte til utdanningen.

I omleggingen av tilskuddet til RPH utredes også muligheten for å opprette regionale veiledere som kan veilede team i etableringsfasen og underveis. Denne veiledningen kan foregå på tvers av RPH-team for erfaringsutveksling. For å opprettholde de evidensbaserte faktorene ved RPH-modellen og for å gi RPH-teamene tilbakemelding på behandlingen som gis, er det videre et ønske å utrede muligheten for en nasjonal monitoreringsordning. Målet er at alle team skal kunne overvåke effekten av behandlingen før, under og etter.

I 2022 frigjøres 6 mill. kroner fra tilskuddsmottakere som er ferdige med sin treårige tilskuddsperiode. For 2022 foreslås det derfor å flytte 6 mill. kroner fra kap. 765, post 60 til kap. 765, post 21, for ytterligere å øke kapasiteten i opplærings- og utdanningspakken for Rask psykisk helsehjelp, samt arbeide videre med løsningsfor veiledning og monitorering. Kommuner som er inne i tilskuddsordningen vil få støtte i sin treårige tilskuddsperiode. Se nærmere omtale under kap. 765, post 60.

Etablering- og implementeringsstøtte er svært viktig for kommuner som skal starte opp RPH-team. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne (NAPHA) fikk i 2021 i oppgave å øke sin innsats i dette arbeidet. De er også gitt i oppgave å støtte allerede eksisterende RPH-team, ved sårbare situasjoner, slik som omorganisering, større sykefravær og fare for nedlegging av RPH-team, samt å ferdigstille en håndbok for etablering og drift av RPH-team. Håndboka kan benyttes som en oppskrift for team som skal etableres. På bakgrunn av dette foreslås det å flytte 4 mill. kroner fra kap. 765, post 21 til kap. 765, post 74.

Det ble i 2021 bevilget 12,1 mill. kroner til utvikling av Rask psykisk helsehjelp over kap. 765, post 21. Det foreslås å bevilge 14,1 mill. kroner til dette formålet i 2022.

Mestringsverktøy for angst og depresjon

I tildelingsbrevet for 2015 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utrede muligheten for å opprette nettassistert behandling i kommunene for personer med angst og depresjon. Helsedirektoratet har sammen med Direktoratet for e-helse (nå overdratt til Norsk helsenett) foretatt en konseptutredning som viser at dette lar seg gjøre. Helsedirektoratet og NHN har i fellesskap levert en løsning som bidrar til at kommuner kan ta i bruk digitale verktøy som del av behandlingstilbudet innenfor psykisk helse.

Hovedmålet er å sørge for effektiv og tilgjengelig digital behandling av lette til moderate psykiske lidelser for innbyggere i norske kommuner. Det er anskaffet en leverandør, Assistert selvhjelp AS, som leverer åtte ulike verktøy for behandling av bla. depresjon, angst, stress, søvn mm. Verktøyene skal benyttes av innbyggere i kommunene sammen med behandler.

13 norske kommuner deltar i pilot for utprøving av Mestringsverktøy psykisk helse. Kommunene startet opp piloteringen i perioden desember 2020 og januar 2021. Tilbakemeldingene på bruken av selve verktøyene har vært gode og leverandøren Assistert selvhjelp leverer allerede sine verktøy til mer enn 100 norske kommuner. Økningen har vært stor som følge av koronapandemien. Det er planlagt at piloten løper til og med desember 2022, med mulig utvidelse i 2023. Folkehelseinstituttet evaluerer piloten og planen er å utføre en randomisert kontrollert studie av effekten for personer som mottar digitale verktøy i piloten og for personer som mottar tradisjonell behandling. Evalueringen starter i 2021.

Det ble i 2021 bevilget 3 mill. kroner til utvikling av digitalt mestringsverktøy for angst og depresjon. I Revidert nasjonalbudsjett for 2021 ble det i tillegg bevilget 20 mill. kroner til å spre og øke tilgjengeligheten til digitale behandlings- og selvhjelpsverktøy for mestring av psykiske plager i kommunene under koronapandemien, for å gi norske kommuner verktøy for enkel, rask og tilgjengelig behandling til personer med lette til moderate psykiske vansker, som angst, søvnproblemer og depresjon. Bevilgningen var oppfølging av rapporten fra ekspertgruppen som har vurdert konsekvenser koronapandemien har for befolkningens psykiske helse og rusbruk, jf. omtale under kap. 765. Det foreslås 3 mill. kroner til utvikling av digitale mestringsverktøy i 2022.

Felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse

Det ble i Revidert nasjonalbudsjett for 2021 bevilget 10 mill. kroner til Helsedirektoratet til felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse, i samarbeid med hjelpetelefonene, Psykologistudentenes opplysningsarbeid for unge (POFU) og andre relevante samarbeidspartnere. Gjennom koronapandemien er bevilgningene til ulike hjelpetelefoner og nettenester økt betydelig. Tjenestene rapporterer om økt pågang og mer alvorlige henvendelser enn før pandemien. Kvalitetssikret opplæring, særlig

knyttet til selvmordsproblematikk og vurdering av alvorlighet, er derfor enda viktigere enn tidligere.

Tiltaket er både en oppfølging av rapporten fra ekspertgruppen som har vurdert konsekvenser koronapandemien har for befolkningens psykiske helse og rusbruk og inngår i regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord.

Bevilgningen kan også benyttes til å vurdere samordning av relevante hjelpetelefoner til ett felles nasjonalt nummer og mulighet for etablering av nødknapp, som også er tiltak i handlingsplanen og skal ses i sammenheng med opplæringspakken.

Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til formålet i 2022.

Utvikling og pilotering av lavterskeltilbud for barn og unge

Noen kommuner har bygget opp gode lavterskeltilbud for tidlig innsats og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og begynnende rusproblemer, som f.eks Ungarena og Ungdomshjelpen. Noen kommuner og bydeler tilbyr også Rask psykisk helsehjelp til personer over 16 år. Mange kommuner mangler likevel lett tilgjengelige tilbud som kan tilby tidlige tiltak uten henvisning eller lang ventetid for barn og unge. Opptrappingsplan for barn og unge omfatter derfor et tiltak om utvikling og pilotering av et kunnskapsbasert, kommunalt lavterskeltilbud uten krav om henvisning – for barn og unge med lettere psykiske plager og begynnende rusproblemer. Piloten skal bidra til at flere barn og unge får tilgang til oppfølging på et tidligere tidspunkt og at flere kommuner får etablert et oppfølgings- og/eller behandlingstilbud til denne målgruppen. Helsedirektoratet vil i 2021 få oppdrag om å utforme et lavterskeltilbud for barn og unge, og skal bl.a. vurdere om lavterskeltilbudet bør bygge på elementer fra den engelske modellen for Rask psykisk helsehjelp til barn og unge – CYP IAPT – og andre kunnskapsbaserte modeller.

Det foreslås å bevilge 18 mill. kroner over kap. 765, post 60 for flerårig tilskudd til kommuner som deltar i piloten. Se nærmere omtale under kap. 765, post 60. Det foreslås videre å bevilge 2 mill. kroner til følgeevaluering over kap. 765, post 21.

Utvikling av aktivt oppsøkende tjenester for barn og unge

I opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse og i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er behovet for mer helhetlige og koordinerte tjenester løftet fram. Mange barn og unge med alvorlig og langvarig problematikk har behov for samtidige tjenester fra flere sektorer og nivåer. Det er igangsatt et arbeid for å utvikle tverrfaglige og oppsøkende team for barn og unge med sammensatte hjelpebehov, gjennom utredning og pilotering av FACT-ung. Utredningen er gjort av NKROP og beskriver målgruppe, behov for implementeringsstøtte, evaluering og kompetansebehov. I tillegg til dette har Helsedirektoratet utviklet en håndbok for FACT ung-team, opplæringsprogram og verktøy for måling av modelltrofasthet (Fidelity-måling).

FACT-ung vil bygge på FACT-modellen utviklet for voksne med en teambasert tilnærming og integrerte tjenester, men utviklingen av team for ungdom vil være noe ulik teamene for voksne. FACT-ung er for unge med alvorlig psykisk helse- og rusproblematikk som krever sammensatte og helhetlige tjenester, eksempelvis utredning og behandling fra helse- og omsorgstjenestene, familierapi/foreldrestøtte, skolestøtte, tiltak fra barnevernet, m.m. Dette vil være et høyintensivt hjelpe tilbud til en relativt liten gruppe som det er vanskelig å nå med etablerte tilbud. Et FACT-ung-team er tverrfaglig sammensatt og skal kunne gi ungdommene all helsehjelp og oppfølging fra ett team. Det samarbeides med Bufdir for å avklare barnevernets rolle i FACT ung-modellen og juridiske problemstillinger rundt samarbeid med barnevernet. Videre er arbeidet med å ta IPS-ung inn i FACT ung-team også under arbeid i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Fra 2022 vil det være behov for å gi omfattende faglig og organisatorisk støtte til FACT-ung teamene. Det vil være råd og veiledning i oppstartsfasen, faglige nettverk, omfattende opplæringsprogram og måling av modelltrofasthet, samt evaluering. Arbeidet innebærer også utvikling av digitale virkemidler som FACT-tavle. Det ble i 2021 bevilget 3,5 mill. kroner på posten til utvikling av FACT-ung, og evaluering av tiltaket. For 2022 foreslås det å bevilge ytterligere 2 mill. kroner til evaluering.

For 2022 foreslås det videre å flytte 3 mill. kroner til opplærings-, veilednings- og implementeringsstøtte i forbindelse med utprøvingen av FACT-ung, fra kap. 765, post 60 til kap. 765, post 21.

Samlet foreslås det å bevilge 8,5 mill. kroner til tiltaket over posten i 2022. Det foreslås også å bevilge 53,5 mill. kroner til etablering av flere FACT ung-team over kap. 765, post 60. Se omtale under tilskudd til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester.

Programfinansiering 0-24

Det foreslås å bevilge 2,5 mill. kroner til evaluering av pilot for programfinansiering i 0-24 samarbeidet, se nærmere omtale av programfinansiering i Prop. 1 S (2020–2021) Kunnskapsdepartementet, kap. 226, post 64.

Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken

Det foreslås å omprioritere 2 mill. kroner innenfor formålet til å gjennomføre en studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken for å få kunnskap om hvilke konsekvenser manglende oppfølging etter ulykken, og ulykken i seg selv, har for menneskers fysiske og psykiske helse. Studiene skal gjøres i samarbeid med Kielland-nettverket.

Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet fikk i 2017 likelydende oppdrag i sine tildelingsbrev med en rekke tiltak for å bedre helsehjelp til barn i barnevernet. Det har vært tett samarbeid mellom Helsedirektoratet og Bufdir om tiltakene. De fleste tiltak er iverksatt og ferdigstilt. Direktoratene lanserte i 2020 Pakkeforløp for kartlegging og undersøkelse av psykisk helse og rus i barnevernet.

Pakkeforløpet skal sikre barn tidlig helsehjelp og oppfølging og skal utvides med bl.a. somatiske helsetjenester i 2022. Pakkeforløpet retter seg mot alle barn hvor barnevernet beslutter undersøkelse på grunnlag av bekymringsmelding. Helsekartlegging av barn som plasseres utenfor hjemmet er lansert i Prop. L 222 Helsekartlegging i barnevernet (2020–2021). Se omtale i Prop. 1 S, Barne- og familiedepartementet, kap. 855, post 01.

Det ble i 2021 bevilget 10 mill. kroner over posten til å styrke helsesatsingen i barnevernet. For 2022 foreslås det 3 mill. kroner til opplæring, implementering og utvidelse av pakkeforløpet Kartlegging og utredning for psykisk helse og rus i barnevernet over kap 765, post 21. Videre foreslås til sammen 45 mill. kroner til opprettelse av

tverrfaglige team for helsekartlegging av barn som plasseres utenfor hjemmet, hvorav 13,5 mill. kroner foreslås bevilget til de regionale helseforetakene over kap. 732, post 70 og resterende beløp over Barne- og familiedepartementets budsjett. Se nærmere omtale av helsekartleggingen i Prop. 1 S, Barne- og familiedepartementet, kap. 855, post 01.

Riktig medikamentbruk blant barn og unge

Helsedirektoratet fikk i 2017 oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere tiltak for å redusere ordinering av psykofarmaka til barn og unge og å foreslå tiltak som intensiverer innsatsen for å forebygge unødig bruk av antidepressiva og sovepiller blant barn og unge.

I 2020 startet Helsedirektoratet arbeidet med å utarbeide anbefalinger om overordnede rammer for behandling med psykofarmaka hos barn og unge, med plan for publisering i 2021. I tillegg fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre systematisk innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer om pasientmedvirkning i behandlingsvalg, bruk og oppfølging av psykofarmaka for å si noe om kvaliteten av behandlingen hos barn og unge.

I 2021 vil Helsedirektoratet kartlegge behov for og forslag til kvalitetskvalitetsindikatorer som kan benyttes til å måle trygg og god legemiddelbehandling innen fagområdet, samt iverksette ytterligere tiltak for å bidra til riktigere bruk av psykofarmaka og mer kunnskap om bruken hos barn og unge. I tillegg skal Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn utvides til å inkludere bruk av psykofarmaka.

I 2021 ble det bevilget 3,1 mill. kroner til dette arbeidet. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Anmodningsvedtak

Behandlingstilbud til barn og unge

Vedtak nr. 839, 9. juni 2016

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

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

I Innst. 373 S (2019–2020) viser Kontroll- og konstitusjonskomiteén til at tilbudet om medikamentfri behandling for barn og unge ikke er på plass, selv om faglige anbefalinger tilsier dette. Det vises også til Helse- og omsorgskomiteéns

merknader til anmodningsvedtaket i Innst. 11 S (2019–2020), der komiteen vil avvente utkvittering til tiltak som intensiverer innsatsen for å forebygge og bekjempe unødig bruk av antidepressiva og sovepiller er ferdig implementert.

Vedtaket er fulgt opp gjennom at Helsedirektoratet i 2017 fikk oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere tiltak for å redusere ordinerings av psykofarmaka til barn og unge og å foreslå tiltak som intensiverer innsatsen for å forebygge og bekjempe unødig bruk av antidepressiva og sovepiller blant barn og unge. I 2019 iverksatte Helsedirektoratet etter dialog med departementet tre tiltak. Norsk legemiddelhandbøk skal utarbeide doseringsanbefalinger og pasientversjoner for bruk av aktuelle legemidler. Folkehelseinstituttet skal utføre registeranalyser om bruken og nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn har fått i oppgave å gjennomføre et forprosjekt for å vurdere behov og organisering av nytt nettverk etter eksisterende modell. I 2020 startet Helsedirektoratet å utarbeide anbefalinger om overordnede rammer for behandling med psykofarmaka hos barn og unge, med planlagt publisering 2021. I tillegg fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre systematisk innhenting av bruker- og pårøndererfaringer om pasientmedvirkning i behandlingsvalg, bruk og oppfølging av psykofarmaka for å si noe om kvaliteten av behandlingen hos barn og unge. I 2021 vil Helsedirektoratet kartlegge behov for og forslag til kvalitetskvalitetsindikatorer som kan benyttes til å måle trygg og god legemiddelbehandling innen fagområdet, samt iverksette ytterligere tiltak for å bidra til riktig bruk av psykofarmaka og mer kunnskap om bruken hos barn og unge. I tillegg skal Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn utvides til å inkludere bruk av psykofarmaka.

NKVTS – studie om Alexander L. Kielland-ulykken

Vedtak nr. 1156, 8. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen gi Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å gjennomføre en studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken for å få kunnskap om hvilke konsekvenser manglende oppfølging etter ulykken, og ulykken i seg selv, har for menneskers fysiske og psykiske helse. Studiene skal gjøres i samarbeid med Kielland-nettverket.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 3:6 (2020–2021), jf. Innst. 577 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert ved at det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til formålet, og Helsedirektoratet gis i oppdrag å sørge for at en slik studie igangsettes. NKVTS AS er et aksjeselskap eiet av forskningsstiftelsen Norce. Slik eierforholdene knyttet til NKVTS er i dag, har ikke regjeringen anledning til å direkte tildele oppdrag om forskningsaktiviteter til senteret. Oppdraget gis derfor til Helsedirektoratet.

Evaluering av tilskuddsordninger

Hensikten med statlige tilskuddsordninger er å legge til rette for å nå prioriterte mål for samfunnet. For å sikre at tilskudd er innrettet slik at de bidrar til måloppnåelse bør de evalueres. For tilskudd over kap. 765 er mange av tiltakene det gis tilskudd til evaluert, uten at tilskuddsordningene i seg selv har vært gjenstand for evaluering. Systematisk evaluering av tilskuddsordninger i kap. 765 ble derfor igangsatt i 2018. Prosjektet består av tre hovedvirkemidler, en rullerende fire-års evalueringsplan, intern veileder for evaluering av tilskuddsordninger og en kunnskapsbank. Helsedirektoratet har i løpet av 2020 ferdigstilt en intern veileder for evaluering av tilskuddsordninger.

Tilskuddsordningene Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp – Selvhjelp Norge og Drift av Fontenehus og Fontenehus Norge er evaluert i 2020. Funnene fra disse evalueringene vil føre til justeringer av regelverk og forvaltning av ordningene. For mer informasjon om evalueringsresultatene se omtale under den enkelte tilskuddsordning.

I 2021 vil følgende tilskuddsordninger evalueres: Tilskudd til hjelpetelefoner og digitale hjelpemidler, Tilskudd til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse og Tilskudd til kompetansesentrene på kap. 765.

I 2021 ble det flyttet 2 mill. kroner fra kap. 765, post 74 til evaluering av kompetansesentre innen psykisk helse og rus. I 2021 ble det bevilget 1 mill. kroner til det øvrige evalueringsarbeidet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1 mill. kroner i 2022.

Handlingsplan for forebygging av selvmord

Selv mord er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem. I 2020 ble det registrert 639 selvmord i Norge. Regjeringens Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 –Ingen å miste ble lagt fram 10. september 2020. Som et ledd i oppfølgingen av planen ble det for 2021 bevilget 10 mill.

kroner til å gjennomføre regionale folkeopplysningskampanjer med nasjonal overbygging om forebygging av selvmord. Kampanjene skal bidra til å øke befolkningens kunnskap om selvmordtematikk, redusere stigma og å få flere til å søke hjelp. Målgruppen for kampanjene er hele den voksne befolkningen, men de skal utformes slik at de når ulike grupper – særlig menn i alderen 40–60 år, som er gruppen med høyest selvmordsrate. Det foreslås å videreføre 10 mill. kroner til arbeidet med disse kampanjene, hvorav 2,5 mill. kroner foreslås flyttet til post 75 til RVTSene for å styrke deres bistand overfor regionene i forbindelse med at folkeopplysningskampanjene skal gjennomføres som en flernivåintervensjon.

I 2021 ble det bevilget 2 mill. kroner til pilot for en systematisk arbeidsmetode for å gjennomgå alle selvmord både innenfor og utenfor helsetjenesten, for å kunne iverksette tiltak som kan bidra til å forebygge nye selvmord, 0,5 mill. kroner til å øke antall obduksjoner for å redusere usikkerhet i selvmordstallene som registreres i Dødsårsaksregisteret, samt 0,5 mill. kroner til å oversette, kulturelt tilpasse og implementere opplæringsmaterieell i hvordan oppdage, avdekke og intervensere ved selvmordsfare til nord-, sør- og lulesamisk. Det foreslås å videreføre disse midlene.

I tillegg foreslås det 5 mill. kroner til kompetanseutvikling på selvskadings- og selvmordstematikk hos personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk, samt 5 mill. kroner til felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse, vurdering av samordning av relevante hjelpetelefoner til ett felles nasjonalt nummer og mulighet for etablering av nødknapp.

Anmodningsvedtak

Handlingsplan mot selvmord og selvskading

Vedtak nr. 614, 19. april 2018

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

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

Kontroll- og konstitusjonskomiteen valgte i Innst. 580 S (2020–2021) å opprettholde vedtaket.

Vedtaket er fulgt opp gjennom regjeringens Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste, som ble lagt fram 10. september 2020. Med denne handlingsplanen er nullvisjon for selvmord innført i Norge. Åtte departementer samarbeider om planen. Planen har både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv. Tjenstedelen inkluderer den kommunale helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatiske enheter. Som del av planen er det opprettet et nytt nasjonalt forum for forebygging av selvmord, som har som mandat å jevnlig vurdere måloppnåelse og å komme med forslag til justering av tiltakene i lys av ny kunnskap. Forumet er bredt sammensatt med representanter fra bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner, tjenester og ulike fag- og kompetansemiljøer. Det er også opprettet et tilhørende direktoratssamarbeid. Forebygging av selvskading er omhandlet i Prop. 121 S (2018–2019). Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024), jf. Prop. 1 S (2018–2019). I tillegg er det tiltak som omhandler både selvmord og selvskading i handlingsplanen.

Utvikling av evalueringsmodell for rusmiddelforebyggende arbeid ved UNODC

Tidligere vurderinger av ulike rusmiddelforebyggende programmer har vist at det er stor variasjon med tanke på faktisk effekt. I mange tilfeller er det heller ikke mulig å påvise effekt av innsatsen. Det er derfor av stor betydning at rusmiddelforebyggende arbeid bygger på kunnskapsbaserte tilnærminger og metodikk.

Departementet etablerte i 2020 et samarbeid med FNs kontor for narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) om utvikling av modell for evaluering av rusmiddelforebyggende arbeid. Se nærmere omtale under kap. 714, post 21.

I 2021 ble det bevilget 0,5 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2022. I tillegg foreslås det å videreføre bevilgning på 0,6 mill. kroner til samme formål over kap. 714, post 21.

Rådgivende enhet for russaker i kommunene

Regjeringens forslag om rusreform (Prop. 92 L (2020–2021) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m.) fikk ikke flertall i Stortinget, men jf. lovvedtak 148 (2020–2021),

ble det vedtatt endringer i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. ved ny § 3-9 b Rådgivende enhet for russaker.

Enheten skal ha ansvar for å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for en bestemt strafferettslig reaksjon, herunder gjennomføre ruskontroll etter straffeloven § 37 første ledd bokstav d, dersom det er satt som vilkår ved mindre alvorlige narkotikaovertrедelser.

Det foreslås å bevilge 100 mill. kroner som kompensasjon for etablering av rådgivende enheter for russaker i den kommunale helse- og omsorgstjenesten over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, kap. 571, post 60, se også Prop. 1 S (2021–2022) Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Helsedirektoratet vil i 2022 få i oppdrag å utarbeide faglig veiledende materiell for enhetenes virksomhet samt bidra med annen implementeringsstøtte.

Post 60 Kommunale tjenester

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- bevilgningen foreslås styrket med 53,5 mill. kroner til etablering av flere FACT ung-team
- bevilgningen foreslås styrket med 18 mill. kroner til pilotering av lavterskeltilbud til barn og unge
- det foreslås å flytte 50 mill. kroner fra kap. 765, post 62 til kap. 765, post 60
- det foreslås å flytte 6 mill. kroner fra tilskuddsordningen Rask psykisk helsehjelp til kap. 765, post 21 for en gradvis omlegging av tilskuddsordningen til opplærings- og utdanningsstøtte

Bevilgningen dekker tilskudd til utviklingstiltak og kvalitetsforbedring i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Videre er formålet med bevilgningen å stimulere til utvikling av samhandlingsprosjekter mellom kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), herunder også private og ideelle behandlingsinstitusjoner.

Tilbud til voksne med langvarige og/eller sammensatte tjenestebehov

Målet for ordningen er å styrke tilbudet til personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov gjennom å etablere helhetlige og virksomme tjenester fra ulike nivåer og sektorer. Målgruppen er voksne med alvorlige psykiske helseutfordringer og/eller rusmiddelproblemer, voldsproblematikk

og som har langvarige og sammensatte behov for behandling, rehabilitering, oppfølging og støtte.

Tilskuddsordningen til tjenesteutvikling for personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov ble opprettet da fem ulike tilskuddsordninger ble samlet i 2015. I 2019 ble ordningen delt i to, gjennom ett tilskudd til tjenesteutvikling for voksne og ett for barn og unge.

Gjennom ordningen for voksne med langvarige og/eller sammensatte behov gis det tilskudd til:

- etablering av allerede utprøvde kunnskapsbaserte og kostnadseffektive modeller på psykisk helse- og rusfeltet
- utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse- og rusfeltet

Tilskuddsordningen er tidsavgrenset til maksimum fire år med tilskudd med gradvis nedtrapping, jf. tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid. Økt grad av egenfinansiering kan bidra til at gode modeller i større grad videreføres etter prosjektperioden.

Resultatrapporteringen viser at tildelingene i 2020 i hovedsak gikk til følgende formål:

- aktivt oppsøkende behandlingsteam, inkl. Assertive Community Treatment (ACT) og fleksible ACT-team (FACT-team)
- mottakssentre (MO-sentre), Housing First, behandlingsforberedende tiltak og lavterskel substitusjonsbehandling (etter Lasso-modellen)

Resultatrapporteringen viser at det stadig blir færre MO-senter og tiltak etter Lasso-modellen i ordningen, mens antallet FACT-team som opprettes gjennom tilskuddsordningen øker.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) har evaluert de første FACT-teamene. Rapporten fra 2019 viser til gode resultater for brukere og pårørende, og også samarbeidsparter er svært fornøyde med den teambaserte måten å jobbe på. Evalueringene av ACT-team og FACT-team viser svært gode resultater med halvering av antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten, inntil 70 pst. reduksjon i tvangsbruk og mer fornøyde brukere og pårørende. Måloppnåelse for ordningen vurderes til høy.

Det er beregnet et potensial for 120 team. Etablering av flere oppsøkende behandlingsteam skal prioriteres, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan og regjeringens strategi for god psykisk helse – Mestre hele livet.

For å understøtte god måloppnåelse gjennom implementering og videreføring av de to modellene, har Helsedirektoratet i 2020 fortsatt lagt til rette for opplæring av teamansatte og drift av ledernetverk.

Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester

Målet for ordningen er å styrke tilbudet til barn og unge som har behov for langvarig, tilpasset og/eller sammensatt oppfølging. Målgruppen er barn og unge med psykiske problemer og/eller rusrelaterte problemer som har behov for utredning, behandling, oppfølging samt lever med høy risiko for å utvikle alvorlig funksjonsnedsettelse og deres familier.

Tilskuddet skal stimulere til helhetlige tjenester og forpliktende samhandling mellom ulike nivåer og sektorer: mellom kommune og spesialisthelsetjenester, mellom kommunale tjenester og gjennom interkommunalt samarbeid. Tjenestetilbud skal utvikles og iverksettes sammen med brukere/pasienter.

Det gis tilskudd til:

- delfinansiering av etablering og drift av tverrfaglig oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge etter modell av FACT-ung (prioritet 1).
- utvikling og etablering av kunnskapsbaserte metoder, modeller og tiltak i lokale lavterskeltilbud f.eks. etter modell av Ung Arena og annen modellutprøving for tilgjengelige og helhetlige lavterskeltilbud (prioritet 2).

Det gis tilskudd i inntil fire år til nye tiltak/prosjekter, med gradvis nedtrapping og krav om økt grad av egenfinansiering. I 2020 ble det gitt tilskudd til fire piloter og fem forprosjekter. Det er nå etablert ni FACT ung-team og søknader til 21 forprosjekter for FACT ung-team. Ordningen vurderes å ha svært høy måloppnåelse.

For 2022 foreslås det en styrking på 53,5 mill. kroner for å etablere flere FACT ung-team gjennom ordningen. Det foreslås å flytte 50 mill. kroner fra kap. 765, post 62 til dette formålet. Se også kap. 765, post 21 for forslag om 8,5 mill. kroner til utvikling og evaluering av FACT-ung. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

I 2021 ble det bevilget om lag 235 mill. kroner til utvikling av tilbud til mennesker med behov for langvarig og sammensatt oppfølging. Det foreslås å bevilge om lag 275 mill. kroner til dette formålet i 2022.

Anmodningsvedtak

Retningslinjer for hvordan grupper skal ivaretas ved en eventuell ny nedstenging

Vedtak nr. 13, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen utarbeide klare retningslinjer for hvordan sårbare barn og unge, rusavhengige, funksjonshemmede, mennesker med alvorlige psykiske lidelser og andre utsatte grupper skal ivaretas ved en eventuell ny nedstenging.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trondaledebatt i Stortinget, 6. oktober 2020.

Vedtaket anses som oppfylt gjennom oppdrag 220 til Helsedirektoratet som ble sendt 6. november 2020. Helsedirektoratet besvarte oppdraget 12. november, og har på bakgrunn av oppdraget blant annet oppdatert relevante veiledere fortløpende under pandemien. Det er også iverksatt tiltak for mer tilpasset informasjon til særlig sårbare grupper, herunder også deler av innvandrerbefolkningen. Direktoratet gjennomførte også nasjonale kampanjer på flere digitale arenaer med råd om ivaretagelse av egen psykisk helse vinteren 2020 og våren 2021.

Rask psykisk helsehjelp (RPH)

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for personer over 16 år med lettere til moderat angst og depresjon. Tilbudet skal være gratis for brukerne, det skal gi direkte hjelp uten henvisning, det skal være tilgjengelig for alle i målgruppen og inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål. Folkehelseinstituttet har evaluert pilotprosjektet. Modellen ser ifølge evalueringen ut til å fungere etter målsetningen. Tilbudet gis med lav terskel og når målgruppen godt, og effekten av behandlingen ser ut til å være minst like god som i sammenliknbare tjenester i andre land. Se også omtale under kap. 765, post 21.

Det ble i 2020 gitt tilskudd til drift av RPH i 21 kommuner og bydeler, fire av disse var nye kommuner som ikke tidligere har fått tilskudd. Av tilskuddsmottakerne viser majoriteten middels til høy måloppnåelse. Kommunene som har tatt modellen i bruk får tilbakemeldinger om at ordningen øker tilgjengeligheten til behandling av lette og moderate psykiske lidelser. I 2020 var 60 RPH-team etablert i 67 kommuner/bydeler.

I tråd med omtalen i Prop. 1 S (2020–2021) ble det besluttet at tilskuddet gradvis skal legges opp til en utdannings- og implementeringsstøtte. Fra 2023/2024 opphører tilskuddet.

Det foreslås å flytte 6 mill. kroner til kap. 765, post 21 i 2022 for omlegging av tilskuddet. Kommuner som er inne i tilskuddsordningen får tilskudd ut sin treårige periode. I 2021 ble det bevilget 10 mill. kroner i tilskudd til drift av Rask psykisk helsehjelp i kommunene. I 2022 foreslås det bevilget 4 mill. kroner til tilskuddsordningen.

Pilotering av lavterskeltilbud for barn og unge

Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse inneholder et tiltak om utvikling og pilotering av et kunnskapsbasert, kommunalt lavterskeltilbud uten krav om henvisning – for barn og unge med lettere psykiske plager og begynnende rusproblemer. Piloten skal bidra til at flere barn og unge får tilgang til hjelp på et tidligere tidspunkt og at flere kommuner får etablert et oppfølgings- og/eller behandlingstilbud til denne målgruppen. Helsedirektoratet vil i 2021 få oppdrag om å utforme et lavterskeltilbud for barn og unge, og skal vurdere om lavterskeltilbudet bør bygge på elementer fra den engelske modellen for Rask psykisk helsehjelp til barn og unge – CYP IAPT og andre kunnskapsbaserte modeller.

Det foreslås å bevilge 18 mill. kroner over kap. 765, post 60 i 2022, for flerårig tilskudd til kommuner som deltar i den fireårige piloten. Det foreslås også å bevilge 2 mill. kroner til følgeevaluering av tiltaket over kap. 765, post 21.

Post 62 Rusarbeid

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- Det foreslås å flytte 50 mill. kroner fra post 62 til post 60, kommunale tjenester

Formålet med å flytte midlene er å styrke tjenestene til barn og unge med alvorlige og sammenfattede psykisk helse- og rusproblemer gjennom etablering av aktivt oppsøkende behandlingstilbud for barn og unge etter FACT-ung-modellen.

Formålet med tilskuddet til kommunalt rusarbeid har vært å bidra til kapasitetsvekst i det samlede kommunale tilbudet til personer med rusproblemer for å gi et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Ordningen ble sett i sammenheng og tilpasset opptrappingsplanen for rusfeltet. Sammen med veksten i de frie inntek-

tene gjennom planperioden har tilskuddordningen bidratt til kapasitetsvekst og økt tilgang til tjenester. Tilskuddsordningen har bidratt til utvikling på prioriterte områder i opptrappingsplanen, herunder flere tverrfaglige oppsøkende team, oppfølgningstjenester i bolig, arbeid og aktivitetsrettede tiltak, lavterskel helsetjenester og skade-reducerende tiltak. Gjennom oppfølging av planen fremkommer det at mange kommuner vurderer tilskuddsordningen som viktig eller svært viktig for å styrke tjenestene til målgruppen.

Basert på kommunenes rapportering på tilskudd for 2020 er det gitt tilskudd til om lag 1074 årsverk fordelt på 236 kommuner/bydeler. Det er en økning på 104 stillinger fra 2019. I tillegg er det kommuner som deltar i interkommunalt samarbeid. Det har også vært en vekst i antall erfaringskonsulenter eller ansatte med brukererfaring som finansieres over ordningen, 193 stillinger i 2020 mot 174 i 2019 og 116 i 2018. Nær 84 pst. av kommunene rapporterer at stillinger de har fått tilskudd til skal videreføres i ordinær drift.

Det har over de siste årene vært en gradvis stagnasjon i søknadsmassen, både når det gjelder antall kommuner som søker og antall stillinger det søkes om. Det kan være grunn til å tro at krav om videreføring av årsverk med økt andel egenfinansiering har gjort dagens ordning mindre attraktiv, når veksten i de frie inntektene fra opptrappingsplanen for rusfeltet gradvis ble trappet ned. I tillegg er det flere kommuner som oppgir at de har bygget opp kapasitet og kompetanse og som prioriterer å organisere og utvikle disse, fremfor å søke om midler til nye tiltak. Det er en vedvarende problemstilling at små kommuner ikke søker tilskudd, noe som både kan anføres krav om gradvis økt egenfinansiering, men også utfordringer for mindre kommuner å rekruttere personell med nødvendig kompetanse.

Det gjenstår uløste oppgaver på rusfeltet og det er fremdeles behov for å styrke tilbudene til personer med rusmiddelproblemer. For å tilpasse tilskuddsordningen til dagens behov og problem-bilde, er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å utarbeide forslag til nytt regelverk for ordningen som skal gjelde fra 2022.

Det ble i 2021 bevilget om lag 455 mill. kroner til ordningen. Det foreslås 412,8 mill. kroner til formålet i 2022.

Post 71 Brukere og pårørende mv.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- Bevilgningen foreslås styrket med 5 mill. kroner til Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS)

Bevilgningen dekker tilskudd til styrking av bruker- og pårørendearbeid, og videreutvikling av selvorganisert selvhjelp på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet mv.

Tilskuddsordningene Tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner og Tilskudd til lokale og regionale brukerdrevne tiltak, ble evaluert i 2019. Evalueringen konkluderte med at ordningene bidrar til å styrke driften til aktørene på feltet og støtter opp under viktige aktiviteter på individ-, tjeneste- og systemnivå. Helsedirektoratet vurderer at ordningen i 2020 har hatt en midtels god måloppnåelse, men ser likevel en positiv trend der ordningen har høyere grad av måloppnåelse enn tidligere. I evalueringen ble det likevel pekt på behovet for å justere innretningen på ordningene for å tydeliggjøre mål og ønskede samfunnseffekter. Helsedirektoratet fikk derfor i 2021 i oppdrag å vurdere om innretningen av disse tilskuddsordningene er hensiktsmessig og regjeringen vil komme tilbake til behovet for eventuelle endringer i ordningenes regelverk.

Tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet, slik at de kan fremme økt brukermedvirkning i utformingen av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske lidelser, rusproblemer og voldsutfordringer, både på individ- og systemnivå. Diagnose- og gruppenøytrale paraplyorganisasjoner for pårørende kan også motta støtte gjennom ordningen.

De siste årene har Helsedirektoratet mottatt søknader om tilskudd som overstiger rammen for ordningen. Det ble i 2020 gitt tilskudd til 42 ulike nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner og/eller interesseorganisasjoner.

I 2021 ble det bevilget om lag 111,4 mill. kroner til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner. Bevilgningen til formålet foreslås redusert med om lag 12,5 mill. kroner for å ivareta særlige formål på posten, herunder tilskudd til Erfarings-sentrum, Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS), Pårørendealliansen og Stiftelsen Pårørendesenteret. Det foreslås å videreføre bevilgningen til formålet med om lag 101,8 mill. kroner i 2022.

Tilskudd til lokale og regionale brukerdrevne tiltak og til brukerstyrte prosjekter

Formålet med tilskuddet er å understøtte lokale og regionale brukerstyrte tiltak, initiativ og prosjekter som fremmer brukermedvirkning, både på individ- og systemnivå i utviklingen av tilbud til mennesker med psykisk helse-, rus- eller voldsutfordringer. Tilskuddet dekker også støtte til de regionale brukerstyrte sentrene og selvhjelpsgrupper mv.

Også for denne ordningen overstiger det samlede søknadsbeløp rammen for ordningen. Det ble i 2020 gitt tilskudd til 22 organisasjoner til lokalt brukerarbeid og til prosjekter som bidrar til å fremme brukermedvirkning.

I 2021 ble det bevilget 22,5 mill. kroner i tilskudd til lokale og regionale brukerdrevne tiltak og brukerstyrte prosjekter. Det foreslås å videreføre bevilgningen til formålet med om lag 23 mill. kroner i 2022.

Erfaringsentrum

Erfaringskonsulenter er viktige ressurser for tjenesteutvikling. Erfaringsentrum har siden 2017 arbeidet for å løfte og styrke erfaringskonsulentens arbeidsvilkår og jobber systematisk for å bygge en ny yrkesgruppe. Erfaringsentrum skal bidra til utvikling av et eget fagfelt for erfaringskompetanse og fremme viktigheten av systematisk bruk av erfaringskompetanse.

Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til Erfaringsentrum i 2022.

Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse arbeider for økt kunnskap om psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering, og er en paraplyorganisasjon med 30 medlemsorganisasjoner på tvers av bruker- og pårørendeorganisasjoner, humanitære organisasjoner, universiteter, høyskoler, profesjonsorganisasjoner og fagforbund. Rådet gir ut bladet Psykisk helse, og har i 2020 gjennomført dialogkonferanser og initiert møteplasser, gjennomført opplysningsarbeid i skoler, barnehager, eldresentre og på arbeidsplasser og sittet i om lag 30 ulike komiteer og utvalg. Rådet har også vært synlig ved å være en høringsinstans, samt gjennom debattinnlegg og medieoppslag om psykisk helse. Antallet henvendelser til Rådet for psykisk helse har økt, noe som tilskrives økt synlighet i mediene og bruk av sosiale medier for å gjøre egne

innsatsområder bedre kjent. Måloppnåelsen for organisasjonen vurderes å være høy i 2020.

I 2021 ble det bevilget 4,3 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 4,4 mill. kroner i 2021.

Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS)

Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS) er en pasient- og brukerorganisasjon som arbeider for å informere og øke kunnskapen om kjønnsdysfori. HBRS har som mål å arbeide politisk og sosialt for at personer med kjønnsdysfori skal kunne leve åpent, uten frykt for å bli sosialt utstøtt eller diskriminert.

Organisasjonen har 638 medlemmer fordelt på fem regionallag (Øst, Vest, Sør, Innlandet og Midt-Norge). HBRS har også en barne- og ungdomsforening (HBRSU) og en foreldre- og familieforening. De regionale lagene og HBRSU driver informasjons- og likemannsarbeid, og arrangerer sosiale aktiviteter som er viktige for nettverk, inkludering og psykisk helse. Koronapandemien medførte at HBRS måtte avlyse mange planlagte kurs og foredrag i 2020. Noen foredrag ble utført digitalt, det samme ble HBRS selvutviklingsgrupper. Det ble også gjennomført sommerleir. I tillegg gjennomførte HBRS en brukerundersøkelse som har bidratt til mer kunnskap om hvordan koronapandemien har påvirket medlemmenes psykiske og fysiske helse og deres nettverk. I samarbeid med Diakonhjemmet omsorg og stiftelsen Stensveen startet HBRS videre opp en kontakttelefon som et lavterskeltilbud for personer med kjønnsinkongruens og pårørende. HBRS har også deltatt i referansegruppen for nye retningslinjer for kjønnsinkongruens som Helsedirektoratet har utarbeidet.

I 2021 ble det bevilget 3,7 mill. kroner til HBRS. Bevilgningen foreslås videreført med 3,8 mill. kroner i 2022.

Pårørendealliansen

Pårørendealliansen er en frittstående paraplyorganisasjon som synliggjøre pårørendes utfordringer. Organisasjonen er en aktiv pådriver i utformingen av pårørendepolitikk i Norge på vegne av alle pårørende grupper.

Det ble bevilget 2 mill. kroner til Pårørendealliansen i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Pårørendesenteret i Stavanger

Stiftelsen Pårørendesenteret tilbyr pårørendeveiledning, kurs og undervisning både til pårørende og fagfolk, lokalt og nasjonalt. Senteret driver også pårørendesenteret.no, et landsdekkende nettsted for pårørende og pårørendeprogrammet.no, et læringsverktøy for ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Det ble bevilget 6,3 mill. kroner til Stiftelsen Pårørendesenteret i 2021. Bevilgningen foreslås videreført med 6,5 mill. kroner i 2022.

Selvhjelp

Formålet med tilskuddsordningen Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp – Selvhjelp Norge er å styrke det selvorganiserte selvhjelpsarbeidet i Norge, gjennom å fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp på psykisk helse, rus- og voldsfeltet. Selvhjelp Norge samarbeider med en rekke organisasjoner innenfor frivilligheten, særlig bruker- og pasientorganisasjoner. Pandemien har påvirket arbeidet gjennom året, og mange arrangementer, møter og kurs ble avlyst eller utsatt. Flere samarbeidspartnere ble omdisponert i sine stillinger eller fikk andre oppgaver. Selvhjelp Norge startet digitalisering av deres arbeid og omgjorde mange fysiske møter, seminarer og undervisninger til digitale arenaer. Det har ført til en økning i antall undervisningsoppdrag og deltakere i 2020. Det er inngått avtale med Høgskolen Kristiania om å gjennomføre en pilot der det gis opplæring som obligatorisk del til tredjeårs studenter på studieretning Livsstilsendring og folkehelse. Tilskuddsordningen har høy måloppnåelse.

Nasjonal plan for selvhjelp gikk ut i 2018. Arbeidet med revisjon av ny nasjonal plan og regelverk ble satt på vent i 2020, på grunn av evaluering av tilskuddsordningen. Evalueringen viste at roller og ansvarfordeling må gjennomgås og tydeliggjøres, at rangering av sentrale styringsdokumenter må gjennomgås og tydeliggjøres og at mål og kriterier i regelverket må gjennomgås og tydeliggjøres. Arbeidet med ny nasjonal plan utvikles, og regelverket for ordningen vil revideres for å følge opp funnene fra evalueringen.

I 2021 ble det bevilget 19 mill. kroner til Selvhjelp Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 19,5 mill. kroner i 2022.

Verdensdagen for psykisk helse

Verdensdagen for psykisk helse er en internasjonal FN-dag og markeres hvert år 10. oktober. Målet er å øke befolkningens forståelse av egen psykisk helse, hva som bidrar til god og dårlig psykisk helse og å øke åpenheten om psykisk helse i samfunnet. Mental Helse koordinerer arrangementene som blir gjennomført i Norge over en periode på om lag en måned. Temaet for 2020 var «Spør mer». Til tross for alle koronarestriksjoner ble det i 2020 registrert 2215 markeringer, mot 2200 i 2019. Det har også vært stor oppmerksomhet og aktivitet på sosiale medier i forbindelse med Verdensdagen for psykisk helse. Gjennom samarbeid med bl.a. Norsk Friluftsliv, Bergen Næringsråd, dytt.no og Mir ble det gjort en ekstra innsats for å nå spesielt innvandrere og arbeidslivet i 2020.

Måloppnåelsen for ordningen vurderes som høy.

I 2021 ble det bevilget 7,1 mill. kroner til Verdensdagen for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 7,3 mill. kroner i 2022.

Rådgivning om spiseforstyrrelser – ROS

Organisasjonen Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) er for alle som er berørt av problematikk rundt mat og kropp – for de som har eller har hatt en spiseforstyrrelse, og for deres pårørende. I Revidert nasjonalbudsjett for 2021 ble ROS øremerket med 7 mill. kroner, hvorav 5 mill. kroner gikk til etablering av nytt senter i Tromsø og økt driftsstøtte til øvrige sentre, som oppfølging av flertallets merknad i Innst. 11 S (2020–2021). 2 mill. kroner ble bevilget som en midlertidig økning i 2021 for å øke kapasiteten til ROS under pandemien. I tillegg ble ROS tildelt 2 mill. kroner over tilskuddsordningen nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner i 2021. Det foreslås å videreføre øremerkingen til ROS med 5 mill. kroner i 2022, til driftsstøtte for de regionale sentrene. Det foreslås videre å samle bevilgningen til ROS under denne øremerkingen. Samlet foreslås det dermed å videreføre bevilgningen på 7 mill. kroner til ROS i 2022.

Styrking av kriseteamenes rolle under gjenåpningen av samfunnet i etterkant av pandemien

I Revidert nasjonalbudsjett 2021 ble det bevilget 5 mill. kroner som en engangsbevilgning for å styrke kriseteamenes rolle under gjenåpningen av samfunnet i etterkant av pandemien. Midlene ble

tildelt de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVT-Sene) for å iverksette tiltak for å styrke kriseteamenes rolle. Bevilgningen foreslås ikke videreført for 2022.

Post 72 Frivillig arbeid, hjelpetelefoner mv.

Formålet med bevilgningen er å legge til rette for frivillige og ideelle organisasjoners arbeid for personer med psykiske helseproblemer, rusmiddelproblemer og erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester. Bevilgningen dekker institusjonsbaserte tilbud, aktivitets- og oppfølgingstilbud samt informasjons-, veilednings- og støttetilbud til personer i vanskelige livssituasjoner og deres pårørende, gjennom hjelpetelefoner og ulike digitale hjelpeverktøy.

Grunntilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver institusjonsbaserte tilbud

Grunntilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner (Grunntilskuddet) skal støtte opp om organisasjoner som driver institusjonsbaserte dag- og døgntilbud. Formålet med ordningen foreslås presisert til også å skulle bidra til at personer med rusmiddelproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester, oppnår bedret livskvalitet, mestring og mulighet for aktiv og meningsfull tilværelse. Endringen tydeliggjør at ønskede resultater av ordningen i større grad knyttes til effekter for brukerne av tilbudene.

Ordningen er en del av samfunnets samlede innsats overfor målgruppen og skal bidra til mangfold og kvalitet i institusjonsbaserte dag- og døgntilbud, i regi av frivillig og ideell sektor.

Virksomhetene som i dag er inne i ordningen er i hovedsak avhengig av statlige tilskudd og på den bakgrunn anses det at ordningen støtter opp om ideelle og frivillige virksomheter etter hensikten. I den sammenheng oppfylles også målsettingen om mer mangfold i tilbudene til personer med rusmiddelproblematikk mv. Rapporteringen omfattet i 2020 om lag 350 døgnplasser med en kapasitetsutnyttelse på om lag 70 pst. 17 virksomheter mottok tilskudd i 2020. Rapporteringen viser at forventningen om samarbeid med kommunene i liten grad realiseres. Tilbudene synes generelt lite etterspurt av kommunene, basert på fravær av kommunale avtaler og kommunal oppholdsbetaling. Med det er de fleste tilskuddsmottagerne helt avhengige av statlige tilskudd til drift. Mangel på formalisert samarbeid med kommunene bidrar til at tilbudene ikke umiddelbart frem-

står som del av en helhetlig og sammenhengende rehabiliteringskjede. Høyt innslag av frivillig/ufaglært arbeidskraft utgjør en risiko knyttet til forsvarlighet. Det foreligger ikke en samlet oversikt over antall personer som mottar institusjonsbasert tilbud som dekkes av ordningen. Det foreligger heller ikke systematisk kunnskap om brukernes tilfredshet med tilbudene eller opplevet effekt av opphold.

Helsedirektoratet mottok 30 søknader på til sammen 230,7 mill. kroner for 2020. En betydelig andel av bevilgningen på posten er øremerket. Dette gir lite rom for å innvilge tilskudd til nye søkere eller øke tildelinger til eksisterende tilskuddsmottagere. For å ivareta virksomhetenes behov for forutsigbarhet, prioriterer Helsedirektoratet søkere som allerede er etablert i ordningen ved fordeling av andelen av bevilgningen som er åpen for konkurranse.

Bevilgningen til formålet sees i sammenheng med tilskuddsordningen til ideelle og frivillige som driver aktivitetstilbud (Aktivitetstilskuddet). Se nærmere om den samlede bevilgningen for 2022 under omtalen av Aktivitetstilskuddet.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud

Ordnningen støtter opp om frivillige og ideelle virksomheter som driver aktivitets- og oppfølgingstilbud overfor personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester. Tilbudene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppene og som hovedregel komme i tillegg til de lovpålagte oppgavene som utføres i regi av kommunene. Formålet med ordningen foreslås presisert til også å skulle bidra til at målgruppene oppnår bedret livskvalitet, mestring og mulighet for aktiv og meningsfull tilværelse. Endringen tydeliggjør at ønskede resultater av ordningen i større grad knyttes til effekter for brukerne av tilbudene.

Antall tilskuddsmottagere viser at ordningen oppfyller målsettingen om å støtte opp om frivillige virksomheter på feltet. Med det bidrar den også til mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Ordnningen bidrar til et variert tilbud om fysisk aktivitet, f.eks. gatefotball, men også andre sosiale aktivitetstilbud, samlingssteder og arbeidsrettede tiltak som kafedrift o.l. utgjør også en stor del av mottakerporteføljen. Det også flere tiltak som driver oppfølgingstilbud med ulike former for praktisk og psykososial bistand til brukerne. Det er i mindre grad dokumentert samar-

beid med kommunene i form av samarbeidsavtaler og heller ikke og i hvilken grad tiltakene base- res på kartlagte behov i kommunene eller i regionene. Det foreligger ikke en samlet oversikt over hvor mange som benytter seg av tilbudene. Det foreligger heller ikke systematisk kunnskap om brukeropplevd effekt og tilfredshet med tilbudene som gis og i hvilken utstrekning tiltakene bidrar til den enkeltes rehabilitering. Det er videre få søkere og tilskuddsmottagere som vektlegger aktivitet og oppfølging av personer med erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester.

Det er svært mange søkere på ordningen med et samlet søknadsbeløp som overstiger bevilgningen. I 2020 mottok Helsedirektoratet 221 søknader på til sammen 520,7 mill. kroner. En økende andel av bevilgningen på posten er øremerket og den samlede bevilgningen gir lite rom for å innvilge tilskudd til nye søkere eller øke tildelinger til eksisterende tilskuddsmottagere. Tilsvarende som for Grunntilskuddet prioriterer Helsedirektoratet søkere som allerede er etablert i ordningen ved fordeling av andelen av bevilgningen som er åpen for konkurranse.

Bevilgningen til formålet ses i sammenheng med Grunntilskuddet og i 2021 ble det bevilget til sammen 414 mill. kroner til ordningene. For å gi søkere en reell oppfatning av den søkbare andelen av bevilgningen, foreslås det at bevilgningen til ordningene reduseres med 201,2 mill. kroner i 2022 for å ivareta øremerkede formål. Det foreslås en samlet bevilgning på 219,5 mill. kroner til tilskuddsordningene Grunntilskudd og Aktivitetstilskudd i 2022.

Øvrige tilskuddsmottagere

Stortinget og regjeringen har under tidligere budsjettprosesser og behandling av budsjettet øremerket særskilte virksomheter over kap. 765, post 71 (Grunntilskuddet og Aktivitetstilskuddet). Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til følgende virksomheter for 2022:

- Blå Kors recovery 1,6 mill. kroner
- Fjordhagen drift AS 2,2 mill. kroner
- Fotballstiftelsen 18 mill. kroner
- Frelsesarmeen Gatehospital i Bergen 30,6 mill. kroner
- Frelsesarmeen Gatehospital i Oslo 50 mill. kroner
- Frelsesarmeens rusomsorg 2 mill. kroner
- Idretten skaper sjanser 12 mill. kroner
- IOGT Sammen om nøden 6,6 mill. kroner
- No Limitation AS 6,5 mill. kroner
- PitStop Norge 3 mill. kroner

- Stiftelsen Evangeliesenteret 35,7 mill. kroner
- Stiftelsen Karmsund ABR 1,5 mill. kroner
- Stiftelsen Kraft 3,3 mill. kroner
- Stiftelsen P22 23,6 mill. kroner
- Stiftelsen Retretten 4,3 mill. kroner

Det foreslås en samlet bevilgning til særskilte tilskuddsmottakere på 201,2 mill. kroner i 2022.

Livslosen

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2021, ble det i Innst. 11 S (2020–2021) vedtatt å bevilge 10 mill. kroner til Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenbergs pilotprosjekt «Livslosen». Prosjektet innebærer etablering av et lavterskeltilbud for mennesker i livskriser. Bevilgningen foreslås videreført med 10 mill. kroner i 2022.

Tilskudd til hjelpetelefoner og digitale hjelpeverktøy

Formålet med bevilgningen er å sikre digitale informasjons-, veilednings- og støttetilbud til personer i vanskelige livssituasjoner og deres pårørende gjennom å gi støtte til øremerkede hjelpetelefoner og ulike digitale hjelpeverktøy.

Kirkens SOS er en krisetjeneste med døgnåpen telefontjeneste hele året, i tillegg til SOS-chat og SOS-meldinger. I 2020 ble det mottatt 274 281 henvendelser, herunder 138 747 telefonhenvendelser. Det utgjør en betydelig økning fra 2019. SOS-chat gjennomførte 17 273 samtaler, om lag 3000 flere enn i 2019. Svarprosenten på chat har vært om lag 60 pst. Det er utarbeidet engelsk informasjon på nettsidene, det vurderes også å utarbeide informasjon på samisk.

Mental Helses hjelpetelefon er et gratis og døgnåpent tilbud, som er tros- og diagnosenøytralt. I tillegg til hjelpetelefonen, består tjenesten av meldingsbesvarelse, chat, forum og vennetjeneste. Mental helse drifter også Arbeidslivstelefonen. I 2020 fikk Mental helse 204 363 flere henvendelser, men også økt bemanning og flere linjer. Svarprosenten gikk dermed opp til 45 pst. fra 35 pst. i 2019. Det er startet opp et arbeid med oversettelse til andre språk enn norsk på nettsidene, dette implementeres i 2020.

Kirkens SOS og Mental helses hjelpetelefon ble styrket med 7,5 mill. kroner hver i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2020 og i Innst. 11 S (2020–2021).

Blå Kors SnakkOmMobbing.no er en anonym, nasjonal chattetjeneste. Tjenesten er Norges første spissede lavterskeltilbud for barn og unge i alderen 9–19 år, hvor alle som er berørt av mobbing

kan henvende seg. I 2020 har Snakk om mobbing hatt totalt 5416 anonyme henvendelser mot 7443 i 2019. Svarprosenten har vært på 80 pst. 71 pst. av henvendelsene har kommet fra førstegangsbrukere. 73 pst. av brukerne oppgir at de er fornøyd/veldig fornøyd med tilbudet. Chatten har hatt utvidede åpningstider ved nedstengingen. Samtalene under pandemien viser at for noen fortsatte mobbingen i større grad på digitale kanaler når skolen var stengt, uten innsyn fra lærere. Andre opplevde en lettere situasjon med hjemmeundervisning. Blå Kors har gjennomført en kampanje for å nå flere gutter. Det har resultert i en betydelig økning på hjemmesiden og på chat, i 2020 har det vært en 58 pst. økning i gutter som tok kontakt over chat. Nettprogram for økt selvrefleksjon fungerer som et supplement til chatten.

Vern for eldre er en nasjonal kontakttelefon driftet av Oslo kommune. Kontakttelefonen gir støtte, informasjon, råd og veiledning til voldsut-satte eldre, pårørende, ansatte i det offentlige tjenesteapparatet og andre som har mistanke om overgrep mot eldre. Målet er også å bidra til at temaet vold mot eldre synliggjøres. Kontakttelefonen mottok 137 meldinger i 2020. Det er på nivå med antallet henvendelser i 2019, men fremdeles en betydelig nedgang siden 2015. Hoveddelen av henvendelsene gjaldt kvinner, og i 74 pst. av tilfellene dreide det seg om overgrep begått av familie eller andre nære. Nedgangen i henvendelser begrunnes bl.a. med endringer i organisering av tilbudet. Det arbeides med å gjøre tjenesten bedre kjent.

I 2021 ble det bevilget 64,5 mill. kroner til hjelpetelefoner og digitale hjelpeverktøy, herunder 1,5 mill. kroner til Mental helses studenttelefon og 1 mill. kroner til Mental helse ungdoms chat-tjeneste gjennom Innst. 233 S (2020–2021), samt en styrking på til sammen 5 mill. kroner til Kirkens SOS og Mental helse gjennom Innst. 11 S (2020–2021). Det foreslås å videreføre bevilgningen med 61 mill. kroner i 2022 fordelt på 27,8 mill. kroner til Kirkens SOS krisetjeneste, 27,5 mill. kroner til Mental Helses hjelpetelefon, 3,5 mill. kroner til Blå Kors SnakkOmMobbing.no, 1,2 mill. kroner til Vern for eldre – Nasjonal kontakttelefon og 1 mill. kroner til City Changers.

Post 73 Utviklingstiltak mv.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å styrke bevilgningen til drift av Fontenehus med 15 mill. kroner

- det foreslås å flytte 16,3 mill. kroner fra kap. 765, post 73 til kap. 714, post 79 for å samle bevilgningen til forebyggende arbeid med studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk

Formålet med bevilgningen på posten er å styrke befolkningens kunnskap om psykisk helse, rus- og voldspromblematikk, øke den samlede kompetansen i helsetjenestene og bidra til utviklingsarbeid på særskilte satsningsområder. Kommunal sektor skal prioriteres.

Forandringsfabrikken

Forandringsfabrikken (FF) og Psykiskhelseprofessene har i 2020 gjennomført flere nasjonale undersøkelser. Dette har bl.a. resultert i råd til helsesykepleiere om å snakke med og hjelpe barn. Forandringsfabrikken har også utviklet rapporten «Sint utenpå, vondt inni», som inneholder erfaringer og råd til skole, barnevern, politi og BUP fra barn og unge som selv hadde brukt vold delte erfaringer og råd. Rapporten «Vi vil at dere skal forstå» inneholder erfaringer og råd om selvskading og hvordan voksne kan hjelpe i skolen, hos helsesykepleier, BUP, legevakt og sengepost. Det er produsert en rekke rapporter, bøker og filmer i 2020. Rapportene er sendt ut til statlige og kommunale psykisk helsetjenester i hele Norge, samt til ulike oppvekstutdanninger. Boka «Psykisk helsevern fra oss som kjenner det» (Universitetsforlaget, 2019) var høsten 2020 på pensum på alle profesjonsstudiene i psykologi. Forandringsfabrikken har videre deltatt på en rekke høringer og innspillmøter.

I 2020 har Forandringsfabrikken gjennom fagutviklingsarbeidet MITT LIV Psykisk helse i kommunen gjennomført både nasjonale treff fysiske og digitalt, fagdager og dialogmøter. Måloppnåelsen for tilskuddet vurderes som høy.

I 2021 ble det bevilget 7,1 mill. kroner til Forandringsfabrikken. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 7,3 mill. kroner i 2022.

Sidebygningen Vestfold

Sidebygningen Vestfold ble øremerket med 1,5 mill. kroner i forbindelse med revidert nasjonal budsjett i 2021. Midlene foreslås ikke videreført i 2022.

Stimuleringstiltak for psykologer

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet «Dobbelkompetanse i psykologi» har som mål å bedre tilgangen på kompetente søkere til stillinger ved

universiteter, høyskoler og i helse- og omsorgstjenesten som krever eller har behov for dobbelkompetanse. Med dobbelkompetanse menes dokumentert forskningskompetanse (avlagt doktorgrad) og spesialistkompetanse (godkjent psykologspesialist gjennom Norsk Psykologforening).

Siden starten har det i alt vært 30 kandidater i det opprinnelige, nasjonale DK-prosjektet. I 2020 var det bare en kandidat igjen – en kandidat som ikke har vært aktiv dette året. Det er til nå avlagt i alt 26 doktorgrader i prosjektet. 29 kandidater er ferdige med sin spesialistutdanning, og den siste som nå står igjen er ventet å være ferdig i 2022. I alt 25 kandidater vil da være helt ferdige med dobbelkompetanseløpet sitt, og rekrutteringsprogrammet ligger dermed an til en fullføringsdel på over 80 pst. Måloppnåelsen anses som høy.

Det ble bevilget 0,4 mill. kroner til formålet i 2021. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2022.

Institutt for sjelesorg ved Modum bad

Institutt for sjelesorg er en del av Modum bad, og tilbyr rekreasjonsopphold med sjelesorgsamtaler, veiledning og utdanning i sjelesorg.

Koronapandemien skapte utfordringer for gjennomføring av rekreasjonsopphold da instituttet måtte stenge ned. Nedstengingen medførte at instituttet ikke hadde noen gjester våren 2020, og det ble totalt gjennomført 18 rekreasjonsuker på Modum bad. Pandemien har ført til et økt antall digitale samtaler. Måloppnåelsen vurderes som middels.

I 2021 ble det bevilget 1,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1,6 mill. kroner i 2022.

Institutter og foreninger

Tilskuddsordningen har som formål å bidra til økt kompetanse i psykisk helse. Tilskuddsordningen retter seg mot institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse, og er nedfelt i forskrift om tilskudd til institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse. Instituttene og foreningene tilbyr i stor grad videreutdanning som ledd i spesialistutdanninger, særlig for leger og psykologer.

I 2020 har det vært behov for å gjøre en del endringer pga. koronapandemien med digitale løsninger som erstatning for fysiske møter. Kandidater har fått deltatt og fullført, men det har vært noe færre deltakere. Det er usikkert om målopp-

nåelsen har vært like høy som tidligere, gjennom digitale løsninger under pandemien.

Det ble i 2021 bevilget 28,7 mill. kroner til institutter og foreninger som driver etter- og videreutdanning innen psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 29,4 mill. kroner i 2022. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025, se nærmere omtale i kap. 761, post 21.

Arbeid og psykisk helse

Formålet med bevilgningen er å bidra til at mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, komme i ordinært lønnet arbeid og beholde tilknytningen til arbeidslivet. Det er et mål at arbeidsdeltakelse inkluderes som et ledd i utredning og behandling av personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer som ønsker deltakelse i arbeidslivet. Tilknytningen til arbeidslivet er for mange både en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling. Et tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og Arbeids- og velferdsetaten er viktig for å lykkes med dette målet. Se også omtale under kap. 781, post 21, og i Prop. 1 (2021–2022) Arbeids- og sosialdepartementet.

Tilskuddsordningen på posten skal gi støtte til implementering av de kunnskapsbaserte arbeidsrehabiliteringsmetodene Individuell jobbstøtte (IPS) og Jobbmestrende oppfølging (JMO). Spredning og implementering av IPS er et viktig tiltak i regjeringens inkluderingsdugnad. I forbindelse med dugnaden har antallet jobbspesialister økt, og det er i 2021 initiert et forsøk med IPS ung. Målet med forsøket er at flere unge med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser kommer over i ordinært lønnet arbeid. Samarbeidet om IPS mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenesten er evaluert i 2021. Se Prop. 1 S (2021–2022) Arbeids- og sosialdepartementet for omtale av evalueringen og prosjektet med IPS ung.

I 2020 ble det innvilget tilskuddsmidler til 63 virksomheter. Ingen av virksomhetene tilbyr kun JMO, mens tre virksomheter tilbyr en kombinasjon av IPS og JMO – betegnet som IPS+. Med bakgrunn i budsjettet ble det ikke innlemmet nye søkere i 2020. Aktiviteten i 2020 har i stor grad vært preget av koronapandemien med en reduksjon i tilbudene. Konsekvensene har vært noe økt ventetid, nedgang i både det totale antall deltakere per virksomhet, og antallet personer kommet i jobb, antall møter med arbeidsgivere og antall gjennomførte kvalitetsevalueringer.

Gjennomsnittlig ventetid for et IPS-tilbud fra henvisning til oppstart lå i 2020 på 31 dager, og økte med 12 dager fra 2019, trolig på grunn av koronapandemien. Virksomhetene som har tatt tilskudd har gitt et tilbud til om lag 2000 brukere i 2020. 33,3 pst. av deltakerne er kommet i ordinært, lønnet arbeid eller utdanning. Det er betydelig lavere enn i 2019 (om lag 40 pst.), og må ses i lys av at det under koronapandemien har vært betydelig mindre kontakt opp mot arbeidsgivere. Antallet kontakter med arbeidsgivere er om lag 7400 i 2020, mot om lag 10 000 i 2019. Tallgrunnlaget vurderes som usikkert, da enkelte tilskuddsmottakere har registrert flere kontakter med samme arbeidsgiver, mens andre registrerer samme arbeidsgiver kun en gang.

Andelen av personer med psykoselidelse utgjør 20 pst. av det totale deltakerantallet, mot 16 pst. i 2019. Av disse er 28,5 pst. (117 personer) kommet i ordinært, lønnet arbeid. Andelen av personer med et rusmiddelproblem utgjør 34 pst. av det totale deltakerantallet, mot 23 pst. i 2019. Av disse er 26,4 pst. (181 personer) kommet i ordinært, lønnet arbeid.

Av virksomhetene som ble kvalitetsevaluert i 2020 har syv virksomheter høy måloppnåelse, mens 31 virksomheter middels måloppnåelse. I kategorien lav måloppnåelse er det også registrert 17 virksomheter som ikke har fått gjennomført kvalitetsevaluering ennå. Dette betyr at det reelt sett er 11 pst. med lav måloppnåelse, som ikke oppnår godkjent kvalitet i sitt IPS-arbeid etter fidelity-skalaen som er utarbeidet for modellen.

Ansatte i IPS benytter seg i meget stor grad av det eksisterende kurs- og opplæringstilbudet, som gjennomføres i et samarbeid mellom fagmiljøer i Arbeids- og velferdsetaten, helse- og omsorgstjenesten og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). I 2020 er opplæringstilbudet blitt redusert, men det er gjort gode erfaringer med digitale tilbud.

I 2021 ble det bevilget 42,9 mill. kroner til arbeid og helse. Bevilgningen foreslås videreført med 44 mill. kroner i 2022.

Kunnskapsbaserte mestringskurs

Formålet med bevilgningen er å bidra til at ansatte i helsetjenesten og i Nav har kompetanse til å tilby forebyggende og behandlende tiltak i form av mestringskurs. Tjenester i helse- og omsorgssektoren og tiltak i arbeids- og velferdsforvaltningen skal støtte opp under mer arbeidsrettede løp for den enkelte med sikte på at de som ønsker og kan, skal kunne nyttiggjøre seg sin arbeidsevne.

Bevilgningen skal videre forhindre at unge med psykiske helseproblemer faller ut av utdanning.

I 2020 var det to av fire søkere som fikk tilskudd, Brorson og Sande og Fagakademiet. På grunn av koronapandemien ble ikke alle planlagte kurs avholdt. Fagakademiet, som nå er del av Studieforbundet AOF, gjennomførte ni av femten planlagte kurs. Femdagerskurset Kurs i mestring av depresjon (KiD) ble holdt fire ganger. Det todagers påbyggingskurset Kurs i mestring av belastning (KiB) ble gjennomført to ganger. Det ble gjennomført en femdagers kurslederopplæring i Mestringskurs for ungdom (DU). I tillegg ble det avholdt tre regionale oppdateringsseminarer for de tre ulike kursene. Totalt er det utdannet 114 nye kursledere. Ut fra kursmateriell bestilt via Rådet for psykisk helse beregner Fagakademiet/AOF at kurslederne har arrangert kurs for om lag 3100 personer med psykiske plager i 2020. Brorson & Sande gjennomførte sitt kurslederopplæring i Tankevirus for til sammen 326 ansatte fra helse- og omsorgstjenesten og Nav i 2020. Det ble gjennomført 2135 mestringskurs i kommunene i 2020.

De to tilskuddsmottakerne får gode tilbakemeldinger fra kursdeltakerne, og begge bidrar til økt tilgang til mestringskompetanse i hele Norge. Måloppnåelsen for ordningen i 2020 vurderes til høy selv om det har vært noe redusert aktivitet på grunn av koronapandemien og smitteverntiltak.

I 2021 ble det bevilget 5,3 mill. kroner til formålet, gjennom en styrking på 2 mill. kroner i Innst. 233 S (2020–2021). Ekstrabevilgningen skulle bidra til at ansatte ved studentsamskipnadene under pandemien skulle få mulighet til å kurseres og få kompetanse til å tilby forebyggende og behandlende tiltak i form av mestringskurs. Bevilgningen foreslås videreført med 3,4 mill. kroner i 2022.

Fontenehus

Formålet med bevilgningen er å bidra til etablering av flere Fontenehus, sikre videre drift i eksisterende Fontenehus og bidra til drift av paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge. På fontenehusene arbeider medlemmer og ansatte sammen i et helsebringende arbeidsfellesskap bygget på grunnleggende menneskelige behov for å bli sett, hørt, være nyttig, mestre og tilhøre et fellesskap. I fontenehusene finner mennesker med psykiske helseutfordringer støtte på veien til lønnet arbeid, studier og til å ta tilbake kontroll i eget liv. I 2020 innvilget Helsedirektoratet midler til 21 prosjekter. Samlet søknadsbeløp var 60 mill. kroner.

Tilskuddsordningen ble i 2020 evaluert av Oslo Economics. Evalueringen viser at tilskuddsordningen er av stor betydning for etablering og drift av Fontenehus, likeverdig tilbud og samarbeid mellom fontenehusene. Selv om det ikke har vært mulighet til å gjennomføre en effektstudie i dette oppdraget, er det grunn til å tro at oppnåelse av delmålene også bidrar til økt deltakelse i arbeidsliv eller arbeidsrettet aktivitet blant medlemmene ved fontenehusene. Videre viser evalueringen at innretningen av tilskuddsordningen i all hovedsak fungerer godt, og at fordelingsnøkkelen for tilskuddet i kombinasjon med høy politisk prioritering har vært sentral i etableringen av en rekke nye Fontenehus de siste årene. Evalueringen har flere anbefalinger til forbedringer, og Helsedirektoratet vil på bakgrunn av dette vurdere å utarbeide revidert regelverk for ordningen.

I 2019 fikk Fontenehus Norge overført 1,2 mill. kroner fra Helsedirektoratet for å igangsette forskning knyttet til å kunne dokumentere effekt av fontenehusenes virksomhet på områdene helse, arbeidsinkludering og samfunnsøkonomi. Prosjektet har navnet Fra Fontenehus til arbeidsliv og er et samarbeid med Universitetet i Oslo/Oslo Universitetssykehus. Fontenehusene ble gjennom Innst. 11 S (2020–2021) styrket med 10 mill. kroner i 2021, for opprettholdelse av aktivitet under koronapandemien.

I 2021 ble det bevilget 60 mill. kroner til fontenehusene og Fontenehus Norge. Det foreslås å styrke bevilgningen med 15 mill. kroner i 2022, samlet foreslås det 75 mill. kroner i 2022.

Studenters psykiske helse

Formålet med bevilgningen er å fremme god helse og trivsel blant studenter og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk. Tilskuddsordningen skal fremme nytekning, samarbeid og kunnskapsdeling om forebyggende psykisk helsearbeid og rusarbeid mot studenter. Se omtale av rusforebyggende arbeid blant studenter, kap. 714, post 70.

Tilskuddet ble lyst ut som et treårig tilskudd i november 2019. Lavterskeltilbud og aktiviteter som mentorordninger er typiske tiltak som inngår i ordningen. Denne typen tiltak har vært til stor hjelp for mange studenter under pandemien, selv om arbeidet hos tilskuddsmottakerne i 2020 har vært preget av pandemien og mange av tiltakene har endret planer for aktiviteter. Tilskuddsordningen antas likevel å ha bidratt til at mange tiltak var på plass og kunne forsterkes i pandemisituasjonen. Tilskuddsordningen finansierer også noen

større utviklingsprosjekter. Det største tiltaket «Digitalisering av selvhjelpsverktøy» har hatt god framdrift og det har jevnlig vært møter mellom Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) som er prosjekteier og Helsedirektoratet.

Tilskuddsordningen videreføres med ny, treårig utlysning i 2022. Det ble bevilget 15,5 mill. kroner til formålet over kap. 765, post 73 i 2021 og 5,4 mill. kroner over kap. 714, post 70. Bevilgningen foreslås samlet og videreført med 21,8 mill. kroner i 2022. Det foreslås å flytte tilskuddsordningen til kap. 714, post 79.

Seksuelle minoriteter

Formålet med bevilgningen er å støtte arbeidet med å informere om psykisk helse og forebygge psykisk uhelse i grupper av seksuelle minoriteter. Bevilgningen dekker tilskudd til Ungdomstelefonen til Skeiv Ungdom og Rosa kompetanse helse og sosial drevet av FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold.

Rosa kompetanse helse og sosial (RK) driver tilrettelagt undervisning og kurs for helse- og sosialansatte og tilgrensende felt med mål om å øke kompetansen om kjønns- og seksualitetsmangfold og inkluderende praksis. Kompetanse om kjønn og seksualitetsmangfold har nå blitt et nedfelt krav i den nye nasjonalfaglige retningslinjen for helse- og sosialutdanningene som ble vedtatt høsten 2019 (§2). Rosa kompetanse tilbyr undervisning i tråd med den nye retningslinjen.

I 2020 hadde Rosa kompetanse 54 undervisningsoppdrag. Oppdragene ble i hovedsak gjennomført digitalt, og hadde anslagsvis 2216 deltakere. Om lag 60 pst. av oppdragene var rettet mot profesjoner og instanser som jobber med barn og unge.

Ungdomstelefonen (Skeiv ungdom) arbeider med å informere om psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos seksuelle minoriteter. Telefon-tjenesten har vært stengt i syv av tolv måneder i 2020, ettersom det ikke har vært mulig å drive den fra hjemmekontor. Chattjenesten har vært åpen, og mottatt 1149 henvendelser, mot 1705 i 2019. Flertallet av henvendelsene kommer fra unge mellom 15–17 år, etterfulgt av unge mellom 12–14 år og 21–23 år. Flere enn før ønsker å snakke om psykisk helse.

I 2021 ble det bevilget 2,7 mill. kroner til ordningen. Det er ikke foretatt evaluering av ordningene, men begge ordningene vurderes å ha høy måloppnåelse. Det foreslås å videreføre øremerkede tilskudd på 2,8 mill. kroner til Skeiv Ungdom og Fri i 2022.

Post 74 Kompetansesentre

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å flytte 4 mill. kroner fra kap. 765, post 21 til kap. 765, post 74, for å styrke NAP-HAs arbeid med implementeringsstøtte til Rask psykisk helsehjelp.

Formålet med bevilgningen er drift av nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre innen psykisk helse- og rusområdet. Kunnskaps- og kompetansesentrene som mottar midler over denne posten driver viktig kunnskapsformidling til, og kompetanseheving i, ulike tjenester, og bidrar til å sikre god og lik tilgang på oppdatert kunnskap i tjenestene.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Senteret skal være en brobygger i møtet mellom bruker- og pårørender erfaringer og fagkompetanse innen psykisk helsefeltet ved å samle, systematisere og formidle brukeres og pårørendes erfaringsbaserte kunnskap. Gjennom å produsere kunnskap som trekker veksler på både bruker- og pårørender erfaringer og fagkompetanse, skal senteret avdekke kunnskapsmangler og åpne for at kunnskapen på feltet kan sees i sammenheng med et brukerperspektiv. Videre skal senteret ivareta relasjoner til enkeltpersoner, bruker- og pårørendermiljøer, fag- og forskningsmiljøer, tjenesteapparatet, politikere og samfunn.

Senteret har i 2020 videreført sine generelle oppgaver og iverksatt viktige tiltak innen kunnskapsutvikling og forskning. De har gjennomført flere spørreundersøkelser på nett om hvordan brukere og pårørende har opplevd situasjonen med pandemien og nedstengning. Undersøkelsene resulterte i fire rapporter. Det årlige toppmøtet ble avlyst grunnet pandemien. Senteret spilte derfor inn en rekke nettforedrag og podcaster om aktuelle tema for både brukere, pårørende, fagfolk, beslutningstakere m.fl. Senteret har over tid jobbet for redusert og riktig bruk av tvang, og har påbegynt en litteraturgjennomgang for å oppsummere tiltak som kan forebygge bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Senteret er videre i gang med datainnsamling knyttet til et prosjekt for å kartlegge samlokaliserte boliger for mennesker med utfordringer innen psykisk helse og/eller rus, samt en studie av helsepersonells egne bruker- og pårørender erfaringer.

På oppdrag fra senteret med flere, har forskere undersøkt hvordan erfaringskonsulenter med ruserfaring opplever sin arbeidssituasjon. Rapporten er basert på intervjuer med 42 erfaringskonsulenter med rusbakgrunn. Den inngår i en delstudie i et større forsknings- og utviklingsprosjekt som har som mål å styrke integrering av erfaringskompetanse. Senteret vurderes samlet sett til å ha høy måloppnåelse. Senteret vil evalueres i 2021.

I 2021 ble det bevilget 12 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 12,3 mill. kroner i 2022.

De regionale kompetansesentrene på rusområdet

De regionale kompetansesentrene på rusområdet (Korus) skal bidra til å styrke kunnskapen og kompetansen på rusfeltet og bidra til å oppfylle nasjonale mål på området i den enkelte region. Sentrene retter seg både mot kommunale og statlige tjenester, men har et særlig ansvar for kompetansehevede tiltak i kommunene. Korus er sentral for opplæring, gjennomføring og oppfølging av kommunenes arbeid med brukerplankartleggingene og annet standardisert kartleggings- og oversiktsarbeid som Ungdata og Ungdata junior.

Korus har i 2020 tilbudt kompetanseheving og rådgivning innen overdoseforebyggende arbeid i kommunene og har også bistått Helsedirektoratet i innsamling av informasjon fra utvalgte kommuner om effekten Covid-19 har på kommunale rustjenester. I tillegg har alle Korus regelmessig distribuert spørreskjema til alle kommuner som del av en nasjonal kartlegging av Covid-19 for målgruppa. Sentrene har også i 2020 vært viktig for oppfølging av innsatsområder og mål i opptrappingsplanen for rusfeltet og bidro til cannabis-kampanjen i regi av Helsedirektoratet.

Kompetansesenter rus Midt-Norge har i 2020 gjennomført den siste planlagte nasjonale undersøkelsen av brukererfaringer blant personer med rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester. Oppdraget er en del av den samlede evalueringen av opptrappingsplanen, se omtale under kap. 765, post 21 om opptrappingsplanen for rusfeltet samt omtale av statistikkutvikling.

I 2020 har Korus videreført rusmiddelforebyggende arbeid og folkehelsearbeid i kommunene, se også omtale under kap. 714, post 70. Korus og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) ferdigstilte i 2020 kunnskapsmoduler på området rus og vold. Planlegging av implementeringsarbeidet er påbegynt.

Også i 2020, på tross av pandemien, anses Korus å ha høy grad av måloppnåelse basert på rapportert aktivitet på svært mange områder. Kommunenes kjennskap til og bruk av sentrenes kompetanse i sitt arbeid på rusfeltet, anses å være høy (Sintef 2020).

I 2021 ble det gjennom Revidert nasjonalbudsjett bevilget 5 mill. kroner til Korusene for å øke kjennskap til, og bruk av, tilgjengelige kartleggingsverktøy for å avdekke problematisk rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk. Bevilgningen var knyttet til oppfølging av rapporten fra ekspertgruppen som vurderte hvilke konsekvenser koronapandemien har for befolkningens psykiske helse og rusmiddelbruk. Midlene foreslås ikke videreført for 2022.

En prioritert oppgave for Korus i 2022 vil være å bistå ved implementering av rådgivende enheter for russaker i kommunene, se omtale under kap. 765, post 21.

I 2021 ble det samlet bevilget 93 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene på rusområdet, medregnet tilleggsbevilgningen på 5 mill. kroner i revidert nasjonalbudsjett for 2021. Det foreslås å videreføre bevilgningen til formålet med 90,3 mill. kroner i 2022. I tillegg foreslås det bevilget 39,7 mill. kroner til kompetansesentrenes forebyggende arbeid over kap. 714, post 70.

I 2021 ble det bevilget 2,5 mill. kroner til implementering og evaluering av kunnskapsmodulene på området rus og vold. Det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå for 2022 til videre implementering av kunnskapsmodulene, fordelt på de fem regionene.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Bevilgningen går til drift av Regionalt kunnskaps-senter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen, samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP) øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved RBUP øst og sør. Målet er å styrke kompetanse- og kunnskapsutvikling i arbeidet med barn og unge. Sentrene støtter kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling og driver kompetansebygging, tjenesteutviklende forskning og kunnskapsformidling. Slik bidrar de til effektivt folkehelsearbeid, til kunnskapsbasert og brukerorientert praksis i tjenestene og til at tjenestene oppnår bedre resultater blant sine målgrupper. Tilbudet skal utvikles i partnerskap med tjenestene og brukerne.

I Sintefs rapport «Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020», framkommer det at 69 pst. av

kommuner og bydeler har vært i kontakt med RKBU/RBUP i 2020. Det er en økning siden 2019. Kommunene er i all hovedsak fornøyd med kontakten med RKBU/RBUP. Sentrene har i de siste årene i økende grad prioritert tjenestestøtte i form av langsiktig kompetansehevingstiltak og veiledning i kombinasjon med støtte til implementering. En stor andel av sentrenes arbeid er rettet mot de kommunale tjenestene innenfor psykisk helse og barnevern. I tillegg har sentrene gjennom sitt bidrag i folkehelsearbeidet rettet sitt arbeid mot barnehager og skoler. Måloppnåelsen for sentrene vurderes å være høy.

I 2020 har sentrene, i tråd med tilskuddsbrevet, hatt fokus på regionalt og nasjonalt samarbeid, koordinering og effektivisering. I samarbeidet inngår bl.a. nasjonale satsingsområder som sped- og småbarnsarbeidet og De Utrolige Årene. Det rapporteres om utstrakt bruk av de nettbaserte ressursene for kunnskapsbasert praksis (f.eks. PsykTestBarn.no og Ungsinn.no). RKBU/RBUP har i 2020 utviklet en egen nasjonal strategi som grunnlag for arbeidet på området sped- og småbarn. Videre er det på tvers av sentrene flere store samarbeidsprosjekter innen forskning, undervisning og tjenestestøtte. Sentrene rapporterer videre om godt samarbeid med Statsforvaltere og tett samarbeid med andre relevante kunnskaps- og kompetansesentre i regionene.

Jf. Prop. 1 S (2019–2020) har RKBU/RBUP ansvar for å drifte regionale tverrfaglige nettverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Øvrige kompetansesentre og statsforvalteren bidrar inn i arbeidet. I 2020 ble det avholdt nasjonalt webinar for psykologer i kommunene og deres ledere. Webinaret ble arrangert på bakgrunn av nytt lovfestet krav om psykologkompetanse i kommunene fra og med 2020.

I 2020 har det vært lagt særlig vekt på arbeid med implementering av opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) bl.a. gjennom kurs- og opplæringstilbud.

Fra 2022 innføres resultatbasert finansiering for sentrene som mottar tilskudd over kap. 765, post 74 og post 75. Helsedirektoratet vil foreta omfordeling av 2 pst. av grunntilskuddet basert på gjennomsnittlig treårig beregnede forskningspoeng, se nærmere omtale under kap. 765, post 74 og under programkategori 10.70 Tannhelsetjenester.

I 2021 ble det bevilget totalt 180,5 mill. kroner til regionsentrene og sped- og småbarnsnettverket. I 2022 foreslås det å videreføre bevilgningen med 182,7 mill. kroner til RKBU i Midt-Norge, Vest og Nord, samt RBUP øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved RBUP øst og sør.

Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Bevilgningen går til drift av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA). Senteret skal bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i det psykiske helsearbeidet i kommunene slik at mennesker med psykiske lidelser og problemer skal få hjelp og behandling fra kunnskapsbaserte og godt koordinerte tjenester der de bor. Prioriterte oppgaver for senteret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. Videre skal senteret samarbeide med relevante fag- og kompetansemiljøer og vurdere behov for kompetansehevede tiltak. Det samarbeides bl.a. om drift av nettverk, konferanser og fagdager på ulike temaer. Rollen som nasjonalt senter i samarbeid med alle regionale sentre og alle statsforvalterembetene gir muligheter for å se fagfeltet i sammenheng. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helse- og rusfeltet.

I 2020 har NAPHA bl.a. prioritert arbeid med økt grad av brukerinvolvering i tjenesteutvikling og bruk av tilbakemeldingsverktøy i tjenestene. Det speiles i økte henvendelser fra kommunene om dette. Videre har arbeidet med ACT- og FACT-team vært en prioritert oppgave. NAPHA får positive tilbakemeldinger på støtten kommunene og teamene får i forbindelse med forprosjekter og etablering av team. Omlegging til digitale samlinger for opplæring i 2020 har gitt økt kapasitet. NAPHA har i 2020 også jobbet mye med utviklingen av FACT-ung. Senteret har vært sentral i arbeidet med modellbeskrivelsen og utredningsarbeidet.

NAPHA samarbeider med Helsedirektoratet om implementering og utvikling av modellen Rask psykisk helsehjelp (RPH). Implementering og bistand til kommuner om etablering av RPH er sentralt, og det foreslås derfor å flytte 4 mill. kroner fra kap. 765, post 21 til dette formålet. NAPHA er også en viktig aktør i satsingen på Individuell jobbstøtte (IPS) og Jobbmestrende oppfølging (JMO), og sprer kunnskap om Housing First og boligsosialt arbeid.

NAPHAs arbeid med å bistå kommunene i pakkeforløp psykisk helse voksne har i 2020 vært preget av avlyste aktiviteter i mange kommuner. Arbeidet med utviklingen av helsefelleskapene har vært utsatt på grunn av pandemien. Kompetansesenteret har i 2020 prioritert formidling av kartleggingsresultater fra NAPHAs pakkeforløpsundersøkelse.

Senteret har i 2020 hatt et omfattende bidrag relatert til korona, bl.a. gjennom utvikling av en nettressurs i samarbeid med RVTS Midt og gjennom deltakelse i nasjonal ekspertgruppe om psykososial beredskap. Økt bruk av digitale arbeidsmetoder bidrar til at NAPHA når flere, og at samarbeidet og organisering av innsatsene rettet mot kommunene styrkes.

NAPHA gjennomførte i 2020 spørreundersøkelser hvor kommunenes kunnskap om NAPHAs kjerneområder og kommunenes kunnskapsbehov ble kartlagt. Et kunnskapsområde som pekte seg ut, var etterspørsel etter mer kunnskap om selvmordsforebygging. NAPHA ser et behov for å styrke og tydeliggjøre ansvar og roller i kompetansesentersamarbeidet rundt selvmordsforebygging framover, for å møte den økende etterspørselen.

Det ble bevilget 25,9 mill. kroner som øremerket tilskudd i 2021. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 30,5 mill. kroner i 2022.

Omlegging av forskningsfinansiering for forsknings- og kompetansesentre innenfor psykisk helse, rus og vold

Departementet har tidligere varslet at det vil innføres indikatorer for sentre som har forskning som hovedoppgave og øvrige kompetansesentre som driver forskning som en del av sin virksomhet, samt at en liten andel av forskningsmidlene vil omfordeles innenfor rammen basert på sentrenes forskningsindikatorer. Fra 2022 innføres resultatbasert finansiering for om lag 2 pst. av grunntilskuddet. Helsedirektoratet vil foreta omfordeling av 2 pst. av tilskuddsmidlene basert på beregnede forskningspoeng for sentrene som mottar tilskudd over kap. 765, post 74 og post 75. Se nærmere omtale under programkategori 10.70 Tannhelsetjenester.

Tabellen under viser samlede forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre innenfor psykisk helse-, rus og voldsfeltet og omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd.

Tabell 4.15 Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre 2018–2020. I forskningspoeng og pst. av totalt antall forskningspoeng.

Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold	Forskningspoeng	%
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	201,85	33,17 %
Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør	132,56	21,78 %
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i vest	101,29	16,64 %
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i Midt-Norge	97,86	16,08 %
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging	47,08	7,74 %
Regionalt kompetansesenter for barn og unge i nord	27,9	4,58 %
Sum	608,54	100 %

Den samlede produksjonen av publiseringspoeng er forholdsvis stabil, og det ble rapportert inn 25 avlagte doktorgrader i perioden 2018–2020 for disse sentrene. Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene innenfor Psykisk helse, rus og vold er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Post 75 Vold og traumatisk stress

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner fra kap. 765, post 21 for å styrke de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) i å bistå regioner som skal delta i folkeopplysningskampanjene for selvmordsforebygging
- det foreslås å flytte 4 mill. kroner fra kap. 433, post 60, under Justis- og beredskapsdeparte-

mentet, for å videreutvikle veilednings- og ressursfunksjonen om radikaliserings og voldelig ekstremisme

- det foreslås å flytte 0,9 mill. kroner til kap. 433, post 60 under Justis- og beredskapsdepartementet knyttet til etablering av tverrfaglig ressurs og veiledningsfunksjon

Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i ulike deler av tjenesteapparatet om forebygging av vold, traumatisk stress og selvmord/selvskading, samt behandling av volds- og traumeutsatte. Tiltak for å styrke kompetansen og tilbudet overfor voldsutøvere inngår også i bevilgningen. Posten omfatter videre midler til forskning på feltet, arbeid med menneskehandel og prostitusjon og arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Det vises for øvrig til kap. 765, postene 21 og 74, der det ytes tilskudd til flere utrednings- og kompetansetiltak innen vold- og traumefeltet.

Opptappingsplan mot vold og overgrep

Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep ble vedtatt våren 2017. Opptappingsplanen følges opp av flere departementer. Barne- og familiedepartementet koordinerer arbeidet. Den samlede satsingen i planperioden var i 2021 på over 1,1 mrd. kroner. Av planens tiltak som ligger under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde er alle tiltakene påbegynt eller ferdigstilt. Regjeringen presenterer en samlet omtale av oppfølging av opptappingsplanen i Prop. 1 S (2021–2022) for Barne- og familiedepartementet.

Opptappingsplanens tiltak om å utrede kunnskapsgrunnlag for behandling og utrede forløp for voldsutsatte og voldsutøvere gjennomføres som et utviklingsprosjekt av NKVTS. Det gjennomføres bl.a. en utredning av oppfølgings- og samhandlingsforløp for voldsutsatte barn og omsorgsgivere gjennom utprøving av behandlingsmodellen trinnvis TF-CBT (Stepped-care TF-CBT) i kommunale tjenester for psykisk helse. Målet er at kommunene skal få kompetanse til å tilby hjelp til flere utsatte barn, gi hjelp på et tidlig tidspunkt og at samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten skal bli bedre. Trinnvis TF-CBT prøves ut i ti kommuner med om lag 70–75 barn og deres omsorgspersoner. Prosjektet har i 2020 rekruttert over halvparten av sakene som skal inkluderes. Grunnet forsinkelser på grunn av koronapandemien har prosjektperioden blitt utvidet. Bevilgningen foreslås videreført i 2022 med 6,1 mill. kroner.

Helsedirektoratet utreder en overordnet strategi for helhetlig og planmessig utvikling av arbeidet rettet mot voldsutøvere og personer som begår overgrep. Arbeidet er forsinket som følge av koronapandemien, men skal etter planen overleveres Helse- og omsorgsdepartementet innen utgangen av 2021.

I 2021 ble det bevilget 3,2 mill. kroner til Program for folkehelsearbeid i kommunene for at arbeid mot vold og overgrep kan utvikles i tråd med forebyggende psykisk helse- og rustiltak i programmet. Midlene er tildelt Vestfold og Telemark fylkeskommune. Koronapandemien har hatt innvirkning på arbeidet i 2020, men kommunene som er med i prosjektet er likevel godt i gang med implementering og forankring. Tiltakene og arbeidet er koblet til kommunenes styringsdokumenter. Det vises til omtale av folkehelseprogrammet under kap. 714, postene 21 og 60. Bevilgningen til folkehelseprogrammet over denne posten foreslås videreført i 2022 med 3,3 mill. kroner.

Arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme

Regjeringen vedtok i 2014 handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. En revidert versjon av handlingsplanen ble lansert i juni 2020, og inneholder åtte nye tiltak. I tillegg er flere av de eksisterende tiltakene videreutviklet eller justert.

På helsefeltet er det tiltak knyttet både til forskning og til økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Fra 2015 har det vært bevilget midler til å styrke kompetansen i kommunene og bedre traumebehandling av voksne innenfor spesialisthelsetjenesten, se omtale under kap. 765, post 75 om RVTS og om traumebehandling.

I 2020 ble det etablert en tverrfaglig ressurs- og veiledningsfunksjon på fagfeltet radikaliserings og voldelig ekstremisme. Det ble i 2020 og i 2021 bevilget 0,9 mill. kroner til formålet. I 2022 foreslås å flytte 4 mill. kroner fra Justis- og beredskapsdepartementets budsjett, kap. 433, post 60 til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, kap. 765, post 75, for å videreutvikle veilednings- og ressursfunksjonen. Funksjonen skal styrke systematisk forebyggende arbeid i kommunene gjennom etablering av arbeidsmetoder, nettverk på tvers av kommuner og lokale samarbeid som vil øke beredskapen på feltet. Det skal tilbys digital undervisning, tilrettelagt informasjon og deling av erfaringer, for å heve kompetansen på feltet i tjenesteapparatet nasjonalt og komme det forebyggende arbeidet til gode. Funksjonen kan

også gi råd til privatpersoner om hvor de kan henvende seg lokalt med en bekymring. Videreutviklingen av veilednings- og ressursfunksjonen skal ses i sammenheng med øvrig innsats på temaområdet hos de fem RVTS og understøtte samarbeidet sentrene imellom.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Formålet med bevilgningen er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Videre er målet å bidra til internasjonalt samarbeid på feltet. Bevilgningen dekker Helse- og omsorgsdepartementets del av grunnbevilgningen til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), som ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. NKVTS er et frittstående og faglig uavhengig senter, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og familiedepartementet.

Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold i nære relasjoner, katastrofer og stressmestring, herunder veteraners helse, traumatiserte flyktninger, mindreårige asylsøkere, seksuelle og fysiske overgrep mot barn, herunder kjønnslemlestelse, voldsutøvere og personer som begår overgrep, samt arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Grunnbevilgningen dekker også senterets oppgaver knyttet til helsemyndighetenes tiltak i flere tverrdepartementale handlings- og opptrappingsplaner.

NKVTS utgjorde 78,4 årsverk i 2020, og publiserte totalt 62 artikler, syv antologikapitler og to rapporter i senterets rapportserie. Artiklene har en spredning innen senterets kjerneområder (vold og overgrep i nære relasjoner; katastrofer, terror og stressmestring og tvungen migrasjon og flyktningshelse) og var i hovedsak nivå 1-artikler. NKVTS gjennomførte og lanserte i 2020 en landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020. Flere studier ble startet opp i kjølvannet av pandemien, herunder et prosjekt om psykiske helsekonsekvenser for helsearbeidere.

Senterets nettsider og sosiale medier er viktige kanaler for spredning av forskningsresultater. NKVTS ble omtalt i totalt 751 medieoppslag, og ga selv ut 18 nyhetsbrev til om lag 2300 abonnenter i 2020. På grunn av koronapandemien ble det ikke avholdt frokostseminarer i 2020. Alle tidligere seminarer mv. er tilgjengeliggjort på NKVTS sine

nettsider, og streaming vil fortsette når tilbudet gjenopptas.

NKVTS deltar i flere forskningsnettverk. Senteret har også selv tatt initiativ til etablering av «Nettverk om forskning på voldsutøvelse». Nettverket har 40 medlemmer fra ulike forskningsmiljø og behandlingstradisjoner rundt om i landet. NKVTS har også samarbeidet tett med RVTSene i 2020. Det er bl.a. gjort en kartlegging ved landets krisesentre, som viste at en tredjedel av krisesentrene erfarer at voldsutøvere har brukt pandemien og smitteverntiltakene som del av voldsutøvelsen.

Senteret ferdigstilte i 2020 den fjerde datainnsamlingen i Utøyastudien. Undersøkelsen viser at en tredjedel av de som var på Utøya, fremdeles sliter og har udekkede hjelpebehov.

Fra 2022 innføres resultatbasert finansiering for sentrene som mottar tilskudd over kap. 765, post 74 og post 75. Helsedirektoratet vil foreta omfordeling av 2 pst. av grunntilskuddet basert på gjennomsnittlig treårig beregnede forskningspøeng, se nærmere omtale under kap. 765, post 74 og under programkategori 10.70 Tannhelsetjenester.

I Revidert nasjonalbudsjett 2021 varslet regjeringen at det er avdekket regnskapsmessig underdekning i egenkapitalen for NKVTS AS målt opp mot de framtidige pensjonsutgiftene i selskapet. Det er behov for videre utredning av problemstillingen, og regjeringen vil komme tilbake til saken på et senere tidspunkt.

I 2021 ble det bevilget 36 mill. kroner til formålet. Samlet foreslås det 36,9 mill. kroner til NKVTS i 2022.

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

Målet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionene på områdene vold, traumer og selvmordsforebygging. Bevilgningen går til drift av de fem RVTSene. Bevilgningen skal dekke sentrenes primære oppgaver, som er å sørge for undervisning, veiledning, informasjon og nettverksbygging på volds- og traumeområdet, herunder vold i nære relasjoner, negativ sosial kontroll og æresrelatert vold, radikaliserings og voldelig ekstremisme, menneskehandel, flyktningshelse, psykososial beredskap, veteraners helse, selvmord og selvskading. Sentrene skal understøtte og bistå den forebyggende virksomheten og være en tjeneste for tjenestene i kommunene, spesialisthelsetjenesten, det statlige barnevernet m.fl.

Det er siden opprettelsen av sentrene bevilget midler til særskilte satsinger og tiltak bl.a. i opptrappingsplan mot vold og overgrep, handlingsplaner mot negativ sosial kontroll, æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, regjeringens handlingsplan mot menneskehandel og handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

I 2020 har sentrene bidratt i pandemioppfølgingsarbeidet med formidling og støtte til tjenester med ulike utfordringer. De har bidratt til å informere, trygge og veilede både ledere og ansatte i bl.a. barnevern, kommunale tjenester, spesialisthelsetjeneste og organisasjoner. Viktige temaer har vært selvmordsforebygging, avdekking av vold og overgrep mot barn i en tid der barnehager og skoler har hatt reduserte tilbud og ivaretagelse av barn ved gjenåpning. Tilbakemelding fra de som har mottatt støtte fra sentrene har vært svært god, til tross for at tilbudet i hovedsak har vært digitalt.

RVTSene har i 2020 hatt et tett og systematisk samarbeid seg imellom, med andre regionale og nasjonale sentre, med statsforvalterembetene, kommuner, ulike tjenester og brukerorganisasjoner. Eksempler på sentrale samarbeidsprosjekter i 2020 er videreutvikling av psykososialberedskap.no, lansering av nettsiden seksuellatferd.no om barn og unge med bekymringsfull eller skadelig seksuell atferd og videreutvikling av snakkemedbarn.no. RVTSene jobber også med en felles strategi for hvordan sentrene skal jobbe med tortur. Det er satt i gang prosesser for å se relevante fagområder og handlingsplaner i større sammenheng.

I 2021 ble RVTSene sitt arbeid med barn og unge med voldsproblematikk eller skadelig seksuell atferd styrket med 5 mill. kroner i 2021. Det foreslås å videreføre midlene og legge dem inn i sentrenes grunnbevilgning.

RVTSene skal i 2022 bistå i arbeidet med Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste. Som del av arbeidet med handlingsplanen, fikk RVTSene i 2021 2,5 mill. kroner for å styrke kompetansen hos personell som møter barn og unge om selvskadings- og selvmordsinnhold på internett og hvordan de møter barn og unge. Bevilgningen foreslås videreført på samme nivå i 2022.

I handlingsplanen er det også tiltak om å gjennomføre regionale folkeopplysningskampanjer om forebygging av selvmord. Det ble i 2021 bevilget 10 mill. kroner på kap. 765, post 21 til dette tiltaket. For 2022 foreslås det at 2,5 mill. kroner av disse midlene overføres til RVTSene for å styrke deres rolle i arbeidet, da regionene som deltar i

kampanjene vil ha behov for ekstra bistand. Se nærmere omtale på kap. 765, post 21.

Sentrene har i 2020 arbeidet for økt kompetanse og samarbeid på veteranområdet gjennom de regionale fagnettverkene for innsatspersonell. Kompetansemoduler og støtte til implementering av kommunale handlingsplaner er tilbudt kommuner i samarbeid med statsforvalterembetene og Forsvarets Veterantjeneste. Det ble også samarbeidet om å tilby standardiserte kurs og materiell til distriktspsykiatriske sentre m.fl. og kursmateriell for leger og psykologer ble ferdigstilt.

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korus) og RVTSene skal samarbeide om å implementere kunnskapsmoduler på området rus og vold. Det vises til kap. 765, post 74 hvor det foreslås bevilget 2,5 mill. kroner til videre implementering av kunnskapsmodulene i de fem regionene.

I 2021 ble 2,9 mill. kroner lagt inn i sentrenes grunnbevilgning til videre utvikling, opplæring og veiledning i arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

På initiativ fra Støttegruppen etter 22. juli ble det i 2018 etablert en regional los-funksjon for berørte av terrorhandlingene i 2011. Los-funksjonen er lagt til RVTSene. Berørte kan ta direkte kontakt med losene som tilbyr avklaringssamtaler for vurdering av behov, og konkret støtte og bistand med å finne fram til riktig hjelp. I 2020 bisto de fem RVTSene i til sammen 93 saker for berørte etter 22. juli. Noen av hjelpebehovene har oppstått i kjølvannet av pandemien. Sentrene har også gitt bistand i forbindelse med Utøya-studien, og når lokal støttegruppe arrangerer samlinger. I 2021 ble midlene til losfunksjonen lagt inn i RVTSenes grunnbevilgning, og oppgaven tatt inn som del av sentrenes primære oppgaver.

I revidert nasjonalbudsjett for 2021 ble det bevilget 1 mill. kroner til RVTSene for å videreutvikle de interaktive løsningene på psykososialberedskap.no, slik at det enklere kan gis tjenestestøtte til kriseteamene. Bevilgningen var del av oppfølging av rapporten fra ekspertgruppen som har vurdert konsekvenser av koronapandemien for befolkningens psykiske helse og rusbruk, jf. omtale under kap. 765. RVTSene ble også tildelt 5 mill. kroner i redivert nasjonalbudsjett for 2021 for å styrke kriseteamenes rolle under gjenåpningen av samfunnet i etterkant av pandemien, jf. omtale under kap. 765, post 71.

Det ble i 2021 bevilget 139,1 mill. kroner over denne posten til grunnbevilgning for RVTSene. Det foreslås å samlet bevilge 145,2 mill. kroner over kap. 765, post 75 til grunnbevilgning for de fem sentrene i 2022.

Sinnemestring

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset. Bevilgningen dekker deres bidrag til RVTSenes arbeid med spredning av sinnemestringsmodellen. Avdelingen har utviklet egne behandlingsmanualer.

Sinnemestringsmodellen har etablert behandlingstilbud til voldsutøvere i alle landets regioner. Modellen har hatt fokus på kommunale helse- og omsorgstjenester de siste årene. Det gjennomføres regionale nettverks-/veiledningssamlinger i samarbeid med de fem regionale RVTSe. I 2020 ble en RCT-studie om sinnemestringsmodellen fullført. Studien indikerer at modellen har effekt.

Sinnemestringsutdanningen har fullsatte kurs, både innen familievernkortorer, kommunale helse- og omsorgstjenester og distriktpsychiatriske senter (DPS). Måloppnåelsen vurderes som høy.

Det ble bevilget 1,6 mill. kroner til St. Olavs hospital, avdeling Brøset, Sinnemestring, i 2021. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1,6 mill. kroner i 2022.

Traumebehandling

Målet med bevilgningen er å utvikle og spre kunnskapsbaserte metoder for traumebehandling i spesialisthelsetjenesten. Bevilgningen går til implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i barne- og ungdomspsychiatriske poliklinikker (BUP), og til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingstiltak for traumer i psykisk helsevern for voksne. Utviklings- og implementeringsarbeidet gjennomføres av NKVTS.

601 terapeuter har tatt grunnkurset i TF-CBT. Om lag 370 aktive TF-CBT-terapeuter i 66 BUPer gir kunnskapsbasert behandling til barn som sliter med posttraumatisk stress. I 2020 ble det holdt fem grunnkurs med 87 nye terapeuter. Det ble gitt ukentlig veiledning til 150 terapeuter samt opplæring og oppfølging av 23 lokale TF-CBT-ledere som har et spesielt ansvar for å følge opp implementeringen. Fire nye BUP tok del i implementering av TF-CBT i 2020. Samlet nås nå 79 pst. av landets BUPer.

Det er også holdt vedlikeholds- og fordypningskurs og utviklet støttemateriell.

Kunnskap utviklet i prosjektperioden legger grunnlaget for videreføringen av implementeringen av metoden i nye BUPer i hele landet. Resultatene brukes også som kunnskapsgrunnlag for nye

prosjekter, som Trinnvis TF-CBT (se omtale under kap. 765, post 75 om opptrappingsplan mot vold og overgrep) og arbeid med flyktninger.

Det ble bevilget 7,5 mill. kroner til spredning av TF-CBT i 2021. Bevilgningen foreslås videreført med 7,7 mill. kroner i 2022.

Fra 2016 har det vært bevilget midler til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingstiltak for traumer for voksne. NKVTS har ansvar for gjennomføringen. Implementeringen i distriktpsychiatriske senter (DPSer) dekket i 2020 30 klinikker, hvorav 15 klinikker ble avsluttet i 2020 og 15 nye startet opp våren 2020. Om lag 400 terapeuter i DPS fikk opplæring i Eye Movement Desensitization Therapy (EMDR) eller i kognitiv terapi for posttraumatisk stresslidelse (CT-PTSD) i 2020. I tillegg ble det startet opp implementering i fem ruspoliklinikker som et samarbeidsprosjekt med Oslo universitetssykehus for å teste ut behandling av PTSD på personer med samtidig rus- og traumelidelse.

NKVTS har også, etter mal fra Helsedirektoratets pakkeforløp for psykisk helse og rus, utarbeidet behandlingsforløp for posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Forløpet beskriver sentrale elementer i et behandlingsforløp for PTSD, inkludert anbefalinger knyttet til henvisning, kartlegging og utredning, behandling og oppfølging, evaluering og justering av behandling av pasienter med PTSD. Forløpet ligger åpent tilgjengelig på nett.

Det ble i 2021 bevilget 5,8 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,9 mill. kroner i 2022.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) – vold og overgrep

Bevilgningen skal bidra til å styrke helsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Dette skal skje gjennom kompetansehevede tiltak for personell som yter helsetjenester til volds- og overgrepsoffer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). I 2017 ble både nettkurs for fastleger om vold og overgrep, og nettkurs i akuttmedisin for legevaktspersonell ferdigstilt. I 2019 hadde 3471 personer bestått nettkurset i volds- og overgrepshåndtering for legevaktspersonell, og 229 personer bestod kurset for fastleger/legevaktleger om vold i nære relasjoner. I 2020 har NKLM arrangert grunnkurs for medisinsk personell i overgrepsmottak og seminar for administrativ- og medisinsk faglig ledelse ved overgrepsmottakene. Senteret har også gjennomført

en koronaundersøkelse ved overgrepsmottakene, jobbet med ny mal for klinisk rettsmedisinske legeerklæringer og med ulike tiltak for å styrke arbeidet med sporsikring og skadedokumentasjon.

Det ble i 2021 bevilget 3,3 mill. kroner til NKLM for arbeid med vold og overgrep. Bevilgningen foreslås videreført med 3,4 mill. kroner for 2022. Det vises også til omtale under kap. 762, post 70.

Pro Sentret

Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskap og gi tilskudd til Pro Sentret for oppfølging av og tjenestetilbud til personer med prostitusjonserfaring og ofre/mulige ofre for menneskehandel.

Pro Sentret er Oslo kommunes tjenestetilbud til personer som har erfaring med å bytte eller selge sex. Tjenestetilbudet baseres på prinsippene selvbestemmelse, brukermedvirkning, forebygging og skadereduksjon, og inkluderer individuell oppfølging av personer med prostitusjonserfaring, herunder ofre/antatte ofre for menneskehandel, oppsøkende virksomhet på arenaer hvor salg av sex forekommer, helseklinikk og lavterskel drop-in tilbud. Pro Sentret har også god kjennskap til de andre hjelpetilbudene som finnes i Oslo. Ved møte med brukere som er blitt utsatt for vold eller annen kriminalitet vil Pro Sentret bidra med hjelp til kontakt med legevakt eller politi.

Helseklinikken gir gratis helsehjelp til personer som selger eller har solgt sex. Stua er et sosialt møtested og drop-in tilbud åpent for alle som har erfaring med å bytte eller selge sex, uavhengig av alder, kjønn og oppholdsstatus. I 2020 har tilbudet måttet tilpasses de til enhver tid gjeldende smittevernregler, og tilbudet har vært noe nedskalert grunnet dette. I 2020 fikk 535 personer tjenester ved Pro Senteret, en nedgang fra 2019. Samtidig har senteret hatt flere henvendelser gjennom deres digitale flater. treff. Pro Sentret har også tilbud om juridisk bistand. I 2020 behandlet advokatene 35 ulike saker, fordelt på 30 henvendelser.

I 2021 ble det bevilget 4,9 mill. kroner til Pro Sentret. Bevilgningen foreslås videreført med 5 mill. kroner i 2022.

Nasjonal støttegruppe etter 22. juli

Nasjonal støttegruppe etter 22. juli jobber for å begrense helsemessige og sosiale konsekvenser av 22. juli-hendelsen, gjennom informasjonsarbeid, samlinger for de berørte, dialog med

myndigheter og erfaringsformidling. Ved utgangen av 2019 hadde gruppen 1774 registrerte medlemmer.

Sorg- og støttegrupper utgjør et viktig supplement til det ordinære tjenestetilbudet for både etterlatte og overlevende etter individuelle kriser og større ulykker og katastrofer. Dette både for å bistå i bearbeidelsen av den potensielt traumatiserende hendelsen og for å gjenopprette funksjoner.

I 2021 ble det bevilget 5,3 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli. Bevilgningen foreslås videreført med 5,4 mill. kroner i 2022. Se omtale av bevilgning til tiårsmarkeringen for 22. juli i 2021 under kap. 765, post 21.

Forebygging av selvmord og selvskading

Formålet med bevilgningen er å forebygge og redusere omfanget av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading, og bedre oppfølgingen til pårørende og etterlatte etter selvmord. Bevilgningen går til den søknadsbaserte tilskuddsordningen Nasjonale tiltak for forebygging av selvmord og selvskading.

Vivat selvmordsforebygging og Røde Kors sitt Kors på halsen mottok tilskudd over ordningen i 2020. De har begge en nasjonal innretning, er tilgjengelig over hele landet og når ordningens målgrupper. De utvikler tilbudene i tråd med tilbakemeldinger fra målgruppene og samarbeider med øvrige ressursmiljø i det selvmordsforebyggende arbeidet. Rapporteringene viser høy grad av måloppnåelse.

I 2020 gjennomførte Vivat selvmordsforebygging i tiden før koronapandemien og i perioder med lavt smittetrykk, kursene Førstehjelp ved selvmordsfare (52 kurs med til sammen 1095 deltakere), Oppmerksom på selvmordstanker (OPS!) (56 kurs med til sammen 980 deltakere), Suicide to Hope (ett kurs med 28 deltakere) og FriskOpp (fire kurs med til sammen 49 deltakere). Deltakerne representerer ulike yrkesgrupper, frivillige og studenter. Tilbakemeldinger viser høy grad av opplevd nytteverdi og tilfredshet med kursene. Som følge av pandemien ble det utviklet digitale kurstilbud som supplement til øvrig kurstilbud, inkludert undervisningsfilmen Spørre Om Selvmord (SOS).

Røde Kors sitt Kors på halsen besvarte i 2020 totalt 21 479 henvendelser på chat, telefon og e-post. I 1300 samtaler var selvmord ett tema, dette tilsvarer en økning på 274 fra 2019. Henvendelser med hovedtema selvmord økte særlig i siste halvdel av 2020. Psykisk helse var tema for 3689 samtaler, mens 629 henvendelser omhandlet selvskading.

ding. Kors på halsen besvarte 70 pst. av alle henvendelser i 2020, dette er en markant økning fra 49 pst. i 2019. Gjennomsnittsalderen for samtaler med kjent alder i 2020 var 15,5 år. I 2020 utvidet Kors på halsen åpningstiden, omdisponerte frivillig personell slik at flere kunne svare på henvendelser og åpnet nytt svarsted i Bergen. Ansatte har tiltrådt som vaktledere for å koordinere frivillige og for å sikre at smittevernstiltakene ble ivaretatt, og har bidratt i å besvare henvendelser. Det er utviklet e-læringsmoduler, og opplæringen er endret for å opprettholde rekrutteringen av nye frivillige i henhold til smittevernstiltakene og å sikre god og lik opplæring.

For 2021 er regelverket for ordningen revurdert. Vivat selvmordsforebygging er tatt ut av tilskuddsordningen og har fått øremerket bevilgning, se omtale under.

I 2021 ble det bevilget 4 mill. kroner til den søknadsbaserte tilskuddsordningen. Det foreslås å videreføre 4,1 mill. kroner til den søknadsbaserte tilskuddsordningen i 2022.

Vivat selvmordsforebygging

Bevilgningen går til drift av Vivat selvmordsforebygging, som er del av Psykisk helse og rusklinikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Formålet med bevilgningen er å bidra til opplæring i hvordan bli mer oppmerksom, fange opp signaler og yte førstehjelp til mennesker i selvmordsfare.

Fram til 2020 mottok Vivat selvmordsforebygging tilskudd under den søknadsbaserte tilskuddsordningen Nasjonale tiltak for forebygging av selvmord og selvskading. For rapportering for 2020 se Forebygging av selvmord og selvskading over. Fra 2021 har Vivat selvmordsforebygging fått egen tilskuddordning. Det ble bevilget 7 mill. kroner til dette formålet i 2021. Bevilgningen foreslås videreført med 7,1 mill. kroner i 2022.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)

Formålet med bevilgningen er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd og selvskading. Bevilgningen går til drift av senteret. NSSF er et kompetansesenter tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebyg-

ging (RVTSene), og andre som har ansvar for kompetansehevingstiltak i tjenestene og kunnskapsutvikling innen relevante fagområder, er sentrale målgrupper og viktig samarbeidspartnere for NSSF.

Det var i 2020 16,2 årsverk ved NSSF. Det ble gjort flere endringer i planlagt aktivitet ved senteret grunnet koronapandemien. Senteret har i 2020 hatt løpende samarbeid og faglig dialog med Helsedirektoratet og bl.a. bidratt med innspill i pandemioppfølgingsarbeidet. Det er samarbeidet med mange aktører, både nasjonalt og internasjonalt, og NSSF har deltatt i en rekke internasjonale fora for å bidra til kunnskapsutvikling om virkningene av pandemien. Samarbeid med andre lands forskere er også nyttet for å lære mest mulig av de data som innhentes andre steder og hente hjem kunnskap til bruk i norsk sammenheng.

Publikasjonslisten inneholder 30 fagfelleverderte forskningsartikler. Tema for artiklene har bl.a. vært de viktigste utfordringene pandemien medfører og de implikasjonene den bør få for selvmordsforebygging og anbefalinger for klinisk praksis, forebygging og forskning. Ulike perspektiv ved selvskading har også vært omhandlet. Ved utgangen av 2020 pågikk 11 tilskuddsfinansierte forskningsprosjekter, fem prosjekter finansiert av Norsk forskningsråd og NSSF bidro inn i 19 forskningsprosjekter eid av andre. Senteret drev bl.a. videre forskning på og implementering av dialektisk atferdsterapi (DBT).

De pågående prosjektene forarbeid til folkeopplysningskampanje om forebygging av selvmord i samarbeid med RVTS m.fl., #Chatsafe (veiledning for unge om hvordan kommunisere trygt om selvmord på internett) og nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, sto sentralt. Det ble tilrettelagt for at selvhjelpsverktøyet iFightDepression for mild til moderat depresjon skal kunne brukes uten veiledning fra helsepersonell. Verktøyet ble i 2020 tatt i bruk av 150 personer uten veileder. ifightdepression.com/no hadde gjennomsnittlig 7000 besøk per måned dette året. 670 leger og psykologer gjennomførte e-læringskurset i selvmordsrisikovurdering, som er utviklet ved senteret. NSSF bisto i 2020 i utarbeidelsen av den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord. Måloppnåelse for ordningen vurderes som høy.

Fra 2022 innføres resultatbasert finansiering for sentrene som mottar tilskudd over kap. 765, post 74 og post 75. Helsedirektoratet vil foreta omfordeling av 2 pst. av grunntilskuddet basert på gjennomsnittlig treårig beregnede forskningspoeng, se

nærmere omtale under kap. 765, post 74 og under programkategori 10.70 Tannhelsetjenester.

I 2021 fikk NSSF tildelt 19,5 mill. kroner.

Senteret skal i 2022 bistå i arbeidet med handlingsplanen for forebygging av selvmord. Det foreslås å videreføre grunnbevilgningen i 2022 med 20 mill. kroner.

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	10 529	14 902	13 078
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	4 450	1 652	3 695
	Sum kap. 769	14 979	16 554	16 773

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås det å styrke bevilgningen med 2 mill. kroner til satsing på etisk kompetanseheving. I tillegg foreslås bevilgningen redusert med 2 mill. kroner knyttet til tiltaket prosessveiledning for trygghet og mestring.

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet og andre tiltak for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt utredningsvirksomhet for å utvikle nye og innovative løsninger i omsorgssektoren.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen på posten redusert med 2 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2021, knyttet til tiltaket prosessveiledning for trygghet og mestring.

Bevilgningen kan nyttes under post 70. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 70.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen på posten foreslås økt med 2 mill. kroner knyttet til styrking av bevilgningen til etisk kompetanseheving.

Leve hele livet

Det ble i 2021 bevilget 3,5 mill. kroner til arbeidet med oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet. Av disse er 2,5 mill. kroner benyttet til å spre og implementere reformen ved blant annet informasjons- og kommunikasjonsarbeid og koor-

dinerings nasjonalt og regionalt gjennom dialog med Helsedirektoratet, KS og nasjonale og regionale aktører som har ansvar for spredning og gjennomføring av reformen. Av de resterende midlene ble 1 mill. kroner bevilget til Norges Frivilligsentraler. Norges Frivilligsentraler er en landsdekkende interesseorganisasjon for de lokale sentralene, og bidrar til koordinering og kompetansebygging. Det er etablert en intensjonsavtale, der formålet er å mobilisere og støtte de lokale sentralene slik at de kan delta i arbeidet med å sette Leve hele livet på dagsorden i kommunene, og bidra til å sette i verk tiltak lokalt. Helsedirektoratet følger opp avtalen som en del av gjennomføringen av Leve hele livet.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til formålet i 2022. Det vises til innledningen under kap. 761 og kap. 761, post 21 for nærmere omtale av Leve hele livet.

Kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem – Trygghetsstandard

Etter arbeid med utvikling, pilotering og evaluering siden 2015 lanserte regjeringen verktøyet Trygghetsstandard i sykehjem i 2021. Trygghetsstandard er et lederverktøy som sykehjemmene kan bruke for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Målgruppen er ledere på alle nivåer i sykehjem, men mye kan ha overføringsverdi til andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Verktøyet er bygget opp på seks temaer: Ledelse i sykehjem – Struktur og prosess – Kompetanse – Personsentrert omsorg – Tjenesteyting – Innovasjon og teknologi. Gjennom Trygghetsstandard skal det være enkelt for ledere å finne frem til informasjon og verktøy som oppleves nyttig i det systematiske

arbeidet med kvalitet og sikkerhet. Verktøyet tar utgangspunkt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og prinsippet om pasientens helsetjeneste – «Hva er viktig for deg?». Målet er å øke bevisstheten om pasienters verdighet og behov for omsorg og trygghet, og å redusere uønsket variasjon. Trygghetsstandard i sykehjem er et tiltak i Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*. Trygghetsstandard er tilgjengelig og gratis for alle på ressursportal.no – en kunnskapsbank for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det skal nå legges til rette for at verktøyet kan implementeres i hele landet. Det ble i 2021 bevilget 5 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2022. Det vises til omtale av implementering av Trygghetsstandard under kap. 761, post 21 og 761, post 67.

Satsing på etisk kompetanseheving

Etikksatsingen i KS bistår kommunene regionalt og lokalt med nyttige verktøy for etisk refleksjon og praksisnær oppfølging. Tiltaket bidrar til systematisk kompetanseheving knyttet til etisk refleksjon i tjenestene. Etisk refleksjon kan styrke ansattes evne til å stå i etisk krevende situasjoner og samtaler med brukere, pasienter og pårørende, knyttet til for eksempel lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, tvangsbegrensning og prioriteringer. Gjennom kompetanseheving bidrar tiltaket til å øke kvaliteten i tjenestene, som er ett av målene i kvalitetsreformen for eldre, *Leve hele livet*. Den årlige etikkprisen videreføres. KS og Senter for medisinsk etikk har etablert et formalisert samarbeid om etikksatsingen slik at de samlede ressursene utnyttes til det beste for kommunene.

Det ble i 2021 bevilget 2,6 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås styrket i 2022 med 2 mill. kroner. Ved å øke bevilgningen kan det oppnås et likeverdig tilbud i hele landet. Det foreslås å bevilge 4,6 mill. kroner til formålet i 2022.

Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025. Tiltaket inngår også i Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*, hvor satsingen fra og med 2020 også har inkludert etisk refleksjon om ulike dilemmaer knyttet til døden. Tiltaket bidrar også til å nå målene i Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*. Tiltaket må sees i sammenheng med omtale av Senter for medisinsk etikk på kap. 761, post 21.

Prosessveiledning for trygghet og mestring

Det er i 2021 bevilget 2 mill. kroner til Helsedirektoratets ivaretagelse av bl.a. prosessveiledning av

kommuner, nettverkssamlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Se kap. 740 for en helhetlig omtale av programmet. Bevilgningen foreslås flytter til kap. 761, post 21, til tiltaket prosessveiledning av kommuner i innføring av velferdsteknologi jf. nærmere omtale der.

Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Formålet med programmet er å bidra til innovative offentlige anskaffelser og verdiskapning. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet, som er initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS, med Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) som en sentral aktør fra statens side. Programmet har fokus på strategisk forankring, felles anskaffelser, formidling og veilednings- og spredningsaktivitet. Rapporteringen for 2020 viser bl.a. at det gjennom initiativ fra programmet hittil er initiert eller gjennomført 15 fellesanskaffelser, blant annet innen velferdsteknologi, heldøgns omsorg, pasientforløp og oppfølging etter hjerneslag. Dagens programperiode er for 2020–2024. Det ble bevilget 250 000 kroner til tiltaket i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Planlegging er et viktig virkemiddel for utbygging og omstilling av tjenestene. Statsforvalteren i Trøndelag har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet et nasjonalt planleggingsverktøy, www.ressursportal.no. I Ressursportalen finnes informasjon som vil være av relevans for kommuner og statsforvaltere for analyse og planlegging av *Leve hele livet*. Et viktig mål er å bidra til en økt forståelse av egne styringsdata og øke den analysefaglige kompetansen i kommunen. Det utarbeides veilednings- og støttmateriell, og ressursportalen er et viktig verktøy i kommunenes planprosess. Det forutsettes i *Leve hele livet*-reformen at kommunene kartlegger, analyserer og identifiserer egne utfordringer og behov, og legger dette til grunn for sine vedtak om lokal gjennomføring av reformen. Ressursportalen må løpende evalueres og videreutvikles gjennom reformperioden. På oppdrag fra Statsforvalteren i Trøndelag og Helsedirektoratet har KS Konsulent utviklet metode og veiledningsmateriell til dette formålet.

Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til tiltaket i 2021. Midlene foreslås videreført i 2022. Det vises

for øvrig til omtale på kap. 761, post 21 av satsing på ressursportalen for analyse og planlegging som del av arbeidet med Leve hele livet.

Avtalen om Sevs og Samplan

Helse- og omsorgsdepartementet deltar sammen med KS og flere departementer i et samarbeid om bedre kompetanse innen planlegging og samfunnsutvikling, Sekretariat for etter- og videreutdanning (Sevs). Sevs gjennomfører blant annet utdanningsprogrammet i samfunnsplanlegging, Samplan, og den årlige Kommuneplankonferansen. Samplan hadde for studieåret 2019–2020 39 deltakere. Kommuneplankonferansen for 2020 ble utsatt til 2022 grunnet covid-19. Sevs er et viktig verktøy som bidrar til økt planleggingskompetanse i både de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kommunenes folkehelsearbeid. Tiltaket foreslås videreført med en bevilgning på 300 000 kroner i 2022.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ble lansert i 2019. Planen skal sikre en fortsatt samordnet og målrettet innsats for å redusere pasientskader, samt understøtte og legge til rette for at krav i Forskrift om ledelse og

kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterlevs. Det ble i 2021 bevilget midler til videreføring av arbeidet i det nasjonale programmet for pasientsikkerhet I trygge hender 24-7. Nettsiden for pasientsikkerhetsprogrammet og merkevaren «I trygge hender 24-7» videreføres og styrkes med ytterligere innsats for å løfte og samordne aktørenes relevante bidrag. 14 av 16 innsatsområder er videreført som nasjonale faglige råd, veiledere eller på annet egnet vis. Strukturer for samordning innen feltet er etablert for helseforvaltningen, og vil utvides til andre aktører i løpet av 2021/22.

Det ble bevilget 0,5 mill. kroner til oppfølgingen av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og tiltakene rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Det vises til kap. 781, post 21 for nærmere omtale.

Pensjonistforbundets bekymringstelefon

Norsk Pensjonistforbund har i flere år drevet bekymringstelefon for eldre og uføre. Telefontjenesten gir informasjon, råd og veiledning. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Norsk Pensjonistforbund på 400 000 kroner til bekymringstelefonen i 2022.

Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
770	Tannhelsetjenester	322 988	406 278	432 654	6,5
	Sum kategori 10.70	322 988	406 278	432 654	6,5

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
01-29	Statens egne driftsutgifter	31 064	96 929	41 075	-57,6
50-89	Overføringer til andre	291 924	309 349	391 579	26,6
	Sum kategori 10.70	322 988	406 278	432 654	6,5

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 20 mill. kroner til styrking av tannhelsetjenestetilbudet rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi).

Organisering av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter tannhelsetjenesteloven, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tjenester til den øvrige befolkningen. Samlet ressursbruk i tannhelsetjenesten utgjorde om lag 17,3 mrd. kroner i 2020, ifølge helseregnskapet til Statistisk sentralbyrå.

Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av lov om tannhelsetjenesteloven og av folketrygdloven og forskrifter til disse.

Fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, inkludert odon-

tologiske spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for hele befolkningen i fylket.

Størstedelen av tannbehandling med stønad fra folketrygden, blir utført i privat sektor. Det vises til omtale under kap. 2711, post 72.

Kostra-tall for 2020 er kilden til omtalen av personell, fylkeskommunal tannhelsetjeneste og finansiering.

Personell

Norge har høy tannlegedekning med 8,8 avtalte tannlegeårsverk per 10 000 innbyggere i 2020 (allmenn- og spesialisttannleger, privat og offentlig sektor). Samlet tannlegedekning per 10 000 innbyggere var høyest i Oslo, og nest høyest i Troms og Finnmark. Dekningen var lavest i Innlandet, og nest lavest i Viken.

De siste ti årene har tannlegedekningen vært stabil eller svakt økende i de fleste fylker når private og offentlig ansatte tannleger ses under ett. Oslo har den største økningen i tannlegeårsverk per innbygger.

Tannpleierdekningen var i 2020 på 1,9 avtalte årsverk per 10 000 innbyggere. Tannpleierdekningen var høyest i Troms og Finnmark.

Det er betydelig geografisk variasjon i deknin- gen av tannleger, tannlegespesialister og tannplei- ere (offentlig og privat). Fylket med flest allmenn- tannleger per 10 000 innbyggere (Troms og Finn- mark) hadde 1,4 ganger flere tannleger sammen- liknet med fylket med færrest allmenntannleger (Innlandet).

Om lag en av ti tannleger er spesialister. Geo- grafisk variasjon i dekning av tannlegespesialister er større enn for allmenntannleger. Fylket med flest spesialister per 10 000 innbyggere (Oslo) hadde 2,7 ganger flere spesialister sammenliknet med fylkene med lavest dekning (Trøndelag og Nordland).

For tannpleiere er det også fylkesvise forskjel- ler. Fylket med flest tannpleiere per 10 000 inn- byggere (Troms) hadde 3,0 ganger flere tannplei- ere enn fylket med færrest tannpleiere (Tele- mark).

Privat sektor står for størstedelen av all tann- behandling av voksne. I tillegg utføres det meste av tannregulering for barn og unge i privat sektor. Den private tannlegedekningen i 2020 var 6,4 avtalte tannlegeårsverk per 10 000 innbyggere (allmenn- og spesialisttannleger), dvs. om lag tre fjerdedeler av det samlede antall tannlegeårsverk. Oslo har 2,2 ganger flere private tannleger per

innbygger enn Finnmark. De tre fylkene med lavest privat tannlegedekning i 2020 var Troms og Finnmark, Nordland og Trøndelag. De tre fylkene med høyest privat tannlegedekning var Oslo, Vest- fold og Telemark og Vestland.

I fylkeskommunal tannhelsetjeneste var det i 2020 på landsbasis 2,5 tannleger per 10 000 inn- byggere (allmenn- og spesialisttannleger). Dette utgjorde om lag en fjerdedel av landets tannleger.

Tannlegedekningen av offentlig ansatte tannle- ger er høyest i de nordligste fylkene. I Troms og Finnmark samt Nordland var det flest offentlig ansatte tannleger per innbygger i 2020, mens Oslo og Viken hadde færrest. Troms hadde nesten fem ganger så mange tannleger per innbygger som Oslo i 2020 når allmenn- og spesialistnivå sees samlet.

Omfanget av ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten viser at flere fylkeskommuner har problemer med rekrutte- ring. Spesielt gjelder dette Møre og Romsdal, samt Troms og Finnmark. Flere fylkeskommuner finner det krevende å rekruttere til stillinger i min- dre sentrale strøk og små klinikker.

Som vist i tabellen under, har antall allmenn- tannlegeårsverk økt med 5,8 pst. fra 2015 til 2020, mens økningen i antall tannpleierårsverk har økt med det dobbelte, 13,6 pst., i samme periode. Dette er bl.a. et resultat av økt utdanningskapasi- tet av tannpleiere.

Tabell 4.16 Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antall årsverk	9 739	10 003	10 165	10 292	10 465	10 498
herav:						
1 tannlegespesialister	463	486	494	498	523	531
2 allmenntannleger	3994	4066	4093	4138	4184	4227
3 tannpleiere	919	949	990	998	1033	1044
4 tannhelsesekretærer	4364	4502	4588	4657	4725	4697

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste

I alt 25 pst. av befolkningen eller om lag 1,4 mill. personer var under tilsyn av den fylkeskommu- nale tannhelsetjenesten i 2020. Den private tannle- gedekningen er lav i en del fylker, og som følge av tilgjengelighetsansvaret yter fylkeskommunen tje- nester til en større del av befolkningen i disse områdene. Tannhelsetjenesten i Nordland hadde 38 pst. av fylkets befolkning under tilsyn i 2020,

mens Troms og Finnmark hadde 34 pst. Lavest var Oslo med 19 pst. og Viken med 26 pst.

I alt var 1 370 000 personer under tilsyn av fyl- keskommunal tannhelsetjeneste i 2020. Av disse hadde 1 146 000 personer rettigheter etter tann- helsetjenesteloven. Betalende voksne uten lovfes- tede rettigheter utgjorde 220 000 personer.

I 2020 ble 825 000 personer undersøkt/ behandlet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, eller om lag 15 pst. av landets befolkning. Antall

undersøkte/behandlede gikk ned med 19 pst. fra året før, grunnet koronaviruspandemien. Prosentvis var nedgangen størst blant betalende voksne, med en nedgang på 23 pst. i antall undersøkte/behandlede fra 2019 til 2020. Blant personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven ble det undersøkt/behandlet 18 pst. færre personer i 2020 sammenliknet med året før.

Andelen i de ulike gruppene med rettigheter som ble undersøkt/behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2020 var:

- 69 pst. av psykisk utviklingshemmede
- 57 pst. av barn og unge 3-18 år
- 42 pst. av beboere i institusjon (sykehjem)
- 36 pst. av ungdom 19-20 år
- 13 pst. av hjemmeboende med hjemmesykepleie

Mange pasienter blir innkalt sjeldnere enn hvert år til undersøkelse, avhengig av hvor god deres tannhelse er. På landsbasis ble 3,5 pst. av alle voksne uten rettigheter undersøkt/behandlet ved fylkeskommunale tannklinikker i 2020, mot 4,6 pst. i 2019. Variasjonene er store. I to fylker ble det behandlet færre enn 1 pst. av voksne uten rettigheter, dvs. Oslo og Viken. Fire fylker behandlet 6 pst. eller mer: Troms og Finnmark (11 pst.), Nordland (9 pst.), Rogaland (7 pst.) og Trøndelag (6 pst.).

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste er i hovedsak finansiert gjennom frie inntekter, dvs. skatteinntekter og rammetilskudd som en del av inntektssystemet for fylkeskommunene. I tillegg kommer pasientinntekter. Til enkelte formål mottar fylkeskommunene øremerkede tilskudd, bl.a. til behandling av innsatte i fengsler og til behandling av personer som har vært utsatt for tortur eller overgrep, og personer med stor angst for tannbehandling (odontofobi).

Oppfølging av Stortingets behandling av Prop. 71 L (2016–2017)

Våren 2017 foreslo regjeringen å overføre fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til kommunene, jf. Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). Lovforslaget ble vedtatt uten at ikrafttredelsestidspunktet ble fastsatt, jf. Innst. 378 L (2016–2017). Ved behandlingen av lovforslaget fattet Stortinget flere anmodningsvedtak. Oppfølging av anmodningsvedtakene er forsinket pga. konsekvenser av koronapandemien for kommuner og fylkeskommuner. Tidspunktet for forsøket

hvor utvalgte kommuner overtar ansvaret for tannhelsetjenester, utsettes til 2022.

Meld. St. 38 (2020–2021) Nytt, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen fremmet før sommeren Meld. St. 38 (2020–2021) Nytt, ressurs og alvorlighet – prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Meldingen bygger på NOU 2018: 16 Det viktigste først (Blankholm-utvalget). Regjeringen foreslår i meldingen gjennomgående prioriteringskriterier – nytte, ressurs og alvorlighet og prinsipper i hele helse- og omsorgstjenesten, samt å endre kriteriene som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten til også å omfatte mestring. Regjeringen varslet i meldingen at den vil komme tilbake til Stortinget med en egen melding om tannhelsetjenesten.

Tannregulering – skjerming mot egenbetaling for de alvorligste tilstandene

Framtidig organisering og finansiering av tannregulering for pasientgruppen med de alvorligste tilstandene (gruppe a), ventes utredet innen utgangen av 2021. Bakgrunnen er at det i mange tilfeller kreves høy egenbetaling fra denne pasientgruppen, til tross for at staten yter 100 pst. honorartakst til behandlingen. Helsedirektoratet fikk i oppdrag våren 2021 å se nærmere på muligheten for å skjerme den aktuelle pasientgruppen mot egenbetaling, inkludert en vurdering av organisering og finansiering av kjeveortopedisk behandling.

Fra 1. januar 2022 tas det sikte på en takstforenkling innenfor tannregulering.

Se nærmere omtale på kap. 2711, post 72 Tannbehandling.

Omlegging av forskningsfinansiering for forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelse, primærhelsetjeneste, psykisk helse, vold og rus

I regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien fra 2014 ble det varslet at man vil bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene med utgangspunkt i forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er fulgt opp gjennom omtaler i statsbudsjettene for 2017–2020, hvor det er varslet at departementet vil innføre indikatorer for sentre som har forskning som hovedoppgave og øvrige kompetansesentre som driver forskning som en del av sin virksomhet. Videre ble det varslet at en

liten andel av forskningsmidlene vil omfordes innenfor rammen til sentrene ut fra forskningsaktivitet, basert på sentrenes forskningsindikatorer.

Den varslede omleggingen innføres fra og med 2022 og innebærer gjennomføring av resultatbasert finansiering for om lag 2 pst. av grunntilskuddsmidlene for 21 sentre fordelt på kap. 762, post 70, kap. 765, post 74 og 75 og kap. 770, post 70, se nærmere omtale der. Midlene omfordes innenfor samme kapittel slik at midlene benyttes innenfor samme fagområde. Når det gjelder Nasjonalt forskningssenter for komplementær behandling og alternativ medisin (Nafkam), som mottar midler over kap. 783, post 79, inngår sentret i denne sammenheng med gruppen sentre som får tildelt midler over kap. 762 Primærhelse-

tjeneste. Indikatorer for forskningsaktivitet er de samme som benyttes for de regionale helseforetakene, 1) vitenskapelig publisering, 2) avlagte doktorgrader og 3) eksternfinansiert forskning fra Forskningsrådet. Indikatorene vektet som for de regionale helseforetakene. Ekstern finansiering fra EU inngår ikke i modellen, da svært få av sentrene mottar tildelinger fra EU. Forskningspoengene beregnes for perioden 2018–2020, dvs. gjennomsnittlig over en treårig periode, på samme måte som for RHFene. Dette for å unngå store svingninger fra år til år og å bidra til større grad av forutsigbarhet for sentrene. Helsedirektoratet vil foreta omfordelingen av budsjettmidlene basert på beregnede poeng fra forskningsindikatorene.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	31 064	96 929	41 075
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	291 924	309 349	391 579
	Sum kap. 770	322 988	406 278	432 654

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 20 mill. kroner til styrking av fylkeskommunenes tannhelsetjenestetilbud rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi)
- Det foreslås å flytte 42 mill. kroner knyttet til tannhelseprosjektet i Agder og på Romerike fra kap. 770, post 21 til kap. 770, post 70
- Det foreslås å flytte 15 mill. kroner knyttet til tortur og overgrepsofre, samt odontofobi fra kap. 770, post 21 til kap. 770, post 70

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak på tannhelseområdet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 42 mill. kroner knyttet til tannhelseprosjektet i Agder og på Romerike fra kap. 770, post 21 til kap. 770, post 70

- 15 mill. kroner knyttet til tortur og overgrepsofre, samt odontofobi fra kap. 770, post 21 til kap. 770, post 70

Bevilgningen omfatter tilskudd til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Utdanningen tilbys på tvers av yrkesgrupper og tjenestoområder for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling. Ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan søke om opptak til utdanningen, og flere har gjennomført utdanningen. En følgeevaluering av lederutdanningen er gjennomført i 2021. Se nærmere omtale under kap. 761, 762 og 765. Tilskuddet videreføres med 1 mill. kroner i 2022.

Bevilgningen dekker også Helse- og omsorgsdepartementets andel av nedbetaling av lån som Troms fylkeskommune tok opp ved byggingen av Tannbygget i Tromsø. Tannbygget inneholder universitetets arealer til utdanning av tannleger og tannpleiere, og fylkeskommunens arealer til odontologiske kompetansesenter som omfatter arealer til spesialistutdanning av tannleger og til forskning (statens ansvar). I 2021 er et påbygg fer-

dig og tatt i bruk. Tilskuddet foreslås styrket med 1 mill. kroner i 2022 til 4 mill. kroner.

Videre omfatter bevilgningen samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av tannbehandlingsmaterialet amalgam. På bakgrunn av funn i de to delprosjektene fra Nasjonalt kunnskapscenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam) og Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG) har Helsedirektoratet fått i oppdrag å vurdere eventuelle endringer i IS-1481 Retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologisk materiale.

Det gis midler til forprosjekt for kommunal tannpleier. Folkehelseinstituttet gjennomførte en kunnskapsoppsummering i 2020, som vil bli sentral for forprosjektet.

Sykehusodontologi

Siden 2012 er det bevilget tilskudd til regionale helseforetak til forsøksordning med orale helse-tjenester i tverrfaglig miljø på sykehus. St. Olavs hospital (Trondheim), Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø), Oslo universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus (Oslo) og Haukeland universitetssjukehus (Bergen) deltar.

Tilskudd til regionale helseforetak til orale helsetjenester i sykehus foreslås videreført i 2022 med om lag 20 mill. kroner. Forslaget innebærer at tjenester kan ytes uten at det lenger anses som en forsøksordning. Dette vil gi deltakende sykehus større grad av forutsigbarhet. Departementet igangsetter utredninger av organisatoriske, juridiske og finansielle spørsmål knyttet til sykehuse-nes oppgaver vedrørende pasienters orale helse. Det legges vekt på at mange pasienter har en helsetilstand der det er dokumenterte sammenhenger mellom oral helse og øvrig somatisk/psykisk helse.

Forsøksordningen med orale helsetjenester i sykehus ble evaluert i 2019. Evalueringen viste at det var behov for å systematisere erfaringene fra forsøksordningen og få kartlagt hvilke pasienter som har størst behov for orale helsetjenester. En slik systematisert kartlegging ble igangsatt i 2020 der i alt 2700 sykehuspasienter ble undersøkt klinisk for å avdekke deres orale helse og deres behandlingsbehov. Kartleggingen supplerer de kvalitative funnene fra evalueringen og viser at det er stort behov for odontologiske tjenester blant de kartlagte pasientgruppene.

I 2021 er det i tillegg utført en systematisk kunnskapsoppsummering av forskning på sammenhenger mellom generell helse og oral helse.

Innenfor somatisk sykdom er det særlig sterke sammenhenger mellom oral helse og hjertesykdom, diabetes, hjerneslag og kreftsykdom. Innenfor psykisk helse er det sterke sammenhenger med demens, autisme, depresjon, mentale forstyrrelser, schizofreni og spiseforstyrrelser. En del tilstander har også nær sammenheng med oral helse og gir forhøyet risiko for oral sykdom. Lav fødselsvekt, Downs syndrom, fedme mv. er blant disse. Bivirkninger av behandling er omtalt i kunnskapsoppsummeringen, som peker på at kreftbehandling kan gi skader og sykdom i munn og kjeve.

I løpet av de ni årene forsøksordningen har vart, har tverrfaglige tannhelseteam i de ovennevnte sykehusene undersøkt pasienters orale helse og behandlet en rekke ulike pasienter, blant annet hjertepasienter, kreftpasienter, pasienter som står foran kirurgiske inngrep og transplantasjoner, psykisk syke pasienter og innlagte, rusavhengige pasienter. Veiledning og oppbygging av kompetanse hos helsepersonell i sykehus har inngått i arbeidet. Forsøket omfatter også utvikling av rutiner for samarbeid med fylkeskommunal tannhelsetjeneste for pasienter som skal skrives ut fra sykehus.

Forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

I samarbeid med Direktoratet for e-helse har Helsedirektoratet fått i oppdrag å starte forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata i registeret. Oppdraget bygger på Direktoratet for e-helse sitt arbeid med standard kodeverk for diagnose og behandling på tannhelseområdet til bruk i elektronisk pasientjournal. Kodeverket er basert på SNOMED CT. Innsamling av tannhelsesdata er testet på to områder. Det ene i forbindelse med HUNT-undersøkelsen i samarbeid med Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge. Det andre området omhandlet analysemuligheter av eksisterende register. Dette ble prøvd ut i samarbeid med Vest-Agder fylkeskommune, hvor man hadde tannhelsesdata som strakk seg over flere år. Samlet viste erfaringene at det er mulig å realisere innsamling av nasjonale tannhelsesdata basert på SNOMED CT som grunnlagsterminologi. På bakgrunn av bl.a. dette utredet Direktoratet for e-helse et mål bilde for et nasjonalt tannhelseregister. Utredningen og anbefalingene er fulgt opp i oppdraget til Helsedirektoratet. Registeret muliggjør innsamling av standardiserte data via standardiserte løsninger i tråd med nasjo-

nale føringer, samt videre forvaltning av etablerte kodeverk.

Størstedelen av tannhelsetilbudet i Norge er i privat sektor, og innlemming av tannhelsesdata fra private aktører er viktig for å få et godt grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten i Norge. 30. august 2021 sendte Helsedirektoratet på høring utkast til forskrift for plikt til innsending av opplysninger fra private virksomheter som yter tannhelsetjenester uten driftsavtale med kommuner eller fylkeskommuner, jf. Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) § 3-1. Det tas sikte på ikrafttredelse 1. januar 2022.

Helsedirektoratet har utviklet pilot på en løsning for løpende innrapportering av data til KPR-registeret, hvor det også legges til rette for løpende innrapportering av data fra offentlig og privat tannhelsetjeneste. I dette arbeidet er det fokusert på en robust løsning som skal kunne støtte innrapportering fra mange rapporterende enheter. Dette vil bli særlig relevant for innrapportering fra private tannhelseaktører. Tannhelsemelding som tar i bruk SNOMED CT som standard kodeverk utarbeides og vil muliggjøre gjennomføring av pilot for innmelding av tannhelsesdata fra tjenesten til registeret. Innrapportering av tannhelsesdata fra tjenesten påbegynnes i løpet av 2022.

Det foreslås 5 mill. kroner i 2022 til forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata i KPR.

Prisportalen

Forbrukerrådets prisportal www.hvakostertannlegen.no ble stengt i 2020 som følge av manglende innrapportering av priser fra tannklinikkene i hele landet under pandemien. Portalen er ikke åpnet igjen. Det er et mål å få portalen tilbake i ordinær drift, fornye tekniske løsninger og utvide portalen med priser på tannregulering. Et arbeid er igangsatt i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Forbrukerrådet for å utvikle samme kanal for innrapportering til prisportalen som Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) bruker. Midler bevilget i 2021, 5 mill. kroner, foreslås videreført på om lag samme nivå i 2022.

Post 70 Tilskudd

Det foreslås:

- 20 mill. kroner til styrking av fylkeskommunenes tannhelsetjenestetilbud rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi)

- Å flytte 42 mill. kroner knyttet til tannhelseprosjektet i Agder og på Romerike fra kap. 770, post 21 til kap. 770, post 70
- Å flytte 15 mill. kroner knyttet til tortur og overgrepsofre, samt odontofobi fra kap. 770, post 21 til kap. 770, post 70

Formålet med bevilgningen er å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer og bedre tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester, spesielt i den offentlige tannhelsetjenesten. Videre er det et formål å bidra til økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving i den offentlige tannhelsetjenesten, og til heving av kvaliteten i tannbehandlingen generelt når det gjelder odontologiske biomaterialer som anvendes i tannhelsetjenesten, jf. Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027).

Tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling (TOO)

Det foreslås en styrking med 20 mill. kroner til fylkeskommunenes tverrfaglige tjenester til tortur- og overgrepsofre og til personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi) (TOO). Styrkingen innebærer at midler til TOO økes fra om lag 100 mill. kroner i 2021 til 120 mill. kroner i 2022. Styrkingen er finansiert gjennom omprioritering. Se nærmere omtale på kap. 2711, post 72 Tannbehandling.

Det er stor etterspørsel etter det tverrfaglige psykolog- og tannhelsetilbudet til TOO-pasienter, og det er lange ventelister flere steder. TOO-tilbudet er bygget opp gradvis siden 2011 og har i hovedsak vært gratis for pasientene. Antall årsverk i de tverrfaglige behandler-teamene utgjorde 61,8 årsverk i 2020, en økning fra 56,2 årsverk i 2019. Av de 61,8 årsverkene i 2020, var det 17,7 tannlegeårsverk og 16,8 psykologårsverk. Økningen i totalt antall årsverk skyldes i hovedsak økt antall tannhelsesekretærer og tannpleiere.

Om lag 1500 personer sto på venteliste for vurderingssamtale, ifølge fylkeskommunenes rapportering for 2020. Et fåtall fylkeskommuner hadde åtte ukers ventetid eller mindre i 2019. Som en konsekvens av koronasituasjonen økte ventetiden til vurderingssamtale betydelig i 2020. Videre er ventetiden når det gjelder tverrfaglig behandling noe redusert i 2020, men hvor et fylke har svært lange ventetider. Når det gjelder ventetiden til tannbehandling hadde flertallet av fylkeskommunene kommet under fire ukers ventetid i 2019.

Ventetiden til tannbehandling ble økt i 2020, som en konsekvens av pandemien. Dette viser at det fortsatt er stor variasjon i ventetid og mange steder er den for lang. Erfaringen viser at ventetiden øker etter etablering av tilbudet og tilbudet har blitt gjort kjent i befolkningen. Videre har noen fylkeskommuner vedvarende utfordringer knyttet til rekruttering, særlig av psykologer.

Helsedirektoratet gjennomførte en evaluering i 2021 som viser at TOO er et viktig tilbud for personene i målgruppen. Behandlingen hjelper pasientene med å mestre utfordringene de har med å oppsøke tannhelsetjenesten, samt bidrar til positive ringvirkninger for andre deler av livet. Evalueringen viser til at dette stadfestes både av pasientene selv, ansatte i TOO-tilbudet og andre aktører som har tilknytning til tilbudet. Etablering av TOO-tilbudet er et pionérbearbeid i internasjonal sammenheng. Flere forhold bør følges opp i etterkant av evalueringen. Det er behov for en mer enhetlig utøvelse av tilbudet, kontinuerlig kvalitetsarbeid og økt effektivitet. Det er behov for å opparbeide kunnskap og legge til rette for forskning. Evalueringen viser at det er behov for økte ressurser, og evalueringen anbefaler en grundig utredning vedr. ulike finansieringsmodeller. Departementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere endringer basert på evalueringen. Videre er det naturlig at en vurdering av TOO-tilbudet inngår i arbeidet med den varslede meldingen om tannhelsetjenesten.

Anmodningsvedtak

Styrking av tannhelsetilbudet – TOO

Vedtak 1165, 8. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen styrke det tilrettelagte tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi) (TOO) og fremme forslag i budsjettet for 2022 for å sikre nødvendig finansiering.»

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

Vedtaket anses som utkvittert ved forslag om styrking av det tilrettelagte tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi) (TOO) med 20 mill. kroner.

Tannhelseprosjekt i Agder og på Romerike

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2021 bevilget Stortinget 42 mill. kroner til forsøk med tannhelseprosjekt i Agder og på Romerike jf. Innst. 11 S (2020–2021). Helsedirektoratet ble gitt i oppdrag å lede og forvalte midlene i samarbeid med lokale prosjektgrupper. Formålet med prosjektet er å styrke tannhelsetilbudet til personer med rettigheter etter § 1-3 første ledd bokstav c i tannhelsetjenesteloven, dvs. beboere på institusjon og personer som mottar hjemmesykepleie, ved å ta i bruk private tilbydere av tannhelsetjenester.

Prosjektet skal også bidra til:

- at personer med rettigheter benytter seg av det tannhelsetilbudet de har lovfestet rett på.
- at personer som oppholder seg på institusjon eller som mottar hjemmesykepleie gis valgfrihet mellom tjenestetilbydere slik at den enkelte selv kan velge mellom offentlige eller private tilbydere av tannhelsetjenester.
- å utvikle egnede modeller for samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste om tannhelsetilbudet til gruppe C og hva som hemmer eller fremmer slikt samarbeid.
- gi økt søkelys på oral helse, betydningen av daglig munnhygiene og retten til tannhelsetjenester hos personene med rettigheter, deres pårørende og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Midlene foreslås videreført i 2022 med om lag 42 mill. kroner.

Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten

Universitetet i Bergen har i mange år organisert et kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger som er bosatt i Norge og som har utdanning fra land utenfor EØS-området. Siktemålet er norsk autorisasjon som tannlege. Tilskuddet foreslås videreført med 6,4 mill. kroner i 2022.

Innlandet fylkeskommune forsetter arbeidet med å administrere praksisplasser for tannpleierstudentene ved Høgskolen i Innlandet, studiested Elverum. All praksis organiseres av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i samarbeid med de øvrige fylkeskommunene på Østlandet. Hvert år tas det opp om lag 30 studenter til utdanningen. Tilskuddet videreføres i 2022 med om lag 6 mill. kroner.

Fra 2015 er det gitt tilskudd til videreutdanning for tannpleiere, organisert ved Universitetet i Sørøst-Norge, og til masterutdanning for tannplei-

ere. Videreutdanningen er tilrettelagt for senere påbygning til master i helsefremmende arbeid. I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det behov for tannpleiere med både videreutdanning i det aktuelle fagområdet og med masterutdanning. Det er også behov for tannpleiere med forskerutdanning. Tilskuddet videreføres med om lag 4 mill. kroner til hhv. Universitetet i Sørøst-Norge til organisering av utdanningen, og til lønns-, reise- og oppholdsutgifter til tannpleiere ansatt i fylkeskommunene, de regionale odontologiske kompetansesentrene eller i sykehus, og som tar de aktuelle utdanningene.

De regionale odontologiske kompetansesentrene/tannhelsetjenestens kompetansesentre, organisert av fylkeskommunene, skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Dette gjelder særskilt overfor personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunene finansierer spesialisttannbehandling ved sentrene. Videre skal sentrene gi fagstøtte til tannklinikkerne, og bidra i forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet: Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027). I tillegg skal kompetansesentrene delta i organiseringen av klinisk trening i spesialistutdanningen av tannleger.

Det statlige tilskuddet til kompetansesentrene finansierer forskning og kunnskapsutvikling, fagstøtte til tannklinikkerne og deltagelse i spesialistutdanning av tannleger. Sentrene har et omfattende forskningssamarbeid med ulike fagmiljøer på sykehus, høyskoler, universiteter og andre forskningsinstitusjoner, både i Norge og internasjonalt. Tilskudd til de fem kompetansesentrene til statlig finansierte oppgaver foreslås bevilget med 105 mill. kroner i 2022. Det er behov for å styrke forskningen innen oral helse og følge opp Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027).

Fra 2022 innføres resultatbasert finansiering for sentrene som mottar tilskudd over kap. 770, post 70. Helsedirektoratet vil foreta omfordeling av 2 pst. av grunntilskuddet basert på gjennomsnittlig treårig beregnede forskningspoeng, se nærmere omtale under kap. 770 post 70 og under programkategori 10.70 Tannhelse.

Organisering av spesialistutdanning av tannleger og planer for videreutvikling av spesialistutdanningene er nærmere beskrevet i Prop. 1 S (2017–2018). Helsedirektoratet har, i samarbeid med fagmiljøene fått i oppdrag å utarbeide forslag

til kompetanse- og læringsmål, både felles og for den enkelte spesialitet.

Tilskudd til universitetene i hhv. Bergen, Oslo og Tromsø, og til de odontologiske kompetansesentrene som deltar i praksisdelen av spesialistutdanningene, samt lønnstilskudd til tannleger som tar spesialistutdanning som del av en dobbeltkompetanseutdanning, foreslås videreført i 2022 med om lag 60 mill. kroner. Tilskuddet omfatter i alt om lag 90 spesialistkandidater eller om lag 68 årsverk i 2020.

Formålet med Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd er å bidra til tilstrekkelig utdanningskapasitet av tannlegespesialister ved de odontologiske lærestedene ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen og UiT Norges arktiske universitet, i et samarbeid med tannhelsetjenestens kompetansesentre om veiledet klinisk praksis for kandidatene. Kunnskapsdepartementet utarbeidet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet en særskilt regnskapsoppstilling for spesialistutdanning i odontologi som fra 2018 ble inkludert i årsregnskapet for de tre ovennevnte universitetene. En gjennomgang av den særskilte regnskapsoppstillingen viste at det var behov for å tilpasse de aktuelle tilskuddsbeløpene basert på kartlagte merkostnader. Tilskuddsbeløp per spesialistkandidat ble noe nedjustert i 2020 sammenliknet med tildelt beløp i 2019. Pga. pandemisituasjonen ble tilskudd til spesialistutdanning av tannleger til universitetene i 2021 videreført tilsvarende 2020-nivå. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet har sett på regnskapene og legger til grunn et tilskudd til UiO og UiB til spesialistutdanning av tannleger i 2022 på samme nominelle nivå per årsverk spesialistkandidat som for 2021. For UiT Norges arktiske universitet og tannhelsetjenestens kompetansesentre som har kandidater i praksis, vil det beregnes særskilte tilskuddsbeløp som avklares med disse institusjonene.

Nedjusteringen i 2020 gjorde det mulig å omdisponere midler til lønnstilskudd for tannleger som tar spesialistutdanning for alle spesialiteter. Tilskudd til lønn til kandidater under spesialistutdanning i pedodonti og i multidisiplinær odontologi, som er under utprøving i Tromsø, videreføres i 2022. Kandidater som har avtale med fylkeskommune eller annen offentlig virksomhet om spesialistutdanning blir prioritert. Lønn under utdanning i kombinasjon med klinisk praksis på kompetansesenter er et viktig virkemiddel for å oppnå bedre geografisk tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester. Det samlede tilskudd

til lønn til de aktuelle spesialistkandidater utgjør om lag 9 mill. kroner.

Tidsbegrenset tilskudd til fylkeskommunene til opprettelse av stillinger for spesialister i pedodonti foreslås med om lag 5,5 mill. kroner i 2022. Helse- og omsorgsdepartementets sluttrapport om utprøvingen av multidisiplinær odontologi planlegges ferdigstilt i løpet av 2021. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider videre med en midtveisevaluering av dobbeltkompetanseordningen i odontologi.

Flere av tiltakene i Kompetanseløft i tannhelsetjenesten inngår også i Kompetanseløft 2025 som har som mål å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Tannbehandlingsmaterialer

Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) er et nordisk samarbeidsorgan under norsk eierskap. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjene. Fra 2019 ble Niom et datterselskap under Norwegian Research Center AS (NORCE AS). Nordisk Ministerråd (NMR) finansierer om lag en tredjedel av Nioms budsjett, basert på treårige avtaler. Tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet foreslås videreført med 28 mill. kroner i 2022.

Videre foreslås 5,6 mill. kroner til videreføring av aktivitetene ved Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG), organisert i NORCE AS.

Fra 2022 innføres resultatbasert finansiering for sentrene som mottar tilskudd over kap. 770, post 70. Helse- og omsorgsdepartementet vil foreta omfordeling av 2 pst. av grunntilskuddet basert på gjennomsnittlig treårig beregnede forskningspoeng, se nærmere omtale under, og under programkategori 10.70 Tannhelse.

Omlegging av forskningsfinansiering for forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelse

Departmentent har tidligere varslet at det vil innføres indikatorer for sentre som har forskning som hovedoppgave og øvrige kompetansesentre som driver forskning som en del av sin virksomhet. Videre til at en liten andel av forskningsmidlene omfordeles innenfor rammen basert på sentrenes forskningsindikatorer. Fra 2022 innføres resultatbasert finansiering for omlag 2 pst. av grunntilskuddet. Helse- og omsorgsdepartementet vil foreta omfordeling av 2 pst. av tilskuddsmidlene basert på beregnede forskningspoeng for sentrene som mottar tilskudd over kap. 770, post 70. Se nærmere omtale under Programkategori 10.70 Tannhelse.

Tabellen under viser gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelsefeltet for 2018–2020. Forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd.

Tabell 4.17 Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre 2018 – 2020. I forskningspoeng og 0 pst. av antall forskningspoeng.

Kap. 770 Tannhelsetjenester	Forskningspoeng	%
Nordisk institutt for odontologiske materialer	57,7	35,94 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter – Vestland	30,96	19,48 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge	29,3	18,44 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst	14,85	9,35 %
Kompetansesenteret – Tannhelse Midt	12,7	7,99 %
Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer	9,55	6,01 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter – Rogaland	4,42	2,78 %
Totalt	159,48	100 %

Det ble registrert 136,7 publikasjoner (vitenskapelige artikler, monografier og antologier) fra sentrene og rapportert inn syv avlagte doktorgrader i perioden 2018–2020. Samlet viser rapporteringen en økning i publikasjonspoeng, doktorgrader og i

ekstern finansering fra Norges forskningsråd i denne perioden. Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene innenfor tannhelse er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

		(i 1 000 kr)			
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
780	Forskning	297 167	129 067	370 562	187,1
781	Forsøk og utvikling mv.	126 632	142 981	128 832	-9,9
783	Personell	275 116	294 629	286 652	-2,7
Sum kategori 10.80		698 915	566 677	786 046	38,7

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

		(i 1 000 kr)			
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
01-29	Statens egne driftsutgifter	188 392	160 848	109 188	-32,1
50-89	Overføringer til andre	510 523	405 829	676 858	66,8
Sum kategori 10.80		698 915	566 677	786 046	38,7

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

- 236 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til reduksjon av tilsvarende beløp i hhv. 2020 og 2021 for å redusere avsetningene i Norges forskningsråd
- 28,1 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til LIS-stillinger
- 42 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompletterende tiltak for ELTE-studenter

Videre foreslås det å omprioritere 20 mill. kroner fra avsetningene i Forskningsrådet til global helseforskning.

Forskning, utdanning, kompetanseutvikling og innovasjon er alle viktige virkemidler for å nå målsettingen om å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet samt å gi befolkningen trygge, gode og effektive helse- og omsorgstjenester og for å nå de folkehelsepolitiske målene.

Helse- og omsorgstjenesten er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av den totale arbeidskraften. Tjenesten har viktige roller vis-a-vis utdanningssektoren som praksisarena, framtidig arbeidsgiver og avtalepart. For å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester er det avgjørende å ha tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og forskning med høy kvalitet og nytte. En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er derfor viktig for å legge til rette for en kunnskapsbasert, framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning og HelseOmsorg21-strategien er en del av den langsiktige satsingen innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon. Politikken fra HelseOmsorg21-strategien utvikles videre gjennom relevante strategier og meldinger. Satsingene i Norges forskningsråd er viktige virkemidler for å følge opp flere av anbefalingene i strategien.

Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
50	Norges forskningsråd mv.	297 167	129 067	370 562
	Sum kap. 780	297 167	129 067	370 562

Bevilgningen til Norges forskningsråd foreslås økt med 236 mill. kroner i 2022 fra saldert budsjett 2021. Økningen har sammenheng med at det ble overført midler til kap. 701, post 21 for å realisere Helseanalyseplattformen som en del av regjeringens oppfølging av langtidsplan for forskning og høyere utdanning og et generelt kutt. Begge tiltakene ble gjennomført for å redusere avsetningene til Forskningsrådet. Det ble lagt opp til at reduksjonen i bevilgningen ikke skulle føre til redusert aktivitet i verken 2020 eller 2021 og at Forskningsrådet skulle lyse ut midler på posten som om bevilgningen ikke var redusert. Det vises til nærmere omtale av avsetninger i Norges forskningsråd og tiltak for å redusere avsetningene i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon.

Det foreslås å omprioritere 20 mill. kroner av avsetningene i Forskningsrådet til global helseforskning, jf. omtale under kap. 285 i Kunnskapsdepartementets Prop. 1 S (2021–2022).

Videre foreslås det 10,1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til egenandel til EUs ramme-program Horisont Europa og 5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kontingent for deltakelse i InvestEU. Samtidig foreslås bevilgningen økt tilsvarende, slik at det samlede bevilgningsnivået på posten ikke påvirkes av disse endringene. Det vises til nærmere omtale av InvestEU under Nærings- og fiskeridepartementets budsjettfor-slag.

Forskning og driftstilskudd

Departementet finansierer i hovedsak forskning og oppbygging og drift av forskningsmiljøer gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale kompetanse- og forskningssentre utenfor spesialisthelsetjenesten.

Forskning og innovasjon i helseforetakene, Krefregisteret og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst RHF er omtalt under

kap. 732, post 70, postene 72–75 og post 78. Kunnskapsbehov på e-helseområdet er omtalt under kap. 744. For forskning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten vises det til omtale under kap. 762 Primærhelsetjenestene post 21 og 70, kap. 761 Omsorgstjeneste, post 21 og 68 og kap. 770 Tannhelsetjenester, post 21 og 70. Forsknings- og utviklingsarbeid og kunnskapsproduksjon er en integrert del av arbeidsoppgavene til Folkehelseinstituttet, jf. omtale under kap. 745 Folkehelseinstituttet. Øvrige tiltak er omtalt under kap. 765 Psykisk helse, rus og vold, postene 21, 74 og 75, kap. 781 Forsøk og utvikling mv, post 21 og kap. 783 Personell, postene 21, 78 og 79.

Forskning og kunnskapshåndtering knyttet til covid-19 pandemien

Gjennom 2020 og våren 2021 ble det tatt flere initiativ i Norge knyttet til å tilrettelegge for forskning på SARS-Cov2 og covid-19 pandemien. Det er satt i gang en rekke forskningsprosjekt gjennom bl.a. Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene. I revidert nasjonal budsjett for 2021 ble tildelingen til Norges forskningsråd økt med 20 mill. kroner til forskning på langtidseffekter av sykdom eller smitte etter covid-19. I 2021 er det gitt oppdrag til både Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene om senfølger av covid-19-infeksjon. Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19 ble startet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Programmet skal legge til rette for nasjonalt samarbeid og forsøke å dekke kritiske kunnskapshull knyttet til covid-19 pandemien. Det er per oktober 2021 registrert 124 studier i den nasjonale oversikten over covid-19-studier i helseforetakene. Norske fagmiljøer deltar i internasjonalt samarbeid om kunnskap for covid-19, både med hensyn til generering av ny kunnskap gjennom kliniske studier, syntese av kunnskap og deling av data, samt retningslinjearbeid.

Vaksinekoalisjonen CEPI, The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, som har sitt hovedsete i Oslo, inngår avtaler om å utvikle vaksiner mot det nye koronaviruset. Det vises til omtale under kap. 703 i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon og kap. 160, post 70 og kap. 161, post 71 i Utenriksdepartementets budsjettproposisjon.

I behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2021 ble det bevilget 10 mill. kroner til etablering av et Collaborating Center i regi av WHO for ikke-farmakologiske tiltak over kap. 745 post, 01 Folkehelseinstituttet. Midlene foreslås viderført med 20 mill. kroner i 2020. Bevilgningen skal dekke effektstudier, gjennomføring av evalueringsstudier av smitteverntiltak, kunnskapsoppsommeringer, nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid, samt kjøp av utstyr og forskningstjenester.

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Det foreslås bevilget 370,562 mill. kroner i 2022. Bevilgningen foreslås økt ved at 236 mill. kroner konsekvensjusteres tilbake til kapitlet. Det foreslås videre å omprioritere 20 mill. kroner av avsetningene i Forskningsrådet til global helseforskning, det vises f til ytterligere omtale av dette under kap. 285 i Kunnskapsdepartementets Prop. 1 S (2021–2022).

Norges forskningsråd er en sentral aktør i det norske forsknings- og innovasjonssystemet og for å nå regjeringens forskningspolitiske mål. Regjeringen har fastsatt fem felles mål for Forskningsrådet:

- økt vitenskapelig kvalitet
- økt verdiskaping i næringslivet
- møte store samfunnsutfordringer
- et velfungerende forskningssystem
- god rådgiving

Hoveddelen av satsingen innenfor helseforskning og innovasjon finnes innenfor målet om å møte store samfunnsutfordringer konkretisert som Fornyelse i offentlig sektor og bedre og mer effektive helse- og omsorgstjenester. Aktivitetene der Helse- og omsorgsdepartementet er hoved- eller delfinansør hadde en samlet tildeling på 458 mill. kroner i 2020. Departementets andel av dette var 65 pst. I 2019 var de tilsvarende tallene 507 mill. kroner for samlet tildeling, hvorav 67 pst. var fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sammenliknet med 2019 var det en betydelig nedgang i tildelt beløp som hadde sammenheng med at Forskningsrådets avsetninger skulle reduseres. Reduksjonen skulle imidlertid ikke føre til redusert akti-

vitetet i 2020. Aktivitetsnivået i helseporteføljene er imidlertid høyt, og utlysninger og tildelinger til nye prosjekter går som planlagt.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer tre såkalte budsjettformål, tidligere omtalt som program. Budsjettformålene er Gode og effektive helse-, omsorgs-, og velferdstjenester (Helsevel), God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling), og Bedre helse og livskvalitet (Bedrehelse). Departementet har sammen med Utenriksdepartementet delfinansiert budsjettformål for Global helse- og vaksinasjonsforskning (Globvac). Budsjettformålet viderføres som en tiårig satsing fra 2021. Forskningsen som finansieres gjennom satsingen skal bidra til varige forbedringer i helsetilstanden for sårbare grupper i lav- og lavere mellominntektsland, og til at kunnskapen skal være relevant for politikutforming og praksis. I tillegg finansieres en strategisk satsing om forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet og Forskningscentre for klinisk behandling. I all finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet stilles krav om brukermedvirkning i hele forsknings- og innovasjonsprosessen og at forskningsprosjekter skal vurderes ut fra både vitenskapelig kvalitet og nytte for sluttbruker. Behovsidentifisert forskning supplerer dagens forskerinitierte prosjekter. De regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning fungerer som en strategisk dialogarena mellom de regionale helseforetakene og Forskningsrådet.

Budsjettformålene BedreHelse, Behandling og HelseVel har høyere forbruksprosent i 2020 enn i 2019. Det tar tid å få opp tilstrekkelig antall prosjekter til høy aktivitet, som gir balanse mellom inntekter og utgifter i Forskningsrådets regnskap. Mange prosjekter har søkt om overføring av midler fra 2020 til 2021 pga. forsinkelser knyttet til lovfestede permisjoner og sykmeldinger, tidkrevende ansettelsesprosesser og tilgang til data og langsommere inklusjon av pasienter i studier enn forventet. Alle de tre budsjettformålene har vesentlige overføringer knyttet til forsinkelser grunnet covid-19. Bevilgninger til drift av Forskningsrådet er samlet på Kunnskapsdepartementets budsjett jf. Verksemdskostnader, kap. 285, post 55.

Basert på klassiferingen av porteføljen i Forskningsrådet, etter helsekategori og forskningsaktivitet fra Health Research Classification System (HRCS), er det størst forskningsaktivitet av generell helserelevans som enten er relevant for alle sykdommer og tilstander, eller for folkehelseforskning, epidemiologi og tjenesteforskning. Etter dette kommer forskningskategoriene

psykisk helse og infeksjonssykdommer. Psykisk helse har en andel på 20,4 pst., omtrent som året før. Det er minst forskning på medfødte lidelser, forskning om nyrer, urinveier og kjønnsorgan og på lunger og luftveier. Ved en sammenlikning av Forskningsrådets finansiering i 2020 med sykdomsbyrde (DALY) i Norge for en rekke sykdommer/helsekategorier for 2017, finner en at den største forskjellen mellom sykdomsbyrde og forskningsinnsats fortsatt er innenfor muskelskjelettsykdommer, deretter skader/ulykker, deretter hjerte-kar.

Budsjettformål

Det er for tidlig å si noe om resultatene fra budsjettformålene som startet opp i 2015 og 2016, da prosjektene først kom i gang i 2018. I 2020 er det også startet opp et nytt budsjettformål Helseinnovasjon. Porteføljeanalysen for budsjettformålene viser at de i økende grad reflekterer mål og prioriteringer under hvert formål og at de i stor grad oppnår de resultater, virkninger og effekter formulert som samfunns mål og brukermål i porteføljeplanen for helse. Vitenskapelig publisering er samlet sett på tilsvarende nivå i 2020 som i 2019, men med variasjon mellom budsjettformålene. Samlet sett har det vært en nedgang i formidlingsaktiviteter fra 2019 til 2020 og en økning i nye og forbedrede metoder og i patenter.

EUs rammeprogram for forskning og innovasjon 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). Innenfor helseprogrammet i Horisont 2020 har Norge hentet tilbake 3,8 pst. av utlyste midler ved utgangen av 2020, som også markerer slutten av dette rammeprogrammets periode. En stor del av dette er innvilget til Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) med sekretariat i Norge. CEPI fikk innvilget totalt 136 mill. euro fra helseprogrammet om samfinansiering til vaksineutlysninger i 2018 og 2020. Hvis dette tas ut av beregningen er andelen midler hentet til Norge 1,5 pst. av totalen. Dette er en økning med 0,4 prosentenheter fra det forrige rammeprogrammet, FP7, hvor samlet returandel for tilsvarende helseprogram var på 1,1 pst. Totalt er norske organisasjoner koordinator for 21 av prosjektene i helseprogrammet. Norge har en høyere andel prosjektkoordinatorer enn Finland og Danmark, og er nesten på nivå av

Sverige, men vi ligger fortsatt bak disse landene i antall innvilgede søknader. For utlysningene i perioden 2014–2020 har norske miljøer totalt sendt flere søknader enn i forrige rammeprogram. Av 812 søknader har 122 blitt innstilt for finansiering, noe som utgjør 223,4 mill. euro. Norske miljøer henter også tilbake helseforskningsmidler i de andre delene i Horisont 2020, hovedsaklig gjennom European Research Council (ERC), Marie Sklodowska-Curie Actions (MRSC) og Future and Emerging Technologies (FET). Universitets- og høyskolesektoren har den største andelen innstilte prosjekter fra helseprogrammet etterfulgt av helseforetakene, instituttsektoren og deretter næringslivet. CEPI er den norske organisasjon som er innvilget mest midler, fulgt av Universitet i Oslo, Oslo universitetssykehus HF og Folkehelseinstituttet.

De felleseuropeiske forskningsprogrammene Joint Programming Initiative har vært de europeiske landenes virkemiddel for å koordinere, samordne og effektivisere forskningsinnsatsen på ti felles definerte samfunnsutfordringer. Hvert land finansierer egen deltakelse. Helse- og omsorgsdepartementet og Norges forskningsråd følger opp programmene nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens/ antimikrobiell resistens (JPIAMR) og helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer (JPI HDHL). Norske forskningsmiljøer deltar i utlysninger, prosjekter og arbeidsgrupper innenfor alle de tre programmene.

Euratoms forsknings- og kompetanseprogram komplementerer EUs forsknings- og innovasjonsprogram, Horisont 2020. Norske forskningsmiljøers innsats er primært rettet mot strålevern og håndtering av radioaktivt avfall. Nærings- og fiske- ridepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet finansierer programmet fra norsk side for perioden 2019–2022.

Forskningsrådet har det operative ansvaret for å følge opp forskning- og teknologiavtalen med Japan som også inneholder en prioritering av helse-, omsorgs-, og velferdsteknologi.

Bedre helse og livskvalitet (Bedre helse)

Budsjettformålets områder er i kjernen av store samfunnsutfordringer for vår tid, knyttet til inkludering, bærekraft og medborgerskap. Budsjettformålet skal bidra til anvendt forskning for bedre helse, økt livskvalitet og redusert sosial ulikhet i helse. Dette inkluderer tverrfaglig og tverrsekto-

riell forskning innenfor bl.a. psykisk helse, fysisk aktivitet, rus og ernæring. Flest prosjekter er ledet fra universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren. Det er noe samarbeid med helseforetak og næringsliv. I 2020 hadde Bedre helse en portefølje på i alt 64 pågående prosjekter mot 54 i 2019. Avsluttede prosjekter i 2020 har hovedtyngden innenfor alkoholforskning og psykisk helse. De tre store miljøstøtteprosjektene om sosial ulikhet i helse, psykisk helse og forebygging av ikke-smittsomme sykdommer fra 2019 er godt igang. Helsekategoriseringsverktøyet, HRCS, viser at hovedtyngden av forskningsaktiviteten er innenfor primærforebygging av sykdom og forståelse av årsak, risiko og utvikling av sykdom. Generell helserelevans er i 2020 den største helsekategorien innenfor budsjettformålet, tett etterfulgt av psykisk helse, som til en viss grad også inkluderer rusmiddelforskning. Pandemien har vist betydningen av hverdagsliv, nærmiljø og sosiale relasjoner for god livskvalitet, og i kjølvannet også betydningen av effektive folkehelseiltak.

Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HelseVel)

Budsjettformålet skal bidra til forskning og innovasjon på god kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs-, og velferdstjenestene gjennom tjenesteforskning, og styrke grunnlaget for kunnskapsbasert utdanning og yrkesutøvelse på tvers av sektorer. HelseVel finansieres av Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Kunnskapsdepartementet, med Helse- og omsorgsdepartementet som hovedfinansør. I 2019 og 2020 ble det avsluttet åtte prosjekter. Disse omhandler demens i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slagpasienter og samhandling, helseøkonomi i europeiske velferdsstater, multikulturell bemanning og sosial innovasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt infeksjonssykdommer blant eldre og omsorg ved livets slutt for kreftpasienter. Helseklassifiseringssystemet, HRCS, viser at hovedtyngden av forskningsaktiviteten er knyttet til generell helserelevans etterfulgt av psykisk helse. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er tjenesteområdet som mottar størst andel av midlene fra HelseVel etterfulgt av spesialisthelsetjenesten. Det er også i skjæringspunktet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene det er flest prosjekter med tematikk på tvers av tjenesteområder. HelseVel har hatt fem utlysninger av innovasjonsprosjekter med god respons og kvalitet. For å bygge forskningskapasitet på digitaliseringsområ-

det innenfor helse, er kunnskapsnotatet som ble utarbeidet av HelseVel på dette området i 2020 blitt brukt som grunnlag for prioriteringer i utlysninger, i bevilgninger og i porteføljeplaner. Budsjettformålet har over lengre tid investert i prosjekter som bl.a bidrar til mer effektive tjenestetilbud, nye digitale løsninger og nye modeller for organisering av sektoren med tematikk som i stor grad er utformet av sektoren selv. Budsjettformålet støtter også norsk deltakelse i det europeiske forsknings- og innovasjonsprogrammet Active and Assisted Living og et europeisk nettverk for tjenesteforskning.

Fra 2011 er det øremerket 11 mill. kroner per år til Senter for omsorgsforskning innenfor programmet. Resterende finansiering oppnås gjennom den konkurransebaserte forskningsarenaen. Disse er regionalt lokalisert ved fem høgskoler og universitet med helse- og sosialutdanning, med NTNU Gjøvik som koordinator. Senteret har etablert praksisnære forskningsmiljøer, og lagt grunnlag for utvikling av et forskningsssvakt felt.

God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling)

Budsjettformålet skal gjennom klinisk forskning bidra til god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering for å bedre klinisk praksis gjennom hele sykdomsforløpet. Forskningen skal være pasient- og tjenesterelevant. Forskning på sykdommer som representerer store samfunnsmessige utfordringer og forskning på underrepresenterte pasientgrupper er prioritert. Forskningsrådet skal prioritere forskning som har som formål å bedre kunnskapen og behandlingstilbudet til ME-pasienter. Resultater fra prosjekter avsluttet i 2019 vil påvirke klinisk praksis og internasjonalt retningslinjearbeid. Det er mest forskning på psykisk helse i 2019, etterfulgt av kreft og forskning på hjernen og nervesystemet. Tolv nye prosjekter ble innvilget i 2019, hvorav ni innenfor persontilpasset medisin, tre av disse samfinansieres med Kreftforeningen. Forskningen utføres hovedsakelig i universitets- og høyskolesektoren og i helseforetakene, samt noe i instituttsektoren.

Global helse- og vaksinasjonsforskning (Globvac)

2020 var det siste året av Globvacs andre programperiode. I løpet av perioden 2012–2020 har Globvac finansiert 64 prosjekter, inkludert ett nettverk og en forskerskole. Videre har 23 arrangementer fått støtte. Flere av prosjektene kan vise til resultater som bidrar til varige forbedringer i

helsetilstanden for sårbare grupper i lavinntekts- og lavere mellominntektsland. Helseklassifikasjonssystemet, HRCS, viser at hovedtyngden av forskningsaktiviteten er knyttet til infeksjoner deretter forplantning og fødsler som også har gått noe ned siden 2019. Seks nye prosjekter fikk finansiering i 2020 gjennom en utlysning som var avgrenset til universell helsedekning og bærekraftige helsesystemer i lav- og mellominntektsland. Globvac finansierer andre del av European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTPII) under Horisont 2020.

Fra og med 2021 innledes en satsing på global helseforskning, finansiert av Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i fellesskap. Denne vil bidra til å følge opp Norges interesser og forpliktelser på området, inkludert FNs bærekraftsmål og Horisont Europa. Satsingen er også i tråd med føringer i langtidsplanen for forskning og høyere utdanning. Fra 2022 omprioriteres 20 mill. kroner til denne satsingen. Midlene skal blant annet gå til å legge til rette for planlagt norsk deltakelse i nytt partnerskap om global helse under Horisont Europa, kalt EU-Africa Global Health Partnership (EDCTP3). Norge har signalisert at et ønske om å delta. Partnerskapet skal bl.a bidra til flere kliniske studier for smittsomme sykdommer i afrikanske land sør for Sahara, bekjempelse av antibiotikaresistens med mer. Videre deltakelse i partnerskapet er et tiltak i regjeringens handlingsplan for kliniske studier (2021–2025).

Helseinnovasjon

Utviklingsløp innenfor helse tar ofte lang tid, er kostnadskrevende og komplekse. Det kreves god samhandling mellom næringslivet og det offentlige. I Stortingets behandling av Prop. 127 S (2019–2020) Endringer i statsbudsjettet 2020 ble bevilgningen økt med 40 mill. kroner for å etablere en ordning som skal bidra til en mer helhetlig virkemiddelkjede for helseinnovasjon. Innovasjon Norge og Forskningsrådet fikk i oppdrag å utrede hvordan ulike virkemidler for forskning og innovasjon i kombinasjon kan bidra til et mer helhetlig løp fram mot implementering av ny teknologi og nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten (Pilot Helse). Satsingen er videreført med 20 mill. kroner i 2021 og skal bidra til risikoavlastning for både privat og offentlig sektor og mer sømløse innovasjonsløp. De regionale helseforetakene medvirket i gjennomføringen av oppdragene høs-

ten 2020 og bidro med behovsinnsikt og forslag til utforming og samhandling. Det ble også innhentet innspill i dialogmøter med kommunal sektor (KS) og næringslivet (klynger og næringsorganisasjoner), samt aktører som Leverandørutviklingsprogrammet (LUP) og SIVA. Forskningsrådet og Innovasjon Norge leverte en modell for ordningen 1. oktober 2020. Det planlegges utlysning av hovedprosjekter med frist i september 2021. Porteføljen til BIA inneholder prosjekter innenfor legemiddelutvikling, utvikling av medisinsk teknologi og diagnostikk, helse-IKT, velferdsteknologi, tjenester og produksjonsprosesser.

Strategiske satsinger

Strategiske satsinger er aktiviteter som ikke organiseres gjennom eget budsjettformål. Dette omfatter tverrgående temaer som f.eks. kvinners helse og kjønnsperspektivet, og temaer der bevilgningen er for liten til å forsvare egne programetableringer.

Kvinnens helse og kjønnsperspektivet

Satsingen skal bidra til mer forskning om eldre kvinners helse, årsakene til uønskede forskjeller i helse- og tjenestetilbud mellom kvinner og menn i et livsløpsperspektiv, minoritetskvinnens helse, unge kvinners psykiske helse samt forebygging, diagnostikk, behandling og mestring av sykdommer som fører til langvarige sykmeldinger og uførhet blant kvinner. Satsingen ble styrket med 10 mill. kroner i statsbudsjettet for 2020. Den foreslås videreført i 2022.

Kjønnsperspektivet skal ivaretas slik at dagens helseforskning i sterkere grad skal åpne for problemstillinger knyttet til ulikheter mellom kjønnene, jf. Likestillingsmeldingen (2015–2016). Det ble i 2020 utlyst 50 mill. kroner til satsingen der fire søknader ble innvilget. Det planlegges en ny, stor utlysning i 2022.

Evalueringer

Følgeevalueringene på fritt behandlingsvalg, pakkeforløp for kreft, rituell omskjæring av gutter og Omsorg 2020 startet opp i 2017. Helse- og omsorgsdepartementet ga Norges forskningsråd i oppdrag å administrere evalueringene. Noen av resultatene fra de tre førstnevnte evalueringene går frem under, mens Omsorg 2020 avsluttes i 2022.

Evaluering av fritt behandlingsvalg

Ved innføringen av fritt behandlingsvalg i 2015 ble det varslet at ordningen skulle følgeevalueres i regi av Forskningsrådet. Det ble bevilget 10 mill. kroner til evalueringen i statsbudsjettet for 2016. Evalueringen skulle belyse hvordan fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene for ordningen – reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og stimulans til de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Evalueringen er gjennomført av Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, og med deltakere fra Norge Samfunn og Senter for Rus og Avhengighetsforskning (Seraf).

Evalueringen fra august 2021 viser at de som har benyttet seg av ordningen har fått kortere ventetider, og det fremheves at fritt behandlingsvalg har bidratt til økt valgfrihet og mangfold. Det slås fast at dette oppleves som svært viktig for noen pasienter, særlig innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering. Evalueringen finner i liten grad at fritt behandlingsvalg har bidratt til å redusere den gjennomsnittlige ventetiden i spesialisthelsetjenesten eller effektiviteten i sykehus. Det må sees i sammenheng med at antallet pasienter som har benyttet fritt behandlingsvalg utgjør en liten andel av det totale antallet pasienter i spesialisthelsetjenesten. Evalueringen viser imidlertid at fritt behandlingsvalg har en effekt på ventetid i de offentlige sykehusene i områder der fritt behandlingsvalg-leverandører er lokalisert.

Rapporten trekker frem at det er utfordringer knyttet til pasientenes og helsepersonellens kjennskap til retten til å velge behandlingssted og at enkelte pasienter på ulike måter blir forhindret fra å bruke retten til fritt behandlingsvalg, f.eks. ved at de ikke blir informert om ordningen. Rapporten kommer med flere anbefalinger om hvordan dette kan forbedres. Departementet vil vurdere anbefalingene nærmere.

Evaluering av Pakkeforløp for kreft

Pakkeforløp for kreft ble gradvis innført i Norge fra januar 2015, og i løpet av 2015 ble det innført 28 pakkeforløp for kreft. Målet med å innføre pakkeforløp for kreft er å bidra til rask diagnostikk og behandling uten ikke-medisinske begrunnede forsinkelser eller ventetid for pasientene. Hovedmålet for evalueringsprosjektet har vært å få kunnskap om hvordan pakkeforløp for kreft erfarer av pasienter og tjenesteutøvere, samt å få kunnskap om hvorvidt pakkeforløpene oppfyller myndig-

hetenes intensjoner med dem. Prosjektet er gjennomført av Sintef, NTNU og NTNU Samfunnsforskning.

Evalueringen viser at innføring av pakkeforløp har bidratt til å sette pasientlogistikk og forløp på dagsorden og at tverrfaglig arbeid har blitt styrket og formalisert. Evalueringen viser videre at sykehusene har lyktes med å jobbe smartere og mer effektivt og at pakkeforløp bidrar til å redusere ventetider og skape mer strømlinjeformede pasientforløp. Fastlegene er stort sett positive til pakkeforløp for kreft og at det finnes en rask vei inn i spesialisthelsetjenesten ved mistanke om kreft hos en pasient. Evalueringsrapporten konkluderer med at det ser ut som pakkeforløp medfører mindre uønsket variasjon i utredningstider og større forutsigbarhet for pasientene. For pasientene har pakkeforløp bidratt til trygghet og tillit til at de blir godt ivaretatt uten unødige forsinkelser. Evalueringen tyder imidlertid ikke på at pakkeforløp øker pasientmedvirkning eller -involvering gjennom forløpet. Rapporten anbefaler blant annet at pasientene bør få tydeligere informasjon om hva brukermedvirkning er og hvordan det er mulig å medvirke innenfor det enkelte pakkeforløp. Departementet vil vurdere rapportens anbefalinger nærmere.

Evaluering av rituell omskjæring av gutter

Formålet med Lov om rituell omskjæring i Norge er å sikre at rituell omskjæring av gutter utføres på en forsvarlig og betryggende måte, og sikre at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig. Ifølge lov om rituell omskjæring av gutter, skal regionale helseforetak organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen helseregionen, kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte. Samtidig er det i loven om rituell omskjæring av gutter presisert at tilbud om rituell omskjæring ikke skal skje på bekostning av andre pasienters lovfestede rett til helsehjelp eller at spesialisthelsetjenestens evne til å oppfylle andre lovpålagte krav eller plikter påvirkes.

Den forskningsbaserte evalueringen er utført av en forskergruppe fra OsloMet/NOVA og Universitetet i Oslo. I evalueringen framgår at i det undersøkte materiale blir det store flertallet av rituelle omskjæringer i Norge (mellom 600–900 pr. år) utført av private klinikker og legekantor. Det utføres få rituelle omskjæringer gjennom det offentlige tilbudet, ca. 100 pr. år i perioden 2015–2019. Med offentlig tilbud menes tilbud i offentlige sykehus og tilbud ved private klinikker som utfører inngrepet etter avtale med det offentlige.

Evalueringen viser at det har vært få komplikasjoner i perioden som er undersøkt. I og med at den offentlige helsetjenesten står for svært få rituelle omskjæringer, kan det se ut til at det offentlige tilbudet om rituell omskjæring i liten grad fortrenger andre medisinsk nødvendige inngrep. Foreldrene som deltok i undersøkelsen, uttrykte sterk tillit til det norske helsevesenet og ønsket at rituell omskjæring skal foretas innenfor det offentlige. Ifølge rapporten er informasjon om det offentlige tilbudet lite tilgjengelig for foreldre, og tilbudet er ikke likeverdig i de fire helseregionene. Rapporten kommer med flere anbefalinger til hvordan dette kan forbedres. Departementet vil vurdere anbefalingene nærmere.

HelseOmsorg21-rådet og HelseOmsorg21-monitor

HelseOmsorg21-rådet og HelseOmsorg21-monitor er to viktige tiltak i HelseOmsorg21-strategien. Fra 2020 er det etablert et nytt HelseOmsorg21-råd med 16 medlemmer. Rådet har en viktig rolle som arena for dialog og møteplass på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor. Rådet skal bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, verdiskaping og næringsutvikling.

HelseOmsorg21-monitor (HO21-monitor) viser statistikk om forsknings- og innovasjonsaktiviteter innenfor helse og omsorg i Norge. Formålet er å samle relevant statistikk på ett sted og gi et godt kunnskapsgrunnlag for beslutninger på alle nivåer. Forskningsrådet har arbeidet med å videreutvikle monitoren i 2020 og 2021.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	60 306	54 504	44 211
79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	66 326	88 477	84 621
	Sum kap. 781	126 632	142 981	128 832

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å flytte 1,0 mill. kroner til kap. 701, post 01, for En vei inn-løsningen «melde.no»
- det foreslås å flytte 9,9 mill. kroner til kap. 740, post 01, for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Bevilgningen dekker utgifter til ulike utviklingsprosjekter i helse- og omsorgstjenesten. Nedenfor omtales enkelte tiltak.

Arbeid og helse

Mange med ulike helseproblemer som står utenfor arbeidslivet har behov for samtidig bistand fra arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenestene for at målet om økt arbeidsdeltakelse og bedre helse skal nås. Dette gjør at

helse- og omsorgstjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen må samarbeide for å kunne møte brukernes behov for tjenester.

Tilbud innen arbeid og helse inngår i tverrfaglige poliklinikker innen somatikk og psykisk helsevern. Det er utviklet flere modeller og tiltak der helsetjenesten og Nav samarbeider om behandlingsforløp som skal bidra til bedre helse, arbeidsinkludering, utdanning og redusert sykefravær. F.eks. Individuell jobbstøtte (IPS), Skole- og JobbResept og HelseIArbeid fra IA-avtalen. Pakkeforløpene innen psykisk helse og rus gir tydelige anbefalinger om at forholdet til arbeid eller utdanning skal inngå i kartleggingen, og videre at det som del av behandlingen lages en plan for å ikke falle ut av eller tilbakeføring til skole/arbeid.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet arbeider med å videreutvikle arbeid og helse som fagfelt. Målsettingen er at arbeid/utdanning skal inngå i behandlingen når det er hensiktsmessig. Direktoratene har utarbeidet en

felles strategi, med et nasjonalt fagråd for arbeid og helse, og er i gang med å utarbeide felles nasjonale faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen fagområdet arbeid og helse. FHI har etter oppdrag fra Helsedirektoratet kartlagt eksisterende normerende produkt både nasjonalt og internasjonalt som ledd i dette arbeidet.

Fra 2018 ble øremerkede midler til Raskere tilbake overført til de regionale helseforetakene for å videreføre arbeidsrettede behandlingstilbud til personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Det ble samtidig avsatt midler til en forskningsbasert evaluering av omleggingen, monitorering og kunnskapsspredning av tiltak og modeller med god effekt. Resultatene skal legges fram i 2021.

Statsforvalteren har i 2021 i oppdrag å kartlegge tjenestesamhandling mellom Nav-kontor og helse- og omsorgstjenester om tjenestemottakere og pasienter som har behov for samtidige tjenester. Denne kartleggingen vil bidra med innsikt i hva som er etablert av samarbeid, og til dels hva som hemmer og fremmer god samhandling lokalt. Arbeids- og velferdsdirektoratet vil sammen med Helsedirektoratet få i oppdrag for 2022 å utrede nye modeller for samarbeid mellom Nav og helsetjenesten for utprøving. Behovet for bedre samarbeid mellom arbeids- og velferdstjenestene og helse- og omsorgstjenestene er framhevet i Meld. St. 32 (2020–2021) Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv. Det er særlig pekt på behovet for å videreutvikle samarbeidet mellom Arbeids- og velferdsetaten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Som varslet i stortingsmeldingen har direktoratene derfor fått et felles oppdrag om å undersøke barrierer og mulige tiltak for tettere og mer systematisk tjenestesamhandling. Oppdraget omfatter også utprøving av nye modeller for tjenestesamhandling. Utprøvingen vil særlig rette seg mot personer med psykiske helseutfordringer og/eller ruslidelser.

Det vises til nærmere omtale av arbeid og psykisk helse under kap 765, post 73 og om arbeid og helse i Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon.

Nasjonalt kreftstrategi (2018–2022)

Nasjonalt kreftstrategi «Leve med kreft» (2018–2022) legger grunnlaget for at norsk kreftomsorg skal bli enda bedre. Det skal fortsatt vært høyt nivå på diagnostikk og behandling. Men det skal være større oppmerksomhet på pasientenes psy-

kososiale behov og behovet for oppfølging etter avsluttet kreftbehandling.

Det skal etableres et Pakkeforløp hjem som skal beskrive hvordan pasientenes behov kan ivaretas i overgangen fra sykehus til kommunen. For nærmere omtale av innholdet i kreftstrategien vises det til Prop. 1 S (2018–2019).

Det er viktig at pasienter med uhelbredelig kreftsykdom tilbys god palliativ behandling som lindrer plager og gjør den siste delen av livet så god som mulig. Men palliativ behandling bør ikke bare være et tilbud mot slutten av livet. For pasienter som har behov for det, skal palliativ behandling være en integrert del av hele forløpet. Regjeringen la fram en stortingsmelding om palliasjon i 2020. Det vises til nærmere omtale under kap. 761, post 21.

Pakkeforløp psykisk helse og rus

Pakkeforløpene er en kvalitetsreform innen psykisk helse og rusbehandling. Disse skal blant annet bidra til økt brukermedvirkning og brukertilfredshet. Pasienten skal oppleve et bedre koordinert forløp, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Et viktig mål er også bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

Per januar 2020 var det innført tre generelle pakkeforløp innen rusbehandling, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og fire tilstandsspesifikke pakkeforløp for spiseforstyrrelser, psykoselidelser, tvangslidelser og for gravide med rusmiddelproblemer. I tillegg er det laget et pakkeforløp for barnevern – psykisk helse. Det betyr at store deler av psykisk helsevern og TSB nå er organisert som pakkeforløp. 375 000 pasienter var per 10. juni 2021 henvist til pakkeforløp siden oppstarten av pakkeforløpene i 2019, og i underkant av 63 500 henvist til pakkeforløp i 2021.

Implementering, forbedring og videreutvikling av pakkeforløpene har høy prioritet. I 2020 og 2021 har Helsedirektoratet arbeidet med å videreutvikle pakkeforløpene. Pakkeforløp spiseforstyrrelser utvides fra 18 til 23 år, det lages kapitler om utredning av ADHD hos barn og unge, oppfølging etter rusmiddeloverdose, samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) og om familiarbeid og ivaretagelse av barn som pårørende. Disse kapitlene vil inngå i eksisterende pakkeforløp. I juni 2020 ble pakkeforløp barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge publisert. Dette utvides med kapitler om somatisk helse, tannhelse og seksuell helse.

Helsedirektoratet, brukerne og tjenestene kan følge med på om målsetningene for pakkeforløpene nås både gjennom slike årlige rapporter, gjennom følgeevalueringer fra Sintef og gjennom et eget dashboard for pakkeforløp, der informasjon om resultater legges ut fortløpende. Årsrapport fra Helsedirektoratet viser at 70 pst. av pasienter i pakkeforløp for psykisk helse og rus ble utredet innen anbefalt forløpstid i 2020. Dette er under målet om 80 pst., men viser god utvikling. Den første evalueringen fra Sintef (2019) der fagfolk ble intervjuet, viste enighet om at det faglige innholdet i pakkeforløpene er godt, men at ansatte opplevde registreringen som belastende. I evalueringen for 2020 ble både fagfolk, pasienter, brukere og pårørende intervjuet. Det er fortsatt enighet om at intensjonene i pakkeforløp er gode. Administrative rutiner og krav knyttet til koding og registrering av pakkeforløpene har blitt mer etablert i tjenesten. Målsetningene om brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte forløp, og bedre somatisk helse og levevaner er ikke er tilstrekkelig implementert.

Helsedirektoratet og RHF'ene legger evalueringene til grunn i implementering og videreutvikling av det helsefaglige innholdet i pakkeforløpene, og i arbeidet med å bedre rapportering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene.

Pakkeforløpene innen psykisk helse og rus er komplekse og innebærer store endringer i organisering og arbeidsmåter på psykisk helse- og rusfeltet. Helsedirektoratet vil forskyve sluttevalueringen med ett år slik at tiltakene som settes inn kan få bedre tid til å virke. De regionale helseforetakene skal også sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene.

Bevilgningen til Helsedirektoratets arbeid med pakkeforløp ble i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2019–2020) styrket med 5 mill. kroner over kap. 740, post 21 til utvikling av pakkeforløp for ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser.

Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren (InnoMed)

InnoMed skal spre kompetanse om tjenesteinnovasjon på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Bevilgningen på totalt 12,9 mill. kroner i 2022 går til videreføring av InnoMed som nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren. InnoMed eies og styres av de fire regionale helseforetakene og KS.

Dataanalyse, styringsinformasjon og statistikk

Ved Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) ble det bevilget 0,5 mill. kroner til arbeid med dataanalyse, styringsinformasjon og statistikk i Helsedirektoratet. Bevilgningen foreslås videreført i 2022.

Post 79 Tilskudd

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings- og kompetansehevende tiltak innenfor enkelte områder av helsetjenesten.

Følgende tiltak fra saldert budsjett 2021 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2022:

- Tilskuddsordning for pasientorganisasjoner som ønsker å etablere kontaktfamilieordning
- Kliniske etikkomitéer. Øvrig tilskudd til sentret er omtalt under kap. 761, post 21
- Norsk ressursgruppe for organdonasjon (Norod)
- Nasjonalt faglig nettverk for organdonasjon til transplantasjon (NFNOT)
- Stiftelsen organdonasjon
- Nasjonalt medisinsk museum
- Standard Norge
- Økt rekruttering av blodgivere. Tilskuddet utbetales til Røde Kors
- 26,5 mill. kroner til Blå Kors Kompasset. Blå Kors har utviklet modeller og tiltak som kan nå barn som er pårørende.
- 9,7 mill. kroner til Diabetesforbundet
- 7,6 mill. kroner til Norsk pasientforening og Landsforening for uventet barnedød
- 2,8 mill. kroner til Kreftlinjen
- 1,1 mill. kroner til onkologiske faggrupper

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	128 086	106 344	64 977
61	Tilskudd til kommuner	131 047	160 416	193 338
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	15 983	27 869	28 337
	Sum kap. 783	275 116	294 629	286 652

Helse- og omsorgstjenesten er svært personell- og kunnskapsintensiv. Personell utgjør om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen. Både utdanning av helsepersonell og kompetanseutvikling er viktig for innholdet i og kvaliteten på tjenestene. Tilstrekkelig og riktig kompetanse må sikres, samtidig som tjenestene er preget av endring og utvikling.

Grunnutdanninger, videre-, etter- og spesialistutdanningene må være innrettet for å møte pasientenes og tjenestenes behov. For å møte framtidige personell- og kompetanseutfordringer i tjenesten må både breddekompetanse og spesialisert kompetanse sikres for å ivareta og videreutvikle gode tjenestetilbud. Godkjennings- og autorisasjonsordningene må innrettes slik at sentrale målsettinger for den helhetlige helse- og omsorgstjenesten ivaretas.

Anmodningsvedtak

Medisinstuderer i primærhelsetjenesten

Vedtak nr. 363, 19. desember 2017

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

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

I Innst. 11 S (2020–2021) viser Helse- og omsorgskomiteen til at Stortinget ikke har mottatt egen sak og anser derfor ikke vedtaket som utkvittert.

I Innst. 580 S (2020–2021) har Kontroll- og konstitusjonskomiteen vist til behandlingen av vedtaket i helse- og omsorgskomiteen og vist til at departementet vil komme tilbake til saken på egnet måte. Komiteen avventer tilbakemeldingen før vedtaket kvitteres ut.

I Innst. 12 S (2020–2021) sluttet Stortinget seg til en økning i kapasiteten av medisinstudenter i Norge ved bruk av desentraliserte studiemodeller.

I den nasjonale retningslinjen for medisinstudenter som ble vedtatt i 2020, ble det forskriftsfestet at alle medisinstuderer skal ha 10 ukers praksis i primærhelsetjenesten.

Som en oppfølging av Grimstadutvalgets rapport har regjeringen nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe som ser på mulighetene for å øke utdanningskapasiteten i medisin i Norge gjennom å ta en større del av helsetjenesten i bruk. Gjennom dette arbeidet har universitetene ved de medisinske fakultetene meldt om utfordringer knyttet til praksisplasser i kommunene.

I Meld. St. 19 (2020–2021) Styring av statlige universiteter og høyskoler vises det til en nasjonal prosess om dimensjoneringen av medisinstudenter i årene framover. Stortinget behandlet meldingen våren 2021.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helseledelse i oppdrag å utrede etablering av praksiskontor i kommunene for helse- og sosialfaglige utdanninger. Praksiskontorer kan bidra til bedre organisering og koordinering av praksis.

Spesialisering innen geriatri

Vedtak nr. 642, 24. april 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018). I Innst. 11 S og Innst. 373 S (2019–2020), samt i Innst. 11S (2020–2021) uttaler Stortinget at de avventer med å utkvittere vedtaket til slik bemanning er på plass ved samtlige store sykehus, her-

under i Helse Førde HF og Nordlandssykehuset HF. Det vises til tilsvarende merknad fra Kontroll- og konstitusjonskomiteen, jf. Innst. 580 S (2020–2021).

De regionale helseforetakene fikk i 2020 i oppdrag å sikre at alle akuttisykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og at alle store akuttisykehus skal ha spesialist i geriatri. I årlig melding for 2020 rapporterer Helse Vest RHF at Helse Førde HF har ansatt geriater i bistilling, i et samarbeid med Haraldsplass diakonale sykehus, og at de har leger i spesialisering i geriatri. Helse Nord RHF rapporterer at det ved Nordlandssykehuset HF er geriater i Bodø. De regionale helseforetakene rapporterer at de arbeider med rekruttering og at de har leger i spesialisering i denne spesialiteten ved mange sykehus. I tillegg arbeides det mange steder med breddekompetanse på tvers av personellgrupper og legespesialiteter for å ivareta og styrke tilbudet innen geriatri. I ny spesialistutdanning for leger er det også læringsmål i spesialiteten i akutt- og motaksmedisin og i de indremedisinske spesialitetene som sikrer breddekompetanse innen behandling av eldre. Anmodningsvedtaket ansees som oppfylt.

Kvalitet i legenes spesialistutdanning

Vedtak nr. 922, 12. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:210 S (2017–2018), jf. Innst. 339 S (2017–2018). I Innst. 11 S (2019–2020) og Innst. 373 S (2019–2020) framgår det at Stortinget avventer regjeringens omtale av oppfølgingen av vedtaket når Helsedirektoratets prosesser er ferdige.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for nasjonal standardisering i legenes spesialistutdanning i henhold til Stortingets vedtak. Direktoratet rapporterer at de har gjennomført en bred høring for å kvalitetssikre prosedyrelistene. Regionale helseforetak og private og ideelle utdanningsvirksomheter har gitt innspill på kvalitet og innhold på prosedyrelistene. For spesialiteten allmennmedisin har innspill blitt innhentet fra Legeforeningens spesialitetskomité. Helsedirektoratet følger med

på helheten og kvaliteten i legenes spesialistutdanning. De rapporterer at de er i gang med å utvikle en helhetlig plan for kvalitetsoppfølging av alle elementene i ny spesialistutdanning for leger. Blant annet vil følgende prosesser bli vektlagt; endringer i spesialitetsstrukturen, endringer i læringsmål og nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter, følge opp utdanningsvirksomhetene der spesialiseringen skjer og innhente øvrig informasjon om kvaliteten i spesialistutdanningen. Anmodningsvedtaket ansees som utkvittert.

Palliativ medisin som medisinsk spesialitet

Vedtak nr. 90, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen etablere palliativ medisin som en medisinsk spesialitet, eller påbyggingsspesialitet som gir en formalisering av kompetanse i palliativ medisin med status som medisinsk spesialitet. Muligheten for å bygge på læringsmål/innhold fra ulike spesialiteter skal inngå i etableringen av den nye spesialiteten. Som en følge av dette må det opprettes kliniske utdanningsstillinger.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg, jf. Innst. 73 S (2020–2021).

Helsedirektoratet er gitt oppdrag i tildelingsbrevet for 2021 om å starte arbeidet med å etablere en ny medisinsk spesialitet i palliasjon i henhold til Stortingets vedtak. Muligheten for å bygge på læringsmål og innhold fra ulike spesialiteter skal inngå i etableringen av den nye spesialiteten. Den nye spesialiteten skal ivareta faglige behov i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger skal legges til grunn for arbeidet med etableringen. Anmodningsvedtaket ansees å være oppfylt.

Autorisasjon til naprapater og osteopater og vurdering av akupunktører

Vedtak nr. 165 (2020–2021) 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen gi offentlig autorisasjon til naprapater og osteopater, samt ta en ny vurdering av om akupunktører skal autoriseres som helsepersonell. Inntil vurderingen av akupunktører er fullført skal momsunnatak videreføres.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 11 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp ved Prop. 236 L (2020–2021) om endringer i helsepersonelloven som ble fremmet for Stortinget 17. september 2021. I proposisjonen er det foreslått å autorisere naprapater og osteopater etter helsepersonelloven, jf. omtale av vedtak nr. 1347.

Hovedformålet med autorisasjonsordningen fremgår av helsepersonellovens forarbeider; å ivareta pasienters sikkerhet, sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å inneha en bestemt yrkesrolle, og at pliktbrudd kan føre til tilbakekall av autorisasjon såfremt helsepersonellet finnes uskikket.

I vurderingen av om akupunktører skal gis autorisasjon som helsepersonell, er det sett hen til de kriteriene som fremkommer av forarbeidene til helsepersonelloven og som bør tillegges vekt ved vurderingen av om en yrkesgruppe bør gis autorisasjon. (i) Utdanning: Utdanningen ved Høyskolen Kristiania er NOKUT-godkjent, men den bygger i stor grad på tradisjonell kinesisk medisin, som ifølge Helsedirektoratet gjør at den i mindre grad kan anses vitenskapelig forankret. (ii) Yrkesrollens innhold: Mange akupunktører arbeider i direkte pasientrettet virksomhet, og mange er selvstendig næringsdrivende. Skadepotensialet anses imidlertid som lite. Bivirkninger er ikke alvorlige, og antallet registrerte skader så lavt at behandlingen anses trygg og med liten risiko for pasienten. (iii) Internasjonale forhold: Autorisasjon av akupunktør er ikke regulert i Norden, kun i Portugal og Malta i Europa. I Sveits må man være autorisert lege for å drive akupunktur. I Frankrike og Ungarn må man være lege med videreutdanning i akupunktur for å praktisere akupunktur.

Etter en helhetlig vurdering av om akupunktører skal gis autorisasjon som helsepersonell, er det besluttet at akupunktører ikke gis autorisasjon. Det er lagt vekt på hovedformålet med autorisasjonsordningen, kriteriene som bør tillegges vekt ved vurderingen av autorisasjon av nye yrkesgrupper. Anmodningsvedtaket anses som utkvittert.

Strengere språkkrav for helsepersonell

Vedtak nr. 966, 20. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede en lovregulering av språkkrav – kombinert med tilbud om språkopplæring – som er nødvendig for å ivareta

kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:181 S (2020–2021), Innst. 401 S (2020–2021).

Spørsmålet om lovregulering av språkkrav er utredet i Helse- og omsorgsdepartementet. Det foreslås ikke lovregulering av språkkrav. Plikten til forsvarlighet innebærer at arbeidsgiver har ansvar for at deres ansatte har nødvendig språk- og kommunikasjonskunnskaper for å ivareta sine arbeidsoppgaver på en forsvarlig måte. Det følger derfor av gjeldende regelverk at helsepersonell, også ufaglærte som yter helse- og omsorgstjenester, skal ha nødvendige språkkunnskaper for å utøve sitt yrke på en forsvarlig måte. En stor utfordring med lovregulering av språkkunnskaper vil være å finne riktig nivå på kravene til forskjellige yrker og ulike stillinger. Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits stiller krav om språktest og kurs i nasjonale fag for de 29 lovregulerte helseprofesjonene. Språkkravet er Bergenstesten nivå B2. For å styrke tilbudet om språkopplæring er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å utarbeide en nasjonal veileder med eksempler på nødvendige språkkunnskaper i ulike type jobber. Formålet med veilederen er å understøtte arbeidsgiveres ansvar for å sikre nødvendige språkkunnskaper. Det foreligger ulike typer norskkurs, også webbaserte, som er gode verktøy for å tilegne seg og forbedre norskkunnskaper. Anmodningsvedtaket anses ukvittert.

Lovforslag om autorisasjon av naprapater og osteopater

Vedtak nr. 1347, 23. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at naprapater og osteopater gis offentlig autorisasjon, og fremme et lovforslag om dette så raskt som mulig over sommeren og senest i september, samt sikre at det midlertidige momsfrirket videreføres frem til autorisasjon er på plass.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp ved Prop. 236 L (2021–2022) om endringer i helsepersonelloven som ble fremmet for Stortinget 17. september 2021. I proposisjonen er det foreslått å autorisere naprapater og osteopater etter helsepersonelloven. Det tas

sikte på at loven trer i kraft raskt etter en ev. vedtakelse.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For å få et klarere skille mellom midler til statlige driftsutgifter og tilskuddsmidler, er bevilgningen delt mellom post 21 og post 79, Andre tilskudd. Det er gitt en samlet omtale under post 79.

Post 61 Tilskudd til kommuner

Det gis tilskudd til kommuner for leger i del 1 av spesialistutdanningen, LIS1. Det vises til omtale av ordningen, herunder forslag om økning i antallet LIS1-stillinger i 2022, under kap. 732, post 70.

Kommunene skal i 2022 ta imot legene i de 38 nye LIS1-stillingene som er opprettet i Helse Nord RHF. Bevilgningen foreslås økt med 14,9 mill. kroner til 19,65 mill. kroner til disse stillingene i 2022. Videre skal de siste 50 av de 100 midlertidige LIS1-stillingene som ble opprettet i 2020 til kommunene. Bevilgningen foreslås økt med 1 mill. kroner til 26 mill. kroner knyttet til disse stillingene i 2022. Også de 50 første av de 100 permanente LIS1-stillingene som ble opprettet i skal i kommunehelsetjeneste i 2022. Bevilgningen foreslås økt med 12,5 mill. kroner til disse stillingene i 2022. Til sammen foreslås bevilgningen over kap. 783, post 61 økt med 28,4 mill. kroner.

Post 79 Andre tilskudd

Helsepersonellregisteret og Legestillingsregisteret

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven. Legestillingsregisteret (LSR) gir en nasjonal oversikt over fordeling av legestillinger. Helsedepartementet er eier og faglig forvalter av HPR og LSR, mens Direktoratet for e-helse forvalter plattformen registeret benytter. Det er løpende behov for å utvikle registrene slik at de treffer godt på behovene i hele tjenesten. Dette inkluderer å digitalisere, forenkle datainnsamling og trekke på andre registre i forbindelse med analyser mv.

Register for reservepersonell og innsatspersonell i forbindelse med covid-19 pandemien

I forbindelse med pandemien ble det i mars 2020 etablert et nasjonalt register for reservepersonell, nasjonalthelsepersonell.no, hvor helsepersonell med ledig kapasitet kan registrere seg. Helsefore-

tak og andre kan få brukertilgang til å rekruttere personell direkte fra registeret. En undergruppe med Nasjonalt innsatspersonell ble etablert i november 2020. Innsatspersonellet er kvalitets-sikret, har fått opplæring og de har sagt seg villig til å reise og ta oppdrag på kort varsel. Underveis i pandemien har kommuner rapportert om utfordringer vedrørende å skaffe tilstrekkelig personell. Samtidig er de nasjonale registrene benyttet i mindre grad enn forventet. Det er behov for å videreføre tiltakene inntil videre.

Helsepersonell utdannet i utlandet

Helsedepartementet har ansvar for autorisasjon og godkjenning av helsepersonell som skal sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse. Det ble i 2020 behandlet 25 000 søknader om autorisasjon og lisens fra søkere over hele verden. Helsepersonell fra utlandet omfatter 23 pst. av disse sakene.

Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits fra 2017 stiller krav om språkstest og kurs i nasjonale fag for de 29 lovregulerte helseprofesjonene. I tillegg kreves prøve i legemiddelhåndtering og fagprøve for noen profesjoner. Helsedepartementet har inngått avtaler med forskjellige utdanningsinstitusjoner om kurs i nasjonale fag og fagprøver. Gjennomføring av tilleggskravene gir søkerne økte kostnader for å oppnå autorisasjon.

Personell- og kompetansestatistikk

Statistisk sentralbyrås beregningsmodell Helsemod brukes til å fremskrive tjenestenes behov for og tilgangen på personell på nasjonalt nivå. På oppdrag fra departementet jobber Statistisk sentralbyrå med analyser som skal forbedre framskrivingsmodellen. Framskrivninger bidrar til et bedre kunnskapsgrunnlag i arbeidet med tilgang på personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, og ses i sammenheng med andre tiltak for bedre tjenesteorganisering og bedre anvendelse av personellet.

Legenes spesialistutdanning

Helsedepartementet følger med på helheten og kvaliteten i legenes spesialistutdanning i tråd med den forskriftsfestede rollen i Spesialistforskriften. Det er et løpende behov for å utvikle legenes spesialistutdanning i tråd med utviklingen innen demografi, sykdomsbyrde, faglig og teknologisk utvik-

ling, og med tanke på regional fordeling. Direktoratet legger opp til en helhetlig plan for kvalitetsoppfølging av alle elementene i ny spesialistutdanning for leger, jf. omtalen av anmodningsvedtak nr. 922, juni 2018. Direktoratet framholder at revisjoner av spesialiteter bør gjennomføres som helhetlige revisjoner, hvor læringsmål og læringsaktiviteter sees i sammenheng og der det tas hensyn til fagenes utvikling og fremtid. Direktoratet fortsetter arbeidet med å godkjenne og registrere utdanningsvirksomheter i henhold til kravene som er satt for å kunne tilby spesialistutdanning for leger.

Direktoratet har også fått oppdrag om å starte arbeidet med å etablere en ny medisinsk spesialitet i palliasjon i henhold til Stortingets vedtak, jf. omtale av anmodningsvedtak nr. 90, november 2020.

Se kap. 732, post 70 for omtale av økning i antall stillinger for leger i del 1 av spesialistutdanningen, LIS1-stillinger. Se kap. 762, post 63 for øvrig omtale av spesialistutdanning i allmennmedisin.

Kurs og veiledningstiltak

I regi av statsforvalterne gis det tilskudd til kurs og veiledningsprogram for del 1 av spesialistutdanningen for leger og turnusfysioterapeuter, samt til veiledere for leger i del 1 og turnusfysioterapeuter. Tilskudd til reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanningen og til fysioterapeuter i turnus gis etter eget regelverk hvor distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges.

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det var om lag 40 kiropraktorkandidater i turnustjeneste i 2020. Det gis tilskudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar imot turnuskandidater. Det forventes samme nivå på antall kandidater de nærmeste årene.

Kvalifikasjonsprogram for autorisasjonssøkere med mastergrad i psykologi fra ELTE-universitetet i Ungarn

Som følge av praksisendring høsten 2016 har kandidater med master i psykologi fra ELTE-universitetet i Budapest fått avslag på søknad om autorisa-

sjon og/eller lisens for å gjennomføre praksis. Helsedirektoratet har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utarbeidet komplette tiltak for om lag 200 studenter som hadde påbegynt utdanningen ved ELTE før Helsedirektoratet endret godkjenningspraksis høsten 2016. Tiltaket har en varighet på 14 måneder og skal føre fram til norsk autorisasjon som psykolog. Kull en av i alt tre startet i november 2018 og var ferdig ved årsskiftet 2019/2020. Kull 2 startet i november 2019 og er ferdig i februar 2021. Tiltakets kull 3 hadde oppstart februar 2021. Videre jobber Helsedirektoratet med en særskilt tilrettelegging for enkeltkandidater som vil strekke seg over i 2022 og 2023.

Kostnadene til programmet vil fluktuere noe fra år til år avhengig av hvor mange kandidater som til enhver tid gjennomfører programmet og kostnader forbundet med dette. Det er lagt opp til noe overlapp mellom puljene, slik at det på gitte tidspunkt vil være mer enn en pulje som gjennomfører programmet. Det foreslås å redusere bevilgningen med 42 mill. kroner til kvalifikasjonsprogrammet i 2022. Samlet foreslås det om lag 23 mill. kroner til formålet i 2022.

Alternativ behandling

Formålet med bevilgningen er å sørge for kvalitetssikret informasjon som kan øke kunnskapen om alternativ behandling, bidra til etisk bevissthet blant utøverne, samt bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Bevilgningen dekker utgifter til registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene (Altbas) og tilskudd til Nasjonalt forskningscenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam). Nafkam bidrar internasjonalt som ett av to europeiske samarbeidssentre for tradisjonell medisin i Verdens helseorganisasjon med hovedansvar for kvalitet og sikkerhet innen alternativ behandling.

Fra 2022 innføres det resultatbasert finansiering for sentrene som mottar tilskudd over kap. 762 post 70, samt for Nafkam. Helsedirektoratet vil foreta omfordeling av 2 pst. av grunntilskuddet basert på gjennomsnittlig treårig beregnede forskningspoeng. Det vises til nærmere omtale under kap. 762 post 70 og under programkategori 10.70 Tannhelsetjenester.

Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden

Folketrygdens stønad til helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til nødvendige helsetjenester ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad til helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og staten ved de regionale helseforetakene for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

Folketrygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og røntgeninstitutt, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester. Refusjonstakstene for lege-, fysio- og psykologtjenester blir fastsatt som resultat av de årlige takstforhandlingene.

Innen tannhelse gis det stønad til tannregulering hos barn og unge, og til dekning av utgifter til tannbehandling til voksne som har særskilte sykdommer eller lidelser.

Legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept finansieres også av folketrygden og pasientene.

Over bidragsordningen gis det støtte til dekning av utgifter til enkelte helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover.

Saksbehandlingen og utbetalingen av refusjoner foregår i Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Helfo er en egen organisatorisk og administrativ enhet underlagt Helsedirektoratet. Se omtale under programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning.

I 2021 ble det innført krav om at stønad til helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5 fremsettes av, og utbetales direkte til tjenesteyteren (direkte oppgjør).

I 2021 ble egenandelstak 1 og 2 ble slått sammen til ett felles egenandelstak. Endringen er en forenkling for brukerne og gir lavere egenandelsutgifter til de som oppnådde frikort ved begge takordningene eller har høye egenandelsutgifter under begge takene.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	5 598 641	6 292 046	6 398 230	1,7
	Sum kategori 30.10	5 598 641	6 292 046	6 398 230	1,7

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
50-89	Overføringer til andre	5 598 641	6 292 046	6 398 230	1,7
	Sum kategori 30.10	5 598 641	6 292 046	6 398 230	1,7

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
70	Spesialisthjelp	2 151 803	2 300 050	2 530 000
71	Psykologhjelp	338 936	354 300	375 000
72	Tannbehandling	2 034 404	2 320 022	2 450 020
76	Private laboratorier og røntgeninstitut	1 073 498	1 317 674	1 043 210
	Sum kap. 2711	5 598 641	6 292 046	6 398 230

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til spesialist- og psykologhjelp, tannbehandling og private laboratorier og røntgeninstitut etter folketrygdeloven kapittel 5.

Vesentlige endringsforslag, utover underliggende vekst og generell prisjustering:

- 20 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til at takstene innenfor tannbehandling underreguleres med 0,9 pst.

- 36 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av teststasjon ved grenseoverganger.

Post 70 Spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i

medhold av folketrygdloven § 5-4, jf. omtale under kap. 2755, post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

Regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helse-regionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra regionale helseforetak, trygderefusjoner og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Det skal ikke betales egenandel ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- behandling av barn under 16 år og ved psyko-terapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år.

- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette går fram av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

De regnskapsførte utgiftene gikk ned med 6 mill. kroner fra 2019 til 2020, tilsvarende -0,3 pst. Den negative veksten skyldes lavere aktivitet særlig våren 2020 på grunn av koronapandemien. Volumveksten i 2020 anslås samlet til -1,2 pst. Volumveksten i 2021 anslås til 3 pst. Honorartakstene ble økt 1. juli 2021 med 5,5 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2022.

Tabell 4.18 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2019–2022 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
Kap. 2711, post 70	2 158	2 152	2 300	2 530
Volumvekst (anslag) ¹	2,4 %	-1,2 %	4 %	3 %

¹ Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Det vises også til omtale under kap. 732 post 76 vedr. arbeidet med å inkludere avtalespesialistene i ISF-ordningen.

Post 71 Psykologhjelp

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende psykologspesialist dekkes etter folketrygdloven § 5-7 med forskrifter. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale

med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege, psykolog eller fra barnevernadministrasjonens leder. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster og pasienten må vanligvis betale egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling, er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Tabell 4.19 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2019–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Endring
Psykolog	257,3	270,8	5,2 %
Nevropsykolog	53,8	53,6	-0,4 %
Utdanningskandidat psykoterapi	12,4	12,9	3,7 %
Avsetning til fond ¹	1,9	1,6	-14,8 %
Sum	325,5	338,9	4,1 %

¹ Avsetning til fond ble relativt lave i 2020 på grunn av at takstforhandlingene ble gjennomført på høsten og ikke våren. Fondsavsetning blir avtalt i forhandlingene.

De regnskapsførte utgiftene økte med 13 mill. kroner til 339 mill. kroner i 2020, eller med 4,1 pst. Takstoppgjøret i 2020 ble utsatt til høsten pga. pandemien og ga derfor relativt liten virkning på de regnskapsførte utgiftene i 2020. Utgiftsveksten

i 2020 skyldes i hovedsak en anslått volumvekst på 3,2 pst.

Honorartakstene ble økt 1. juli 2021 med 2,3 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2022.

Tabell 4.20 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2019–2022 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
Kap. 2711, post 71	325	339	354	375
Volumvekst (anslag) ¹	4,1 %	3,2 %	4 %	3 %

¹ Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Det vises også til omtale under kap. 732 post 76 vedr. arbeidet med å inkludere avtalespesialistene i ISF-ordningen.

Post 72 Tannbehandling

Vesentlige endringsforslag, utover underliggende vekst og generell prisjustering:

- 20 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til at takstene innenfor tannbehandling underreguleres med 0,9 pst.

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6 a og 5-25. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege eller tannpleier ved angitte diagnoser og/eller tilstander. De diagnosene og til-

standene som i dag gir rett til folketrygdstønad til tannbehandling, kan inndeles i følgende grupper:

- tilfeller der en bakenforliggende sykdom eller medisinsk tilstand eller behandlingen av denne gir store tannhelseproblemer
- tannregulering, hovedsaklig til barn og unge
- tann-/kjevesykdommer som inntreffer uavhengig av andre somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander

Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstakordningen, jf. kap. 2752, post 72. Folketrygden gir stønad basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det gis også stønad til tannbehandling som faller inn under yrkesskade etter folketrygdloven § 13.

Tabell 4.21 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2019–2022 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
Kap. 2711, post 72	2 224	2 034	2 320	2 450
Volumvekst (anslag) ¹	1,1 %	-6,9 %	7 %	1 %

¹ Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Fra 2019 til 2020 gikk folketrygdens utgifter til stønad til tannbehandling ned med 190 mill. kroner, fra 2 224 mill. kroner til 2 034 mill. kroner. Utgiftsreduksjonen utgjorde 8,5 pst. og skyldtes redusert aktivitet pga. koronapandemien. Volumnedgangen på 6,9 pst. i 2020 motsvares trolig av en omtrent like stor volumvekst i 2021, ifølge regnskapstall for første halvår 2021.

Blant enkeltordningene var stønad til behandling av helt eller delvis tanntap uten egne tenner blant ordningene med størst prosentvis nedgang i utbetalinger i 2020 sammenlignet med 2019. Nedgangen var på 19 pst., tilsvarende 7 mill. kroner. Nedgangen kan skyldes et oppdemmet behandlingsbehov ved innføringen av ordningen.

Innenfor behandling av tannkjøtt sykdommen marginal periodontitt gikk utgiftene ned med nærmere 15 pst. i 2020 sammenlignet med 2019. Nedgangen utgjorde 73 mill. kroner og kan knyttes til redusert aktivitet på grunn av koronapandemien samt økt kontrollinnsats fra Helfo. Samtidig var det en nedgang på om lag 10 pst., tilsvarende 5 mill. kroner innen stønad til tannbehandling til personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg som følge av varig somatisk eller psykisk sykdom, eller ved varig nedsatt funksjonsevne.

Utgiftene til stønad til tannregulering (kjeveortopedi) gikk ned med om lag 14 pst. i 2020 sammenlignet med 2019. Nedgangen i 2020 utgjorde 77 mill. kroner og var en samlet effekt av aktivitetsnedgang under pandemien og innstramningen i vilkårene for de minst alvorlige bittavvikene. Utgiftene gikk ned for alle grupper av tilstander. I gruppe c, de minst alvorlige tilstandene, var det størst prosentvis nedgang i utgiftene.

For 2022 foreslås en prisjustering på 1,7 pst. Prisjusteringen er lavere enn ordinær prisjustering, og innebærer en underregulering med gjennomsnittlig 0,9 pst. Innspart beløp utgjør om lag 20 mill. kroner som finansierer styrking av fylkeskommunenes tverrfaglige psykolog- og tannbehandlingstilbud til personer utsatt for tortur eller

overgrep, samt personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi), jf. kap. 770 Tannhelsetjenester, post 70.

Gjennomgang av folketrygdens stønad til tannbehandling

Folketrygdens stønad til tannbehandling består av 15 ulike ordninger med separate vilkår. Departementet har igangsatt en gjennomgang av flere av ordningene. Helsedirektoratet har så langt avgitt en utredning av stønad til tannregulering. Områdene som Helsedirektoratet er gitt oppdrag om, er det enten knyttet høye utgifter til, eller pasientenes tilstand er medfødt eller av langvarig/kronisk karakter.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå stønad til leppe-kjeve-ganespalte og tannutviklingsforstyrrelser, som begge er medfødte tilstander. Gjennomgangen skal ta utgangspunkt i de foreslåtte kriteriene for prioriteringer i tannhelsetjenesten, jf. Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Det er i tillegg igangsatt et utredningsarbeid innenfor tannkjøtt sykdommen periodontitt. Hensikten er å få vurdert innretning i takstsystemet for behandling av marginal periodontitt og dens følgetilstander.

Tannregulering er omfattet av et større utredningsoppdrag, som ble gitt Helsedirektoratet våren 2020. Oppdraget var todelt. Del én omfattet en videreutvikling og forenkling av dagens finansiering av tannregulering. Del to omfattet en utredning av organisering og finansiering av behandling av de alvorligste tilstandene. Oppdraget var en oppfølging av Blankholm-utvalgets anbefaling om en gjennomgang av folketrygden, og er i tillegg en oppfølging av tidligere utredninger på tannregulering. Del én av oppdraget ble ferdigstilt våren 2021, og har munnet ut i at det tas sikte på takstforenkling. Del to er utsatt, og ventes ferdigstilt innen utgangen av 2021. Se omtale under.

Tannregulering – skjerming mot egenbetaling for de alvorligste tilstandene

Framtidig organisering og finansiering av tannregulering for pasienter med de alvorligste tilstandene (gruppe a), ventes utredet innen utgangen av 2021. Bakgrunnen er at det i mange tilfeller kreves høy egenbetaling fra denne pasientgruppen, til tross for at staten yter 100 pst. honorartakst til behandlingen. Helsedirektoratet fikk i oppdrag våren 2021 å se nærmere på muligheten for å skjerme denne pasientgruppen mot egenbetaling, inkludert en vurdering av både organisering og finansiering av denne delen av kjeveortopedisk behandling.

Pasienter med de alvorligste tilstandene (gruppe a) utgjorde om lag 1,7 pst. av alle personer som mottok stønad til tannregulering i 2018, ifølge Statistisk sentralbyrå sin utredning fra 2019 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Gruppe a omfatter blant annet pasienter med leppe-kjeve-ganespalte som har omfattende og mangeårig behandlingsbehov i sykehus. For gruppe a vil imidlertid deler av tannreguleringen bli utført til dels i privat sektor, og i mange tilfeller mot betydelig egenbetaling. Utredning av stønad til tannbehandling for pasienter som har gjennomgått leppe-kjeve-ganespalte-behandling ventes som en del av utredningen.

Tannregulering – takstforenkling

Fra 1. januar 2022 tas det sikte på en takstforenkling innenfor tannregulering. I dag er det 24 ulike spesialisttakster innenfor kjeveortopedi, samt enkelte takster innenfor andre takstområder (kjeve modeller/foto og røntgenundersøkelser). Omleggingen innebærer at takster slås sammen og antall takster reduseres til ti takster. Disse erstatter dagens takster innenfor tannregulering, hvorav to takster bare skal benyttes for de alvorligste tilstandene. Takstforenklingen er provenynøytral.

Til grunn for takstforenklingen ligger en utredning fra Helsedirektoratet som er utarbeidet i samarbeid med Den norske tannlegeforening og Norsk kjeveortopedisk forening. Organisasjonene er enige i utformingen det nye takstsystemet.

Takstforenklingen innen tannregulering innebærer at det kan gis stønad til behandlingsformer som er utviklet de senere årene, og at det i mindre grad enn dagens takster gir insentiver til overbehandling eller unødvendige prosedyrer. Det kan også stimulere til færre unødvendige kontroller hos spesialist. På den annen side kan det innebære en noe lavere økonomisk uttelling for de mest

arbeidskrevende tilstandene, fordi takstsystemet i mindre grad skiller mellom de minst og mest tidkrevende tilstandene. Forslaget innebærer ikke et fast beløp per pasientforløp. Dette var tema for Helsedirektoratets utredning, men ble ikke anbefalt.

Anmodningsvedtak

Gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling

Vedtak nr. 96, 17. november 2020

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

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

Vedtaket er vurdert i sammenheng med Stortingets vedtak nr. 20 fra 15. november 2018 om styrking av norsk tannhelse, der Stortinget ba regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak blant annet basert på en gjennomgang av refusjonsordningene på tannhelsefeltet. I Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten, er det tydeliggjort at en slik gjennomgang forutsetter bred involvering fra brukere, fagfelt og organisasjoner og tid til kunnskapsinnhenting. Regjeringen vil derfor komme tilbake til Stortinget med en egen melding om tannhelsetjenesten.

Folketrygdloven § 22-15 a gir hjemmel for å kreve tilbake feil utbetalt refusjon til behandlere, tjenesteytere og andre som har direkte oppgjør med hhv. Helfo og Nav. Paragrafen har et bredt virkeområde og omfatter bl.a. leger, tannleger, fysioterapeuter, psykologer, kiropraktorer, private laboratorier og røntgeninstitutter, apotek og bandasjister samt leverandører av ortopediske hjelpemidler og brystproteser. Tilbakekreving skjer som hovedregel på objektive grunnlag.

En objektiv tilbakekrevingsregel sikrer forutsigbarhet og likebehandling mellom grupper av behandlere og tjenesteytere. Gjennom unntaksreglene i § 22-15 a er det tatt høyde for at bl.a. feil hos Helfo og subjektive forhold hos behandleren kan fritta for krav om tilbakebetaling.

Det vurderes ikke som nødvendig eller hensiktsmessig å endre ordlyden eller foreta presiseringer i folketrygdloven § 22-15 a, med sikte på forenkling av regelverket spesielt for tannleger.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitut

Det foreslås:

- 36 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av teststasjon ved grenseoverganger.

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitut inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitut. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling pga. sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier og røntgeninstitut ytes etter fastsatt regelverk.

Det er en målsetting at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Etter folketrygdloven § 5-5 ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Det

kan likevel kreves trygderefusjon utover de ev. volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor. Undersøkelser ved røntgeninstitut må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitut ble om lag uendret i 2020 sammenliknet med 2019. Refusjonene ble prisjustert med om lag 1,7 pst. i 2021, dvs. en underregulering sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst.

Som for de regionale helseforetakene, foreslås refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester underregulert sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til en innsparing for folketrygden med om lag 20 mill. kroner i 2022. Underreguleringen må ses på bakgrunn av ønsket om videre stimulering til økt effektivisering av laboratorie- og radiologiområdet. Refusjonene vil på dette grunnlag prisreguleres med om lag 1,2 pst. i 2022.

Finansieringssystemet for laboratorieanalyser ble lagt om fra 2018. Ikke alle fagområder og prosedyrer var omfattet av omleggingen. Fra 2022 vil også fagområdet patologi inkluderes. Det er en forutsetning at omleggingen til det nye systemet skal skje budsjettneutralt. Dersom utgiftene skulle avvike fra denne forutsetningen, vil utbetalingene i det nye systemet korrigeres.

Tabell 4.22 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitut 2019–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Endring
Laboratorium	754	766	1,6 %
Røntgen	318	307	-3,5 %
Sum kap. 2711, post 76	1 072	1 073	0,1 %

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
2751	Legemidler mv.	12 472 794	13 279 948	14 293 846	7,6
2752	Refusjon av egenbetaling	6 097 516	7 856 170	7 229 000	-8,0
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	7 994 810	7 583 129	8 615 996	13,6
2756	Andre helsetjenester	520 814	434 968	569 404	30,9
Sum kategori 30.50		27 085 934	29 154 215	30 708 246	5,3

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
50-89	Overføringer til andre	27 085 934	29 154 215	30 708 246	5,3
Sum kategori 30.50		27 085 934	29 154 215	30 708 246	5,3

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	
70	Legemidler	10 438 321	11 141 000	12 119 500	
71	Legeerklæringer	9 990	8 988	14 286	
72	Medisinsk forbruksmateriell	2 024 483	2 129 960	2 160 060	
Sum kap. 2751		12 472 794	13 279 948	14 293 846	

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptfor-

skriften). Bevilgningen dekker også honorar til leger som fyller ut søknad om individuell stønad til legemidler og næringsmidler på blå resept på vegne av pasienter.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- underliggende vekst i utgiftene til refusjon av legemidler og forbruksmateriell i blåreseptordningen i 2021 over postene 70 og 72.
- 7 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 732 Regionale helseforetak. Midlene er knyttet til helårseffekt av overføringen av finansieringsansvar for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2021, jf. Prop. 1 S (2020–2021) og Innst. 11 S (2020–2021).
- 35 mill. kroner i redusert bevilgning ved innføring av bytte i apotek og opptak i trinnprissystemet for biotilsvarende legemidler.
- 30 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av fjerning av første trinnpriskutt.
- 8,5 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av tiltak mot legereservasjon uten faglig begrunnelse.

Post 70 Legemidler

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsakelig etter blåreseptordningen, jf. folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften. Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er eller kan bli nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept, jf. §§ 2 og 4 i blåreseptforskriften. Refusjonskravet for legemidlene inntreffer straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må Helfo først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen, jf. blåreseptforskriften § 3.

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel i 2021 på 39 pst, men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept.

Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkes- eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8.

Alderspensionister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt fra å betale egenandel på blå resept hvis de får utbetalt en årlig pensjon som ikke overstiger minste pensjonsnivå. Også alders- og AFP-pensionister som mottar særtillegg er fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Videre er uføretrygdede med minstestytelse fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Dette gjelder også for uføretrygdede der vedkommende før 2015 var minstepensjonist, og det ikke har skjedd andre endringer i ytelsen enn at den fra 2015 er omregnet til uføretrygd.

Egenandeler for legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen som er nærmere omtalt under kap. 2752.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler og næringsmidler på blå resept i 2020 over kap. 2751, post 70, var 10,4 mrd. kroner, en økning på 7 pst. fra 2019. Hvis egenandeler dekket av frikort tas med, var utgiftene 11,8 mrd. kroner i 2020.

Inkludert egenandeler dekket av frikortordningen, ble det i 2020 refundert legemidler på forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 2) for 9,5 mrd. kroner til over 2,6 millioner unike brukere. Det ble refundert 1,8 mrd. kroner til om lag 207 000 unike brukere etter individuell søknad (§ 3), og 14,1 mill. kroner til behandling av smittsomme sykdommer (§ 4) til rundt 29 000 brukere. Videre ble det gitt refusjon til næringsmidler (§ 6) på 547 mill. kroner til 52 000 brukere.

I perioden 2014–2020 ble finansieringsansvaret for en rekke legemidler overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Overføringene har bidratt til å redusere veksten under folketrygden.

Tabell 4.23 Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner)

År	Utgifter	Endring	Endring i pst.
2016	10 011	-138	-1,4 %
2017	10 200	189	1,9 %
2018	10 073	-127	-1,2 %
2019	9 754	-319	-3,2 %
2020	10 438	+684	+7,0 %

Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2020 behandlet Legemiddelverket 70 saker om refusjon etter blåreseptforskriften, hvorav 64 fikk innvilget forhåndsgodkjent refusjon (etter § 2) eller endrede refusjonsbetingelser. 16 av sakene gjaldt nye virkestoff, ny indikasjon eller ny formulering/kombinasjon. I ti av disse sakene ble det innvilget forhåndsgodkjent refusjon, mens for fem av de seks legemidlene som ikke oppfylte kriteriene for forhåndsgodkjent refusjon, kan det ytes individuell stønad etter § 3 (inkludert to legemidler der finansieringsansvaret er overført til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2021). Legemiddelverket initierte selv ti saker, der det i samtlige ble fattet vedtak om forhåndsgodkjent refusjon. Ingen saker ble oversendt departementet på grunn av budsjettkonsekvenser over fullmaktsgrensen på 100 mill. kroner.

Overføring av legemidler til de regionale helseforetakene

Finansieringsansvaret for enkelte legemidler til behandling av MS, narkolepsi, immunsvikt og sjeldne sykdommer ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2021, jf. Prop. 1 S (2020–2021) og Innst. 11 S (2020–2021). I 2022 vil helseforetakene få helårskostnader knyttet til legemidlene. Det foreslås derfor å flytte til sammen 7 mill. kroner fra folketrygdens kap. 2751, post 70 til kap. 732.

Det kan være aktuelt å overføre finansieringsansvaret for enkelte andre legemidler til de regionale helseforetakene i løpet av annet halvår 2022. Dette gjelder blant annet legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner og parenteral ernæring. Helsedirektoratet vil utrede og sende på høring forslag om overføring av aktuelle legemidler. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med ev. forslag om legemidler og beløp som skal overføres.

Oppfølging av områdegjennomgang av folketrygd-finansierte legemidler

I 2020 ble det gjennomført en områdegjennomgang av legemidler finansiert av folketrygden. Områdegjennomgangen viste at dagens system for å fastsette priser samlet sett fungerer godt, og anbefalte videreføring av dagens system med enkelte justeringer. Det ble anbefalt justeringer i trinnprisordningen, tiltak rettet mot å begrense antall legereservasjoner mot bytte i apotek uten faglig begrunnelse og innføring av anbud for et mindre antall legemiddelgrupper med terapeutisk likeverdige legemidler.

Områdegjennomgangen konkluderte bl.a. med at prisnivået de første årene etter at generisk konkurranse er etablert ligger høyt i Norge sammenlignet med Sverige og Danmark. Som oppfølging av anbefalingene i områdegjennomgangen sendte Legemiddelverket sommeren 2021 på høring forslag til endringer i legemiddelforskriften om avvikling av det første kuttet for syntetiske legemidler i trinnprisordningen. Endringen vil innebære at dagens første trinnpriskutt for syntetiske legemidler på 35 pst. fjernes. Legemiddelverket mener at forslaget kan gjennomføres uten negative konsekvenser for forsyningssikkerheten i Norge, og at det fremdeles vil være attraktivt å markedsføre og distribuere legemidler til trinnpris. For å forebygge at konkurranse uteblir som følge av for lav trinnpris, foreslås en minstetrinnpris på 15 kroner per pakning på AIP-nivå. Forutsatt at forskriftsendringene kan tre i kraft 1. januar 2022 antas forslaget å redusere folketrygdens utgifter med om lag 30 mill. kroner i 2022.

Behandlede lege kan reservere sin pasient mot bytte av legemiddel i apotek dersom det er medisinske grunner til dette. Legereservasjoner utgjør en kostnad for folketrygden på om lag 190 mill. kroner årlig. De 20 legemidlene eller legemiddelgruppene med høyest reservasjonsgrad utgjør rundt 45 pst. av denne merkostnaden. Helsedirektoratet har vurdert anbefalingene i

områdegjennomgangen knyttet til legeservasjon. Basert på Helsedirektoratets vurderinger foreslås det flere tiltak, herunder konkretisering av vilkår for reservasjon, utvikling og tilgjengeliggjøring av statistikk, samt økt kontrollaktivitet rettet mot legemidler med høy reservasjonsgrad for vurdering av begrunnelsen for reservasjon. I 2022 foreslås det en bevilgning på 1,8 mill. kroner til dette arbeidet, jf. omtale under kap. 746, post 01 og kap. 740, post 01. Gjennomføring av informasjons- og kontrolltiltak antas å redusere folketrygdens utgifter med om lag 8,5 mill. kroner i 2022.

Områdegjennomgangen peker på at økt bruk av konkurransemekanismer i årene fremover kan bidra til å begrense folketrygdens og pasientenes legemiddelutgifter. Anbud har vært benyttet i spesialisthelsetjenesten i flere år med gode resultater, og har bidratt til å oppfylle flere legemiddelpolitiske mål. Det anbefales innføring av anbud for et utvalg legemiddelgrupper som anses som terapeutisk likeverdige. Legemiddelverket, i samråd med Helsedirektoratet og Sykehusinnkjøp HF, har vurdert anbefalingen, samt ulike aktuelle legemiddelgrupper. På bakgrunn av disse vurderingene foreslås det i 2022 gjennomført en pilot for anbud på kolesterolsenkende legemidler (PCSK9-hemmere). Piloten skal bidra til å etablere gode prosesser, herunder forankring av spesialistgrupper som vil være sentrale i utforming av konkurransegrunnlaget. Det tas sikte på at nødvendige forskriftsendringer kan tre i kraft i 2022, at anbud lyses ut i andre kvartal 2022 og at kontraktperioden begynner primo 2023. Legemiddelverket vil ha et overordnet ansvar for gjennomføring av piloten, herunder også etablering og koordinering av spesialistgrupper. Det ble bevilget 5,5 mill. kroner for andre halvår 2021 til forberedelse av pilot i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF og Helsedirektoratet samt gjennomføring av gjenstående utredninger, jf. Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–21). I 2022 foreslås det en bevilgning på 11 mill. kroner til gjennomføring av piloten, jf. omtale under kap. 746 post 01.

Anmodningsvedtak

Anbud på folketrygdfinansierte legemidler

Vedtaket nr. 1344, 23. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede konsekvensene for pasienter av å innføre anbud på folketrygdfinansierte legemidler og de helseøkonomiske gevinstene av legemidlene, og legge frem vurderingen for Stortinget på egnet måte. Anbud på

folketrygdfinansierte legemidler iverksettes ikke før Stortinget har behandlet saken.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 195 S (2020–2021), jf. Innst. 600 S (2020–2021). En vurdering av helseøkonomiske gevinster inngår i metodevurderingen for hvert enkelt legemiddel. Metodevurderingen innebærer en samlet vurdering av om kostnadene ved å ta i bruk legemidlet står i et rimelig forhold til nytten, tatt i betraktning alvorlighetsgraden til den aktuelle tilstanden, jf. legemiddelforskriftens § 14-3 andre ledd. Utgangspunktet for en anbuds konkurranse på folketrygdfinansierte legemidler vil som hovedregel være at de legemidlene som inngår er metodevurdert og funnet kostnadseffektive.

Som en oppfølging av områdegjennomgangen har Legemiddelverket gjennomført en konsekvensvurdering av anbud på folketrygdfinansierte legemidler. I forbindelse med foreslått pilot vurderes det at pasienter, som allerede står på en behandling med et legemiddel som ikke blir rangert som foretrukket, ikke skal bytte uten at de selv ønsker det. For pasienter som starter opp en behandling vil det som utgangspunkt ikke ha stor betydning hvilket legemiddel blant likeverdige alternativer som rekvireres. Ved ev. innføring av en ordning med anbud på folketrygdfinansierte legemidler etter gjennomført pilot, vil krav til bytte kunne defineres i konkurransegrunnlaget i hvert enkelt tilfelle. Det vil da kunne vurderes hvor stor ulempe det vil innebære for pasientene å bytte legemiddel. Anbud vurderes videre til å ha liten økonomisk betydning for pasientene, da det først og fremst vil være aktuelt for dyre legemidler der pasientens egenbetaling vil overstige maksimalt egenandelsbeløp.

Bruk av anbud for utvalgte legemidler kan potensielt gi prisreduksjoner slik at flere pasienter kan gis tilgang til en behandling innenfor fullmaktsgrensen eller bevilget budsjetttramme. På sikt utelukkes det ikke at nye legemidler, som i metodevurdering ikke blir funnet kostnadseffektive, kan bli kostnadseffektive som følge av oppnådde prisreduksjoner. Dette kan gi pasienter tilgang til legemidler som det ellers ikke ville blitt gitt refusjon for. Vedtaket anses som fulgt opp.

Bytte av biotilsvarende legemidler

Apotekloven § 6-6 ble endret 1. juli 2021 slik at biotilsvarende legemidler kan omfattes av bytteordningen i apotek, jf. Prop. 84 L (2020–2021) og innst. 330L (2020–2021). Departementet har videre vedtatt endringer av forskrift 18. desember

2009 nr. 1839 om legemidler (legemiddelforskriften) og forskrift 28. juni 2007 nr. 814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften) som omhandler konkrete kutt-satser ved trinnpris for biologiske legemidler samt tekniske endringer for å oppdatere forskrifts-verket i tråd med endringene i apotekloven.

Regelverksendringene legger til rette for at bytteordningen fremover kan forvaltes i takt med den medisinske og regulatoriske utviklingen, slik at potensialet for konkurranse og lavere legemiddelpriser kan utnyttes best mulig.

Biotilsvarende legemidler som anses som byttbare i apotek vurderes for opptak i trinnprissystemet. En innføring av biologiske legemidler i trinnprissystemet vil gi en innsparing for folketrygden og pasienter. Bytte av biotilsvarende legemidler anslås å medføre en innsparing for folketrygden i 2022 på om lag 35 mill. kroner.

Post 71 Legeerklæringer

Ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4. Bevilgningen omfatter midler til å honorere leger som fyller ut søknad om individuell stønad til legemidler på blå resept på vegne av pasienter. Legeerklæringstakstene fastsettes av staten.

Utgiftene til legeerklæringer var 10,0 mill. kroner i 2020, mot 7,5 mill. kroner i 2019.

Post 72 Medisinsk forbruksmateriell

Bevilgningen omfatter utgifter til visse typer medisinsk forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens (urinklekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept og pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir solgt gjennom apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislister for medisinsk forbruksmateriell er uttømmende og angir hvilke produkter det gis refusjon til, og hva prisen er. Helfo har ansvar for området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. Helsedirektoratet og Helfo har bl.a. fullmakt til å bestemme nærmere krav til blåreseptenes innhold, krav til diagnose/funksjonsevne knyttet til produktgrupper eller enkeltprodukter, ev. antallsbegrensning i utlevering, inn-tak og uttak i produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 2 024 mill. kroner i 2020, mot 2 003 mill. kroner i 2019.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
70	Egenandelstak 1	5 260 077		
71	Egenandelstak 2	837 439		
72	Egenandelstak		7 856 170	7 229 000
	Sum kap. 2752	6 097 516	7 856 170	7 229 000

Det foreslås å:

- Fastsette egenandelstaket til 2921 kroner
- Avvikle bagatellgrensen på 200 kroner for utbetaling av egenandeler

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til sammenslått egenandelstak, som erstatter egenandelstak 1 og egenandelstak 2 etter folketrygdloven kapittel 5.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet. Det er en generell bagatellgrense for alle utbetalinger etter folketrygdloven kapittel 5 (helserefusjonsområdet). Stønader som utgjør mindre enn 200 kroner blir ikke refundert. Det vises til omtale under post 72 hvor denne grensen foreslås avvirket.

Egenandelstaket, omfatter egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, legemidler, medisinsk forbruksmateriell på blå resept samt pasientreiser, egenandeler for fysioterapi, enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved oppføringsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak og behandlingsreiser til utlandet.

Post 70 Egenandelstak 1

Fra 2021 er egenandelstak 1 og egenandelstak 2 slått sammen til et felles egenandelstak for alle egenandeler under de tidligere to takordningene. Det nye sammenslåtte utgiftstaket for egenandeler (egenandelstak) omtales under kap. 2752, post 72.

Tabell 4.24 Utgifter dekket over tidligere egenandelstak 1 2019–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Endring
Legehjelp, inkl. poliklinikk	2 750	2 887	5,0 %
Psykologhjelp	108	121	12,4 %
Blåresept (legemidler og medisinsk forbruksmateriell)	1 654	1 684	1,8 %
Pasientreiser	704	568	-19,2 %
Sum kap. 2752, post 70	5 217	5 260	0,8 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tidligere tak 1 var 5 217 mill. kroner i 2019. I 2020 var utgiftene 5 260 mill. kroner, en økning på 0,8 pst.

I 2020 ble det utstedt 1 227 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen, mot 1 266 000 i 2019. Dette er en økning på 0,8 pst. Om lag 34 000 av disse frikortene gjelder 2019. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngikk i egenandelstak 1 og av selve taket.

Post 71 Egenandelstak 2

Fra 2021 er egenandelstak 1 og egenandelstak 2 slått sammen til et felles egenandelstak for alle egenandeler under de tidligere to takordningene. Det nye utgiftstaket for egenandeler (egenandelstak) omtales under kap. 2752, post 72.

Tabell 4.25 Utgifter dekket over tidligere egenandelstak 2 2019–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Endring
Tannbehandling	127,6	99,9	-21,7 %
Fysioterapi	807,3	705,0	-12,7 %
Oppføringsinstitusjoner	41,6	32,4	-22,2 %
Behandlingsreiser utland	3,6	0,1	-95,9 %
Sum kap. 2752, post 71	980,1	837,4	-14,6 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tak 2 var 980 mill. kroner i 2019. I 2020 var utgiftene 837 mill. kroner, en reduksjon på 14,6 pst.

I 2020 ble det utstedt 231 127 frikort under egenandelstak 2 mot 277 739 i 2019. Dette er en nedgang på 14,6 pst. Om lag 5000 av disse frikortene gjelder 2019. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for

de tjenester som inngikk i egenandelstak 2 og av selve taket.

Post 72 Egenandelstak

Det foreslås å:

- Fastsette egenandelstaket til 2921 kroner

- Avvikle bagatellgrensen på 200 kroner for utbetaling av egenandeler

Fra 2021 er egenandelstak 1 og egenandelstak 2 slått sammen til et felles egenandelstak for alle egenandeler under dagens to takordninger. Det nye utgiftstaket for egenandeler (egenandelstak) omfatter egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samt pasientreiser, fysioterapi, enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak og behandlingsreiser til utlandet.

Et sammenslått egenandelstak er en forenkling for brukerne og gir lavere egenandelsutgifter til de som oppnådde frikort ved begge takordningene eller har høye egenandelsutgifter under begge takene.

I 2021 er egenandelstaket 2460 kroner. Når utgiftstaket er nådd mottar brukeren automatisk

et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under egenandelstaket.

For 2022 foreslås egenandelsbetalingene i sum prisjustert med 2 ¼ pst., svarende til 101 mill. kroner. Dette foreslås gjennomført ved å øke egenandelstaket med 74 kroner. Ut over dette foreslås egenandelstaket økt ytterligere med 352 kroner, med en samlet innsparing for folketrygden på anslagsvis 500 mill. kroner. Dagens bagatellgrense på 200 kroner medfører i praksis en høyere egenandelsbetaling enn egenandelstaket for de med refusjonskrav opp til 200 kroner over. Det foreslås å oppheve bagatellgrensen fra 2022. Grensen kan ikke lenger begrunnes i administrasjonskostnader og dagens systemer kan ikke oppfylle bestemmelsen i folketrygden om samordning. Merutgiftene på anslagsvis 52 mill. kroner foreslås dekket inn ved å øke egenandelstaket med 35 kroner. Nytt egenandelstak foreslås fastsatt til 2921 kroner.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	423 479	475 000	502 000
70	Allmennlegehjelp	6 014 950	5 410 825	6 228 300
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 137 482	1 223 300	1 380 000
72	Jordmorhjelp	68 117	72 040	86 224
73	Kiropraktorbehandling	174 129	201 964	204 012
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	176 653	200 000	215 460
	Sum kap. 2755	7 994 810	7 583 129	8 615 996

Det foreslås:

- å øke bevilgningen med 49 mill. kroner til økning av refusjonstakster til allmennlegene.
- å øke bevilgningen med 17 mill. kroner til finansiering av introduksjonsavtaler.
- å øke bevilgningen med 10,3 mill. kroner knyttet til oppfølging av endringer i bioteknologiloven og anmodningsvedtak i de regionale helseforetakene. Det vises til omtale under kap. 732, post 72–75.

- 58 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av teststasjon ved grenseoverganger.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdloven kapittel 5.

Post 62 Fastlønsordning fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fastlønte fysioterapeuter. Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må ses i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner. Kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21. For å gjøre fysioterapi-tjenesten mer fleksibel for de mindre kommunene og for å stimulere til at kommunene kan beholde kvalifisert personell, er det foretatt endringer i § 2 i forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapi-tjenesten. Det er gitt åpning for at kommuner også kan søke om fastlønnstilskudd, dersom samme fysioterapeut har en driftsavtale med kommunen. Dette gjelder kun for kommuner med mindre enn 2000 innbyggere.

Etter avviklingen av sykdomslisten (diagnose-listen) har kommunene fått økte egenandelsinntekter fra pasienter som ansatte fysioterapeuter behandler. Gjennom 2020 var det 211 kommuner som mottok egenandel fra pasientene for fysioterapi. Dette er en nedgang på 11 kommuner fra 2019. Det antas at nedgangen henger sammen med kommunereformen. En del kommuner har valgt å ikke ta betalt for behandling utført av kommunalt ansatt fysioterapeut.

Fullt fastlønnstilskudd for perioden 1. januar 2021 til 31. desember 2021 er 217 800 kroner. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 423 mill. kroner i 2020, mot 439 mill. kroner i 2019, en reduksjon på 3,8 pst. grunnet forsinkelser på søknader og redusert behandlingsskapasitet som følge av koronapandemien.

Post 70 Allmennlegehjelp

Det foreslås:

- å øke bevilgningen med 49 mill. kroner til økning av refusjonstakster til allmennlegene.
- å øke bevilgningen med 17 mill. kroner til finansiering av introduksjonsavtaler.

- å øke bevilgningen med 10,3 mill. kroner knyttet til oppfølging av endringer i bioteknologiloven og anmodningsvedtak i de regionale helseforetakene. Det vises til omtale under kap. 732, post 72–75.
- 58 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av teststasjon ved grenseoverganger.

Bevilgningen dekker utgifter til undersøkelse og behandling hos lege etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene. Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basisstilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Basisstilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. Legevaktstjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Det foreslås å øke allmennlegenes refusjonstakster med 49 mill. kroner fra 1. januar 2022.

Det foreslås å etablere introduksjonsavtaler. Det vises til omtale på kap. 762, post 63.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- behandling av barn under 16 år
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmenfarlige smittsomme sykdommer
- første legeundersøkelse hos allmennlege, herunder fastlege og legevakt, i forbindelse med seksuelle overgrep

Tabell 4.26 Utgifter til allmennlegehjelp 2019–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Endring
Fastleger mv.	4 428	5 014	13,2 %
Legevakt	610	780	27,9 %
Avsetning til fond ¹	217	221	1,6 %
Som kap. 2755, post 70	5 255	6 015	14,5 %

¹ Avsetning til fond ble relativt lave i 2020 på grunn av at takstforhandlingene ble gjennomført på høsten og ikke våren. Fondsavsetning blir avtalt i forhandlingene.

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 5 255 mill. kroner i 2019 til 6 015 mill. kroner i 2020, en vekst på 14,5 pst.

Utgiftsendringen utover de spesifiserte tiltakene kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster

og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten økes, f.eks. som følge av flere innbyggere. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere.

Tabell 4.27 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2019–2022 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
Sum kap. 2755, post 70	5 255	6 015	5 411	6152
Volumvekst (anslag) ¹	1,1 %	15,5 %	1 %	1 %

¹ Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Budsjettert utgiftsvekst i 2021 skyldes en antatt volumvekst på 1 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene. Honorartakstene ble økt 1. juli 2021 med 5,5 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2022.

Se også omtale under kap. 762 Primærhelse-tjeneste.

Post 71 Fysioterapi

Bevilgningen dekker utgifter til fysioterapi etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til

dekning av utgifter til fysioterapi. Det er et vilkår for å utløse refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til fysioterapeuters fellesformål (fondsavsetninger).

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og organisasjonene for fysioterapeuter: Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62.

Tabell 4.28 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2019–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Endring
Allmenn fysioterapeut	770,4	711,4	-7,6 %
Manuellterapeut	281,8	267,1	-5,2 %
Psykomotoriker	114,5	107,9	-5,7 %
Utdanningskandidater	15,5	16,6	6,9 %
Avsetning til fond ¹	34,1	34,5	1,0 %
Sum kap. 2755, post 21	1 216,3	1 137,5	-6,5 %

¹ Avsetning til fond ble relativt lave i 2020 på grunn av at takstforhandlingene ble gjennomført på høsten og ikke våren. Fondsavsetning blir avtalt i forhandlingene.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 216,3 mill. kroner i 2019 og 1 137 mill. kroner i 2020, en reduksjon på 6,5 pst. Reduksjonen skyldes koronapandemien.

Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale som utløser refusjon kan variere fra år til år. Dette har sammenheng med antall utdanningskandidater. Dette kan gi svingninger i refusjonsutbetalingene. Utgiftsendring kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes

utgiftene av at aktiviteten endres f.eks. gjennom antall konsultasjoner og antall utøvere i tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruket endres som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre type konsultasjoner enn tidligere.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2020 totalt 5163 fysioterapiårverk. Dette innebærer en økning i antall årsverk fra 2019 på 0,9 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere er 9,6 årsverk i 2020.

Tabell 4.29 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2019–2022 (mill. kroner)

	Regnskap 2019	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
Sum kap. 2755, post 71	1 216,3	1 137	1 223,3	1 380
Volumvekst (anslag) ¹	0,3 %	-6,4 %	1 %	2,7 %

¹ Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Budsjettert utgiftsvekst i 2021 skyldes en antatt volumvekst på 1 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene. Honorartakstene ble økt 1. juli 2021 med 4,8 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2022.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at av i alt 3245 avtalehjemler for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i 2020 var 58 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler. 39 pst. av avtalehjemlene var i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 3 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2019 viser dette at andelen fulltidshjemler er økt, noe som er en ønsket utvikling. I utgangspunktet skal en avtalehjemmel for fysioterapeutene være i samsvar med det omfang fysioterapeuten arbeider. Kommu-

nene skal kun utlyse en deltidshjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapitjeneste. Dette er hjemlet i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. og i forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunale driftsavtale, hvor det også er forskriftsfestet at det skal være samsvar mellom driftshjemler og arbeidsomfang.

Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. For å tydeliggjøre hva fysioterapeuter med kommunal driftsavtale kan kreve at pasientene betaler for utover ordinære egenandeler ble det i 2020 gjort endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Endringen innebærer at fysioterapeut med kommunal driftsavtale ikke kan kreve

egenandeler og/eller pasientbetaling ut over det som fremgår av forskriften.

Post 72 Jordmorhjelp

Det foreslås:

- å øke bevilgningen med 8,2 mill. kroner knyttet til oppfølging av endringer i bioteknologiloven og anmodningsvedtak i de regionale helseforetakene. Det vises til omtale under kap. 732, post 72–75.

Bevilgningen dekker utgifter til svangerskapskonsultasjoner (kontrollundersøkelser under svangerskap) som utføres av jordmor etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskonsultasjoner (kontroller) i helsetasjon utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger. Utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad. Det ytes også stønad til sekundærjordmor ved hjemmefødsel.

Det ytes engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon etter folketrygdloven § 5-13. Stønadsatsen er 3013 kroner i 2021 og foreslås økt til 3091 kroner i 2022, som er en økning på 2,6 pst.

Utgiftene i 2020 var 68 mill. kroner, mot 64 mill. kroner i 2019. Dette er en økning på 6,25 pst.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Bevilgningen dekker utgifter til behandling hos kiropraktor etter fastsatte takster med hjemmel i folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Kiropraktorene har fri prissetting. I tillegg til godtgjørelse for undersøkelse og behandling, får kiropraktorer godtgjørelse for deltakelse i samarbeidsmøter med annet helse- og sosialfaglig personell som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for enkeltpasienter.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til kiropraktorenes fellesformål (fondsavsetninger). Fol-

ketrygden yter et tilskudd til fond til videre- og etterutdanning av kiropraktorer tilsvarende 5 pst. av trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 174 mill. kroner i 2020 mot 181,5 mill. kroner i 2019, en reduksjon på 4,1 pst. Reduksjon skyldes pandemien. Antall kiropraktorer som hadde oppgjør med Helfo økte med 2,8 pst., fra 917 i 2019 til 943 i 2020. Det var en nedgang på 7,6 pst. i antall konsultasjoner fra 2,16 millioner i 2019 til 1,99 millioner i 2020. I gjennomsnitt mottok pasientene stønad til 5,5 behandlinger i 2020, mot 5,8 i 2019.

Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Bevilgningen dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a.

Det er et vilkår for refusjon for logopedi og audiopedagogisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

De logopediske og audiopedagogiske tiltakene som dekkes etter folketrygdloven, faller inn under kommunenes og fylkeskommunenes ansvar etter opplæringsloven av 1998. Kommuner og fylkeskommuner har iht. opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester.

Endring i lov om folketrygd § 5-10 og ny forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling har vært på høring våren 2021. Departementet tar sikte på å legge fram endringer fra 1. januar 2022. Enkelte takster ble regulert allerede per 1. juli 2021, bl.a. videotakstene ble gjort permanente.

I 2020 utbetalte folketrygden 169,5 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 7,2 mill. kroner til ortoptisk behandling. De samlede utgiftene ble redusert fra 180,2 mill. kroner i 2019 til 176,7 mill. kroner i 2020, en reduksjon på 1,9 pst. Reduksjonen skyldes koronapandemien.

Kap. 2756 Andre helsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
70	Helsetjenester i annet EØS-land	9 430	10 008	9 234
71	Helsetjenester i utlandet mv.	298 582	199 980	325 190
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	212 802	224 980	234 980
	Sum kap. 2756	520 814	434 968	569 404

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet mv. og til utenlandsboende mv. etter folketrygdlovens kapittel 5.

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Posten dekker folketrygdens utgifter til planlagt helsehjelp i andre EØS-land (behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom, undersøkelse ved bestemte diagnoser og behandlingsformer samt blåreseptordningen) etter folketrygdloven § 5-24a.

Utgiftene var 9 mill. kroner i 2020 mot 17 mill. kroner i 2019, en reduksjon på 47,1 pst. Reduksjonen skyldes koronapandemien. Rapportering fra Helfo viser at det i all hovedsak er blitt refundert utgifter til tannbehandling ved sykdom, jf. folketrygdloven § 5-6, på denne budsjettposten. Det er et begrenset antall saker innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

Post 71 Helsetjenester i utlandet mv.

Posten omfatter stønad til helsetjenester i utlandet for personer som er medlemmer i folketrygden og som omfattes av bestemmelsene i folketrygdloven § 5-24.

De grupper som kommer inn under stønadsreglene er bl.a. sjøfolk på norske skip i utenriksfart, norske statsborgere som er statens lønnete 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 2022 foreslås det maksimale stønadsbeløpet økt fra 4 174 kroner i 2021 til 4 283 kroner per døgn. Dette tilsvarer en økning på 2,6 pst.

Posten omfatter også refusjon av utgifter til helsetjenester som medlemmer av folketrygden har mottatt i andre EØS-land og Sveits, etter EØS-avtalens forordning 883/2004.

Utgiftene var 299 mill. kroner i 2020 mot 408 mill. kroner i 2019, en reduksjon på 27,7 pst. Reduksjonen skyldes koronapandemien.

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 212,8 mill. kroner i 2020 mot 362 mill. kroner i 2019 en reduksjon på 41,2 pst. Reduksjonen skyldes koronapandemien.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
2790	Andre helsetiltak	189 344	202 345	199 920	-1,2
	Sum kategori 30.90	189 344	202 345	199 920	-1,2

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022	Endring i pst.
50-89	Overføringer til andre	189 344	202 345	199 920	-1,2
	Sum kategori 30.90	189 344	202 345	199 920	-1,2

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2020	Saldert budsjett 2021	Forslag 2022
70	Bidrag	189 344	202 345	199 920
	Sum kap. 2790	189 344	202 345	199 920

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til bidragsordningen, jf. forskrift om bidrag til visse helsetjenester.

Post 70 Bidrag

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Bidragsordningen består av om lag 20 forskjellige bidragsformål. Fullstendig oversikt over hvilke tilskuddsordninger som kommer inn under bidragsordningen går fram av

rundskrivet til folketrygdloven § 5-22 Bidrag til spesielle formål. Rundskrivet er tilgjengelig via hjemmesidene til Helsedirektoratet og NAV Rettskilder.

Departementet har gjennom forskrift gitt Helsedirektoratet fullmakt til å fastsette nærmere retningslinjer for ytelse av bidrag. Som hovedregel ytes bidrag med 90 pst. av de utgifter som overstiger 1971 kroner i 2021. Egenandeler, døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig. Beløpet for 2022 er 2010 kroner. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

Utgiftene på bidragsordningen var 189,3 mill. kroner i 2020 mot 225,4 mill. kroner i 2019.

Avvikling av bidragsordningen for legemidler ble startet i 2018 ved at nye pasienter ikke gis støtte over denne ordningen. Dette er gjort for å unngå at bidragsordningen for legemidler undergraver intensjonen med blåreseptordningen. For 2022 foreslås det at ordningen videreføres for brukere som har fått kontinuerlig bidrag til samme legemiddel i årene 2017, 2018, 2019, 2020 og 2021. Avviklingen av bidragsordningen for legemidler gjelder ikke bidrag til prevensjonsmidler og heller ikke legemidler til behandling av infertilitet.

Tjenester i apotek

Inhalasjonsveiledning og oppstartsveiledning i apotek (Medisinstart) finansieres over denne bevilgningen. Inhalasjonsveiledning er en tjeneste for pasienter med astma og KOLS, mens Medisinstart er en tjeneste for pasienter som starter med et nytt legemiddel til behandling av høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler. Helsedirektoratet skal evaluere Medisinstart fram mot sommeren 2022. Helsedirektoratet skal videre vurdere behov for kommunikasjon mellom fastlegekontor og apotek, samt hvordan digitale løsninger da kan benyttes. Bevilgningen til disse tjenestene foreslås videreført i 2022.

Del III
Omtale av særlige tema

5 Spesialisthelsetjenester

Midlene som stilles til disposisjon til de regionale helseforetakene kommer i all hovedsak fra kap. 732 Regionale helseforetak. I årlig melding 2020 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametere i oppdragsdokumentene og foretaksmøter. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning ble behandlet i foretaksmøter i juni 2021. Nedenfor redegjøres det for rapportering 2020 og status 2021, samt de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2022–2025. Omtalen er delt inn under følgende overskrifter:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023
- Økonomi og investeringer

Virusutbruddet i mars 2020 innebar at helseforetakene var nødt til å prioritere beredskap og håndtering av dette resten av året. Krav og rammer for 2020 fastsatt i foretaksmøtet 14. januar 2020 og oppdrag gitt i oppdragsdokumentet for 2020 ble dermed ikke mulig å gjennomføre som planlagt. Selv om situasjonen var under kontroll utover våren 2020, måtte helseforetakene fortsatt være i beredskap. Aktiviteten i sykehusene ble lavere enn planlagt, en rekke oppdrag ble forsinket og måloppnåelsen ble lavere enn forventet som en

konsekvens av situasjonen. I foretaksmøtet 10. juni 2020 ble derfor krav og oppdrag for 2020 revidert, og enkelte av målene og fristene endret. I tillegg ble det gitt nye oppdrag for 2020. De overordnede målene for spesialisthelsetjenesten gitt i oppdragsdokumentet i januar 2020 ble videreført.

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Ventetider

Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og kan indikere kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor viktig i den daglige driften av sykehusene og for pasientenes valg av behandlingssted. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, kommer til behandling uten ventetid. Om lag 70 pst. av alle døgnopphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp.

Det er et mål at ventetiden reduseres. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2020 var målet å redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med året før. Som følge av pandemien bortfalt imidlertid ventetidsmålet for 2020. Det ble lagt fram et justert oppdragsdokument sommeren 2020, der enkelte mål og oppdrag ble endret, tatt ut, eller gitt utsatt frist.

Tabell 5.1 Ventetider

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	59	62	63	65	59	63	59	69	60	63

Kilde: Norsk Pasientregister

Tabell 5.1 viser at det har vært en økning i gjennomsnittlig ventetid på fire dager i 2020, sammen-

liknet med 2019 (endringen fremstår som tre dager grunnet avrundinger). Økningen må sees i

sammenheng med at mye planlagt aktivitet i sykehusene har blitt utsatt som følge av pandemien. Innen psykisk helsevern for barn og unge og innen tværfaglig spesialisert rusbehandling er det imidlertid en reduksjon i ventetid fra 2019 til 2020 på én dag. I psykisk helsevern for voksne er det ingen endring. Fra 2013 til 2020 er gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten redusert med 10 dager.

Tabell 5.2 viser tall for indikatoren passert planlagt tid. På oppdrag fra departementet ble indikatoren etablert som en nasjonal styringsindikator i 2017. Den måler antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet som er registrert. Den inkluderer både nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i et forløp. Indikatoren angir et nivå på antall som er forsinket, men uttrykker ikke en stør-

relse for hvor mye forsinket man er. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2020 var målet å redusere andelen med passert planlagt tid sammenliknet med året før. Også dette målet bortfalt som følge av pandemien. Tallene for utgangen av 2020 viser at om lag en av ti pasientkontakter i spesialisthelsetjenesten skjer etter at det planlagte tidspunktet er passert. Det er en økning på 0,2 prosentpoeng sammenliknet med utgangen av 2019.

I 2021 er det bevilget 200 mill. kroner til en midlertidig insentivordning som skal stimulere helseforetakene til å gjennomføre forbedringstiltak for å redusere ventetider og forbedre kapasitetsutnyttelsen ved poliklinikker. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere slike ordninger.

Tabell 5.2 Passert planlagt tid

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Andel passert planlagt tid (pst.)	9,0	9,2	10,0	9,4	11,5	11,0	13,7	16,2	10,0	10,2

Kilde: Norsk Pasientregister

Kreftbehandling

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle aktører på kreftområdet. Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft skal ivaretas i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer. God behandlingskvalitet skal ivaretas gjennom gode pasientforløp. Dette skal sikre at kreftpasienter unngår unødig venting på utredning og behandling. Nasjonal kreftstrategi 2018–2022 skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter. Fra 2015 er det innført 28 pakkeforløp for kreft.

Det er satt som mål at andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, skal være minst 70 pst.

Pakkeforløpene skal gi pasientene standardiserte forløp med kortere ventetider og raskere vei til diagnose og behandling ved mistanke om kreft. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk

begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.

På landsbasis i 2020 ble 73,5 pst. av pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid. Kvalitetsindikatoren andel pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid for 26 organspesifikke kreftformer viser en økning i måloppnåelse på landsbasis fra 66,5 pst. i 2019 til 73,5 pst. i 2020. Tre av de regionale helseforetakene oppnådde målet i 2020 om andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid på 70 pst. Alle helseregionene hadde en økning i måloppnåelse fra 2019 til 2020. I Helse Midt-Norge var det en økning i måloppnåelse på 4,9 prosentpoeng fra 67,7 pst. i 2019 til 72,6 pst. i 2020. Helse Nord hadde en økning i måloppnåelse på 5,7 prosentpoeng fra 63,3 pst. i 2019 til 69,0 pst. i 2020. Helse Vest hadde en økning i måloppnåelse på 4,5 prosentpoeng fra 69,7 pst. i 2019 til 74,2 pst. i 2020. I Helse Sør-Øst var det en økning i måloppnåelse på 8,8 prosentpoeng fra 65,4 pst. i 2019 til 74,2 pst. i 2020.

Tabell 5.3 Pakkeforløp kreft samlet for 2020 (pst.)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid ¹	74,2	74,2	72,6	69,0	73,5

¹ Denne indikatoren måler andel pakkeforløp som gjennomføres på normert tid, fra start av pakkeforløp til start av kirurgisk, medikamentell – eller strålebehandling for 26 organspesifikke kreftformer. Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt og Diagnostisk pakkeforløp er ikke med i tabellen. Basert på årstall 2020 fra Norsk pasientregister.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk

Det ble for 2020 satt som mål at det skulle være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skulle prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skulle måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Gjennomsnittlig ventetid skulle være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB. Vurderingene baserer seg på Årlig melding fra de fire regionale helseforetakene for 2020.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer at høyere vekst i kostnader ble innfridd både for psykisk helsevern samlet sett og for TSB. Det absolutte målet for gjennomsnittlig ventetid på 40 dager for psykisk helsevern voksne ble ikke innfridd, og heller ikke målet om 35 dagers ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge. Målet om 30 dagers ventetid innen TSB ble innfridd. Kravet om større økning i poliklinisk aktivitet i forhold til somatikk ble innfridd på begge områder i forhold til somatikk.

For Helse Vest var veksten i kostnader innen psykisk helsevern for voksne, barn og unge og for TSB lavere enn for somatikk. Det absolutte målet for gjennomsnittlig ventetid ble innfridd for TSB og psykisk helsevern voksne, men ikke for psykisk helsevern for barn- og unge. Målet om høyere vekst innen polikliniske opphold ble innfridd innen psykisk helsevern, men ikke for TSB.

I Helse Midt-Norge ble kravet om større vekst i kostnader innfridd for psykisk helsevern, men ikke for TSB. Det absolutte målet for gjennomsnittlig ventetid på henholdsvis 40 dager og 35

dager innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge, ble ikke innfridd. For TSB ble kravet om 30 dagers ventetid innfridd. Kravet om større økning i poliklinisk aktivitet i forhold til somatikk er innfridd både for psykisk helsevern og for TSB.

I Helse Nord ble kravet om høyere vekst i kostnader ikke innfridd verken for psykisk helsevern for voksne eller innen psykisk helsevern for barn og unge, men ble innfridd for TSB. Det absolutte kravet for gjennomsnittlig ventetid ble ikke innfridd hverken for psykisk helsevern for voksne, barn og unge eller for TSB. Kravet om større økning i poliklinisk aktivitet ble innfridd både for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge, men ikke for TSB.

Pakkeforløp på psykisk helse- og rusområdet

Pasientforløpene skal være effektive og av god kvalitet, og implementering av pakkeforløpene har høy prioritet. Det ble satt følgende mål for 2020:

- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
- Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnetenhet skal være minst 60 pst.

Ifølge Helsedirektoratet utredes 70 pst. av pasientene i Norge innen anbefalt forløpstid. Målet er 80 pst. Andelen varierer mellom pakkeforløpene og regionene. Ingen når målet om at 80 pst. skal ha fått evaluert behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB. Det vises til omtale av pakkeforløp under kap. 781.

Epikriser

Det er stilt krav om at minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen én dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB. Det er kun Helse Midt-Norge som når målet for både psykisk helsevern og TSB. Helse Nord når målet for psykisk helsevern, men ikke for TSB, mens det er motsatt i Helse Sør-Øst. Helse Vest ligger under på begge fagområder.

Tvang

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skulle reduseres i 2020. Helse Vest er det eneste regionale helseforetaket som har oppnådd reduksjon, men nedgangen er liten. For Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord er det lite endring i omfanget av tvangsmiddelbruk sammenliknet med 2019.

Samarbeid om henvisninger

For at pasientene skal få rett tilbud på riktig nivå videreføres arbeidet med bedre samarbeid rundt henvisninger. Psykisk helsevern og TSB skal, avhengig av pasientens behov, tilby sine tjenester i samhandling med kommunen. Dette er spesielt viktig overfor barn og unge og for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det vises til rapportering på eget oppdrag nedenfor under omtalen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.

Områdefunksjon innen psykisk helsevern og TSB

De regionale helseforetakene ble i 2020 gitt i oppdrag, i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet, å utarbeide en konkret plan for å sikre stedlige spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. I arbeidet med dette vil det også være nødvendig å ta hensyn til samiske innsattes språk og kultur.

Helse Vest RHF har ledet arbeidet med en plan for områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB. Arbeidet er utført i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Kriminalomsorgsdirektoratet, kriminalomsorgsregionene og de aktuelle kompetansesentrene. Alle de regionale helseforetakene har i budsjettet for 2021 lagt inn ekstra midler til helsetjenester i fengsel.

Heroinassistert behandling

Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF, i samarbeid med hhv. Bergen og Oslo kommune, ble i

2020 gitt i oppdrag å planlegge og etablere et prøveprosjekt med heroinassistert behandling for oppstart andre halvår 2020. Prøveprosjektet skal legge Seraf sin rapport Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling til grunn. Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF skal samarbeide om planlegging og gjennomføring.

Helse Vest RHF rapporterer at prosjektet med heroinassistert behandling er noe forsinket. Prosjektet vil starte opp i tråd med plan for etablering i løpet av 2021.

Helse Sør-Øst RHF har gitt Oslo universitetssykehus HF i oppdrag å etablere et prøveprosjekt for heroinassistert rehabilitering innenfor rammene gitt fra departementet. Den foreløpige prosjektskissen fra Oslo universitetssykehus HF tilsier at prøveprosjektet blir forsinket. Dette skyldes bl.a. utfordringer med å skaffe egnede lokaler. Oslo universitetssykehus HF vurderer å etablere tilbudet i midlertidige lokaler for å kunne starte opp tilbudet i løpet av 2021.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Færre pasientskader

Det ble i 2020 satt som mål at andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden Global Trigger Tool (GTT), skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med året før. Endelige tall for 2020 er publisert av Helsedirektoratet høsten 2021. Rapporten viser at andel pasientskader på nasjonalt nivå har økt fra 12,4 pst. i 2019 til 13,1 pst. i 2020. I årlig melding rapporterer de regionale helseforetakene foreløpige tertialvise tall fra egne helseforetak og tiltak for å nå målet.

I Helse Midt-Norge arbeider Helse Nord-Trøndelag HF med flere tiltak – spesielt innen legemiddelområdet – mens St. Olavs hospital HF ser resultater fra GTT-undersøkelsene i sammenheng med data fra andre kilder for å identifisere områder med risiko for svikt som grunnlag for klinikkvise pasientsikkerhetsprosjekt. Helse Nord RHF sin kvalitetsstrategi gikk ut i 2020, og ny strategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2021 skal sette retning for kvalitetsarbeidet for neste strategiperiode, og bidra til økt måloppnåelse.

I Helse Vest RHF ble regional plan for kvalitet og pasienttryggleik vedtatt i mars 2020. Regionen arbeider med forståelsen av variasjon og tiltak for å få ned variasjon og dermed også forhindre skader. De ferdigstiller i 2021 et modulbasert lederopplæringsprogram i forbedringsmetodikk og forståelse som vil være viktig for å systematisk

arbeide for å redusere pasientskader, samt vektlegger organisatorisk systemansvar for å bygge stabile og varige strukturer som støtter opp under forbedringsarbeidet. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i februar 2021 en delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Sikkerhetskultur

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å rapportere status på det langsiktige målet om at andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 pst. innen utgangen av 2023. På grunn av pandemien ble ikke undersøkelsen ForBedring gjennomført som planlagt i 2020. Det foreligger derfor ingen tall på andel enheter med skår i henhold til den nasjonale indikatoren for godt sikkerhetsklime for 2020. Departementet ble orientert om dette og meddelte i revidert oppdragsdokument at det langsiktige målet opprettholdes, men rapportering til departementet utgår for 2020. Målet og rapporteringskravet er videreført i oppdragsdokumentet for 2021.

30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012

Nasjonalt handlingsplan mot antibiotikaresistens har satt mål om 30 pst. reduksjon i bruk av fem utvalgte bredspektrede midler innen utgangen av 2020. Målene i handlingsplanen er på grunn av pandemien forlenget til å gjelde ut 2021. Alle helseforetakene har redusert bruken sammenliknet med forbruket i 2012. Samlet er antall definerte døgndoser (DDD) redusert med 30,1 pst. fra 2012 til 2020, mens den prosentvise nedgangen korrigert for liggedøgn er 14,6 pst. Helse Nord RHF har i samme periode redusert antall DDD med 28,1 pst., og 18,4 pst. korrigert for liggedøgn. I Helse Midt-Norge RHF er reduksjonen på hhv. 31,2 pst. og 18,4 pst. I Helse Vest RHF er reduksjonen hhv. 35,5 pst. og 15,9 pst. I Helse Sør-Øst RHF er reduksjonen hhv. 29 pst. og 12,8 pst.

Korridorpasienter

På landsbasis var det en andel på 0,7 pst. korridorpasienter i 3. tertial 2020. Det er en nedgang fra 3. tertial 2019, da andelen var på 1,2 pst. I 3. tertial 2020 var andelen korridorpasienter lavest i Helse Midt-Norge RHF med 0,5 pst., mens Helse Vest RHF har høyest andel korridorpasienter med

1,3 pst. Helse Nord RHF har en andel korridorpasienter på 0,6 pst., mens Helse Sør-Øst RHF har en andel korridorpasienter på 0,6 pst.

Etablering av kvalitetsregistre

De regionale helseforetakene fikk i 2020 i oppdrag å etablere nye kvalitetsregistre i tråd med «Plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre», herunder innenfor nevrologi som omfatter motornevro sykdommer som ALS. Etablering av registre innenfor nevrologi bør sees i sammenheng med Neuro-SysMed, forskningssenteret for klinisk behandling i nevrologi. De regionale helseforetakene har besluttet å prioritere utvikling av nye somatiske medisinske kvalitetsregistre innenfor fagområdene brannskade, motornevro sykdommer (ALS) og alvorlig hodepine.

Representanter for ALS-registeret, Neuro-SysMed og Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre i SKDE har avklart hvordan disse aktørene kan ses i sammenheng. Søknad om nasjonal status er i prosess for ALS-registeret, samt for kvalitetsregister innen alderspsykiatri (KVALAP) og Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT-register). De to sistnevnte søknadene følger opp tidligere beslutning fra regionale helseforetak om å prioritere psykisk helsevern og rus.

Nasjonale kompetansetjenester

Som ledd i endringene i systemet for nasjonale tjenester fikk de regionale helseforetakene i justert oppdragsdokument 2020 i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk. Servicemiljøet skulle ha regionale noder etter modell fra kvalitetsregistre. Målet var å etablere servicemiljøet i løpet av 2021. Det ble lagt føring om at servicemiljøet på egnet måte bør være samordnet med nasjonale og regionale støttefunksjoner for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Helse Midt-Norge RHF leder arbeidet som må sees i sammenheng med oppdraget i 2021 om å følge opp endringene i system for nasjonale tjenester samt å legge rammer for nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk. Planlegging av utredningsarbeidet ble startet i 2020, men selve arbeidet gjennomføres i 2021. Se nærmere omtale av nasjonale kompetansetjenester under kap. 732, post 78.

Oppgavedeling

I oppdragsdokumentet for 2020 ble det stilt krav til at de regionale helseforetakene skal påse at sykehusene ikke bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Alle de regionale helseforetakene rapporterte i årlig melding at nye rutiner er innarbeidet for å bedre oppgavedelingen mellom fastleger og sykehus. Helse Sør-Øst RHF har lagt Legeforeningens anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus til grunn for oppgavedeling. Helse Midt-Norge RHF vedtok reviderte samarbeidsavtaler medio mai 2021. Helse Vest RHF har orientert sine sykehus om kravet. I Helse Nord RHF har sykehusene fulgt opp kravet med å gjennomgå og oppdatere rutiner. Det er ikke planlagt videre oppfølging av oppdraget.

Fødselsomsorg

De regionale helseforetakene følger opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem, i utvikling av fødeinstitusjonene. Anbefalingene i rapporten er omfattende, og flere helseregioner opplyser at det er behov for å bruke lengre tid på å følge opp arbeidet. Eksempler på tiltak er ekstra ressurser, flere stillinger og utdanningsstipend for jordmødre.

De regionale helseforetakene har etablert beredskap og følgetjeneste for gravide i alle aktuelle kommuner. På grunn av jordmormangel i distriktene er noen ordninger fremdeles sårbare.

Barnepalliative team

I oppdragsdokumentet for 2020 ble det stilt krav om å etablere regionale barnepalliative team som skal veilede de lokale barneavdelingene og ha ansvar for helseregionens kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon, i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge. Det er etablert regionale team i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Helse Nord RHF har etablert en arbeidsgruppe og arbeidet med etablering av team fortsetter i 2021.

Behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens

De regionale helseforetakene fikk i 2020 i oppgave å etablere et helhetlig behandlingstilbud for

personer med kjønnsinkongruens, med utgangspunkt i Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje, samt internasjonal fagkunnskap og erfaringer fra andre lands tjenestetilbud. Etableringen av tilbudet er forsinket, spesielt i Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Departementet følger opp prosessen i dialog med foretakene.

Landsdekkende lavterskeltjeneste og et helhetlig behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF fikk i oppgave å etablere en landsdekkende lavterskeltjeneste og et helhetlig behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Tilbudet er etablert i begge regioner i samarbeid med Helsedirektoratet, Sifer, Sanks og de øvrige regionale helseforetakene.

Revurdering og utfasing av behandlingsmetoder

De regionale helseforetakene fikk i 2019 to oppdrag om å utvikle modeller for utfasing av behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten i systemet for Nye metoder. Modellene skal tilrettelegge for å aktivt identifisere, selektere og vurdere behandlingsmetoder. De regionale helseforetakene fikk i 2020 oppdrag om å videreføre arbeidet i tråd med statusrapport av 1. november 2019, herunder å pilotere fem metoder og vurdere om det kan være behov for å gi særskilt støtte til omstilling ved utfasing av tjenester i sykehus, for eksempel grunnet manglende forskningsbasert dokumentasjon om effekt eller fordi det er utviklet bedre og tryggere metoder.

De regionale helseforetakene rapporterer at arbeidet startet opp i januar 2020, men ble forsinket på grunn av pandemien. Tre av fem piloter er nå til vurdering i Nye metoder. Pilotene er hysterektomi, acromionreseksjon ved impingement syndrom og håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom. I samarbeid med Folkehelseinstituttet, arbeides det med forslag til metodevurdering for de to øvrige pilotprosedyrene; tonsillektomi og hemoroidektomi. Prosjektet avventer resultatene fra behandlingen. Helse Midt-Norge RHF har fulgt med på utviklingen for prosedyrene som har blitt pekt ut i Norge, basert på The Evidence Based Interventions Programme i England. Analyser av data som viser utviklingen i pandemiperioden tyder på at prosedyrene med diskutabel nytteverdi har blitt redusert mer enn øvrig elektiv kirurgi (jf. tall per utgangen av 2020). Det gjenstår

å se om endringen er av varig karakter. Videre ble dialogen med representanter fra Gjør Kloke Valgkampanjen i regi av Legeforeningen gjenopptatt høsten 2020.

Persontilpasset medisin

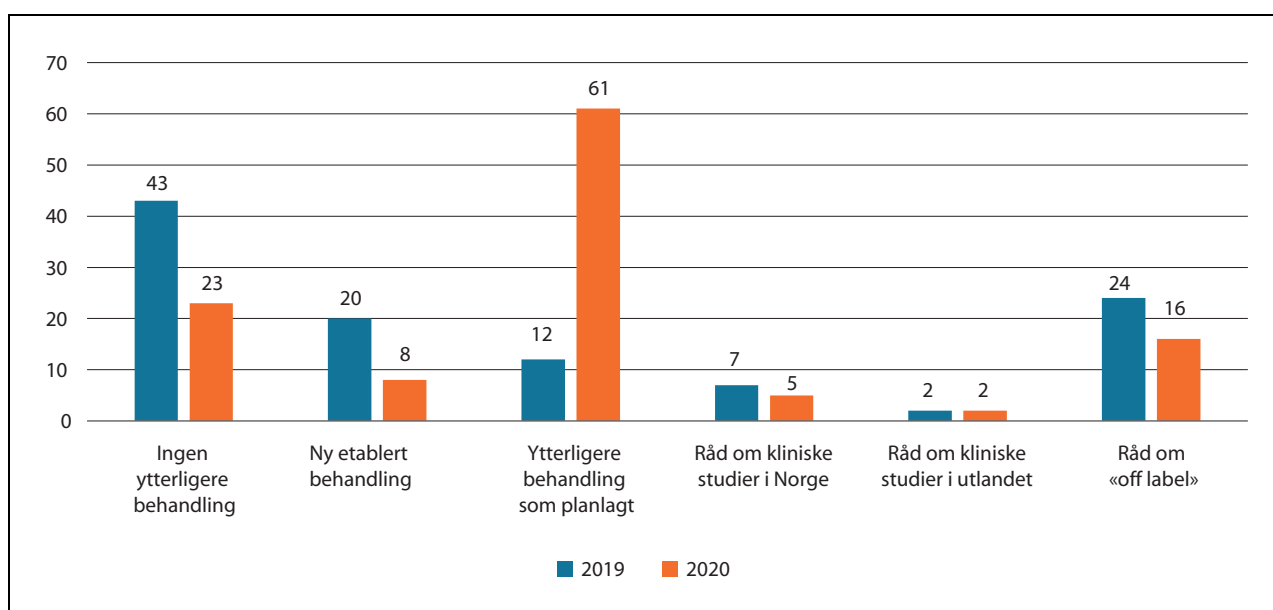
De regionale helseforetakene fikk i 2020 i oppdrag å legge til rette for bruk av molekylære tester, genpaneler og biomarkører i forskning og klinisk praksis og samordne nasjonal infrastruktur for persontilpasset medisin til forskning og klinikk. Helse Sør-Øst RHF rapporterer å ha støttet med regionale midler implementeringen av en regional infrastruktur for presisjonsmedisin med fokus på molekylær patologi med tilhørende mulighet for genanalyser og med biobankstøtte. De regionale helseforetakene er enige om å etablere en nasjonal infrastruktur for persontilpasset medisin. Helse Sør-Øst RHF følger opp dette i samråd med de øvrige regionale helseforetakene og Nasjonalt kompetansenettverk innen persontilpasset medisin og det interregionale fagdirektørmøtet. Samarbeid med universitet- og høyskolesektoren ivaretas der det er faglige behov.

De regionale helseforetakene fikk i 2020 i oppdrag å utrede og implementere ordninger for midlertidig innføring og revurdering av nye metoder i Nye metoder for å tilrettelegge for innføring av persontilpasset medisin i tjenesten. Midlertidig innføring av metodene, med krav om oppfølging og revurdering etter en tids bruk i helsetjenesten, kan bidra til raskere tilgang til nye innovative

metoder ved at det offentlige kan stille krav om at antatt effekt ved innføring etterprøves eller revurderes på et senere tidspunkt. Utredningsrapporten foreslår flere tiltak og følges opp av de regionale helseforetakene. Tiltakene berører blant annet bruk av alternative prisavtaler i Nye metoder, bruk av helsedata og helseregistre for oppfølging og revurdering av metodene, koblingen mellom Nye metoder og utprøvende behandling og klinisk forskning og nordisk samarbeid på helseøkonomiske vurderinger og prisforhandlinger.

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten er et organ for rådgivning ved alvorlig livsforkortende sykdom. Ekspertpanelet skal kunne gi råd om adekvat etablert behandling er gitt, om det er aktuelle kliniske studier for pasienten i Norge eller i utlandet, fortrinnsvis Norden, om det er aktuelt med en utprøvende behandlingsmetode utenfor en klinisk studie i Norge eller om et udokumentert behandlingstilbud pasienten selv har innhentet og ønsker råd om. Beslutninger tatt av Beslutningsforum for nye metoder skal følges av ekspertpanelet, og ekspertpanelet skal ikke gi råd om behandling som er under vurdering i Nye metoder. I 2020 har Ekspertpanelet gitt råd i 115 saker. Gjennomsnittlig behandlingstid av sakene var åtte dager. Det var en lik kjønnsfordeling og gjennomsnittsalder var 56 år. Hvilke råd som ble gitt og hvorvidt de ble fulgt følger av figuren under.



Figur 5.1 Fordeling av råd i saker Ekspertpanelet har vurdert, 2020

Kilde: Årsrapport Nasjonalt ekspertpanel

Beredskapslagring av legemidler

Under pandemien har det vært bygget opp beredskapslagre av forsyningskritiske legemidler på to nivåer. Nivå 1 innebærer tre til seks måneders forbruk av de 50 mest forsyningskritiske legemidlene («50-listen») for primærhelsetjenesten, tre måneders forbruk av legemidler på covid-19-listen for 800 intensivpasienter i spesialisthelsetjenesten og H-reseptlegemidler tilsvarende åtte ukers forbruk. Helse Sør-Øst RHF har ansvar for beredskapslager på nivå 1 for legemidler i spesialisthelsetjenesten. I foretaksmøte av 8. mai 2020 ble de regionale helseforetakene bedt om å etablere et beredskapslager for legemidler på nivå 2. Nivå 2 innebærer seks måneders forbruk av et utvalg av særskilt kritiske legemidler i spesialisthelsetjenesten og en noe utvidet 50-liste for primærhelsetjenesten. Helse Vest RHF leder arbeidet.

Våren 2021 ble de regionale helseforetakene bedt om å konsolidere og redimensjonere beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler i spesialisthelsetjenesten ut fra smitte- og forsyningsssituasjonen. Det vises til omtale under kap. 702, post 22.

Forskning og innovasjon

Samlede forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader, poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU (finansieringspoeng) og poeng for kliniske behandlingsstudier. Det ble registrert 4 531 publikasjoner (vitenskapelige artikler, monografier og antologier) fra helseforetakene i 2020 og rapportert inn 351 avlagte doktorgrader, mot 312 doktorgrader i 2019. Dette er det høyeste antallet avlagte doktorgrader siden målingen startet i 2006. Det var også det høyeste antallet vitenskapelige tidsskriftspubliseringer i 2020.

Endringene i målesystemet er små fra år til år. På regionalt nivå får Helse Sør-Øst RHF en noe lavere prosentandel av forskningspoengene i 2020 (60,7 pst.) sammenlignet med i fjor (62,5 pst.). Denne reduksjonen er tatt ut i form av større prosentandeler i Helse Vest RHF (opp fra 19,2 til 20,6 pst.), mens endringene er beskjedne i Helse Midt-Norge RHF (opp 0,1 prosentpoeng fra i fjor) og Helse Nord RHF (opp 0,3 prosentpoeng fra i fjor). Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF sine prosentandeler av forskningspoengene i 2020 er hhv. 11,1 og 7,6 pst.

I 2020 hadde 59,2 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap (mål: over 40 pst.) og 23,1 pst. var publisert i ledende tidsskrifter (mål: over 20 pst.).

I 2020 var helseforetakene totalt involvert i 463 kliniske behandlingsstudier som utløser poeng i det nasjonale målesystemet. Dette er en liten nedgang fra 2019. Det er viktig å presisere at helseforetakene var involvert i et enda større antall studier enn 463, men formålet med målingen er ikke å presentere statistikk for alle pågående kliniske behandlingsstudier, men for studier som har inkludert pasienter i 2020. 14 065 pasienter ble inkludert i kliniske studier i 2020, noe som er en liten vekst fra 2019. Ansvar for rapporteringen er videreført som et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF, NIFU og Unit. Kvalitetssikring av data skjer i samråd med regionale kontakter i alle fire helseregioner.

Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på 61,5 pst. av de totale forskningspoengene inkludert poeng for kliniske behandlingsstudier, etterfulgt av Helse Vest RHF med 19,2 pst., Helse Midt-Norge RHF med 11,9 pst. og Helse Nord RHF med 7,6 pst. Nærmere beskrivelse av resultater fra helsemålingen for 2020 for de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

For åttende år på rad har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport, *Forskning og innovasjon til pasientens beste*, Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2020. I rapporten presenteres et utvalg av prosjektene som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og nasjonale nøkkeltall for forskning og innovasjon legges frem. Kreft er det fagområdet som ble tildelt mest forskningsmidler. Om lag 60 pst. av forskningsmidlene i helseregionene ble tildelt til kliniske studier. Andelen brukermedvirkning i forskningsprosjekter er økt fra 20 pst. i 2014 til 81 pst. i 2020. Årets måling er den første for innovasjonsprosjekter, og viser at 77 pst. av prosjektene har brukermedvirkning. Data fra rapportering på ny innovasjonsindikator i helseforetakene er inkludert i rapporten. Indikatoren for nytte er fortsatt under utvikling. 18 av 20 sykehus leverte aktivitetstall for 2020. Det har vært en økning i innovasjonspoengene fra 715 i 2019 til 833 i 2020.

Måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene gjennomføres hvert annet år. Neste måling gjennomføres for statistikkåret 2021 og vil omtales i statsbudsjettet for 2023. Ansvar for gjennomføring av målingen vil fra 2022 bli flyttet til Statistisk sentralbyrå, se omtale under kap. 732, post 21.

De regionale helseforetakene har bidratt i utredning av Pilot Helse i samarbeid med Norges forskningsråd og Innovasjon Norge. Målet med Pilot Helse er å finansiere innovasjonsløp som kan

bidra til bærekraft i helse- og omsorgstjenesten og verdiskaping i norsk næringsliv. Midler til forprosjekter til Pilot Helse ble lyst ut våren 2021.

De regionale helseforetakene har lagt til rette for klinisk pasientrettet forskning for å utvikle kunnskap om diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter smittet av SARS-CoV-2 gjennom utlysning av midler i program for klinisk behandlingsforskning og nasjonal koordinering av kliniske studier i sykehusene på covid-19.

De regionale helseforetakene tildelte etter utlysning i 2020 134 mill. kroner til seks store, nasjonale kliniske multisenterstudier gjennom Program for klinisk behandlingsforskning. Det ble i tillegg tildelt 20 mill. kroner gjennom en ekstraordinær tildeling til en studie innen covid-19, Nor-Solidarity-trial. Ett av de seks prosjektene i den ordinære tildelingen har et forskningsformål som sammenfaller med innspill som har kommet gjennom systemet for Nye metoder. Koblingen mellom Nye metoder og program for klinisk behandlingsforskning har blitt styrket med rapport om midlertidig innføring av nye metoder, jf. omtale over under Persontilpasset medisin.

Personell, utdanning og kompetanse

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å utarbeide et harmonisert nasjonalt internopplæringsprogram for sykepleie i intensivbehandling av covid-19-pasienter. Programmet er utarbeidet og implementert i alle helseregioner.

I forbindelse med avvikling av studier og praksis under pandemien ble de regionale helseforetakene bedt om å om å legge til rette for at helseforetakene samarbeider med utdanningsinstitusjonene om å finne løsninger som bidrar til at flest mulig helsefagstudenter kan gjennomføre praksis. Kort tid etter nedstengningen 12. mars 2020 ble det opprettet en knutepunktgruppe mellom UH-sektoren og helsetjenesten (regionale helseforetak, KS og Helsedirektoratet). Gruppen har bidratt til å tilrettelegge for gode praksisstudier og normal studieprogresjon også gjennom pandemien.

Nasjonale helse- og sykehusplan 2020–2023

Regjeringen la frem Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (NHSP) i november 2019. Stortinget ga sin tilslutning til meldingen i mai 2020. Stortingsmeldingen ble fulgt opp med oppdrag i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet og i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet i januar 2020. Følgende anmod-

ningsvedtak ble fulgt opp i foretaksmøtet 10. juni 2020: Vurdering av basestrukturen for luftambulansen, permanent ambulanshelikopter i Kirkenes og et jetfly fast stasjonert i Tromsø, og åpning for at nye sammenslåtte kommuner kan ha delte løsninger mellom flere helseforetak.

Regionale og lokale utviklingsplaner

I foretaksmøtet 14. januar 2020 ble det stilt krav om utarbeidelse av regionale og lokale utviklingsplaner, og gitt føringer for innhold i tråd med NHSP. De regionale helseforetakene har revidert veilederen for utviklingsplaner i tråd med føringene fra protokollen, og viderefremmet kravene til helseforetakene. De regionale utviklingsplanene vil ferdigstilles innen utgangen av desember 2022.

Helsefelleskap

De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtet i januar 2020 bedt om å gi helseforetakene i oppdrag å innrette sitt samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i NHSP og avtalen mellom regjeringen og KS. De regionale helseforetakene rapporterte i årlig melding at arbeidet med å etablere helsefelleskapene var forsinket som følge av pandemihåndteringen. Det er etablert helsefelleskap i alle regionene, og innen høsten 2021 forventes det at de 19 helsefelleskapene vil være etablert.

Helsedirektoratet fasiliterer et nasjonalt nettverk for erfaringsutveksling og informasjonsdeling for de 19 helsefelleskapene. Hvert helsefelleskap er invitert til å stille med en representant fra helseforetaket og en fra kommunene. Regionalt helseforetak og KS regionalt deltar også i nettverket. Stortinget har bevilget tilskuddsmidler til sekretariatsfunksjon for de samarbeidende kommunene i helsefelleskapene. Det ble bevilget 9,5 mill. kroner med halvårseffekt i 2020. I 2020 var det 10 kommuner som søkte om tilskudd.

Bedre felles planlegging er et sentralt prinsipp i avtalen mellom KS og regjeringen. Regjeringen har foreslått å innføre et nytt krav til samarbeidsavtalen som innebærer at kommuner og helseforetak må avtale konkret hvordan de skal planlegge og utvikle tjenester, jf. Stortingets behandling av Prop. 102 L (2020–2021).

Psykisk helse

Regjeringen vil sikre at behandlingsskapiteten for de som har psykiske lidelser eller rusmiddel-

problemer er god nok. I 2019 fikk helseregionene, i samarbeid med KS, FHI og Helsedirektorat i oppdrag å vurdere hvor stort behovet for psykisk helsehjelp og rusbehandling vil bli i årene som kommer, og samarbeide om gode planleggingsverktøy for å sørge for riktig kapasitet ved sykehusene. Rapport om arbeidet ble levert juli 2021.

Regjeringen vil legge til rette for fortsatt kvalitet- og fagutvikling. Det skal utarbeides en samlet oversikt over dagens registreringskrav i psykisk helsevern og TSB. Målet er å sikre at det som registreres er nyttig for kvalitets- og tjenesteutvikling, styring og forskning, og redusere den samlede registreringen slik at behandlerne kan bruke mest mulig tid på direkte pasientarbeid. Kvalitetsregistre, helseatlas og kvalitetsindikatorer på psykisk helse- og rusområdet vil bidra til økt kunnskap om innholdet i behandlingen og hvordan det går med pasientene. Det vises til omtale under kap. 734.

De regionale helseforetakene skal implementere tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam innen psykisk helsevern der det er befolkningsmessig grunnlag for det. Alle de regionale helseforetakene melder at de har etablert ulike typer tverrfaglige oppsøkende team, med unntak av noen områder. Dette skyldes blant annet rekrutteringsutfordringer ved lokalt helseforetak og vurdering av eget opptaksområde/befolkningsgrunnlag.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å innføre, i samarbeid med kommunene, bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge. Alle de fire regionale helseforetakene melder at arbeidet er igangsett i så godt som alle helseforetak. Ulike modeller og tiltak for å bedre samarbeidet om henvisninger er iverksatt, under utprøving eller til vurdering. Det meldes at det tar tid å innarbeide nye gode rutiner. Helse Vest RHF har arbeidet systematisk i alle helseforetak med å implementere Helse Fonnas modell for barn og unges helsetjenester.

De regionale helseforetakene fikk i 2020 i oppdrag å legge til rette for at flere metoder innen psykisk helsevern og TSB blir vurdert i systemet for Nye metoder. Det ble i 2020 tatt initiativ til samarbeid mellom sekretariatet for nye metoder og enhet for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst RHF med siktemål å få til en økning av antallet behandlingsformer som vurderes i systemet for Nye metoder. Arbeidet vil bli fulgt opp i 2021. Helse Nord-Norge RHF rapporterer at Universitetssykehuset i Nord-Norge jobber med en metodevurdering på bruk av video i pasientbehandling, men at ingen metoder innen psykisk helsevern og TSB er vurdert i systemet for Nye metoder i løpet av 2020. Helse Vest RHF melder at

alle helseforetak i regionen har påbegynt vurdering og tilrettelegging for vurdering av metoder innen psykisk helsevern og TSB i systemet for nye metoder. Helse Vest RHF rapporterer at det i 2020 kun ble behandlet ett forslag på nye metoder innen psykisk helsevern. På grunn av svært avgrenset dokumentasjonsgrunnlag ble det ikke tilrådt å gjennomføre en nasjonal metodevurdering på denne.

Kompetanse

Helseforetakene har fulgt opp oppdragene knyttet til å øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering, samt å etablere et nasjonalt samarbeid om utvikling og bruk av simulering som metode, ledet av Helse Vest RHF.

Oppdragene knyttet til satsning på lærlinger i helsefagarbeiderfag og andre lærefag som er relevante i sykehus må sees i sammenheng. Deler av oppfølgingen er forsinket som følge av pandemien, men oppfølging av oppdragene er i prosess. Oppdragene det gjelder er å øke antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus, med en prioritering av helsefagarbeiderlærlinger skal prioriteres i planperioden, at det skal opprettes et opplæringskontor for helsefaglærlinger og andre relevante lærefag i hvert helseforetak, men at helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig og at de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, skal opprette et nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere lærlinger i planperioden.

Læring og mestring

Regjeringen vil bidra til bedre pasient- og pårørendeopplæring gjennom en revidering av lærings- og mestringstjenestene. De regionale helseforetakene og Helsedirektoratet har gjennomført et forprosjekt med gjennomgang av lærings- og mestringstjenestene i henholdsvis spesialisthelse-tjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En forprosjektrapport ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2021. Departementet arbeider med en oppfølging av forprosjektrapporten.

Økonomi og investeringer

God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for

en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2020 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 mellom departementet og de regionale helseforetakene.

Det ble i felles foretaksmøte i januar 2020 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som fulgte av Prop. 1 S (2019–2020), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2020 slik at sørge for ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Det ble også satt en ramme for bruk av driftskreditt. For at helseforetakene skulle være i stand til å håndtere de økonomiske konsekvensene av pandemiutbruddet i 2020, ble rammene til de regionale helseforetakene utvidet gjennom Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 42 S (2020–2021). Pandemien påvirket driften og økonomien til helseforetakene kraftig og ekstrabevilgningene som ble gitt bidro til at pandemien likevel ikke ga unødige og

negative utslag i sykehusøkonomien. Det er til dels store forskjeller på hvor hardt det enkelte helseforetak ble rammet og flere regioner ble i 2020 kompensert mer enn hva de i sum hadde av registrerte negative effekter. Pandemien pågår fremdeles og det er naturlig å se økonomien i pandemiårene i sammenheng.

Årsregnskapene for 2020 ble godkjent i felles foretaksmøter i juni 2021. Alle helseregioner oppnådde positive økonomiske resultater i 2020. Det ble i 2020 et samlet positivt resultat på 6 202 mill. kroner, som er 2 820 mill. kroner bedre enn i 2019. De positive resultatene må ses opp mot investeringsbehovene og -planene i årene framover, samt økte bevilgninger knyttet til pandemien.

Resultatet i 2020 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 112 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 144 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 6 234 mill. kroner, som er 2 896 mill. kroner bedre enn i 2019.

Tabell 5.4 Årsresultat 2018–2020 (mill. kroner)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Årsresultat 2018	1 768	668	602	205	3 242
Årsresultat 2019	2 009	662	530	181	3 382
Årsresultat 2020	2 593	1 534	1 523	552	6 202

Tabell 5.5 Budsjettert økonomisk resultat i 2021 (mill. kroner)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Budsjett 2021	1 221	521	363	256	2 361

Fra 2020 har driftssituasjonen for de regionale helseforetakene blitt endret som følge av virusutbruddet. Det vises til nærmere omtale av aktivitetsvekst i sykehusene i kap. 2.

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 2017 har helseforetakene kunnet få lån på inntil 70 pst. av forventet prosjektkostnad inklusiv usikkerhetsmargin (P85), basert på kvalitetssikrede konseptplaner.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå. For prosjekter over 500 mill. kroner skal

resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Dette danner også grunnlag for lånesøknad til prosjektet.

De årlige kostnadene knyttet til investeringer fremkommer i foretakenes regnskaper som avskrivninger og reflekterer slitasje og elde på bygg og utstyr fra tidligere års investeringer. 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 og utgjorde

7,2 mrd. kroner i 2020, vil de årlige investeringene variere avhengig av hvilke utbygginger som pågår. Skal sykehusbygg og -utstyr oppgraderes i tråd med dagens krav og standarder og nye teknologiske løsninger må investeringsnivået ligge over årlige avskrivninger. I 2020 investerte helseforetakene for 13,7 mrd. kroner. Hensyntatt av- og nedskrivninger, samt salg og korrigeringer i balansen, innebar dette at den regnskapsmessige verdien på helseforetakenes driftsmidler samlet sett økte med 6,4 mrd. kroner i 2020.

Tabell 5.6 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2020

	2003	2014	2019	2020	Endring 2019–20	Pst. endr. 2019–20	Pst. endr. 2014–20	Pst. endr. 2003–20
Helse Sør-Øst	36 913	45 097	46 843	48 712	1 869	4,0	8,0	32,0
Helse Vest	12 095	14 445	18 471	21 593	3 122	16,9	49,5	78,5
Helse Midt-Norge	9 001	14 094	13 670	14 723	1 053	7,7	4,5	63,6
Helse Nord	8 578	10 371	16 032	16 391	359	2,2	58,0	91,1
Sum	66 587	84 306	95 016	101 419	6 402	6,7	20,3	52,3

Kilde: De regionale helseforetakenes regnskaper 2020

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr til 66 mrd. kroner. I perioden 2014–2020 har den regnskapsmessige verdien av sykehusenes bygg og utstyr økt med 17,4 mrd. kroner, fra 84,3 mrd. kroner til 101,4 mrd. kroner. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord er den regionen med relativt størst økning i verdien av bygg og utstyr i perioden fra 2014, mens Helse Vest har den relativt største økningen siste året. Her gjennomfører nå alle helseforetakene i regionen større utbyggingsprosjekter. Helse Midt-Norge har relativt sett hatt den laveste økningen de siste seks årene, men denne regionen gjennomførte store investeringer før 2014. Helse Sør-Øst har den laveste relative økningen siden helseforetakene ble etablert, men denne regionen har nå omfattende oppgraderingsplaner. Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til dagens drift og for å få en mer funksjonell bygningsmasse, men de store prosjektene vil variere mellom regioner og helseforetak. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer. Samtidig må det settes av midler til ordinært vedlikehold.

Tilstandsgrad

Helseforetakene registrerer tilstandsnivå og oppgraderingsbehov for sykehusbyggene med bistand fra Multiconsult. Dette oppdateres hvert fjerde år. Registrering av tilstand gjøres i henhold til Norsk Standard (NS 3424), på en skala fra 0 til 3, der 0 og 1 er tilfredsstillende mens 2 og 3 tilsier behov for vedlikeholdstiltak. Målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstandsgrad er om lag 1,2. Det ble gjennomført en tilstandsvurdering i 2014 som en del av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Denne ble fulgt opp gjennom en ny vurdering i 2016–2017. Samlet vektet tilstandsgrad for helseforetakenes sykehusbygg var 1,50 i 2020. Den vektete tilstandsgraden i 2016 var 1,48. Spesialisthelsetjenesten har både moderne sykehusbygg og sykehus som krever betydelige oppgraderinger. Det er store variasjoner i tilstandsgrad både innad i og mellom helseregionene. Tabellen under viser at Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde en forbedring i tilstandsgraden i perioden. Helse Sør-Øst hadde en reduksjon i tilstandsgraden i sine sykehusbygg i samme periode.

Tabell 5.7 Tilstandsgrad for sykehusbyggene

	2020		2016	
Helse Midt-Norge RHF	1,38	TG 1	1,46	TG 1
Helse Nord RHF	1,36	TG 1	1,37	TG 1
Helse Sør-Øst RHF	1,61	TG 2	1,51	TG 2
Helse Vest RHF	1,37	TG 1	1,44	TG 1
Samlet	1,50		1,48	

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 sykehustjenester. 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 helse-tjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg og utstyr, IKT og annen viktig infrastruktur, samt hvordan helseforetakene kan tilpasse tjenestene for å møte utfordringer innenfor de økonomiske rammene.

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

Tabell 5.8 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2022–2025 (mill. kroner)

	2022	2023	2024	2025	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	15 223	18 921	14 183	10 472	58 799
Øvrige bygningsmessige investeringer	2 074	2 415	2 268	2 435	9 192
Medisinskteknisk utstyr ¹	1 636	1 765	1 662	1 619	6 682
IKT	3 247	3 396	3 186	2 909	12 738
Annet	619	1 045	892	952	3 508
Sum totale investeringer	22 799	27 542	22 191	18 387	90 919

¹ Det inngår betydelige midler til medisinsk-teknisk-utstyr og IKT i prosjekter over 500 mill. kroner.

Helseforetakenes oppdaterte økonomiske langtidsplaner inneholder investeringer for nærmere 91 mrd. kroner i perioden 2022 til 2025.

Helse Sør-Øst RHF

Med bakgrunn i behandling av økonomiske langtidsplan i perioden 2022–2025 planlegger Helse

Sør-Øst RHF for et investeringsomfang på 54,3 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:

- nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus
- nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken
- klinikkbygg og protonsentor ved Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus

- første trinn i utvikling av nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus
- ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus
- utbygging og stråleterapi ved Sykehuset Telemark, Skien
- samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus

I tillegg gjennomføres program for standardiserings- og IKT-infrastrukturmodernisering.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøs-sykehuset)
- stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus
- akuttbygg ved Sørlandet sykehus

Det ligger inne flere prosjekter i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner som planlegges gjennomført og som er regionalt prioritert, men som avhenger dels av fremdriften i andre prosjekter og dels av planlagt resultatutvikling. Dette gjelder bl.a. videreutvikling av Oslo universitetssykehus, etappe 2. Det arbeides med å innplassere Klinikk for laboratoriemedisin ved Oslo universitetssykehus i Livsvitenskapsbygget. Det er inngått avtale med Oslo kommune om utbygging av storbylegevakt på Aker, hvor Oslo universitetssykehus skal leie arealer. Driften av storbylegevakt vil bli videreført innenfor rammen av dagens samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune.

Helse Vest RHF

Med bakgrunn i behandling av økonomiske langtidsplan i perioden 2022–2025 planlegger Helse Vest RHF for et investeringsomfang på 16,6 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:

- byggetrinn 2 av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen
- oppgradering og modernisering ved Helse Førde
- nytt sykehus i Stavanger inkl. behandlingsbygg og universitetsarealer

- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna (trinn 1 og 2)
- protonsenters ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

Det pågår planarbeid knyttet til ombygging av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen.

Helse Midt-Norge RHF

Med bakgrunn i behandling av økonomiske langtidsplan i perioden 2022–2025 planlegger Helse Midt-Norge RHF for et investeringsomfang på 11,1 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:

- nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal
- Helseplattformen

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- Utvikling av sykehuset i Ålesund

I tillegg pågår det planarbeid knyttet til senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital.

Helse Nord RHF

Med bakgrunn i behandling av økonomiske langtidsplan i perioden 2022–2025 planlegger Helse Nord RHF for et investeringsomfang på 9,0 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner som det er tildelt statlige lånerammer:

- nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge
- nytt sykehus i Hammerfest ved Finnmarks-sykehuset

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- utvikling av Helgelandssykehuset

I tillegg pågår det utredningsarbeid om etablering av nytt sykehusbygg for psykisk helse og rus ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

6 Utviklingstrekk for e-helseområdet

OECDs rapport *Healthcare in the 21st Century* fra 2019 viser til et gjennomgående stort behov for digitalisering i helse- og omsorgssektoren i medlemslandene. Rapporten trekker frem at sektoren har en lang vei å gå med tanke på bruk og deling av elektroniske data. Rapporten viser til at helse- og omsorgssektoren ligger omtrent 10-15 år bak andre sektorer og bransjer når det gjelder å utnytte potensialet i elektroniske data og teknologi. Barrierene for digitalisering av helse- og omsorgssektoren er først og fremst ikke teknologiske, men institusjonelle og organisatoriske. Lover, organisering, finansierings- og styringsmodeller er ikke tilpasset endringene digital transformasjon fører med seg.

Det har gjennom flere år vært en økende oppmerksomhet i Norge på e-helseområdet og digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Det er gjennomført store prosjekter og programmer, og nasjonale samhandlingsløsninger er etablert, slik som helsenorge.no, kjernejournal, e-resept og helseID. De siste årene har arbeidet med helsedata gjennom Helsedataprogrammet, arbeidet med standardisert språk (Felles språk), Digital samhandling og felles kommunal journalløsning blitt betydelig styrket. Dette arbeidet har gitt gevinster i form av bedre tilgang til nødvendig pasientinformasjon for helsepersonell, bedre pasientsikkerhet, enklere tilgang til data for analyse og forskning, og enklere og mer effektiv dialog mellom helsepersonell og pasienter.

Den teknologiske utviklingen går raskt og muliggjør at flere helse- og omsorgstjenester kan ytes i pasientens hjem. Det viser seg blant annet gjennom utvikling av og vekst i digitale helsetilbud som nettbasert behandling og digital hjemmeoppfølging. Slike tjenester bidrar til å øke pasientens valgmuligheter og gir muligheter til mer persontilpasset behandling og oppfølging. Dette skaper også mulighet for nye aktører. Da Norge i forbindelse med covid-19 pandemien stengte ned i mars 2020, oppsto det et stort behov for digital omstilling. Helse- og omsorgssektoren har tatt i bruk både ny og eksisterende teknologi i et høyere tempo enn tidligere. E-konsultasjon ble periodevis i 2020 mer brukt enn vanlige konsultasjoner,

selv om kun en liten andel leger hadde tatt dette i bruk før pandemien. Et annet område med vekst de siste årene er digital hjemmeoppfølging. Dette har blitt brukt av nye pasientgrupper og gitt stor nytteverdi, spesielt for oppfølging av koronasyke og pasienter i risikogrupper.

Helsedata kan bidra til innovasjon, gi verdifull ny innsikt og er viktig for tjenestenes arbeid med kvalitetsforbedring. Med store og varierte datamengder, er analyseteknikker som kunstig intelligens og maskinlæring en forutsetning for å utnytte potensialet som ligger i dataene fullt ut og bidra til bedre forskning og behandling.

I helse- og omsorgssektoren behandles store mengder opplysninger som grunnlag for gode og trygge tjenester, forskning og innovasjon. De digitale løsningene gir nye muligheter for å yte bedre og tryggere tjenester. Samtidig øker sårbarheten for digitale angrep og datainnbrudd, og potensielle negative konsekvenser av sikkerhetsbrudd blir større. Det er helt sentralt at den enkeltes helse, rettigheter og personvern ivaretas. Informasjonssikkerhet og personvern er derfor en forutsetning for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Det må sikres at opplysningene om helse blir behandlet på en trygg måte, og beskyttes mot ulovlig innsyn og endring. Samtidig er det kritisk at opplysningene er tilgjengelig ved behov.

Norge har en sterk og innovativ helsenæring og koronapandemien har ført til stor etterspørsel etter digitale verktøy og e-helseløsninger. Helsenæringen er en betydelig bidragsyter i arbeidet med å utvikle og digitalisere helse- og omsorgstjenesten. Teknologi og digitale løsninger blir i stadig større grad en integrert del av tjenestene og åpner for nye muligheter for næringsutvikling og innovasjon. Både ressursbruken på IKT i offentlig sektor og omsetningen for IKT-næringen i helse har økt de siste årene. Ifølge tall fra Direktoratet for e-helse var de totale IKT-utgiftene i helse- og omsorgssektor på rundt 13 mrd. kroner i 2020, en økning på omtrent én mrd. kroner fra 2018. Dette gir gevinster for pasienter og tjenesten, og skaper nye muligheter for næring i Norge.

Norge er med og påvirker e-helseutviklingen internasjonalt og det pågår flere internasjonale

samarbeid både i Norden, i EU og globalt. Det nordiske samarbeidet har stått sentralt i den norske e-helseutviklingen lenge, og det europeiske og globale samarbeidet blir stadig viktigere blant annet innenfor områdene helsedata, legemidler, sikkerhet og digital samhandling. Pandemien har tydeliggjort viktigheten av samarbeid på tvers av

landegrensene, for eksempel i arbeidet med smittesporingsapplikasjoner og koronasertifikat. Satsingen på felles infrastrukturer og datadrevet innovasjon står høyt på dagsorden for internasjonale samarbeidsorganisasjoner innen helse, og Norge er en aktiv deltaker i disse prosessene.

7 Utviklingstrekk i omsorgstjenesten

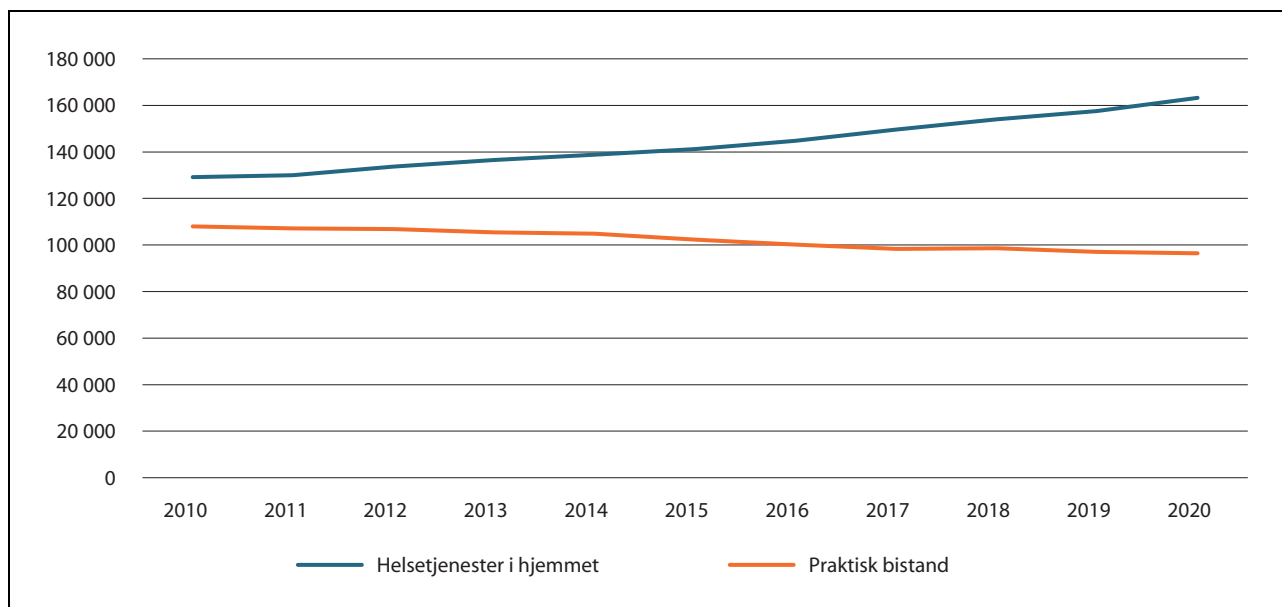
De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. Kommunene har over tid fått nye oppgaver, og samtidig har de hatt en tilvekst av nye brukergrupper med behov for både fysisk, psykisk og sosial omsorg, støtte og bistand. Det ytes stadig mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene. Samtidig er det i kommunene en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester. Pandemien har preget driften av omsorgstjenestene gjennom store deler av 2020.

Datakilder som Kostra og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) gir detaljert informasjon om omsorgstjenestenes brukere og hvilke tjenester de får².

I 2020 var det ifølge SSB om lag 371 300 unike personer som mottok omsorgstjenester i løpet av året, dette var en økning på 1,7 pst. fra 2019. Per

31. desember 2020 var det om lag 290 000 brukere av omsorgstjenester. Omsorgstjenester omfatter alt fra sykehjemstjenester til velferdsteknologi. Ser vi nærmere på noen utvalgte tjenester per 31. desember 2020 ser vi at det har vært en vekst i helsetjenester i hjemmet, i BPA og i velferdsteknologi, mens det er en nedgang i bruk av langtidsopphold på institusjon og praktisk bistand. Dette er en utvikling som har vart over noe tid.

² Ved tolking av data for 2020 må man ta hensyn til at pandemien har påvirket kommunenes drift, at effektene av kommunereformen fortsatt er tilstede og det har vært noe endret rapporteringspraksis. Likeledes var det ved rapporteringen for 2019 flere forhold som sammen påvirket datakvaliteten i KPR. Da var årsakene knyttet til kommunesammenslåing, endring i rapporteringskrav og feil knyttet til rapportering av velferdsteknologi.



Figur 7.1 Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand 2010–2020

Merknad: Personer som mottar begge tjenestene er inkludert i begge grafer.

Kilde: SSB

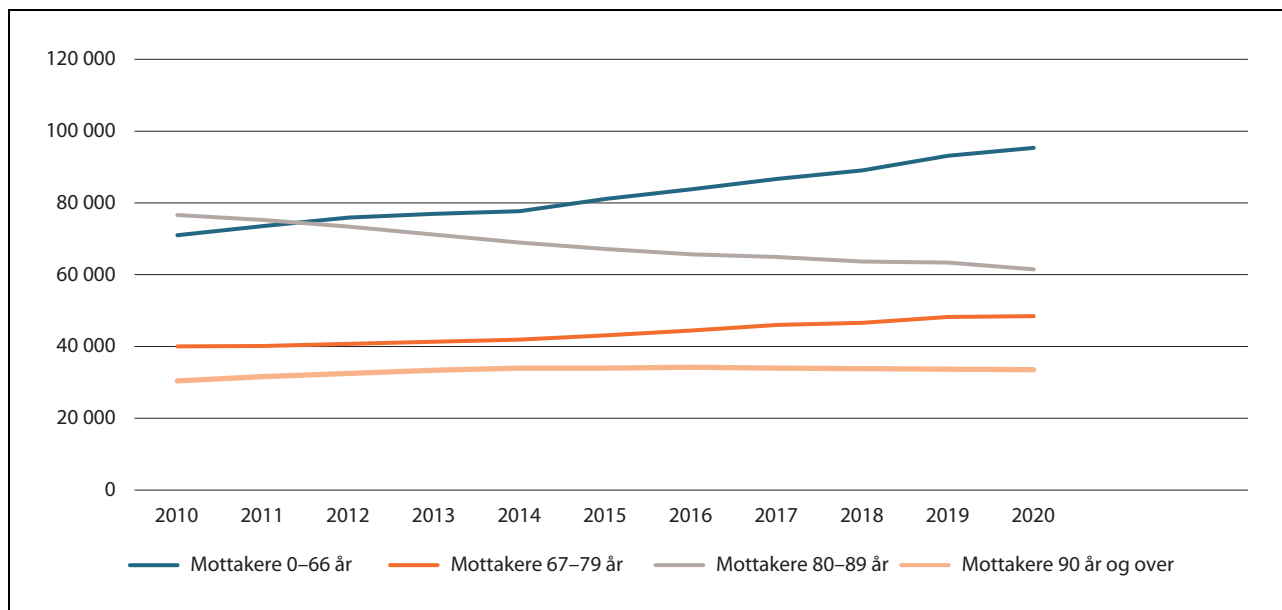
Av omsorgstjenestens mottakere per 31. desember 2020 viser tall fra KPR at om lag 70 pst. var tjenestemottaker i eget hjem, om lag 15 pst. hadde vedtak om opphold i institusjon. Om lag 15 pst. bor i bolig som kommunen stiller til disposisjon.

Andelen innbyggere over 80 år som har vedtak om hjemmetjenester³ er på 28,9 pst., dette er en

nedgang på 3,7 pst. siden 2019, og en nedgang på 11,1 prosent siden 2016.

Blant mottakerne med langtidsopphold i institusjon har 86 pst. omfattende bistandsbehov. Til sammenligning var det 10 pst. av dem som bor i egen bolig som hadde omfattende bistandsbehov.

³ Helsetjeneste i hjemmet, praktisk bistand (praktisk assistanse, BPA og opplæring), omsorgslønn og avlastning.



Figur 7.2 Mottakere av praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet og tjenester i institusjon etter alder pr 31. des 2010–2020.

Kilde: SSB

Antall brukere og andelen som mottar helse- og omsorgstjenester øker med alderen. I aldersgruppen 80–89 år er om lag 47 pst. brukere av kommunale omsorgstjenester gjennom året. I aldersgruppen 90 år og eldre mottar nær 90 pst. en eller flere tjenester gjennom året. Ser man bort fra den aller yngste aldersgruppen (0–17 år) er kvinnene de største brukere av helse- og omsorgstjenester. Mer enn 40 pst. av tjenestemottakerne gjennom året er nå personer under 67 år. Utviklingen med en økende andel yngre brukere vil være en utfordring for omsorgstjenestene.

Morgendagens eldre vil ha andre ressurser å møte alderdommen med i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og høyere utdanning sammenliknet med tidligere generasjoner. Dette kan vi også observere ved at antallet eldre brukere av omsorgstjenestene ikke øker i samme takt som endringen i eldrebefolkningen. Den

økende eldrebefolkningen fremover kommer like fullt til å være en driver bak veksten i tjenestene. Mange av de som mottar omsorgstjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. De største endringene over tid i de kommunale omsorgstjenestene skjer derfor i hjemmetjenestene.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2020 var om lag 3 700 brukere som mottok tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Fra 2015 ble det innført en rett til BPA for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse. Rettigheten omfatter også personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Fra 1. juli 2020 ble denne rettigheten utvidet til å gjelde personer over 67 år som før fylte 67 år har fått innvilget BPA etter rettighetsbestemmelsen. Det har vært en økning i antall BPA-mottakere fra og med 2015 på om lag 23 pst.

7.1 Personell

Det har i perioden 2011–2020 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale omsorgs-

Tabell 7.1 Årsverk i omsorgstjenestene 2011–2020

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Årsverk ¹	128 902	131 180	132 694	134 324	130 980	132 689	136 960	140 173	144 428	146 059

¹ SSB har tatt i bruk en ny metode som gir bedre informasjon om årsverk fra 2015, omtalt på ssb.no. Derfor er det brudd i statistikken mellom 2014–2015.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det var om lag 146 059 avtalte årsverk i omsorgstjenestene i 2020. Det er en prosentvis økning fra 2019 på rundt 1,1 pst. Blant personell i omsorgstjenestene er andelen årsverk i brukerrettet tjeneste med helse- og sosialfaglig utdanning økt fra om lag 76,0 pst. i 2019 til om lag 76,3 pst. i 2020.

Det er utfordringer knyttet til tilgangen på helsefagarbeidere, som er den største utdanningsgruppen i omsorgssektoren. Etter omleggingen av hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen til helsearbeiderfaget har tilgangen på denne utdanningsgruppen blitt betydelig redusert.

NAV estimerte i 2019 en mangel på 4 500 sykepleiere, 1 100 spesialsykepleiere og 2 650 helsefagarbeidere for helse- og omsorgstjenestene som helhet. KS' arbeidsgivermonitor for 2019 viser at det er særlig krevende å rekruttere sykepleiere. Beregninger foretatt av SSB i 2019 i Helsemod viser en økende mangel på særlig sykepleiere og helsefagarbeidere i årene fremover. Dette berører særlig omsorgstjenestene. Personellsituasjonen har i 2020 og 2021 vært preget av håndteringen av covid-19, der det gjennom statsforvalterne rapporteres om kapasitetsutfordringer knyttet til den samlede oppgavemengden i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Se kap. 10.60 for en nærmere redegjørelse av kommunenes håndtering av covid-19.

7.2 Botilbud

Kommunene tilbyr plasser i institusjon eller plass i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud. Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift. I 2020 var det om lag 39 200 sykehjemsplasser. Standarden på institusjonsplassene fortsetter å

tjenestene. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene.

øke. I 2020 var utgjorde enerommene 98,6 pst av alle rom.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2020 var om lag 25 300 beboere i boliger med heldøgns bemanning. Dette kommer i tillegg til de som mottar heldøgns tjenester i syke- og aldershjem og i eget hjem. Dekningsgraden for plasser i institusjon og bolig med heldøgns bemanning for befolkningen over 80 år per 31. desember har de siste 10 årene ligget stabilt rundt 28/29 pst. I 2020 var den om lag 28 pst. Samtidig får mange brukere et omfattende tjenestetilbud i hjemmet. Utviklingen av tjenestetilbudet i omsorgssektoren må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem. Det vises for øvrig til omtale av investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser under kap. 761, post 63 og 69.

7.3 Kommunenes utgifter til omsorgstjenester

Tall fra Kostra (SSB) viser at kommunenes brutto driftsutgifter til omsorgstjenestene var om lag 130,5 mrd. kroner i 2020. Det vesentligste av kommunenes utgifter til omsorgstjenesten finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. For kommunene utgjorde inntektene fra brukerbetaling for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen om lag 7,6 mrd. kroner i 2020. I tillegg bevilges en rekke øremerkede tilskudd til omsorgsformål over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, bl.a. investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Det ble utbetalt om lag 10,5 mrd. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til kommunene gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester, for utgifter påløpt i 2020. I 2020 fikk kommunene en rekke særskilte tilleggsbevilgninger med bakgrunn i pandemien. Se nærmere omtale for eksempel under 10.60.

Tabell 7.2 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mrd. kroner) 2011–2020

Brutto- driftsutgifter	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kommunene	321,5	343,2	363,2	379,2	389,1	410,0	434,3	454,8	478,1	488,9
Kommune- helsetjenester	12,2	13,0	13,9	15,0	15,5	16,8	17,8	19,4	21,0	23,6
Omsorgs- tjenester ¹	83,2	90,2	94,5	100,9	101,8	107,4	112,7	121,1	128,5	129,6

¹ omfatter Kostrafunksjon 234,253,254 og 261

Kilde: Statistisk sentralbyrå

8 Plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere

8.1 Innledning

Denne planen er en oppfølging av vedtak nr. 1344, 18. juni 2021:

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2022 legge frem en plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere i årene fremover. Planen skal inneholde forslag til ulike tiltak som bidrar til rekruttering og sikrer nok kompetente hender og hoder i helse- og omsorgstjenestene.»

Planen må sees i sammenheng med Kunnskapsdepartementets oppfølging av anmodningsvedtakene fra Stortingets behandling av Innst. 149 S (2020–2021), jf. vedtak nr. 940, 20. mai 2021:

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2022 komme tilbake til Stortinget med innledende tiltak for å sikre flere studieplasser innenfor medisin, helsefag og psykologi.»

og vedtak nr. 941, 20. mai 2021 :

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en opptrappingsplan for innenfor medisin, helsefag og psykologi. Planen skal både inneholde konkrete tiltak for opprettelse av tilstrekkelig med studieplasser ved utdanningsinstitusjonene, og tiltak som sikrer studentene praksisplass i helsesektoren. Planen bør inneholde tiltak som gjør det attraktivt for helsearbeidere å være i sektoren.»

Det vises til omtale i Prop. 1 S (2021–2022) fra Kunnskapsdepartementet.

8.2 Mål og virkemidler

Regjeringen vil skape pasientens helse- og omsorgstjeneste. Personell er den viktigste ressursen i helse- og omsorgstjenesten og utgjør ca.

70 pst. av ressursbruken. Sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere utgjør en stor andel av de ansatte. Det er derfor viktig å sikre nok kompetente sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere i helse- og omsorgstjenestene.

I internasjonal sammenheng har Norge høy dekning av helsepersonell per innbygger. Tall fra OECD viser at Norge rangerer som nummer en for sykepleiere med om lag 18 sykepleiere per 1000 innbyggere i 2020, mens EU-gjennomsnittet er om lag 8 sykepleiere per 1000 innbygger. Samtidig har SSB framskrevet behov for en økning i årsverk på om lag 35 pst. fram mot 2035 i referansebanen. En slik økning vil kunne beslaglegge nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken. Det er ikke bærekraftig. Den fremskrevne mangelen på helsepersonell må derfor i hovedsak møtes med ulike virkemidler for å rekruttere, utvikle og beholde personell som er beskrevet i denne planen.

Helse- og omsorgstjenesten skal være en attraktiv og varig arbeidsplass med gode karrieremuligheter. Flere virkemidler må tas i bruk, og i denne planen er virkemidlene delt inn i bedre personellplanlegging, bedre planlegging for kompetanseutvikling, bærekraft i bruk av personell- og kompetanseressurser og hvordan helse- og omsorgssektoren i samarbeid med utdanningssektoren skaper kvalitet og arbeidsrelevans i utdanningene. Utviklingen i lærekontrakter i helsearbeiderfaget omtales noe, men for øvrig vises det til Kunnskapsdepartementets oppfølging av ovenfor nevnte anmodningsvedtak for informasjon om utvikling i studieplasser i helsefag.

Utfordringsbildet og behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten må sees i sammenheng, også når det gjelder tilgang til de personellgruppene som omfattes av denne planen. Samtidig er det viktig å hensynta forskjellene i utfordringsbildet for de to tjenestenivåene. Det er behov både for felles tilnærming og tiltak, og særskilte tiltak som er rettet spesifikt mot behovene i de to tjenestenivåene.

8.3 Kompetanseløft 2025 og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

Kompetanseløft 2025 og Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 legges til grunn for denne planen. Begge dokumentene er behandlet av Stortinget og Kompetanseløft 2025 omtales årlig i Prop. 1 S. Dokumentene beskriver utfordringsbildet og har et omfang som er større enn det som omfattes av anmodningsvedtaket. De består både av tiltak som skal møte de særskilte behovene innenfor enkelttjenester og tjenestenivåer, samt tiltak som skal ivareta behovene på tvers av tjenester og tjenestenivåer. Oppfølgingen av dette anmodningsvedtaket vil derfor bygge på disse dokumentene. Tiltakene som er forankret i Kompetanseløft 2025 og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 skal følges opp gjennom disse respektive planene.

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Planen har som mål å bidra til en faglig sterk tjeneste og å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2025 består av fire strategiske områder og om lag 60 tiltak. De fire strategiområdene er: 1) Rekruttere, beholde og utvikle personell, 2) Brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid, 3) Kommunal sektor som forskningsaktør, fagutviklings- og opplæringsarena og 4) Ledelse, samhandling og planlegging. Tiltakene skal videreutvikles i planperioden 2021–2025 i samarbeid med aktørene.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er regjeringens strategi for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det overordnede målet er å skape pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig. Meldingen dekker store temaer som samhandling, psykisk helse, akuttmedisinske tjenester, teknologi, digitalisering og kompetanse. I tillegg beskrives utfordrings- og målbildet. Stortingsmeldingen inneholder tiltak knyttet til de ulike områdene i meldingen som følges opp gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Tiltakene knyttet til kompetanse følges i tillegg opp i samarbeid med Kunnskapsdepartementet.

8.4 Virkemidler for å nå målsetningen i planen

God tilgang på helsefagarbeidere, vernepleiere, sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre er avhengig av et systematisk, langsiktig arbeid i den samlede helse- og omsorgstjenesten, i utdanningssektoren og hos myndighetene. Arbeidet krever samarbeid, samordning, oppmerksomhet, vedlikehold og innsats.

Fire overordnede virkemidler vil samlet bidra til at målsetningen kan oppnås.

1. Bedre personellplanlegging
2. Bedre planlegging for kompetanseutvikling
3. Bærekraft i bruk av personell- og kompetanseressurser
4. Kvalitet og arbeidsrelevans i utdanningene

Virkemidlene er generelle og kan bidra til å rekruttere, utvikle og beholde personell uavhengig av personellgruppe. I tillegg vil spesifikk bruk av målrettede tiltak mot enkeltgrupper være nødvendig. Det understrekes at virkemidlene må tas i bruk både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, og at dette samspillet er essensielt for å lykkes.

8.4.1 Bedre personellplanlegging

God personellplanlegging bidrar til bærekraft og god bruk av det potensialet de ansatte utgjør i helse- og omsorgstjenestene. Frafall av helsepersonell til andre sektorer er en utfordring for flere av disse personellgruppene. Det er et potensial for å beholde flere utdannede helsearbeidere i helse- og omsorgstjenesten og det er viktig med mer kunnskap om årsakene til frafall for å kunne sette inn riktige tiltak for å beholde personell i helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale, regionale og lokale verktøy som skal bidra til god planlegging

Nasjonale meldinger og proposisjoner, planer og strategier gir retning og rammer for hvordan helse- og omsorgstjenestene skal utvikles. Ulike registre og nasjonale framskrivninger skal sikre at den nasjonale politikk- og planutviklingen baseres på gode data og analyser.

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes nasjonale register over helsepersonell med offentlig godkjenning, autorisasjon, lisens, og offentlig spesialistgodkjenning. Registeret er grunnsteinen for andre administrative registre innen helsesektoren. Registeret gir ikke opplysninger om personellens aktuelle arbeidsforhold og

er i dag ikke egnet for lokal personellplanlegging. For å identifisere tilgjengelig personell, vurdere reell personellmangel, framskrive behov og vurdere utdanningsbehov, må helsepersonellregisteret kobles mot andre registre for hvert enkelt formål. Registeret bør utvikles og Helsedirektoratet vil vurdere muligheter for å etablere et helhetlig, løpende og oppdatert register over helsepersonell og deres kompetanse som omfatter alle helsepersonellgrupper.

Helsedirektoratet utreder et nasjonalt system for å følge med på tilgang til og behov for sykepleiere i den samlede helse- og omsorgstjenesten.⁴ Forslag til indikatorer eller faktorer som kan inngå i systemet er knyttet til utdanning og tilgang på sykepleiere, informasjon om personellstyrken og informasjon om etterspørsel og rekruttering. Systemet er ment å gi et helhetlig kunnskapsgrunnlag for personellplanlegging og kompetanseutvikling i tjenestene

Kommuner og helseforetak som lykkes med rekruttering og kompetanseheving har ofte også god oversikt over personell og kompetanseutfordringer. Planlegging og tjenesteutvikling i kommunene må i større grad skje på bakgrunn av analyser av utfordringsbildet og i samarbeid med ansatte i tjenesten, pasientene/brukerne og pårørende. Det er imidlertid fortsatt kommuner som ikke utarbeider gode nok planer for å møte framtidige utfordringer.

Det er også variabelt hvorvidt helseforetak har tilstrekkelige planer eller oversikter som systematisk kartlegger personellbehov de neste tre til fem årene.⁵ De regionale helseforetakene har utviklet en nasjonal bemanningsmodell som verktøy for å vurdere personellbehovene. Modellen gir mulighet for å anslå personellbehovet i ulike sykehus. Videre har de regionale helseforetakene etablert et fagnettverk som skal forvalte og videreutvikle framskrivningsmodellene for spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene og helseforetakene lager dessuten regionale og lokale utviklingsplaner hvert fjerde år. Utviklingsplanene inngår i et helhetlig plansystem der arbeidet med helseforetakenes lokale utviklingsplaner skjer i etterkant av fremleggelsen av Nasjonal helse- og sykehusplan. Utviklingsplanene ses som en del av de regionale helseforetakenes samlede planansvar.

Kommunenes sørge for-ansvar for helse- og omsorgstjenester innebærer også å planlegge tjenestene slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med de krav som er fastsatt i lover og forskrifter. I oppfølgingen av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet* er det etablert et regionalt støtteapparat som skal bistå kommunene med å utvikle helhetlige planer for å sikre bedre og mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Arbeidet med å utvikle og tilgjengeliggjøre verktøy for nasjonal og kommunal planlegging vil videreføres, bl.a. gjennom framskrivninger. I forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 har Helsedirektoratet arbeidet med muligheter for et felles framskrivningsverktøy for kommuner og helseforetak, med særskilt vekt på framskrivninger av bemanning. Flere forhold tyder på at det særlig er små distriktskommuner som har de største utfordringene med å håndtere personell- og kompetansesituasjonen. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å vurdere om dagens virkemidler for planlegging av de kommunale helse- og omsorgstjenestene er tilstrekkelig for at kommunene driver systematisk planlegging av kapasitet, kompetanse og kvalitet for å møte fremtidens utfordringer.⁶ Departementet vurderer hvordan arbeidet skal følges opp videre. Departementet vil også, som del av Kompetanseløft 2025, utvikle en veileder for hvordan kommunene kan jobbe med kompetanseplanlegging for å se kompetansebehovet i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten samlet.⁷

Samarbeid og dialog med medarbeidere og til-litsvalgte er viktig for å skape tillit og forståelse for helt avgjørende utviklingsbehov. Samarbeid med organisasjonene om utvikling av nye arbeidsprosesser, oppgavedeling og sammensetning av team som understøtter ønsket utvikling blir avgjørende for å dimensjonere og prioritere fremtidige behov for kompetanse og kapasitet på bemanningsområdet.

Heltidskultur

Personellplanlegging og personelldekning i helse- og omsorgstjenestene påvirkes av andelen ansatte i hel stilling og sykefravær. Regjeringen er opptatt av å utvikle en heltidskultur i helse- og omsorgstjenestene. Det har vært arbeidet med dette over lang tid, men det er fortsatt behov for videre innsats. I spesialisthelsetjenesten er det oppnådd gode resultater, men det er et behov for å vurdere

⁴ Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

⁵ Riksrevisjonens Dok. 3:2 (2019–2020) Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene

⁶ Kompetanseløft 2025

⁷ Handlingsplan for allmennlegetjenesten

nye tiltak spesielt for sykepleiere uten spesialistutdanning og jordmødre. Kun om lag 33,4 pst. av de sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med kommunal ansettelse hadde avtalt heltidsstilling i 2020. Det er særlig omsorgstjenestene som preges av høy deltidsbruk.

Sykefravær

Deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er preget av et høyt sykefravær, høy turnover og høy avgang. Sykefravær påvirkes bl.a. av ledelse, ansattes arbeidsmiljø og arbeidsbelastning, og det kan være sammenheng mellom høyt omfang av deltid og høyt sykefravær. I flere helseforetak er det satt spesielt fokus på avdelinger med høyest sykefravær. Dette har gitt positive resultater, tiltak er allerede prøvd ut og noen har vist seg å ha god effekt. Kunnskapsgrunlaget som er bygget opp er verdifullt og bør spres og brukes av flere i arbeidet med personellplanlegging.

8.4.2 Bedre planlegging for kompetanseutvikling

Det blir stadig viktigere å bruke ansattes kompetanse riktig. God planlegging for kompetanseutvikling må gjøres parallelt med personellplanleggingen. Dette forutsetter både riktig oppgavedeling, tilrettelegging for å bruke mer tid til pasientene og mindre tid til andre oppgaver. Krav til rapportering og dokumentasjon skal understøtte arbeidsprosesser og kvalitet, ikke trekke ressurser bort fra pasientbehandlingen. Bruk av teknologiske løsninger, riktig organisering av tjenester og arbeidsprosesser vil også bidra til riktig bruk av kompetanse og bedre ressursutnyttelse.

Livslang læring

Regjeringen har som mål at helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted som skal legge til rette for livslang læring. Både kommuner og sykehus må ivareta sin rolle og ansvar for utdanning og faglig utvikling. Det er sentralt at arbeidet med kompetanseheving struktureres med helhetlige etter- og videreutdanningsaktiviteter, kompetanseplanlegging, og tiltak for fagutvikling. Kompetanseutviklingsarbeidet må være kunnskapsbasert og ivareta systematisk arbeid kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Medarbeiderne må være innstilt på å utvikle sin kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren. Arbeidsgiver kan tilrettelegge for at sykepleiere,

spesialsykepleiere, vernepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere kan få karriere i klinisk arbeid, forskning, organisasjon eller ledelse.

Etablering av karriereveier i direkte pasientrelatert arbeid kan være positivt for fag- og arbeidsmiljøet. De første årene i arbeid etter grunnutdanningen er viktige for om en medarbeider fortsetter yrkeskarrieren i helse- og omsorgstjenesten. Mange har behov for god veiledning og supervisjon i arbeidssituasjonen, og det bør legges til rette for det. Eksempelvis kan mentorordning for nyutdannede være et relevant tiltak.

Mye av kompetansehevingen for helsepersonell gjøres i samarbeid med mellom helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren. Helse- og omsorgstjenesten er i tillegg i seg selv store utdanningsarenaer som driver utstrakt internopplæringsvirksomhet. Interne kompetansehevende tiltak kan deles i tre hovedkategorier som kan omfatte;

- organisatoriske tiltak: kompetanseplanlegging, kompetansestyring, pålagt opplæring og fagutviklingsstillinger
- etterutdanningsaktiviteter: fagseminarer, faglige nettverk for etterutdanning, klinisk kompetanseprogram, opplæring i metoder for kunnskapsbasert praksis, forbedringsarbeid/pasientsikkerhet, praksisveilederopplæring, HMS-opplæring og lederutvikling
- videreutdanningsaktiviteter: spesialistutdanning, samarbeidsavtaler med utdanningssektoren, permisjon med delvis lønn for videreutdanning eller lønnede utdanningsstillinger for spesialsykepleiere, praksisplasser og praksisopplæring for videreutdanning av sykepleiere og andre prioriterte faggrupper

Ledelse

Ledere må utvikle sin lederkompetanse for å ivareta endringsutfordringer. Ledere på alle nivåer, ikke minst dem som står nærmest pasientbehandlingen, må få handlingsrom og støtte til å ta i bruk de virkemidlene som er nødvendige for å nå målene for pasientens helse- og omsorgstjeneste. For å bidra til å styrke lederkompetanse i kommunene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det etablert en Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten som finansieres gjennom Kompetanseløft 2025. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet er det utviklet et nytt felles topplederprogram for ledere i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester sammen med KS. Dette er ment å erstatte det tidligere topplederprogrammet for helsefore-

takene. Det nye topplederprogrammet som startet opp høsten 2020 vil gi deltakerne mulighet til å videreutvikle kompetansen bl.a. innenfor strategisk ledelse, ledelse på tvers av profesjoner og tjenestoområder, identitet og kultur, innovasjon og omstilling, pasient- og brukermedvirkning, pasientens helsetjeneste, helseøkonomi og finansieringssystemer.

Regjeringen har innført forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Forskriften er et viktig virkemiddel for å understøtte styring og planlegging, samt implementering, spredning og deling av kompetanse og kunnskap. Forskriften inneholder flere krav til kompetanseutvikling, herunder krav til leder om å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Leder skal sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, og at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Medarbeiderne skal ha kunnskap om relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Leder skal også minst en gang årlig vurdere styringssystemet opp mot tilgjengelig informasjon om virksomheten for å sikre at det bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten, noe som inkluderer også statistikk og informasjon om personell og kompetanse.

8.4.3 Planlegge for kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenesten

De senere årene har det vært en økning i antall årsverk i helse- og omsorgstjenesten for gruppene som omfattes av denne planen. I spesialisthelsetjenesten har det i perioden 2013 til 2020 vært en økning i årsverk for sykepleiere på 25 pst., spesialsykepleiere og jordmødre på 7 pst. Vernepleierne er den gruppen som har økt mest i spesialisthelsetjenesten med 35 pst. målt i årsverk. Det har over tid vært en reduksjon i bruken av helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten. Trenden ble imidlertid snudd i 2019. I kommunene har det vært en betydelig årsvekst i alle gruppene i perioden 2015 til 2020. Veksten har vært størst blant de høyere utdanningene med hhv. 14,8 pst. for sykepleiere, 21,1 pst. for sykepleiere med spesialisering/videreutdanning (hvorav 44,2 pst. for jordmødre), 24 pst. for vernepleiere og 8,4 pst. for helsefagarbeidere.

SSBs framskrivninger viser at det særlig kan bli knapphet på sykepleiere og helsefagarbeidere fram mot 2035. Begge gruppene har kompetanse som er nødvendig i hele helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene skal lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse i

utviklingsplanene. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal prioriteres i planarbeidet. Oppfølgingen av oppdraget pågår i alle helseforetak. Koronapandemien har imidlertid ytterligere tydeliggjort behovet for å rekruttere, utvikle og beholde personell, særlig gjelder det sykepleiere i sykehus og i kommunene.

Sykepleiere og vernepleiere

Det har vært vekst i antall årsverk for både sykepleiere og vernepleiere de siste fire årene. Sykepleiere er sentrale i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Vernepleiere har en sentral kompetanse, kanskje særlig for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men det er behov også i spesialisthelsetjenesten.

Behovet for sykepleiere og vernepleieres kompetanse må i hovedsak møtes med tilrettelegging for faglig utviklende arbeidsplasser, tiltak knyttet til bedre personellplanlegging, bedre planlegging for kompetanseutvikling, bærekraft i bruk av personell- og kompetanseressurser og kvalitet og arbeidsrelevans i utdanningene i tillegg til en kontinuerlig oppmerksomhet om tilgang på studie-plasser i universitets- og høyskolesektoren.

Spesialsykepleiere

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2019 om bemanningsutfordringer i helseforetakene omfattet blant annet spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Den viste at de regionale helseforetakene og helseforetakene ikke legger godt nok til rette for å sikre nok rekruttering av blant annet spesialsykepleiere. Flere helseforetak manglet planer eller oversikter som systematisk kartlegger behovet for blant annet spesialsykepleiere for de neste tre til fem årene. Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp rapporten i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

For å bedre tilgangen til intensivkompetanse skal de regionale helseforetakene bidra til å utdanne flere intensivsykepleiere. Det skal til sammen opprette minst 100 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie og det skal utarbeides en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Planene skal bidra til å ivareta behovet for å utdanne, rekruttere og beholde intensivsykepleiere og deres kompetanse i spesialisthelsetjenesten.⁸ Metodene som brukes i planleggingen for intensivsykepleiere skal kunne overføres

hindre frafall. De vil også kunne initiere, utvikle og gjennomføre FoU-prosjekter rettet mot innovasjon og kontinuerlig kvalitetsarbeid.⁹

Det vil være overlapp i kompetansebehov for klinisk sykepleiefaglig kompetanse i kommunene og i sykehus. Det gir noen utfordringer knyttet til å tilpasse utdanningsløp for klinisk sykepleiefaglig breddekompetanse, slik at behovene for faglig kompetanse og tilgang til personell ivaretas både for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. I det videre arbeidet må disse hensynene ivaretas for å bidra til en hensiktsmessig kompetanseutvikling og tilgang til personell med breddekompetanse for den helhetlige helse- og omsorgstjenesten.

Helsefagarbeidere

I løpet av de siste ti årene har andelen helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten gått ned, mens det er en økning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det har imidlertid vært en økning i antall nye lærekontrakter i helsefagarbeiderfaget de senere år. Det er iverksatt flere tiltak for å rekruttere, utvikle og beholde helsefagarbeidere både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. I sykehus fører færre helsefagarbeidere til at kompetanse brukes på uhenksomme måter, blant annet ved at andre personellgrupper som sykepleiere og leger utfører oppgaver som helsefagarbeidere vil kunne utføre.

Det er viktig å utnytte den samlede utdanningskapasiteten for helsefagarbeidere i hele helse- og omsorgstjenesten, bl.a. for å rekruttere flere helsefagarbeidere til sykehus og kommunene. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å øke antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus. De skal opprette, eller samarbeide om, opplæringskontor for helsefaglæringer og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Det skal opprettes et nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere lærlinger i planperioden, under ledelse av Helse Vest RHF.

I den kommunale helse- og omsorgssektoren finansieres blant annet rekrutteringsprosjektet Menn i helse som gir tilbud om et komprimert utdanningsløp som fører frem til fagbrev som helsefagarbeider. Rekrutteringsprosjektet Jobbvinner finansieres også og skal bidra til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere gjennom blant annet etablering av samarbeid mellom kom-

muner og utdanningsinstitusjoner for å utvikle tiltak som styrker praksisopplæringen. Videre finansieres en kurspakke for ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider, eller kompetansebevis for deler av opplæringen, som særskilt ivaretar deltakere med norsk som andrespråk. Det vises til Kompetanseløft 2025.

Fremme jobbtilfredshet – HMS og Joy at work

Jobbtilfredshet kjennetegnes av at helsepersonell og team har fysisk og psykisk trygghet i arbeidet, at de gjenkjenner mening og formålet med arbeidet, at de har innflytelse og kontroll over tiden sin, at de har et godt kollegialt miljø og anser egen arbeidshverdag for å være godt strukturert. Joy at work er i ferd med å bli et eget fagområde internasjonalt og særlig England har omfattende erfaring med prosjekter som har som formål å øke jobbtilfredshet.

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer for sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre viste at de kliniske enhetene som sikrer at de ansatte utvikler og oppdaterer sin kompetanse og arbeider systematisk med uønskede hendelser, har færre bemanningsutfordringer. Videre at avdelinger/enheter som er oppmerksom på å lære av uønskede hendelser og nesten-hendelser, og om de trygt kan ta opp krittikkverdige forhold kjennetegnes ved at de: (i) har høyere gjennomsnittlig stillingsprosent, (ii) har lettere for å dekke opp vakter med ansatte med god kompetanse ved korttidssykefravær, (iii) har lavere eksternt turnover, (iv) har færre ansatte som vurderer å bytte jobb, og (v) sjeldnere mislykkes med å rekruttere arbeidskraft. Undersøkelsen viser også en positiv sammenheng mellom ansattes arbeidsmiljø og opplevd kvalitet og pasientsikkerhet. Dette bekreftes av nyere internasjonal forskning som viser økende evidens for at det er en positiv sammenheng mellom godt arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur. Det vurderes om det skal gjennomføres en kunnskapsoppsummering om hvilke faktorer som tar bort arbeidsglede og gir frafall, sykefravær og hvilke tiltak som bidrar til å beholde de valgte gruppene i yrket.

Det er stilt krav til de regionale helseforetakene om å arbeide med pasientsikkerhet og en god meldekultur, og å se dette i sammenheng med helse- miljø- og sikkerhetsarbeid. Fra 2018 har de regionale helseforetakene gjennomført en felles årlig medarbeiderundersøkelse ForBedring som kartlegger ulike dimensjoner ved arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen

⁹ Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

sendes årlig til alle ansatte i foretaksgruppen i de fire regionene, og har en svarprosent på nesten 80pst. ForBedring inneholder 41 spørsmål som er kategorisert innenfor følgende ni tema: Engasjement, teamarbeidsklima, arbeidsforhold, sikkerhetsklima, psykososialt arbeidsmiljø, opplevd lederatferd, fysisk miljø, topplers rolle i pasientsikkerhetsarbeid og oppfølging. Kartleggingen gir kunnskap om hvordan ansatte i sykehus opplever sitt arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur og danner grunnlag for lokal forbedring ved den enkelte enhet eller avdeling i spesialisthelsetjenesten. Den gir også kunnskapsgrunnlag for ledere på alle nivå i strategisk arbeid og planlegging siden den er nasjonal og kan presentere resultater både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. ForBedring er fortsatt en ny undersøkelse som kan videreutvikles bidra til økt kunnskap om sammenhengen mellom arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og kvalitet.

8.4.4 Bærekraft i bruk av personell- og kompetanseressurser ved å ta i bruk nye arbeidsformer, bruk av teknologi, teamarbeid og innovasjon

Endringer i arbeidsprosesser og/eller bruk av teknologi på flere områder har et stort potensial for bedre ressursutnyttelse. Det er likevel vanskelig å vurdere presist hvilken effekt slike faktorer vil ha på bemanning.

Helsefelleskap

Regjeringen og KS deler målet om å skape en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og har inngått en avtale om innføring av helsefelleskap hvor representanter fra helseforetak, kommuner, inkludert lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Helseforetakene må i tiden fremover legge til rette for en utvikling der både hjemmebaserte tjenester og primærhelsetjenesten blir stadig viktigere i pasientforløpet som skal gi til en sømløs helsetjeneste for pasienten.

Helsefelleskapene oppfordres til å sette konkrete mål for deling av kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Kompetanse kan deles på mange måter, blant annet gjennom hospitering. Det er etablert en tilskuddsordning for å utvikle og spre gode modeller for hospitering av ansatte mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.¹⁰ Andre relevante tiltak er

utveksling av personell, bruk av digitale verktøy for kompetansedeling, faglige nettverk, og delte stillinger mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten

Digital kompetanse og teknologisk utvikling

Bruk av teknologiske løsninger i helse- og omsorgstjenestene øker i omfang. En forutsetning for å kunne dra nytte av ny teknologi er at helsepersonell har tilstrekkelig digital kompetanse. Teknologisk utvikling vil blant annet bidra til både automatisering av oppgaver og ny arbeidsdeling mellom personellgrupper. Helse- og omsorgstjenesten må tilpasse seg den teknologiske utviklingen og kompetansesammensetningen må reflektere det. Mer brukerstyrt oppfølging, økt bruk av teknologi og bedre samhandling om de som trenger det mest har et samlet potensial for å friggi tid for klinisk personell. Målet er å friggi tid til mer direkte pasientrettet arbeid og til å forbedre og utvikle tjenestene. For kommunene står Nasjonalt velferdsteknologi-program sentralt i å sikre bærekraftige tjenester ved bruk av teknologi.

Forskning som karrierevei og tjenesteinnovasjon

Forskning er et viktig virkemiddel for kompetanse- og kunnskapsutvikling hos helsepersonell. Det er ønskelig at flere personellgrupper f.eks. sykepleiere deltar aktivt i klinisk forskning.¹¹ Forskning og fagutvikling bidrar til å beholde personell i yrket og til å kvalifisere til høyere stillinger. Sterke kliniske forskningsmiljøer, både tverrfaglige og innen eksempelvis sykepleie og spesialsykepleie vil bidra til å bygge gode kliniske fagmiljøer og gi pasientene øke muligheter til å delta i kliniske studier. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021–2025) inneholder flere tiltak som skal bidra til å øke kompetansen om kliniske studier hos helsepersonell, og til prioritering av kliniske studier på flerfaglige problemstillinger.

Innovasjon inngår i helseregionenes regionale utviklingsplaner, og det er en økende innovasjonsaktivitet i helseforetakene. Tjenesteinnovasjon bidrar til utvikling av bedre tjenester ved å for eksempel redusere uønsket variasjon eller gi mer tid til pasientrettet arbeid. Teknologisk innovasjon og nye arbeidsmåter kan friggi kapasitet. Det er et ledelsesansvar å legge til rette for innovasjonsaktivitet gjennom blant annet å bygge en kultur for

¹⁰ Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

¹¹ Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025.

innovasjon og lage gode rutiner for samarbeid med næringslivet.

Det nasjonale kompetansenettverket InnoMed skal ivareta behovsdrevet tjenesteinnovasjon på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten. Helsepersonell kan søke prosessveiledning, bruke ulike verktøy og ressurser, slik som veiviser for videokommunikasjon. Det er utviklet en innovasjonsindikator i spesialisthelsetjenestene og en digital løsning for prosjektoppfølgning som også benyttes av mange kommuner. Innovasjonstilskuddet i kommunene.

I kommunene skal det prøves ut forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenesten, med formål om å bidra til omlegging av arbeidsformer og organisering av arbeidet for å øke kontinuiteten i tjenestene, gi brukere og ansatte større forutsigbarhet og trygghet, og å bidra til tjenester som er tilpasset brukernes hverdag. Det gis også tilskudd til innovasjon gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet til kommunene, jf. Kompetanseløft 2025.

8.4.5 Sikre kvalitet og arbeidsrelevans i utdanningene

Det er viktig at det faglige innholdet i grunn og videreutdanningene er dynamiske, slik at personell får nødvendig kunnskap og kompetanse i tråd med tjenestenes behov. Godt samspill på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene er avgjørende. Samarbeidet omfatter bl.a. dimensjonering av studieplasser, utvikling av faglig innhold i de enkelte utdanningene og avvikling av læretid og praksis. Det vises også til Kunnskapsdepartementets omtale av vedtak nr. 940, 20. mai 2021 og vedtak nr. 941, 20. mai 2021 i deres budsjettproposisjon.

Spesialisthelsetjenesten har utdanning som en av sine fire lovpålagte oppgaver. Kommunene har plikt til å medvirke til undervisning og praksisopplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Helse- og omsorgstjenesten samarbeider med videregående opplæring og grunn- og videreutdanninger med forankring i universitets- og høyskolesektoren om gjennomføring av utdanninger.

Høyere yrkesfaglig utdanning

Regjeringen vil etablere et system for fordeling av nye studieplasser i høyere yrkesfaglig utdanning som tar hensyn til arbeidslivets kompetansebehov, fagskolers mulighet for planlegging, og som

bygger på tilgjengelig kunnskapsgrunnlag og analyser av kompetansebehov. Et mer systematisk arbeid med å identifisere kompetansebehov og behovet for studieplasser i høyere yrkesfaglig utdanning vil over tid gi myndighetene et bedre grunnlag for å vurdere videre dimensjonering av fagskolesektoren¹².

Utdanningene i universitets- og høyskolesektoren

Det er behov for å fortsette det langsiktige arbeidet for å styrke samarbeidet mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgstjenestene lokalt, regionalt og nasjonalt. På regionalt nivå eksisterer det for eksempel formaliserte samarbeidsorganer mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler. Mange steder fungerer samarbeidet godt, men det er også rom for forbedring. Regjeringen vil revidere instruks om samarbeid om forskning, innovasjon og utdanning mellom regionale helseforetak og universiteter og høyskoler.¹³

Dimensjonering

Vurderingen av kapasiteten i helseutdanningene inngår i regjeringens årlige budsjettprosesser og konklusjonene presenteres i de årlige budsjettframleggene. Det er viktig at det uteksamineres tilstrekkelig med kandidater som har riktig og relevant kompetanse for å møte arbeidslivets behov.

Universitetene og høyskolene har ansvar for å følge opp de nasjonale sektormålene, herunder målene om god tilgang til utdanning og utdanning og forskning for velferd, verdiskaping og omstilling. Institusjonene har i tråd med dette selv et hovedansvar for å dimensjonere sine studietilbud og opprette tilbud innenfor gjeldende rammebetingelser, også i dialog med arbeidsliv og berørte parter.

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene

Regjeringen har etablert et nytt styringssystem for helse- og sosialfagutdanningene, Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).¹⁴ RETHOS angir nasjonale retningslinjer for studentenes læringsutbytte for hver

¹² Videre vekst og kvalitet – strategi for høyere yrkesfaglig utdanning, 2021

¹³ Meld. St. 16 (2020–2021) Utdanning for omstilling – Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning

enkelt utdanning, og gir helsesektoren mulighet til å påvirke det faglige innholdet i de helsefaglige utdanningene. Retningslinjene angir minstestandarder for sluttkompetanse og nedfelles i forskrifter for hver enkelt utdanning. Styringssystemet skal ivareta at utdanningene er fremtidsrettede og i tråd med tjenestenes og brukernes behov. Erfaringene fra arbeidet så langt er samlet sett gode, men det er samtidig viktig å evaluere implementeringen av retningslinjene for å sikre at formålet ivaretas. NOKUT vil evaluere implementeringen i 2021. Senere vil styringen, organiseringen, implementeringen og resultatene bli evaluert, og denne evalueringen vil strekke seg til 2025.

Det er blant annet utviklet nasjonale retningslinjer for sykepleie, samisk sykepleieutdanning, vernepleie, helsesykepleie og avansert klinisk allmennsykepleie. Arbeidet pågår for utdanningene i ABIOK-sykepleie, tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid, masterutdanning for sykepleiere i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid og jordmorutdanningen.

Praksisstudier

Praksis er en sentral og integrert del av helsefaglige utdanninger for opparbeiding av klinisk grunnkompetanse, og har stor betydning for studiekvalitet. Helseforetakene samarbeider med universitets- og høyskolesektoren om praksisplasser, men det har vært en langvarig utfordring mht. kapasitetsutfordringer når det gjelder praksisplasser, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Kapasiteten som faktisk finnes for praksis over hele landet må utnyttes bedre.

Bruk av nye undervisningsformer, eksempelvis mer bruk av simulering, bør benyttes for å styrke kapasiteten for praksis. Når det gjelder sistnevnte er det krav til undervisningsformer i EØS-regelverket som kan hindre god bruk av simulering som læringsform. Regjeringen vil gjennom dialog med andre EØS-land se på mulighetene for endringer i yrkeskvalifikasjonsdirektivet slik at simulering i større grad kan supplere eller erstatte deler av praksis, jf. Meld. St. 16 (2020–2021) Utdanning for omstilling – Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning.

I dag gjennomføres om lag 2/3 av alle praksisstudier i spesialisthelsetjenesten. Også praksis bør imidlertid i større grad speile utviklingen i helse- og omsorgstjenesten med omleggingen av behandlings- og tjenestetilbud til dagbehandling

og poliklinikk i sykehus, og hvor flere pasienter følges opp i kommunen. Regjeringen vil derfor utrede en forsterkning av kommunenes ansvar for praksis for helse- og sosialfagstudentene, og hvilke forpliktelser og kostnader dette vil føre med seg for kommunene. Helsedirektoratet er i tillegg gitt i oppdrag å utrede etablering av praksiskontor for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre vil regjeringen utrede hvordan private aktører som leverer tjenester til det offentlige, herunder tilbydere av helse- og omsorgstjenester, skal få et ansvar for å bidra til utdanning av helse- og sosialfagsstudenter. Det vises til Meld. St. 16 (2020–2021) Utdanning for omstilling – Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning.

Grunn-, videre- og etterutdanning og desentralisert utdanning

Kompetanseheving hos ansatte er et viktig virkemiddel for å bistå kommunene i deres arbeid med å rekruttere og beholde helse- og sosialfaglig personell, og i å utnytte mulighetene som kompetanseheving gir til å sikre tjenestene helse- og sosialfaglig personell. Kompetanseløft 2025 består derfor av en rekke tiltak for å bidra til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, blant annet det generelle tilskuddet til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, som også skal bidra til etablering av desentraliserte og distriktsvennlige utdanningstilbud med kommunene som målgruppe.

Tilgjengelige utdanningstilbud oppgis av mange kommuner som en viktig forutsetning for kompetanseheving av ansatte, særskilt i distriktene. Desentraliserte og deltidsbaserte utdanningstilbud er særlig et virkemiddel for å bidra til å heve ansattes kompetanse og bidra til rekruttering i distriktet. Regjeringen vil åpne utdanningssystemet mer slik at enda flere skal få mulighet til å ta utdanning, uavhengig av hvor de bor eller hva slags livssituasjon de er i.¹⁵

8.5 Oppsummering

Det er Kompetanseløft 2025 og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 som legges til grunn for videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene, herunder arbeidet som er knyttet til personell og

¹⁴ Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis

¹⁵ Desentralisert og fleksibel utdanning ved fagskoler, høyskoler og universiteter – strategi, Kunnskapsdepartementet 2021

kompetanse. Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er regjeringens strategi for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hvor kompetanse inngår som en del. De består både av tiltak som skal møte de særskilte behovene innenfor enkelttjenester og tjenestenivåer, samt tiltak som skal ivareta behovene på tvers av tjenester og tjenestenivåer. Tiltakene som er forankret i Kompetanseløft 2025 og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 skal følges opp gjennom disse planene.

I analyser av fremtidige behov og i planlegging av bemanning for utvalgte personellgrupper må det tas høyde for endringer i oppgaver og behandlingsmetoder, ferdighetstrening, arbeidsprosesser, utdanningskapasitet samt kvalitet og innretning av helse- og omsorgstjenesten. Videre må konsekvensene av teknologisk utvikling, oppgavedeling, teamarbeid og nye organisasjonsmodeller vurderes. Det må legges til rette for en utvikling der både hjemmebaserte tjenester og primær-

helsetjenesten får stadig viktigere roller i den samlede kjeden i pasientforløp som i fellesskap skal bidra til en sømløs helsetjeneste for pasienten. Det må iverksettes kunnskapsbaserte tiltak for å beholde personell og unngå uønsket turnover. Alle disse tiltaksområdene kan i stor grad påvirke den samlede faglige kapasiteten.

Det ventes en vesentlig økning i etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten de nærmeste tiårene. Det må arbeides aktivt med å rekruttere og beholde helsepersonell med kritisk kompetanse. En helhetlig vurdering av kompetansesammensetning, fremtidige driftsformer og organisering er derfor avgjørende for en riktig dimensjonering av bemanningen i helse- og omsorgstjenesten.

I utgangspunktet forutsettes det at denne planen følges opp innenfor de til enhver tid gjeldende budsjetttrammer for de regionale helseforetakene, kommuner og helseforvaltningen. Eventuelle forslag til bevilgningsøknninger på departementets budsjettområde vil fremmes i den ordinære budsjettprosessen

Departementet anser vedtak nr. 1344, 18. juni 2021 med dette som fulgt opp.

9 Handlingsplan for lindrende behandling og omsorg

9.1 Innledning

Gjennom Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag, men alle andre dager skal vi leve, vil regjeringen bidra til å styrke lindrende behandling og omsorg og synliggjøre døden som en del av livet – i familien, i helse- og omsorgstjenesten og i samfunnet. Alle skal ivaretas på en helhetlig måte for å få best mulig livskvalitet og økt grad av valgfrihet ved livets slutt. Tjenestene skal innrettes slik at de som ønsker det, kan få dø i eget hjem.

I forbindelse med behandlingen av Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve, fattet Stortinget følgende vedtak 17. november 2020:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en egen forpliktende handlingsplan for lindrende behandling og omsorg og fremlegge den for Stortinget på egnet måte. Planen bør blant annet sikre:

- at sykehusene har en plan for å forhindre overbehandling mot livets slutt.
- at helseforetakene har en plan for hvordan de i et samarbeid med kommunene kan forhindre uverdige transporter av pasienter i livets slutfase.
- at ingen som mottar hjelp fra helsetjenesten – i den grad det er mulig – skal dø alene eller være alene i livets slutfase. Dette målet gjelder også i pandemier og tilsvarende kriser.
- bedre samarbeid om den alvorlig syke pasienten ved at det opprettes samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus om felles utvikling og bruk av pasienttilpassede forløp innenfor palliasjon og ved å involvere pasientorganisasjonene i arbeidet.
- en plan for å styrke kompetansen til å ivareta menneskers åndelige og eksistensielle behov, slik at pasienter og pårørende sikres helhetlig behandling og omsorg.»

Regjeringen vil her omtale status for tiltak som er i tråd med Stortingets anmodning og kommende planer for arbeidet med å styrke palliasjonsfeltet, og gjennom dette utkvittere Stortingets vedtak. De fem områdene Stortinget foreslår i ny handlingsplan er i all hovedsak en videreutvikling av innsatsområder og tiltak som inngår i stortingsmeldingen. Innenfor de fem områdene finnes det nye og pågående tiltak, både som en del av stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg, og som en del av pågående arbeid i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

9.2 Oppfølging av Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å sikre en helhetlig oppfølging av Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg, der tiltakene ses i sammenheng og på tvers av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har utarbeidet en plan for gjennomføring, og det tas sikte på at alle tiltak i stortingsmeldingen vil bli fulgt opp innen utgangen av 2023, inkludert anmodningsvedtakene som kom i forbindelse med behandlingen av meldingen. Helsedirektoratet vil orientere om framdrift og måloppnåelse gjennom egne årsrapporter til departementet hvert år. Organiseringen av arbeidet involverer fagmiljøet og relevante organisasjoner. Statsforvalterne skal følge opp meldingen regionalt.

Oppfølgingen av stortingsmeldingen skal ses i sammenheng med oppfølgingen av øvrige satsinger innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, blant andre Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet, Kompetanseløft 2025, Demensplan 2025, Pårørendestrategien og Nasjonal ernæringsstrategi for eldre. Det er videre viktig å se arbeidet i sammenheng med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan, blant annet etableringen av helsefelleskap, og Meld. St. 26 (2014–2015)

Fremtidens primærhelsetjeneste. Målet med å se satsingene i sammenheng er å bidra til å samordne de statlige initiativene overfor kommunene på helse- og omsorgsfeltet, og legge grunnlaget for en felles oppfølging av satsingene i både statlig og kommunal sektor.

Helsedirektoratet skal sikre en helhetlig oppfølging, i første rekke gjennom sitt samarbeid med statsforvalterne, helseforetakene, KS og kommunene. En viktig oppgave vil være å stimulere og veilede helseforetak og kommuner i deres planarbeid for å sikre at helse- og omsorgstjenestetilbud er tilpasset og tilrettelagt for å gi god lindrende behandling og omsorg til mennesker i livets siste fase og deres pårørende. Det skal videre legges opp til et samarbeid med andre relevante aktører, herunder Direktoratet for e-helse, fag- og profesjonsforeninger, relevante kompetansemiljøer, bruker- og pårørendeorganisasjoner og frivillig sektor der det vurderes som hensiktsmessig.

9.3 Sykehusene har en plan for å forhindre overbehandling mot livets slutt.

Regjeringen mener at tiltaket om en plan i sykehusene for å forhindre overbehandling ivaretas av gjeldene prioriteringsforskrift, nasjonale faglige retningslinjer og palliativ plan.

Prioritering

Riktig prioritering handler ikke bare om å la være å gjøre det som ikke virker, men også om å la være å gjøre det som kan skade, og heller bruke ressurser på å finne den rette tid for å avslutte aktiv, sykdomsrettet behandling. I mange tilfeller kan det være bedre å bruke ressurser på lindrende behandling og tid til gode prosesser med pasient og pårørende. Selv om slike prosesser kan være særlig krevende i møte med dødelig sykdom, vil de samme mekanismene være tilstede ved kroniske lidelser som ikke kan helbredes. I mange tilfeller vil det da være viktig at helsepersonellet drøfter mulige alternativer som kan bidra til at pasienten på en best mulig måte kan leve med en sykdom eller skade.

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, andre ledd framgår det at de regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med prioriteringskriteriene om nytte, ressursbruk og alvorlighetsgrad. Dette innebærer en individuell vurdering av pasienter og behandling etter behov. Etter

prioriteringsforskriften § 2 har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

I følge prioriteringsforskriften § 2a øker den nødvendige helsehjelpens prioritet i tråd med den forventede nytten av helsehjelpen. Den forventede nytten av helsehjelpen vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring eller reduksjon av smerte, fysisk eller psykisk ubehag.

Det framgår videre av prioriteringsforskriften § 2a at helsehjelpens prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra risiko for død eller funksjonstap, graden av fysisk og psykisk funksjonstap og smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Helsehjelpens prioritet øker desto mindre ressurser den legger beslag på. Både nå-situasjonen, varighet av liv og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Nasjonale faglige retningslinjer

Nasjonale faglige retningslinjer inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper. De nasjonale faglige retningslinjene skal bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestene har god kvalitet, ikke har uønsket variasjon i tilbudet, løser samhandlingsutfordringer, tilbyr helhetlige pasientforløp og at helsepersonell gjør riktige prioriteringer. Fagmiljøer i helsetjenesten utarbeider også egne veiledere og retningslinjer innenfor sine fagområder. For eksempel utarbeider Den norske legeforeningens fagmedisinske foreninger kunnskapsbaserte retningslinjer og veiledere innenfor flere ulike fagområder. Disse supplerer de nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet og bidrar til den samlede normen for god medisinsk praksis.

Fagmiljøene jobber aktivt for å redusere overbehandling. Faglandsrådet i Den norske legeforening vedtok i november 2020 en resolusjon for å redusere overbehandling:

«All helsehjelp skal være basert på gode medisinske, helsefaglige og etiske vurderinger som

respekterer og ivaretar pasientens ønsker og rettigheter. Beslutninger om medisinsk behandling skal være faglig forsvarlige og omsorgsfulle. All behandling må være til pasientens beste. Medisinsk overaktivitet i behandling av pasienter i livets siste fase kan forlenge livet, men en forlengelse vil ikke være til pasientens beste dersom behandlingen bare bidrar til å forlenge lidelse. Norske undersøkelser har vist at bruken av sykehustjenester for en eldre person var særlig intensiv de siste to levemånedene, og at åtte pst. av alle pasienter som dør av kreft, får kjemoterapi mindre enn åtte uker før dødstidspunktet.

Muligheten for en verdig avslutning med best mulig livskvalitet skal vektlegges i vurderinger om hva som er til pasientens beste. Leger som behandler pasienter med alvorlig sykdom bør gjennomføre samtale om livsmål, holdning til livsforlengende behandling, mv. Pasienten skal få informasjon om fordeler og ulemper ved fortsatt behandling, og pasientens ønsker skal vektlegges. Beslutninger om behandling i livets siste fase medfører behov for vurdering av medisinske, psykososiale og etiske problemstillinger.

Faglandsrådet oppfordrer alle fagmedisinske foreninger til:

- å fremme anbefalinger for å sikre gode beslutningsprosesser i livets slutfase
- å foreslå tiltak innen eget fagfelt for å redusere medisinsk overaktivitet som kan medføre overbehandling i slutfasen
- å formulere kriterier for å målrette tiltakene nevnt over.»

Helsedirektoratet har laget en nasjonal veileder for beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling. Veilederen skal bidra til at det er gode prosesser bak beslutninger om ikke å starte eller å avslutte pågående behandling når dette anses å være til pasientens beste.

Helsedirektoratet har videre utarbeidet nasjonale faglige råd om lindrende behandling i livets slutfase (2018). De nasjonale rådene beskriver hvordan det kan legges til rette for gode beslutningsprosesser i livets slutfase og foreta avklaring om pasienten har ønsker og valg knyttet til behandling og omsorg mot livets slutt. Det framgår av de nasjonale faglige rådene at dersom pasienten har skrevet livstestament, eller hatt for-

håndssamtaler eller på annen måte uttrykt sine ønsker, skal dette bli vektlagt. Opplysninger om hva pasienten ville ønsket bør være nedtegnet i journal. Ansvarlig behandler har ansvar for å avgjøre om dokumenterte ønsker og utsagn gjelder for den aktuelle situasjonen. Det må avklares om pasienten har endret oppfatning om noe siden pasientens uttrykte ønske ble dokumentert. De faglige rådene understreker at det er viktig å ha nært samarbeid og tilstrebe gjensidig forståelse med nærmeste pårørende. Behandlingsbeslutninger skal alltid tas av ansvarlig lege.

Det framgår videre av de nasjonale faglige rådene at det ved uenighet mellom pasienten/pårørende og helsepersonell om behandling og omsorg i livets slutfase er avgjørende med grundige og gjentatte samtaler som kan evne å skape felles forståelse. Videre framgår det at det ved vedvarende uenighet eller usikkerhet kan det være riktig å søke råd hos annet fagpersonell gjennom for eksempel en fornyet tverrfaglig vurdering eller ved å søke råd hos en klinisk etikk-komité som finnes i alle helseforetak.

Palliativ plan

De nasjonale faglige rådene om lindende behandling i livets slutfase anbefaler at det tidligere i behandlingsforløpet bør ha blitt utarbeidet en helhetlig palliativ plan sammen med pasienten selv, de pårørende og involvert helsepersonell med kunnskap om pasienten. Det framgår av de faglige rådene at forhåndssamtaler kan være et grunnlag for utarbeidelse av palliativ plan og at en palliativ plan skal bidra til en god prosess over tid. Det anbefales at den palliative planen bør oppdateres i livets slutfase, og at den bør revurderes ved endringer i tilstanden og ved behov. Planen bør journalføres og være tilgjengelig for pasienten, alle involverte i behandling og omsorg, og pårørende om pasienten ønsker det.

Det eksisterer i dag allerede lovverk, nasjonale faglige retningslinjer og planer som ivaretar gode beslutningsprosesser for å forhindre overbehandling i livets slutfase. Gjennom å følge prioriteringsforskriften, gjennomføre en god dialog mellom pasient, pårørende og helsepersonell, gjennomføre forhåndssamtaler og utarbeide en palliativ plan som oppdateres jevnlig, vil dette bidra til å forhindre overbehandling mot livets slutt.

9.4 Helseforetakene har en plan for hvordan de i et samarbeid med kommunene kan forhindre uverdige transporter av pasienter i livets slutfase

For pasienter i livets slutfase er det viktig hvordan transporten gjennomføres. Transporten må tilpasses pasientens behov og ønsker. Dette forutsetter god kommunikasjon med pasient og pårørende, slik at både pasient og pårørende er best mulig forberedt.

Departementet ga i 2020 de regionale helseforetakene i oppdrag å sørge for at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem. Et slikt ønske skal dokumenteres.

De regionale helseforetakene rapporterer at de har fulgt opp dette oppdraget ved at helseforetakene har revidert tidligere prosedyrer/rutiner, eller utarbeidet nye, for pasienttransport til hjemmet. Pasienter skal ikke transporteres hjem etter kl. 22, med mindre en pasient eksplisitt ønsker det og dette er dokumentert i pasientens journal. Helse Sør-Øst RHF har formalisert denne rutinen i samarbeidsavtaler med kommunene. Dersom transporten likevel skjer etter fastsatt grense skal det meldes avvik.

9.5 Ingen som mottar hjelp fra helsetjenesten – i den grad det er mulig – skal dø alene eller være alene i livets slutfase. Dette målet gjelder også i pandemier og tilsvarende kriser

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse- og omsorgsdepartementet om å utrede tiltak som kan bidra til at ingen som mottar hjelp fra helsetjenesten – i den grad det er mulig – skal dø alene eller være alene i livets slutfase. Det er også bevilget egne midler til dette tiltaket.

Helsedirektoratet vil i samarbeid med fagmiljøene innhente kunnskap om årsakene til alenedød (hjemme og i institusjon), kartlegge dagens praksis, gode tiltak og løsninger, og deretter vurdere behovet for å oppdatere og/eller justere omtaler i relevante faglige råd og pedagogisk materiale.

Det er videre allerede igangsatt en rekke tiltak som skal bidra til at mennesker som mottar hjelp

fra helsetjenesten ikke skal dø alene eller være alene i livets slutfase.

Regjeringen viser til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 3–1 som synliggjør kommunens overordnede ansvar for å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer også individuell vurdering og behandling etter behov.

Regjeringen viser videre til spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a som synliggjør det regionale helseforetakets ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen, i tråd med prioriteringskriteriene. Dette innebærer individuell vurdering og behandling etter behov. Regjeringen viser også til spesialisthelsetjenesteloven § 2–2 der det blant annet framgår at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve skal bidra til å legge til rette for at mennesker som trenger palliasjon skal få god behandling og omsorg. Det er et mål at de som ønsker det, har noen ved sin side når de dør.

For å bidra til en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste har regjeringen lagt fram Kompetanseløft 2025. Kompetanseløft 2025 er en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Kompetanseløft 2025 omhandler flere tiltak som også vil bidra til å styrke kompetansen om lindrende behandling og omsorg, herunder få kunnskap om hva som er viktig for den enkelte pasient og pårørende, og å tilrettelegge for at deres ønsker og behov ivaretas i livets siste fase.

Forhåndssamtaler er et verktøy som kan bidra til å avklare hva som er viktig for den enkelte gjennom forløpet og i livets slutfase. Forhåndssamtaler er en kommunikasjonsprosess for felles planlegging av framtidig tjenestetilbud. Samtalene foregår ofte mellom personell, pasient eller bruker og eventuelt pårørende. Forhåndssamtaler kan bidra til at pasientens ønsker knyttet til livets slutt er kjent, og spesielt hvis den kognitive evnen forventes å bli redusert. Gjennom forhåndssamtaler kan ønsker og muligheter for hjemmetid og hjemmedød kartlegges, gjerne i samråd med pårørende. På den måten kan forhåndssamtaler bidra til å nå målet om at ingen skal dø alene eller være alene i livets slutfase.

Regjeringen vil styrke arbeidet med å utarbeide, spre og implementere forhåndssamtaler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor bevilget egne midler til dette tiltaket, se

nærmere omtale på kap. 761, post 21. Helsedirektoratet har etter anskaffelse i 2020 gitt midler til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo til arbeidet med forhåndssamtaler. Planen er å ferdigstille faglige råd og opplæringsmaterieil i løpet av 2021.

Helsedirektoratet har utviklet pedagogisk materiale som omhandler medisinsk og palliativ behandling. I Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester (covid-19), viser Helsedirektoratet til at personer i livets slutfase må gis god lindrende behandling og omsorg, samt at man for døende pasienter i sykehjem bør legge til rette for at pårørende kan være til stede og at dette ivaretas innenfor rammen av forsvarlig smittevern. Helsedirektoratet viser til at det er særlig viktig at man for kritisk syke eller døende pasienter legger til rette for at pårørende kan være til stede.

Sykehusene og kommunene må sammen med de pårørende må finne fram til en god løsning, slik at de pårørende får være mest mulig sammen med sine kjære den siste levetiden. Kommunene og spesialisthelsetjenesten skal ha oversikt over brukeres, pasienters og pårørendes behov og hvordan tjenestetilbudet ved livets slutt ytes for å dekke den enkeltes behov i tråd med regelverk og retningslinjer. Kommuner og helseforetak har også ansvar for å evaluere og korrigere tjenestene.

9.6 Bedre samarbeid om den alvorlig syke pasienten ved at det opprettes samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus om felles utvikling og bruk av pasienttilpassede forløp innenfor palliasjon og ved å involvere pasientorganisasjonene i arbeidet

Plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6–1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1 e. Formålet med samarbeidsavtalene er å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Minimumskravene til innholdet i avtalene er med på å sikre nødvendig samhandling mellom kommuner og sykehus. Partene kan inngå samarbeidsavtaler om mer enn det som er minstekravene, f.eks. kan de inngå avtaler om tverrgående tjenester som for eksempel ambulante tverrfaglige team, lokalmedisinske sentre og tjenester i hjemmet når det gir en bedre løsning

for pasientene. Det er utarbeidet en nasjonal veileder for samarbeidsavtaler som skal bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samarbeidsavtaler og understøtte partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å revidere den nasjonale veilederen for samarbeidsavtalene.

For å bidra til at pasienter og pårørende skal oppleve en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, er det som en del av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 under etablering 19 helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak. I helsefellesskapene skal representanter fra kommuner og helseforetak, sammen med fastleger og brukere, møtes for å planlegge og utvikle tjenester. Bedre felles planlegging er et sentralt prinsipp i avtalen mellom regjeringen og KS om etablering av helsefellesskap. Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om å innføre et nytt krav til den lovpålagte samarbeidsavtalen som innebærer at kommuner og helseforetak må avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester. Helsedirektoratet har opprettet en egen temaside for helsefellesskap hvor de publiserer relevante rapporter og råd, samt legger til rette for læring på tvers av helsefellesskapene gjennom deling av eksempler på gode tjenestemodeller.

Helsefellesskapene skal ha særlig oppmerksomhet på å utvikle tjenester til skrøpelige eldre, barn og unge, personer med flere kroniske sykdommer og personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Dette er pasientgrupper som også kan ha behov for lindrende behandling og omsorg, og der god samhandling på tvers av kommuner og sykehus er særlig viktig.

Regjeringen vil bidra til at tilbudet om lindrende behandling og omsorg ivaretar hele mennesket, og at det legges til rette for et sammenhengende og koordinert pasientforløp, i tråd med den enkeltes ønsker og verdier. Det skal gjøres blant annet gjennom å videreføre nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp for å bedre overgangene i forløpet og sikre pasientens behov for å møte helhetlige, trygge og koordinerte tjenester.

Utviklingen av standardiserte pasientforløp har i hovedsak vært avgrenset til spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester hver for seg. Pasientenes behov strekker seg imidlertid ofte på tvers av forvaltningsnivåene, både i elektive og akutte pasientforløp. Framover er det viktig at både nasjonale helsemyndigheter og helsefellesskapene utvikler gode pasient-

forløp som favner hele pasientens forløp i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil legge dette til grunn i sin styring av de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

9.7 En plan for å styrke kompetansen til å ivareta menneskers åndelige og eksistensielle behov, slik at pasienter og pårørende sikres helhetlig behandling og omsorg

Regjeringen vil bidra til at mennesker med behov for lindrende behandling og omsorg skal kunne praktisere sin tro eller sitt eget livssyn. Å få dekket sine åndelige og eksistensielle behov kan gi alvorlig syke og døende pasienter støtte og ferdigheter i å mestre belastningene de får i livets sluttfase.

Regjeringen la i 2019 fram en proposisjon med forslag til ny lov om tros- og livssynssamfunn (Prop. 130 L (2018–2019)). Proposisjonen inneholder i tillegg en meldingsdel om tros- og livssynspolitikken. I meldingsdelen framgår det at regjeringen vil legge til rette for samarbeid mellom trossamfunnene slik at eldre i institusjon gis mulighet for, og tilbud om, noen å snakke med om åndelige og eksistensielle spørsmål. For eldre i sykehjem er dette et kommunalt ansvar. Det legges til grunn at kommunene tar stilling til hvordan

de kan samarbeide med tros- og livssynssamfunn som en del av implementeringen av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.

Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve skal bidra til å legge til rette for at mennesker som trenger palliativ behandling skal få god omsorg og pleie. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede tiltak som kan bidra til å styrke kompetansen til å ivareta menneskers åndelige og eksistensielle behov, slik at pasienter og pårørende sikres helhetlig behandling og omsorg. Helsedirektoratet vil kartlegge pågående kompetansetiltak, vurdere behovet for å styrke eller videreutvikle disse og vurdere behovet for nye kompetansetiltak. Helsedirektoratet vil også vurdere behovet for å oppdatere og/eller justere omtaler i relevante faglige råd og pedagogisk materiale.

Palliative team er i all hovedsak etablert i spesialisthelsetjenesten, men finnes også i noen kommuner. Teamene er ofte tverrfaglig sammensatt, med lege, sykepleier, sosionom, prest og fysioterapeut, og skal bidra til at mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg, og deres pårørende blir ivaretatt og mottar helhetlige og sammenhengende tjenester. Ivaretakelse av pasientens åndelige og eksistensielle behov er en viktig del av teamets oppgaver.

10 Oppfølging av NOU 2020: 1

Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom

I behandlingen av Dokument 8:90 (2016–2017), vedtok Stortinget at regjeringen skulle gjennomføre en helhetlig offentlig utredning (NOU) av autismefeltet med bredt sammensatt representasjon inklusive brukere og pårørende. På denne bakgrunn ble det nedsatt et offentlig utvalg 22. juni 2018. Utvalget fikk et bredt mandat, der det bl.a. fremgikk at formålet med utvalgets arbeid var å få en grundig drøfting av tjenestetilbudet innenfor autismefeltet i lys av langsiktige utviklingstrekk. Målet var å kartlegge og beskrive behovene personer med autisme har og utfordringene innen feltet. Basert på dette skulle utvalget drøfte og foreslå tiltak for å bedre det samlede tjenestetilbudet til personer med autismespekterforstyrrelse. Utvalget leverte NOU 2020: 1 Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom 6. februar 2020.

Overordnet vurderer utvalget at det er store variasjoner i kvalitet og innhold i tjenestetilbudet. Utvalget mener at mange personer med autismespekterforstyrrelser og Tourettes syndrom, og deres pårørende, ikke opplever å få de tjenestene de har behov for og krav på. Utvalget påpeker viktigheten av god ledelse, økt kompetanse og behovet for tilsyn med tjenestetilbudet til personer med autismespekterforstyrrelse og Tourettes syndrom.

Utvalgets beskrivelse av utfordringsbildet er bredt og sammensatt, og omhandler flere faser av livsløpet. Utvalget peker på utfordringer innenfor helse, barnehage, opplæring, studier, arbeidsliv, fritid, botilbud og tilbud i hjemmet, samt avlastning og støtte til pårørende. I utredningen vises det også til utfordringer knyttet til overganger mellom sektorer og nivåer, samt på behov for styrket kompetanse, samhandling og tverrfaglig tilnærming. Utvalget peker også på behovet for å ivareta brukermedvirkning.

Utvalget har en rekke forslag til tiltak som gjenspeiler utredningens formål om å gjennomgå det samlede tjenestetilbudet til personer med autismespekterforstyrrelser. Utredningen inneholder tiltak som omhandler flere departementers fagområder.

Utredningen har vært på alminnelig høring. Flere høringsinstanser støtter utvalgets vurdering av behov for økt kompetanse, en helhetlig tilnærming, tilgjengelighet til tjenestene, økt samhandling og tverrfaglig arbeid.

Det følger av Meld. St. 25 (2020–2021) Likeverdsreformen – Et samfunn med bruk for alle, at flere av tiltakene i denne stortingsmeldingen vil være relevante for personer med autismespekterforstyrrelser og Tourettes syndrom, samt at utredningen blant annet vil bli fulgt opp gjennom Likeverdsreformen. Disse to dokumentene har dels samme mål og målgruppe. Videre er utfordringsbildet og innsatsområdene i hovedsak samsvarende. Regjeringen legger derfor til grunn at tiltakene i Likeverdsreformen, slik som lovfesting av barnekoordinator, tiltak for bedre overganger mellom skole og arbeidsliv, utvikling og spredning av velferdsteknologi, økt kompetanse, bedre ledelse og støtte til pårørende mv. også er sentrale tiltak for å bedre tilbudet til personer som autisme eller Tourettes og deres familier.

I NOU 2020: 1 Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom, foreslås det flere tiltak innenfor helse- og omsorgssektoren. Et sentralt forslag til tiltak innenfor dette området, er forslaget om at det utarbeides nasjonale faglige retningslinjer for utredning, diagnostikk og behandling for autisme og Tourettes syndrom. Utvalget begrunner dette forslaget med at det er behov for nasjonale standarder for å sørge for lik tilgang og kvalitet i helse-tjenestene for utvalgets grupper. Flere høringsinstanser støtter også dette forslaget. Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for nasjonale faglige retningslinjer. Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere om det bør utarbeides nasjonale faglige retningslinjer, eller en annen type normerende produkt, for utredning, diagnostikk og behandling for autisme og Tourettes syndrom. Utvalget har også flere forslag til tiltak av faglig karakter, som Helsedirektoratet vil få i oppdrag å vurdere nærmere.

11 Administrative fellesomtaler

11.1 Fornye, forenkle og forbedre

Sykehus

Det har siden 2015 vært gitt årlige oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i sykehusene. Oppdragene har vært særlig rettet mot å etablere indikatorer og metodikk som avdekker uønsket variasjon, samt å tilgjengeliggjøre denne informasjonen slik at den kan brukes til forbedringsarbeid på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten. I 2021 er det for første gang satt måltall for andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video eller telefon. Målet er satt til 15 pst. av alle konsultasjoner. Videre har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging, samt å redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging.

E-helse

Digitalisering gir gevinst når teknologi benyttes til å endre arbeidsprosesser og strukturer for å skape nye og mer effektive tjenester av høy kvalitet. Dette innebærer endring i eksisterende roller. Innbyggeren skal kunne gjøre mer selv, og helsepersonell får andre oppgaver. Teknologien alene er ikke tilstrekkelig for å lykkes med digitalisering. Derfor arbeides det samtidig med at regelverk, arbeidsprosesser og finansiering tilrettelegges for økt bruk av digitale løsninger.

Det har gjennom flere år vært en økende satsing på e-helseområdet og digitalisering av helse- og omsorgstjenesten, og det er etablert flere nasjonale e-helseløsninger som gir gevinster i form av bedre samhandling mellom helsepersonell, tilgang til enkle og sikre digitale tjenester for innbyggere og effektiv tilgjengeliggjøring av data for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. For å nå målene om helhetlig og effektiv digital samhandling og få realisert gevinstene fullt ut, er det behov for å styrke og videreutvikle dagens nasjonale e-helseløsninger og eta-

blere nye tjenester og ny funksjonalitet på flere områder. Deling av dokumenter i kjernejournal er en ny samhandlingsform som er under utprøving. Erfaringene fra utprøvingen er positive, og helsepersonell opplever at deling av journaldokumenter bidrar til å effektivisere arbeidsprosesser og gi bedre beslutningsgrunnlag. Erfaringen er også at helsepersonell sparer tid på å innhente opplysninger og at de får mer tid til behandling og oppfølging av pasienter og brukere. Det arbeides nå med å utvide utprøvingen til flere aktører og flere grupper helsepersonell.

Da Norge stengte ned i mars 2020 oppsto det et stort behov for digital omstilling. Helse- og omsorgssektoren har tatt i bruk både ny og eksisterende teknologi i et høyere tempo enn tidligere. E-konsultasjon ble periodevis i 2020 mer brukt enn vanlige konsultasjoner, selv om kun en liten andel leger hadde tatt dette i bruk før koronapandemien. Et annet område med vekst de siste årene er digital hjemmeoppfølging. Dette har blitt brukt av nye pasientgrupper og gitt stor nytteverdi, spesielt for oppfølging av koronasyke og pasienter i risikogrupper.

Kommunene har under koronapandemien vist evne til rask omstilling og samarbeid. Dette har bidratt til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har kunnet opprettholde et tilnærmet likt tjenestetilbud under pandemien. Det har også bidratt til å redusere smittespredning, da hjemmetjenesten har kunnet redusere antall fysiske besøk samtidig som brukerne blir ivarettatt og føler trygghet. Erfaringene fra helse- og omsorgstjenestens håndtering av covid-19 viser også at det fremover er behov for å gjøre tjenestene i bedre stand til å håndtere uforutsigbare situasjoner.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Regjeringen vil tilrettelegge for å styrke kommunenes innovasjonsevne og bærekraft, og evne til å ta i bruk nye løsninger og arbeidsmetoder. Regjeringen vil også legge til rette for bruk av teknologi og digitalisering. Regjeringen vil styrke effektiviteten gjennom økt kompetanse, faglig omstilling, ster-

kere kommunal ledelse og bedre planlegging. Satsingen på trygghetsboliger, hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering, Kompetanseløft 2025, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging og etablering av flerfaglige team er sentrale tiltak som bidrar til faglig omstilling og mer effektiv utnyttelse av ressursene. Regjeringen har iverksatt Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, som løfter fram 25 løsninger på grunnlag av eksempler fra kommunene, bl.a. med tiltak som skal gi bedre sammenheng og kontinuitet i tjenestene.

Folkehelse

I et effektivt folkehelsearbeid er kommunenes innsats sentralt. Regjeringen legger derfor vekt på å tilby kommunene et godt kunnskapsgrunnlag og veiledning i lokalt folkehelsearbeid. Årlig publiserer Folkehelseinstituttet folkehelseprofiler for hver kommune som gir god oversikt over tilstand og utfordringer på en rekke områder. Med «Program for folkehelsearbeid (2017–2027)» har regjeringen startet et tiårig utviklingsarbeid rettet mot kommunene i samarbeid med Kommunesektorens organisasjon (KS) og Helsedirektoratet. Barn og unge er prioritert, i tillegg til å fremme psykisk helse og samarbeid med frivillige organisasjoner.

Regjeringen følger opp folkehelsemeldinga, «Meld. St. 19 (2018–2019) Gode liv i eit trygt samfunn», med flere strategier og handlingsplaner. Hensikten er bl.a. å bygge et aldersvennlig samfunn, å forebygge ensomhet og mer aktivitetsvennlige omgivelser. Andre mål er fysisk aktivitet og strategier for gjøre gode helsevalg enklere for befolkningen. Dette er særlig innen kosthold, tobakk og alkohol. For å gjøre det lettere for den enkelte å ta sunne kostholdsvalg har regjeringen inngått en intensjonsavtale mellom helsemyndighetene og matvarebransjen, som videreføres fram til 2025. Samarbeidet skal bidra til å nå målet om å redusere sukker, salt og mettet fett i kostholdet, og øke forbruket av fisk, frukt og grønnsaker og grove kornvarer.

Betydningen av godt smittevernsarbeid er blitt synliggjort under koronapandemien. Enkle, forebyggende råd til befolkningen, bl.a. å vaske hender og holde sosial avstand, har vist seg å være effektive for å beskytte mot smitte. Et godt og tilgjengelig folkehelsearbeid og helse- og omsorgstilbud har vært sentralt under pandemien. Samarbeidet mellom offentlige, frivillige og private tjenester har gitt grunnlag for god oppfølging, også av sårbare grupper.

11.2 Oppfølging av likestillings- og diskrimineringslovens krav om å gjøre rede for likestilling

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for at alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. I arbeidet med folkehelsepolitikken og å skape pasientens helsetjeneste er det viktig å være bevisst på hvordan forhold ved likestilling og mangfold har betydning for forebygging og helsefremming. Forholdene kan videre påvirke pasientens behov for behandling og oppfølging. Slike forhold kan være sosiale forhold som utdanning og økonomi, kjønn, etnisitet, funksjonsevne, alder, seksuell orientering, kjønnsidentitet mv., samt kombinasjonen av slike forhold.

Kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

For å skape likeverdige helsetjenester er det på generell basis viktig å ha kontinuerlig oppmerksomhet på helse i et kjønnsperspektiv, herunder en særlig oppmerksomhet på kvinnehelse. En av utfordringene er å få ny kunnskap om kvinner og menns særlige behov omsatt i den praktiske tjenesteutøvelsen. Som en del av oppfølgingen av Likestillingsmeldingen (2015–2016) har Helsedirektoratet fått i oppdrag å sikre at kjønns spesifisitet inngår i alle faglige retningslinjer og veiledninger der dette er relevant.

8. mars 2019 fremmet regjeringens partiene «seks punkter for bedre kvinnehelse». Punktene omfattet forskning på kvinnesykdommer, kreftsykdommer som rammer kvinner, bedre reproduktiv helse, pårørendestrategi, internasjonal kvinnehelse og pakkeforløp for sykdommer som rammer kvinner i større grad enn menn. Regjeringen har utnevnt et utvalg som har i oppdrag å skrive en NOU om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Utvalgets arbeid er godt i gang, og utredningen skal etter planen ferdigstilles høsten 2022.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer en strategisk satsing på forskning på kvinners helse, og helse i kjønnsperspektiver gjennom Forskningsrådet. I statsbudsjettet for 2021 økte satsingen fra 10 til 20 millioner kroner. I tillegg inngår tematikken som en del av den ordinære helseforskningsprogramaktiviteten som departementet finansierer gjennom Norges forskningsråd. Midlene var også del av en fellesutlysning høsten 2020 på forskning på kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv, der Forskningsrådet

øremerket omlag 50 mill. kroner til denne tematikken.

I 2020 ble den nasjonale kompetansetjenesten for kvinnehelse avviklet, og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst RHF etablert. Se omtale under kap. 732, post 78 og kap. 780, post 50.

Helsedirektoratet er i gang med å etablere pakkeforløp for muskel- og skjelettsykdom, smertetilstander med ukjent årsak og utmattelsestilstander, som er sykdommer som oftere rammer kvinner.

Mangfold i helse

Det er også viktig at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om andre forskjellsskapende dimensjoner, slik som funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet, religion, alder og etnisitet. Kompetanse og bevissthet om hvordan ulike grupper i befolkningen kan møtes og tilbys gode og tilgjengelige tjenester er viktig for å sikre individuelt tilpasset og likeverdig hjelp.

Regjeringen la i juni 2021 fram en ny handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika (2021–2024). Regjeringen vil etablere en tydelig norm om at mangfold i kjønn, seksualitet og familieformer skal ivaretas i møte med befolkningen på alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten. Derfor skal det bl.a. innføres inkluderende ordbruk om kjønns- og seksualitetsmangfold i retningslinjer og normerende produkter for helse- og omsorgstjenesten og tannhelse-tjenesten.

Menn i helse

«Menn i helse» har som formål å bidra til rekruttering av menn til omsorgssektoren. Gjennom tiltaket er det et mål å rekruttere menn mellom 25–55 år som har en egnet ytelse fra NAV. Målet er fagbrev som helsefagarbeider gjennom et komprimert utdanningsløp. «Menn i helse» er et samarbeid mellom kommuner, NAV, fylkeskommune, KS og Helsedirektoratet. Prosjektet ledes av KS.

Gjennom tiltaket (2011–2020) er det utdannet over 400 menn med fagbrev. 92 pst. av dem har fått relevant jobb. «Menn i helse» er så langt en av de mest vellykkede satsingene på rekruttering av menn til omsorgssektoren.

«Menn i helse» er i samarbeid mellom syv fylkeskommuner og har for 2021/22 planlagt å etablere seg i ytterligere to fylkeskommuner (totalt ni). Dette innebærer over 100 kommuner og 15

klasser. Tiltaket vil legge til rette for å øke volumet på innsøkingen av egnede og motiverte kandidater, som gjør at flere starter utdanningsløpet og dermed flere som fullfører med fagbrev. Det jobbes kontinuerlig for flere læringsplasser og å forankre forpliktelsene i samarbeidsavtalen med deltakende aktører. Prosjektet har ifølge Helsedirektoratet bidratt til å gi kjønnspektivet oppmerksomhet.

«Menn i helse» inngår i Kompetanseløft 2025. Se omtale kap. 761 post 21.

Heltidskultur

Regjeringen ønsker å redusere bruken av deltidsstillinger i helse- og omsorgstjenesten, og at det også her utvikler seg en heltidskultur.

Heltidskultur er tema i regjeringens samarbeidsforum med sentrale parter i arbeidslivet i oppfølgingen av «Kompetanseløft 2025». «Kompetanseløft 2025» er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelse-tjenesten. Det fremgår av «Kompetanseløft 2025» at økt omfang av heltidsstillinger byr på muligheter for årsverksvekst og virker i tillegg positivt på rekrutteringen til tjenestene, sykefraværet, vikarbruken, den ansattes mulighet til å holde seg faglig oppdatert og bidra positivt i arbeidsmiljøet, og på kvaliteten på tjenestene. For å få til dette må det etableres en heltidskultur i tjenestene som motvirker både uønsket og ønsket deltid, og å etablere turnusmodeller som i økt grad legger til rette for heltidsstillinger. «Kompetanseløft 2025» består av flere tiltak som bidrar til dette. Tiltakene i «Kompetanseløft 2025» vil samtidig videreutvikles i samarbeid med partene i arbeidslivet.

Det er i foretaksmøte med de regionale helseforetakene stilt krav om at arbeidet med utviklingen av en heltidskultur videreføres, og at flest mulig medarbeidere tilsettes i faste, hele stillinger. Det har hatt stor betydning at flere sykehus tilbyr faste, hele stillinger ved at de ansatte er tilknyttet jobber ved ulike avdelinger som til sammen kan gi 100 pst. stilling. Faste, hele stillinger er viktig for å rekruttere kompetente medarbeidere, beholde kvalifisert arbeidskraft og samtidig bidra til å ivareta arbeidsmiljøet og redusere sykefravær. Faste, hele stillinger bidrar også til økt likestilling, samt økt kvalitet og kontinuitet i tjenesten. Det er økt bevissthet og kunnskap i hele organisasjonen omkring denne utfordringen og det arbeides systematisk for å utvikle nye og fleksible løsninger. Ledere og tillitsvalgte i syke-

husene samarbeider om å finne løsninger som gjør at flest mulig kan få hele stillinger. Det innebærer også å tilrettelegge for de som av ulike årsaker har krav eller behov for redusert arbeidstid.

Kjønnsbalanse

Mer enn 70 pst. av medarbeiderne i sykehusene er kvinner. I kommunale helse- og omsorgstjenester er kvinneandelen i underkant av 85 pst. Både helseforetakene og kommunene bør derfor vurdere å ha strategier for å rekruttere bedre fra begge kjønn.

Andelen kvinnelige fastleger har økt betydelig de senere årene. Mens 28,8 pst. av fastlegene i 2001 var kvinner, var andelen kvinnelige fastleger 46 pst. ved utgangen av 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner styrer for de regionale helseforetakene. Styrene oppfylder lovens krav til minimum 40 pst. representasjon av begge kjønn, og per 2020 er to av fire styreledere kvinner. I sykehusene er flertallet av ansatte kvinner, mens mindretallet av toppledere er kvinner. Helse- og omsorgsministeren har stilt krav til de regionale helseforetakene om at de må bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. De regionale helseforetakene har rapportert til departementet at de arbeider aktivt med å øke andelen kvinnelige toppledere i sykehusene.

Vold og overgrep

Vold og overgrep er en betydelig folkehelseutfordring, men også et likestillingsproblem. Selv om både menn og kvinner utsettes for vold, utsettes kvinner i langt større grad for alvorlig og gjentatt vold. Flere kvinner enn menn utsettes for alvorlig vold fra partner, som å bli sparket, tatt kvelertak på eller bli banket opp. Om lag én av ti norske kvinner rapporterer at de i løpet av livet har blitt voldtatt. Noen jenter utsettes også for kjønnslemlestelse, som kan gi store fysiske og psykiske helsekonsekvenser for den som er utsatt.

Helse- og omsorgstjenestene spiller en viktig rolle i arbeidet med å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, og i å følge opp og behandle både voldsutsatte og voldsutøvere. Ansvaret for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep er tydeliggjort i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Regjeringen har i 2021 lagt fram en ny handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold og en hand-

lingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner. Det er også lagt fram en strategi for å forebygge internettrelaterte overgrep mot barn.

Likestilling og covid-19

Koronakrisen har satt sitt preg på hele samfunnet. Pandemien og tiltakene som er iverksatt for å begrense smitte og å opprettholde aktivitet i næringslivet og samfunnet kan få ulike konsekvenser for ulike personer avhengig av deres kjønn, alder, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuelle orientering, kjønnsidentitet osv.

Som offentlig myndighet er departementene forpliktet til å vurdere likestillingskonsekvenser i alt sitt arbeid, jf. likestillings- og diskrimineringsloven § 24 første ledd. Stortinget har i vedtak nr. 537 (2019–2020) bedt regjeringen kartlegge effekten av koronakrisen på likestillingsfeltet, og komme tilbake til Stortinget med resultater og funn på egnet måte. Helse- og omsorgsdepartementet vil i det følgende gi en overordnet oversikt over likestillingsmessige konsekvenser av koronakrisen i 2020 og så langt i 2021 innenfor helsesektoren. Vi viser også til Kulturdepartementets Prop. 1 S (2021–2022) for en samlet oversikt over likestillingsmessige konsekvenser av koronakrisen.

Tjenestemottakere og pårørende

En stor del av tjenestemottakerne og deres pårørende ble berørt da strenge smitteverntiltak, lokale omprioriteringer og omdisponeringer av personell, samt mange ansatte i karantene, medførte reduksjon eller stengte tjenestetilbud og aktiviteter. I Helsedirektoratets koronaveileder gis det anbefalinger knyttet til hjemmeboende tjenestemottakere og deres pårørende. Direktoratet har videre utarbeidet veiledningsmaterieill i form av anbefalinger og råd knyttet til besøk og smitteverntiltak i ulike boformer. Formålet er å skape forutsigbarhet og trygghet for tjenestemottaker og pårørende, og unngå hastebeslutninger og tilfeldige prioriteringer hvis og når lokale smitteutbrudd oppstår. Det understrekes at kommunen må ha dialog med tjenestemottaker og pårørende om smittevern i alle faser av pandemien.

Skandinavisk forskning på konsekvenser av covid-19 på velferd, likestilling, livsvilkår og livskvalitet

Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedi-

rektoratet (Bufdir) å identifisere skandinavisk forskning om konsekvenser av covid-19 på velferd, likestilling, livsvilkår og livskvalitet. Gjennom året ble forskningssøket oppdatert tre ganger. Alle studiene er vedlagt i siste oppdatering. Av de totalt 65 norske studiene som det refereres til i siste oppdatering gis et variert bilde av effektene fra nedstengningen; fra positive resultater, til lite endringer eller negative effekter for befolkningsgrupper som helhet. 18 studier hadde informasjon om enkeltgrupper som kan ses i lys av likestilling. Et eksempel er høyere angst og depresjon sammenlignet med utvalg før pandemien og flere symptomer hos kvinner, eldre, etniske- og seksuelle minoriteter, unge voksne, arbeidsledige og de med psykiatrisk diagnose. Andre eksempler er studier som viste opphopning av levekårsutfordringer blant trangbodde familier og forskjeller i covid-19-smitte og sykkelighet mellom enkelte immigrantgrupper og majoritetsbefolkning. Totalt er det fire rapporter med systematisk litteratursøk med sortering fra perioden med covid-19. Oppsummeringene gir ikke grunnlag for å konkludere på implikasjoner av covid-19 for likestilling og helse. Samtidig gir oversikten av de norske studiene et verdifullt grunnlag å bygge videre på for å utforske hvordan ulike befolkningsgrupper ble påvirket av covid-19, og hvordan tjenester responderte. Sosial ulikhet og covid-19 er en fagsatsing ved FHI, og de har som mål å produsere kunnskap om betydningen av sosial ulikhet for smitte, sykdom og død av covid-19 i Norge. De skal også undersøke betydningen av kjønn, alder, landbakgrunn, bosted, økonomisk situasjon, inntekt, utdanningsbakgrunn, yrke og yrkesdeltakelse.

Effekt av pandemien på kjønn i Norge

Fra pandemiens begynnelse til og med uke 29 har 61 pst. av de innlagte på sykehus som følge av covid-19 vært menn. Til og med 22. august 2021 har 54 pst. av de døde vært menn. Per 22. august er 90 pst. av alle kvinner over 18 år vaksinert med 1. dose og 64 pst. vaksinert med 2. dose. For menn er tilsvarende tall 87 pst. og 56 pst. (kilde: FHIs ukereport for uke 33).

Digitale kanaler

Koronapandemien har vist at potensialet for å ta i bruk digitale løsninger er stort. Aktørene i hele sektoren viste en rask evne til omstilling, og det ble en stor endring i hvordan møtene mellom helsepersonell og pasienter foregikk. Flere og bedre digitale løsninger er et viktig virkemiddel for å

realisere pasientens helsetjeneste og for å bidra til et mer tilgjengelig helse- og omsorgstjenestetilbud. Samtidig blir det enda viktigere å rette innsats mot grupper som i dag har liten digital kompetanse for å motvirke digitalt utenforskap. Arbeidet med å øke digital kompetanse og deltakelse hos alle, inkludert eldre og personer med funksjonsnedsettelse, skal ses i sammenheng med oppfølging av regjeringens handlingsplan for universell utforming (2021–2025), som også inkluderer tiltak for mer brukervennlige løsninger innen IKT og digitalisering.

Covid-19 har rammet flere innvandrergupper ekstra hardt, og undersøkelser viser at personer med innvandrerbakgrunn opplever utfordringer med å finne kvalitetssikret informasjon om korona. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har informasjon på flere språk på sine nettsider, men helseinformasjonen må i større grad gjøres tilgjengelig i de kanalene som innvandrergupper bruker.

Fysisk og psykisk helse

Som følge av smittevernstiltakene knyttet til covid-19 har mange eldre levd i isolasjon over lang tid. Regjeringen har i både 2020 og 2021 bevilget betydelige midler til ulike tiltak for å redusere de negative konsekvensene av smittevernstiltakene for eldre og andre sårbare grupper. Det å leve i isolasjon over tid, slik mange sårbare grupper har gjort, er krevende. Selv om mange har klart seg bra, antyder flere studier en økning i psykiske plager relatert til smittereduserende tiltak, og tilhørende bortfall av aktiviteter og sosiale arenaer. Særlig gjelder dette i områder som ble hardt rammet av nedstigningen og for eldre, de som bor alene, studenter, de med hjemmekontor og mennesker utenfor arbeidsmarkedet. Midlertidige tiltak er iverksatt med aktiviteter/ferietilbud til aleboende unge og eldre, aktiviteter til barn og unge i levekårsutsatte og tettbeboede områder og nasjonal folkehelsekampanje for å styrke befolkningens kompetanse på psykisk helse.

Økt ensomhet, stress og psykiske helseplager kan føre til langsiktige helseplager. Det er fortsatt behov for å videreføre enkelte tiltak som kan bidra til å redusere ensomhet og psykiske plager blant eldre, og stimulere til tiltak som bidrar til aktivitet og forutsigbarhet, både for brukere og pårørende. Regjeringen foreslår å videreføre 100 mill. kroner til tilskuddsordningene til støtte og avlastning, frivillighetens program for besøk og aktivitet for sårbare eldre (Aktivitetsprogrammet) og stimuleringsprogrammet for helsefrivilligheten.

Sårbare grupper

Koronapandemien har rammet skjevt, og personer med funksjonsnedsettelse og deres pårørende er blant de gruppene som er særlig hardt rammet. Mange med funksjonsnedsettelse har opplevd sosial isolasjon, ensomhet og redusert tilgang både til kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, skole- og utdanningstilbud, fritidstilbud og arbeid. Bufdir sin kartleggingsrapport (2020) av likestillingskonsekvenser for personer med funksjonsnedsettelse under koronapandemien viser til ulike korttids- og langtidseffekter av langvarig isolasjon og lite kontakt med andre, samt økt omsorgsbelastning for pårørende. Selv i perioder der samfunnet har vært gradvis gjenåpnet, rapporterer Bufdir at utviklingen generelt har gått sakte og i enkelte tilfeller saktere for personer med funksjonsnedsettelse. Helsetilsynet melder at brukere med behov for sammensatte tjenester i størst grad rapporterer at de har fått mindre tjenester under pandemien, og at helsen deres har blitt dårligere. Videre meldes det om at denne gruppen har den største andelen pårørende som har økt innsatsen under pandemien. Helse- og omsorgsdepartementet ba med den bakgrunn Helsedirektoratet om å A) vurdere ytterligere målretting av generelle tiltak for sårbare grupper, eventuelt nye tiltak, til personer med funksjonsnedsettelse, og B) vurdere anbefalingene for Helse- og omsorgsdepartementets område i Bufdirs-rapport om likestillingskonsekvenser for personer med funksjonsnedsettelse under covid-19-pandemien. Det skal også vurderes hvorvidt disse bør gjennomføres, samt hva forutsetningene, som økonomiske og administrative konsekvenser, for en ev. gjennomføring er. Gjennom dette arbeidet har det vært nedsatt en arbeidsgruppe bestående av Helsedirektoratet, Bufdir, Utdanningsdirektoratet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), Unge funksjonshemmede, Mental helse, Pårørendealliansen og Nasjonalforeningen for folkehelsen. KS, Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsetilsynet har vært invitert til å gi innspill på prosessen og rapporten. Arbeidsgruppen har foreslått en rekke konkrete forslag til tiltak på kort og lang sikt, som er fulgt opp gjennom oppdrag i tildelingsbrev til Helsedirektoratet, Meld. St. 2 (2020–2021) og særskilte bevilgninger til sårbare grupper under kap.761. Arbeidsgruppens konkrete forslag til tiltak på lengre sikt vil vurderes i det løpende arbeidet på feltet.

Stengte skoler medførte også at foreldre til barn og unge med spesielle behov sto uten tilbud. Rask nedstenging og omstilling i kommunene medførte økte belastninger for pårørende. Tidligere undersøkelser har vist at kvinner i større grad enn menn påtar seg omsorgsoppgaver, og at uformelt omsorgsarbeid er en vanlig årsak til at kvinner jobber mer deltid enn menn. I april 2020 nedsatte regjeringen en koordineringsgruppe på direktoratsnivå for å følge med på tjenestetilbudet til sårbare barn og unge under pandemien.

Enkelte innvandrergupper og integrering

Det har vært en betydelig høyere risiko for covid-19 blant enkelte innvandrergupper. Folkehelseinstituttet har gått gjennom det vi vet om covid-19 blant innvandrere i Norge med en rapport fra juni i år og tallgrunnlag til koronakommisjonen. Per 100 000 innmeldte koronatilfeller er 5 837 med innvandrerbakgrunn og 1781 uten innvandrerbakgrunn. Tilsvarende er tallet for pasient innlagt med korona 248 med innvandrerbakgrunn og 72 uten per 100 000. Visse grupper av innvandrere var generelt rammet hardere enn andre, dette gjenspeiles på flere indikatorer, f.eks. per 100 000 pasient behandlet med respirator er 62 fra Asia, 55 fra Afrika mot 11 uten innvandrerbakgrunn. For covid-assosierte dødsfall viser at flere person født Afrika eller Asia døde, aldersjusterte andeler er henholdsvis 110 og 80 mot 13 per 100 000 født i Norge. FHI peker på komplekse årsaker, med sammensatte forklaringer knyttet til ulikhet i sosiale miljøer, smittevernattferd og etterlevelse av råd, utenlandsreise, bostedskommune, alderssammensetning, medisinske risikogrupper, sosioøkonomiske forhold (yrke, husholdningsinntekt, utdanning og trangboddhet), genetikk og utfordringer med forebyggende arbeid og TISK-strategien.

Regjeringen har satt ned to ekspertgrupper som har vurdert og foreslått tiltak på integreringsfeltet som følge av koronapandemien. Den første ekspertgruppen leverte sin rapport 4. desember 2020, med forslag til 29 tiltak for å intensivere aktivitet rettet mot innvandrerbefolkningen. 23. juni 2021 leverte den andre ekspertgruppen sin rapport som inneholdt forslag til 26 tiltak fordelt på ulike departementers sektoransvar. Forslag innenfor helseområdet var særlig rettet mot vaksinasjon og tiltak for å øke vaksinasjonsandelen blant innvandrere. I etterkant av ekspertgruppe-rapportene har Helse- og omsorgsdepartementet sendt oppdragsbrev til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet for oppfølging av de foreslåtte

tiltakene. Koronapandemien har gitt verdifull lærdom i hvordan formidling av informasjon spiller en sentral rolle i beredskapsarbeidet, og viktigheten av å nå ut til målgrupper med tilpasset, målrettet og forståelig informasjon. Pandemien har vist hvor viktig mangfold blant helsepersonell og ansatte i andre offentlige tjenester er, og viktigheten av at lokale og nasjonale myndigheter samarbeider med innvandrersamfunnsorganisasjoner og ressurspersoner fra innvandrermiljøene.

Kvinner under covid-19

Flertallet av de ansatte i helse- og omsorgssektoren er kvinner. En høy andel kvinner i sektoren har medvirket i covid-19 og koronahåndteringen og dermed vært eksponert for risiko for smitte. Dette gjelder særlig de som har vært i direkte kontakt med pasienter, pårørende og besøkende på sykehjem og sykehus. I kliniske studier stilles det krav om og vektlegges at begge kjønn skal inkluderes der dette er relevant.

Kvinnens partner har gjennom pandemien hatt begrenset mulighet til å være til stede ved svangerskapskontroller, fødsel og barsel. Dette oppleves av mange som et inngripende tiltak. Sykehusene skal legge til rette for tilstedeværelse av partner/nærmeste pårørende før og under fødselen, og i barseltiden, men i en del tilfeller har det vært nødvendig å innføre begrensninger.

Tiltakene som har blitt iverksatt for å redusere smitte under pandemien kan ha ført til økt fare for konflikter i hjemmet, vold i nære relasjoner og internettrelaterte overgrep. Det kan også ha gjort det vanskeligere for voldsutsatte å oppsøke hjelp, og gjort det utfordrende for hjelpeapparatet å avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt. Regjeringen la i august 2021 fram «Frihet fra vold – Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner (2021–2024)». Med bakgrunn i erfaringene fra koronapandemien, har handlingsplanen et eget kapittel om beredskapen mot vold og overgrep under kriser.

Likestillingsrapport

Tabell 11.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2020 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	4/7
Avd.direktør mv.	17/8
Fagdirektør	7/7
Underdirektør	9/2
Spesialrådgiver	10/10
Seniorrådgiver	73/32
Rådgiver	23/4
Førstekonsulent	3/1
Totalt	146/71

Statistikken bygger på personaladministrative data. I 2020 var 67 pst. av de ansatte kvinner og 33 pst. var menn. Av ekspedisjonssjefer/departementsråd var 36 pst. kvinner. Av avdelingsdirektører var 68 pst. kvinner.

Av totalt 22 ansatte i midlertidige stillinger var 15 kvinner og 7 menn. Ansatte i HOD har i all hovedsak fulltidsstillinger. I 2020 var 11 ansatte i reduserte stillinger. Av disse var 10 kvinner, og 1 mann. Totalt 9 ansatte var i foreldrepermisjon. Av disse var 7 kvinner, og 2 menn. Menn hadde gjennomsnittlig foreldrepermisjon på 16,5 uker, og kvinner hadde gjennomsnittlig 32,6 uker foreldrepermisjon.

Tabell 11.2 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	3,6 pst.
Menn	0,8 pst.
Alle	3,1 pst.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde i 2020 et gjennomsnittlig fravær som følge av sykdom på 3,1 pst., som er en nedgang på 0,5 pst. fra foregående år.

Direktoratet for e-helse

Ved utgangen av 2020 hadde Direktoratet for e-helse 169 ansatte, hvorav 107 kvinner. Fire menn og fem kvinner var ansatt i midlertidige stillinger. Et mål er å ha flest mulig ansatte i heltidsstillinger,

og direktoratet har ved utgangen av året to ansatte i deltidsstillinger, begge menn. I direktørens ledergruppe var det tre kvinner og fire menn. Kvinneandelen i direktoratets lederstillinger totalt sett utgjør 53 pst. Åtte ansatte var i foreldrepermisjon i 2020 (seks kvinner og to menn). Gjennomsnittlig antall uker med permisjon var 23,3 (163 dager) for kvinner og 17,1 (120 dager) for menn. Ingen menn, men seks kvinner, hadde omsorgspermisjon uten lønn i 2020 (99 dager i gjennomsnitt). I alle stillingskategoriene i direktoratet er kvinner noe lavere lønnet enn menn. Dette funnet er basert på en gjennomsnittsberegning av årslønn fordelt på kjønn innenfor alle stillingskategorier. Noe av forklaringen kan være at gjennomsnittsberegningen ikke tar hensyn til utdanningsbakgrunn, erfaringslengde, alder eller oppgaveportefølje mv.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) har i 2021 (tall pr august) en kvinneandel på 62,5 pst. Ledergruppen består nå av fem kvinner og to menn. På seksjonssjefsnivå er det seks kvinner og fem menn. I gjennomsnitt tjener kvinner 0,6 pst. mer enn menn. Det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori. Andelen av midlertidig tilsetting i DSA er liten, dette gjelder for både kvinner og menn. Det er ingen større forskjell i bruken av deltidsstilling eller i uttaket av foreldrepermisjon. Sykefraværet er i snitt rett under fire pst. og er uendret over tid. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet hadde om lag 127 årsverk i 2020, mot om lag 115 årsverk i 2019. Pr august 2021 er det om lag 127 årsverk.

Eldreombudet

Eldreombudet er en nyetablert etat som startet sommeren 2020. I tillegg til åremålsbeskikkelse av eldreombudet, ble det i løpet av 2020 ansatt to medarbeidere og staben er under ytterligere oppbygging. To fagstillinger ble besatt ved inngangen til 2021. To av fem årsverk er kvinner inklusiv eldreombudet som leder virksomheten. Fra august 2021 til medio februar 2022 vikarierer én midlertidig ansatt i en av fagstillingene for rådgiver som skal ut i foreldrepermisjon. Eldreombudet har ingen ansatte i deltidsstillinger. Det er foreløpig én ansatt som fra september 2021 går ut i foreldrepermisjon og skal ha permisjon i 19 uker.

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet (FHI) har samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. Det har ikke vært vesentlige endringer i andelen kvinner/menn i instituttet fra 2020 til 2021. Ved utgangen av 2020 var 65 pst. av de ansatte kvinner, noe som er samme andel som ved utgangen av 2019. Kvinneandelen i lederstillinger (med personalansvar) er 67 pst. FHIs lønnspolitikk skal sikre at det ikke er kjønnsbetingede lønnsforskjeller i FHI, og instituttet er opptatt av at kvinner og menn får like muligheter for meritterende oppgaver som er grunnlag for karriere- og lønnsutvikling. Andel midlertidig tilsetting i FHI er 21 pst. av totalt antall ansatte, fordelingen mellom kvinner/menn er hhv. 66 pst. og 34 pst. Ansatte i deltidsstillinger (pst. mindre enn 100) utgjør 9 pst. av instituttets ansatte og av dem er 43 pst kvinner. Stillinger under 40 pst. er i all hovedsak bistillinger der den ansatte har en hovedstilling ved høyskole/universitet eller helseforetak. Ordinære deltidsstillinger (mellom/lik 40 pst. og 90 pst.) utgjør 4,5 pst. av instituttets ansatte og har en kvinneandel på 48 pst. Uttak av foreldrepermisjon det siste året viser et samlet gjennomsnitt på 10,8 uker (tall per august). Fordelingen mellom kvinner/menn er hhv. 14,3 uker i gjennomsnitt til kvinner og 5,4 uker i gjennomsnitt til menn.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet inklusiv Pasient- og brukerombudene hadde 672 medarbeidere ved utgangen av 2020. Kjønnfordelingen var 71 pst. kvinner og 29 pst. menn, ett prosentpoeng høyere kvinneandel enn i 2019. Kvinners lønn i prosent av menns lønn utgjorde 88,5 i 2020. For Helsedirektoratet inklusiv Pasient- og brukerombudene er 54 pst. av lederstillingene besatt av kvinner. Av mannlige ansatte er 15 pst. ansatt i midlertidige stillinger, og det tilsvarende tallet for kvinner er 14 pst. Av mannlige ansatte er 8 pst. i deltidsstillinger, og av kvinnelige ansatte er seks pst. i deltidsstillinger. Av totalt uttak av foreldrepermisjon er 22,3 pst. menn og 77,7 pst. kvinner.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) hadde ved utgangen av 2020 en kvinneandel på 78 pst. (118) og 22 pst. (33) menn. I ledelsen var det i samme periode 67 pst. kvinner (seks) og 33 pst. menn (tre). Det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Helseklage.

Det er ikke store lønnsforskjeller mellom kvinner og menn på sammenliknbare funksjoner og nivåer. Helseklages personalretningslinjer og lønnspolitikk sikrer at begge kjønn har like lønns- og arbeidsvilkår og samme muligheter for karriereutvikling. 19 ansatte var i midlertidige stillinger, hvorav 15 var kvinner og fire var menn. Helseklage hadde ved utgangen av 2020 totalt 13 ansatte i deltidsstillinger, herunder syv kvinner og seks menn. Kvinner var i gjennomsnitt 35 uker i foreldrepermisjon, mens menn hadde tilsvarende 20 uker.

Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) hadde ved utgangen av 2020 totalt en kvinneandel på 74 pst. (mot 75 pst. i 2019). Andelen kvinner i lederstillinger er 69 pst. Kjønnfordelingen speiler det faktum at det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Norsk pasientskadeerstatning. Ved rekruttering søker NPE, innenfor gjeldende likestillingsregelverk, å ansette flere menn. Gjennom ulike personalpolitiske virkemidler legger NPE til rette for medarbeidere i ulike livsfaser og personer med nedsatt arbeidsevne eller med funksjonshemming. NPE legger til rette for like muligheter for karriereutvikling. To av totalt 164 ansatte var i midlertidige stillinger, herunder én mann og én kvinne. Syv ansatte hadde deltidsstillinger. Av disse var tre menn og fire kvinner. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon for kvinner var 28,8 uker, og 15,9 uker for menn.

Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn hadde ved utgangen av 2020 en kvinneandel på 72 pst; 138 ansatte, hvorav 97 kvinner og 41 menn. I stillingsgruppen ledere (avdelingsdirektør, underdirektør og fagsjef) er 55 pst. kvinner. Dette ligger godt innenfor Hovedavtalens mål om 40 pst. kvinner i lederstillinger innenfor definert lederstillingsgruppe. Statens helsetilsyn har ikke vesentlige lønnsforskjeller mellom kjønnene på sammenliknbare funksjoner og nivåer, og jobber for at begge kjønn gis samme mulighet for karriereutvikling og lønns- og arbeidsvilkår. Ved utgangen av 2020 var 14 medarbeidere ansatt i midlertidige stillinger, hvor 11 var kvinner og tre var menn. 16 kvinner og 12 menn, totalt 28 medarbeidere, var registrert som deltidsansatte. Ved utgangen av 2020 hadde Sta-

tens helsetilsyn totalt syv kvinner og én mann foreldrepermisjon/gradert foreldrepermisjon. Kvinner hadde gjennomsnittlig 12,8 uker permisjon, og mannen hadde 18,1 uker.

Statens legemiddelverk

Legemiddelverket har flere kvinnelige tilsatte enn menn, noe som gjenspeiler kvinneandelen blant studentene fra de utdanningsfelt og fagfelt Legemiddelverket normalt rekrutterer fra. Kvinnelige ansatte utgjør 75 pst. av arbeidsstokken, og toppledergruppen består av tre kvinner og to menn. Mellomledergruppen har 18 kvinner og to menn. En gjennomgang av de mest brukte stillingskoder (rådgiver og seniorrådgiver) viser svært små forskjeller i gjennomsnittslønn mellom kjønn. Legemiddelverket har kontinuerlig fokus på arbeidet med sin livsfasepolitikk. Ved utgangen av 2020 var det 16 kvinner og ni menn som var midlertidig ansatt i Legemiddelverket. Av disse var syv studenter engasjert på timebasis, hvorav fem kvinner og to menn. De fleste var ansatt i forbindelse med koronapandemien. I deltidsstillinger var det 11 kvinner og to menn. Legemiddelverket hadde i 2020 ni medarbeider i foreldrepermisjon som samlet hadde permisjon i 296,6 uker. I gjennomsnitt utgjør dette 33 uker per permisjon.

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) startet i mai 2019 arbeidet med å motta og håndtere varsler om alvorlige hendelser og bekymringsmeldinger fra helse- og omsorgstjenesten. Som nystartet virksomhet, foregikk rekrutteringen i all hovedsak i 2018, og kommisjonen var fulltallig ved årsskiftet 2019–2020. Ved årsskiftet 2020–2021 var det totalt 20 fulltidsansatte i Ukom. Den totale kvinneandelen er på 60 pst, mens andelen kvinner i ledende stillinger er på 71 pst. I tillegg var det seks ansatte medarbeidere i 20 % stillinger. Alle disse er menn. Ukom hadde i 2020–2021 én medarbeider ansatt i engasjementstilling. Dette var en mann. Kun én av de ansatte i Ukom fikk barn i 2020. Fraværet for denne personen (en kvinne) var 16,1 uker (113 dager) totalt for 2020 og 2021. En gjennomgang av de ulike stillingskategoriene viser at det ikke er noen tydelige forskjeller i lønn med bakgrunn i kjønn. Forskjeller i lønn skriver seg fra alder, utdanningsnivå og erfaring.

11.3 Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF mottok i 2020 lønn på 2 348 319 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 4 903 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 353 227 kroner. Administrerende direktør skal ha pensjonsvilkår på lik linje med andre ansattes vilkår i foretaket, og har ordinære pensjonsvilkår via Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH). Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn. Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter opparbeidet i perioden. Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret/administrerende direktør av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratru sin stilling umiddelbart.

Helse Vest RHF skiftet administrerende direktør med virkning fra 16. mars 2020 og tidligere administrerende direktør gikk samme dag over i annen stilling i Helse Vest RHF. Tidligere administrerende direktør mottok i 2020 lønn på 2 807 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 22 000 kroner. Pensjonskostnadene til tidligere administrerende direktør utgjorde 644 000 kroner. Ny administrerende direktør i Helse Vest RHF mottok i perioden 23.03.2020–31.12.2020 lønn på 1 424 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 11 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 274 000 kroner. Administrerende direktør har ordinær ytelsespensjon i KLP. Det er inngått avtale med administrerende direktør om inntil 12 måneders etterlønn dersom administrerende direktør blir sagt opp eller selv velger å si opp etter oppfordring fra styret eller styreleder. Avtalen gjelder ikke dersom det foreligger grovt pliktbrudd eller vesentlig mislighold av arbeidsavtalen. Rett til etterlønn bortfaller dersom administrerende direktør tiltrer en annen stilling eller mottar inntekter fra egen næringsvirksomhet.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF mottok i 2020 lønn på 2 029 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 171 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 362 000 kroner. Administrerende direktør har offentlig tjenestepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår, det vil si gjennom ordinær ordning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon utover ordinære vilkår gjennom KLP. Sluttvederlag og

lønn i oppsigelsestiden skal ikke overstige 12 måneder.

Helse Nord RHF skiftet administrerende direktør med virkning fra 13. januar 2020. Tidligere administrerende direktør mottok i 2020 lønn på 1 608 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 25 000 kroner. Pensjonskostnadene til tidligere administrerende direktør utgjorde 162 000 kroner. Tidligere administrerende direktør mottok lønn i oppsigelsesperioden og fra 1. oktober 2020 har han jobbet 20 pst. i en rådgiverstilling. Ny administrerende direktør mottok lønn på 1 734 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 120 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 297 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom styret etter eget ønske eller i samråd med administrerende direktør beslutter å avvikle arbeidsforholdet, har administrerende direktør rett til etterlønn fra fratredelsesdatoen. Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden kan i sum ikke overstige 12 månedslønner.

Administrerende direktør i Norsk helsenett SF mottok i 2020 lønn og feriepenger på 1 141 007 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 8 467 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 318 917 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. I ansettelsesavtale med administrerende direktør er det avtalt rett til 9 måneders etterlønn ut over oppsigelsestiden dersom styret anmoder administrerende direktør om å si opp sin stilling, eller administrerende direktør i samråd med styrets leder/styret velger å si opp sin stilling uten at det foreligger saklig grunn til oppsigelse eller avskjed. Dersom administrerende direktør i perioden for sluttvederlag, men etter utløpet av ordinær oppsigelsestid har andre inntekter, skal sluttvederlaget reduseres tilsvarende krone for krone.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet mottok i 2020 lønn på 2 589 000 kroner, mens annen godtgjørelser beløp seg til 208 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 185 000 kroner. AS Vinmonopolets pensjonsordninger er organisert gjennom Statens pensjonskasse. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår og ingen avtale om tilleggspensjon. Det følger av ansettelsesavtalen at administrerende direktør, ved fratredelse etter styrets ønske, har rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Lønn i oppsigelsestiden er inkludert i etterlønnen.

12 Internasjonalt samarbeid

Helse- og omsorgsdepartementet deltar på internasjonale arenaer hvor viktige beslutninger fattes. Formålet er å fremme og ivareta norske helseinteresser, bidra til gode fellesskapsløsninger og sikre at nasjonale tiltak utvikles i sammenheng med verden omkring oss. Dette innebærer å dele og å ta del i utviklingen av kunnskap, kompetanse og erfaringer internasjonalt. Norge støtter likeledes opp om land som har svakt utbygde helse-systemer.

Koronaviruspandemien viser til fulle hvor sårbare og uforberedte land er for nye smittsomme sykdommer med pandemisk potensial. Pandemien viser hvordan smittsomme sykdommer ikke kjenner landegrensener og at internasjonalt samarbeid er helt sentralt i håndteringen av internasjonale helsekriser. Norges helseberedskap er avhengig av velfungerende og velfinansierte internasjonale systemer for beredskap og respons mot helsekriser. For Norge er det viktig med en sterk tilknytning til EUs helseberedskap, og understøtte WHO's ledende og koordinerende rolle i internasjonalt helsearbeid, samt global deling av kunnskap og informasjon.

Departementet vil forbedre nasjonal og global helseberedskap gjennom å bidra til løsninger som styrker politisk oppmerksomhet om helsesikkerhet, bedre og mer finansiering, sterkere systemer for samarbeid inkludert gjennom styrking av WHO, og sterkere forpliktelser for samarbeid mellom land. Slike kriser krever mer samarbeid på tvers av landegrensener, ikke mindre.

Å sikre nasjonal og global tilgang til medisinske mottiltak som legemidler, vaksiner, medisinsk utstyr og smittevernutstyr under pandemier er essensielt. Få land, om noen, har tilstrekkelig innenlandsk produksjon av varer og utstyr som er nødvendige for å håndtere en helsekrise alene. Som en liten og åpen økonomi er også Norge avhengig av handel og samarbeid med andre land for å sikre tilgang til nødvendige medisinske tiltak – i og utenfor globale helsekriser.

EU styrker nå sin beredskaps- og respons-evne for medisinske mottiltak, ved å utvikle en ny helseberedskapsmyndighet HERA, som skal legge til rette for at nødvendige medisinske mot-

tiltak utvikles og produseres raskt ved en helsekrise. HERA er imidlertid bare ett element i en bredere europeisk helseunion, som skal ruste Europa for fremtidige helsekriser. Pandemien har vist at det politiske og faglige samarbeidet med EU er avgjørende for vår nasjonale håndtering, bl.a. gjennom deltakelse i EUs vaksineanskaffelser, sentrale organer som EUs legemiddelbyrå EMA, EUs smittevernbyrå ECDC og en rekke politiske og faglige fora, som uformelle helseministermøter, EUs helsesikkerhetskomité, og Rådets krisehåndteringsmekanisme IPCR. Det er i norsk interesse å være en del av styrkingen av disse europeiske fellesløsningene.

Også samarbeidet innen Verdens handelsorganisasjon (WTO) står sentralt i nasjonal og global helseberedskap og krisehåndtering. Norge har en sterk interesse av å støtte opp under WTO og den forutsigbarhet og åpenhet som det multilaterale handelssystemet er basert på.

I 2015 vedtok FNs medlemsland 17 globale mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Med disse målene er det vedtatt et rammeverk for utvikling og samarbeid om verdens utfordringer. Målene gjelder for alle land. Målene er integrerte og udelelige («*integrated and indivisible*»), altså påvirker de alle hverandre. Miljø, økonomi og sosial utvikling ses i sammenheng. Arbeidet for helse, livskvalitet og utjevning av sosiale forskjeller står sentralt. Helseforvaltningen har et særskilt ansvar for å følge opp bærekraftsmål 3 som handler om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. I tillegg følger helseforvaltningen opp andre helserelaterte bærekraftsmål.

Smittsomme sykdommer kan ikke bekjempes av noen land alene. Det samme gjelder for antimikrobiell resistens. Resistente mikrober truer med å sette moderne medisin flere tiår tilbake, siden legemidler mot vanlige infeksjoner blir ineffektive.

Ikke-smittsomme sykdommer utgjør den viktigste årsaken til for tidlig død i verden, bl.a. grunnet risikofaktorer som tobakk, alkohol og andre rusmidler, usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet. Nesten en fjerdedel av alle dødsfall på

verdensbasis er relatert til miljøforhold og da særlig luftforurensning.

Verdens klimautfordringer påvirker både helse og miljø, i form av luftveislidelser, tilgang til rent drikkevann og ren mat samt spredning av smittsomme sykdommer. «Grønn helse» betinger et grønt skifte. Forskning og utvikling skjer på tvers av landegrenser. Det er et omfattende forskningssamarbeid både nordisk, regionalt og globalt.

Halvparten av verdens befolkning har ikke tilgang til grunnleggende helsetjenester. Universell helsedekning innebærer å gi folk tilgang til essensielle helsetjenester uten at folk drives ut i fattigdom. Universell helsedekning vil styrke helseberedskap og vil også kunne gi bred samfunnsmessig og økonomisk utvikling.

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

Gjennom internasjonale avtaler bl.a. gjennom EØS-avtalen er Norge forpliktet av internasjonalt regelverk på en rekke områder. Det gjelder for eksempel på legemiddelområdet, næringsmiddelområdet og regelverk om personell. Manglende implementering og oppfølging av internasjonale forpliktelser kan få store konsekvenser.

Norge er i handelssammenheng, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), forpliktet på flere områder som angår helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester. Det har de siste årene vært en økende bevissthet rundt at internasjonale handels- og investeringsavtaler kan utfordre nasjonalstatenes rett til å regulere for å beskytte folkehelsen.

Økende politisering av helsefaglige spørsmål i multilaterale fora er utfordrende for et lite land som Norge. De siste årene har vi sett at utenrikspolitiske spørsmål i økende grad tas inn i helsepolitiske- og faglige fora. I tråd med denne utviklingen må vi sikre tilstrekkelige ressurser og riktig kompetanse for å fremme og ivareta Norges helsepolitiske og faglige interesser internasjonalt.

De overnevnte grenseoverskridende og globale utfordringene krever styrket samarbeid på tvers av sektorer, landegrenser og internasjonale arenaer.

Sentrale arenaer for internasjonalt samarbeid

Sentrale arenaer for det internasjonale samarbeidet er Den europeiske union (EU), Nordisk Ministerråd, De forente nasjoner (FN) og Verdens helseorganisasjon (WHO), Europarådet, Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD), og samarbeidet i Barentsregionen og Den nordlige dimensjon.

Den europeiske union (EU) og Det europeiske økonomiske samarbeid (EØS)

EØS-avtalen er en av Norges viktigste internasjonale avtaler, og samarbeidet med EU av stor betydning for Norge. Gjennom EØS-avtalen er Norge fullt integrert i EUs indre marked. Dette berører store deler av departementets ansvarsområde, herunder regelverk for næringsmidler, drikkevann, legemidler og medisinsk utstyr. Også på andre områder setter EUs regelverk rammer for norsk regelverksutforming, f.eks. knyttet til behandling av personopplysninger, dekning av utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land og godkjenning av helsepersonell. Videre deltar departementet i EU/EØS samarbeidet på områder som kreft, antibiotikaresistens, digital helse, forskning- og innovasjon. Norge er tett knyttet til EU på helseberedskapsområdet, og regjeringen vurderer det som essensielt at Norge bidrar inn i EUs styrkede helseberedskap.

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

Departementet skal være en aktiv pådriver overfor EU. Dette innebærer å ivareta norske interesser innenfor helse, omsorg og mattrygghet ved å medvirke tidlig i prosesser og politikktutforming i EU.

Norge deltar i det nye helseprogrammet, EU4Health (2021–2027). EU4Healths overordnede mål er å bidra til å beskytte europeiske borgere mot grenseoverskridende helsetrusler, forbedre tilgjengeligheten til medisinsk utstyr, legemidler og annet kriserelatert utstyr samt bidra til å styrke de nasjonale helsesystemene. Styrking av helsesystemer skal bl.a. skje gjennom å understøtte den digitale omleggingen, styrke koordineringen mellom medlemslandene, samt bidra til økt erfaringsutveksling og datadeling. Det er av stor betydning at Norge aktivt bidrar til innretningen på EUs styrkede rolle i europeisk helseberedskap.

EU4Health vil finansiere store deler av det europeiske helseberedskapsløftet.

Norge følger tett EUs arbeid med ny legemiddelstrategi, som skal fremme tilgang, forsyning, utvikling og innovasjon av legemidler. EUs forslag til kreftplan er også et arbeid Norge deltar i, samt arbeidet for bedre mental helse i befolkningen. Videre følger Norge opp arbeidet med EUs nye strategi for hele matkjeden, «From farm to fork». Strategien skal bidra til at landbruket i EU tilbyr ernæringsrik, rimelig og trygg mat av høy kvalitet på en mer bærekraftig måte. EU søker også å forbedre åpenheten og bærekraftigheten av risikovurderinger med direkte eller indirekte betydning for trykgheten i bl.a. næringsmiddel- og fødkjeden. Reguleringen av virksomheten og godkjenningssprosessene til «European Food Safety Authority» («EFSA») er endret, og norske myndigheter følger opp dette arbeidet.

Nordisk samarbeid

Nordisk ministerråd er de nordiske regjeringers formelle samarbeidsorgan. Samarbeidet skal fremme nordisk merverdi ved at utvalgte oppgaver belyses og løses på nordisk nivå for å øke nordisk kompetanse og konkurransekraft. Dette arbeidet blir også brukt som plattform i det europeiske og globale samarbeidet.

Norge overtar formannskapet i Nordisk ministerråd i 2022. Et prioritert område er utviklingen av en digital infrastruktur som gjør det mulig å identifisere, dele, sammenstille og analysere helsedata gjennom nordiske samarbeidsprosjekter (Nordic Commons). En annen prioritering er økt samarbeid om helseberedskap. Nordisk samarbeid kan understøtte pågående initiativer til styrket europeisk helseberedskap. Norden har verdifull erfaring med inter-regionalt samarbeid å vise til, ikke minst smidig operasjonelt samarbeid. Utveksling av situasjonsbilde, nordisk element i atomberedskapsøvelsen Arctic Reihn og samarbeid om forsyningssikkerhet er viktige komponenter.

FN og Verdens helseorganisasjon (WHO)

WHO er FNs særorganisasjon for helse og verdens ledende og koordinerende organ i internasjonalt helsearbeid. WHO utsteder globale normer og standarder på helseområdet, og er verdens leder i helsekriser. Organisasjonen utgjør også arenaen for samarbeid mellom verdens helseministre og framforhandling av mellomstatlige regelverk som Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) og Rammeverket for pandemisk

influenسابeredskap (PIP). WHO's arbeidsområde omfatter hele den globale helseagendaen, inkludert universell helsedekning, ikke-smittsomme sykdommer, antimikrobiell resistens og psykisk helse, miljø og helse.

WHO er en sentral arena for å fremme norske helsepolitiske interesser og en viktig kanal for norsk helsebistand. Europakontoret er den nærmeste faglige samarbeidspartneren for den norske helseforvaltningen.

Departementet skal være faglig og helsepolitisk premissleverandør for norske posisjoner i WHO og innen global helse.

Departementet følger opp møter på politisk og administrativt nivå også i andre FN-organisasjoner, som FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC), FNs organisasjon for ernæring og landbruk (FAO) og De forente nasjoners økonomiske kommisjon for Europa (UNECE).

Nordområdene

Helsesamarbeidet i nordområdene skal bidra til et godt helsesystem, god folkehelse og livskvalitet, og bidra til økonomisk vekst og legge grunnen for næringsutvikling. Det styrker kontakten med våre naboland.

Samarbeidet foregår primært gjennom Den nordlige dimensjons helsepartnerskap og Barents helsesamarbeid. Det er også et helsesamarbeid under Arktisk råd. Barentssamarbeidet involverer helsemyndigheter på både nasjonalt og regionalt nivå i Norge, Sverige, Finland og Russland. Den nordlige dimensjons helsepartnerskap omfatter i tillegg landene rundt Østersjøen.

Departementet deltar i helsesamarbeidet på myndighetsnivå bl.a. om smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer, alkohol og ny teknologi. Departementet vil styrke kontakten mellom norske og russiske helsefaglige miljøer gjennom målrettet bruk av tilskuddsordningen til helsesamarbeidet med Russland som departementet forvalter på vegne av UD.

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD)

OECD er en viktig aktør for å fremskaffe komparative analyser av medlemslandenes helsesystemer og brukes i nasjonal politikktutforming. Departementet deltar aktivt i OECD på helseområdet. Et viktig mål er at OECD utvikler bedre indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene. Et satsningsområde er pasientrapporterte kvalitetsmål.

Europarådet

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter. Innenfor helseområdet tar Norge del i Pompidou-gruppen, et tverrfaglig samarbeid om narkotikaspørsmål, og i Europarådets direktorat for legemiddelkvalitet (EDQM). EDQM utvikler bl.a. standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår i legemidler.

Bilaterale helsesamarbeidsavtaler

Norge har bilaterale helsesamarbeidsavtaler med Kina og Russland. Avtalene er langsiktige og legger bl.a. vekt på ekspertsamarbeid og gjensidig utveksling av kunnskap. I tillegg pågår det, med økonomisk støtte fra Utenriksdepartementet, samarbeid med Ukraina og Colombia. Disse samarbeidene skal bidra til styrking av nasjonale helsesystemer i de to landene, med vekt på bl.a. epidemiologi og smittevern, psykisk helse og fysisk rehabilitering i Ukraina, og distriktshelse-tjenester og innføring av nye behandlingsmetoder i Colombia.

13 Klima- og miljørelevante saker

13.1 Miljøområde, miljømål og miljøutfordringer

Hesledirektoratet, Folkehelseinstituttet og fylkesmennene er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåkingen av miljøforurensning. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) har direktoratsoppgaver for Klima- og miljødepartementet innenfor området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. DSA har videre ansvar for faglig utredningsarbeid, for tilsyn med radioaktiv forurensning og for å koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljø, i tillegg til internasjonale oppgaver.

Mattilsynet arbeider for å ivareta miljøvennlig produksjon av trygge næringsmidler og trygt drikkevann. For å få størst mulig samfunnsmessig verdiskaping ut av avgrensede ressurser er det vesentlig å legge vekt på kvalitet, plante- og dyrehelse og hensynet til miljøet.

13.2 Arbeid med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter statens eierskap av de regionale helseforetakene, som igjen er eier av landets helseforetak. Som det blir uttrykt i Meld. St. 8 (2019–2020) Statens direkte eierskap i selskaper — Bærekraftig verdiskaping, er staten opptatt av at selskapenes virksomhet er ansvarlig. Det innebærer å identifisere og håndtere risikoen selskapet påfører mennesker, samfunn og miljø. Hensynet til bærekraft og ansvarlig virksomhet er reflektert i statens forventninger til selskapene og hvordan staten følger opp selskapene.

Departementet har i sitt styringsbudskap til de regionale helseforetakene bedt om at spesialisthelsetjenesten foretar en helhetlig tilnærming til klima- og miljøutfordringene. Miljøarbeidet i spesialisthelsetjenesten koordineres gjennom et sam-

arbeidsutvalg mellom de fire helseregionene. Alle de regionale helseforetakene er representert med et medlem i samarbeidsutvalget. I tillegg har Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF, samt vernetjenesten og tillitsvalgte en representant hver. De fire regionene har også hver sin miljøfaggruppe hvor alle helseforetak er representert.

13.3 Rapport for 2020

Det utarbeides årlig en felles årsrapport for samfunnsansvar i spesialisthelsetjenesten, «Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar». Rapporten omhandler klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorupsjon. Rapporten er utarbeidet av interregionalt samarbeidsutvalg for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten og omfatter helseforetakene i de fire regionene samt de felleseide selskapene (Sykehusbygg HF, Sykehusinnkjøp HF, Luftambulansetjenesten HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF og Pasientreiser HF).

Alle helseforetak i landet er miljøsertifisert i henhold til NS-EN ISO 14001. Det innebærer at en samlet spesialisthelsetjeneste arbeider systematisk med å forbedre egen miljøprestasjon. Gjennom rapporten for samfunnsansvar fremstilles det også et felles klimaregnskap for helseforetakene i landet. Klimaregnskapet bidrar til å sette søkelyset på å redusere forbruk av ressurser.

2020 er det tredje året det fremstilles et felles klimaregnskap for spesialisthelsetjenesten. Det er utviklet en felles webportal for klimaregnskapet der hvert enkelt helseforetak registrerer eget forbruk. De regionale helseforetakene er ansvarlige for å kontrollere rapporteringen. Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap omfatter fire hovedkategorier: energiforbruk, transport av ansatte, transport av pasienter og forbruk av gasser.

Pandemien har i 2020 gitt noen positive konsekvenser for klima og miljø. Det mest åpenbare er reduksjon av CO₂-utslipp som en følge av redusert reisevirksomhet for ansatte og pasienter. Totalt utslipp på grunn av ikke utførte flyreiser blant ansatte ble redusert med 10 000 tonn CO₂ fra 2019

til 2020. Klimaregnskapet for 2020 viser en samlet reduksjon på 37 273,84 tonn CO₂-utslipp fra 2019 til 2020. Til sammenligning er det årlige utslippet fra St. Olavs hospital 30 475 tonn CO₂.

Gammel bygningsmasse, ventilasjonsanlegg og energisystemer er en utfordring flere steder. I årene som kommer vil det bygges flere nye sykehus som vil bidra til bedre energisystemer i helseforetakene.

13.4 Digitale helsetjenester

Det er generelt krevende å vurdere klimaeffekten av digitaliseringsprosjekter. Det er mangel på kunnskap om hva IT-næringen innen helse bidrar til i klimagassutslipp. For å redusere klimagassutslippene blir det viktig å finne frem til næringens avtrykk.

Til tross for at det er krevende å vurdere klimaeffekt kan vi se at digitaliseringsinitiativ i helse-

vesenet kan bidra til redusert klimautslipp bl.a. gjennom redusert transportbehov og redusert bruk av papir. Nasjonale løsninger som kjernejournal, e-resept, helsenorger.no, grunndata og helse ID bidrar til papirreduksjon ved at pasienter mottar digital post og at resepter er digitale.

Ifølge perspektivmeldingen 2021 økte andelen videokonsultasjoner hos fastlege fra 3 pst. i 2019 til 60 pst. i mars 2020. Redusert transport som følge av en økning i videokonsultasjoner trekkes frem som et tiltak som har store positive klima- og miljøkonsekvenser i *Spesialisthelsetenestens rapport for samfunnsansvar i 2020*. Covid-19-pandemien har bidratt til en generell økning i bruken av digitale løsninger for kontakt med helse- og omsorgstjenesten. Fastleger gjennomfører en stor andel av sine konsultasjoner digitalt. Dette kan ha positive vedvarende klimaeffekter også etter at samfunnet normaliseres.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2021–2022) om statsbudsjettet for år 2022 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et framlagt forslag.

Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2021–2022) statsbudsjettet for budsjettåret 2022 opp følgende forslag til vedtak:

Kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3701–3748, 5572 og 5631

I

Utgifter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	250 803 000	250 803 000
701	E-helse, helseregistre mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	593 274 000	
	70 Norsk Helsenet SF	90 896 000	
	71 Medisinske kvalitetsregistre	39 493 000	
	73 Tilskudd til e-helse i kommunal sektor, <i>kan overføres</i>	231 400 000	955 063 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	28 257 000	
	22 Beredskapslagring legemidler, <i>kan overføres, kan nyttes under post 71</i>	150 000 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	4 237 000	
	71 Tilskudd beredskapslagring legemidler og smittevern, <i>kan nyttes under post 22</i>	300 000 000	482 494 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	5 998 000	
	71 Internasjonale organisasjoner	259 917 000	
	72 Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)	20 520 000	286 435 000
704	Norsk helsearkiv		
	01 Driftsutgifter	65 884 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	8 945 000	74 829 000
708	Eldreombudet		
	01 Driftsutgifter	10 722 000	10 722 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
709	Pasient- og brukerombud		
	01 Driftsutgifter	75 321 000	75 321 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		2 135 667 000
	Folkehelse mv.		
710	Vaksiner mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	267 509 000	
	22 Salgs- og beredskapsprodukter mm.	148 077 000	
	23 Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19, <i>kan overføres</i>	3 200 000 000	3 615 586 000
712	Bioteknologirådet		
	01 Driftsutgifter	12 073 000	12 073 000
714	Folkehelse		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	127 273 000	
	60 Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	96 948 000	
	70 Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	179 747 000	
	74 Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	21 050 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	87 603 000	512 621 000
717	Legemiddeltiltak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 920 000	
	70 Tilskudd	63 551 000	75 471 000
	Sum Folkehelse mv.		4 215 751 000
	Spesialisthelsetjenester		
732	Regionale helseforetak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 116 000	
	70 Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	1 318 200 000	
	71 Resultatbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	590 302 000	
	72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	61 150 281 000	
	73 Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	21 660 130 000	
	74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	16 222 142 000	
	75 Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	14 387 364 000	
	76 Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	42 834 166 000	
	77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	3 428 675 000	
	78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 347 102 000	
	80 Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	8 181 634 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>	181 000 000	
	82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	7 260 350 000	
	83	Byggelånsrenter, <i>overslagsbevilgning</i>	460 000 000	
	86	Driftskreditter	2 859 000 000	181 899 462 000
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	12 911 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	140 596 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 419 000	156 926 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01	Driftsutgifter	82 763 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	56 587 000	
	70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	3 042 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	160 272 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	13 448 000	316 112 000
737		Historiske pensjonskostnader		
	70	Tilskudd, <i>overslagsbevilgning</i>	83 112 000	83 112 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		182 455 612 000
		Sentral helseforvaltning		
740		Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	1 236 106 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	41 714 000	
	60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	89 415 000	
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	70 851 000	1 438 086 000
741		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	227 121 000	
	70	Advokatutgifter	50 067 000	
	71	Særskilte tilskudd	21 848 000	299 036 000
742		Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	165 262 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	15 658 000	180 920 000
744		Direktoratet for e-helse		
	01	Driftsutgifter	183 985 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	135 463 000	319 448 000
745		Folkehelseinstituttet		
	01	Driftsutgifter	1 291 400 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	154 032 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	13 463 000	1 458 895 000
746		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	356 302 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	32 261 000	388 563 000
747		Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	01	Driftsutgifter	121 863 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	16 642 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 849 000	143 354 000
748		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	168 619 000	168 619 000
749		Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten		
	01	Driftsutgifter	41 381 000	41 381 000
		Sum Sentral helseforvaltning		4 438 302 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	223 249 000	
	60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	9 514 000	
	61	Vertskommuner	903 016 000	
	62	Investeringstilskudd til trygghetsboliger, <i>kan overføres</i>	5 700 000	
	63	Investeringstilskudd – rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	2 268 732 000	
	64	Kompensasjon for renter og avdrag	805 400 000	
	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	120 365 000	
	67	Utviklingstiltak	86 542 000	
	68	Kompetanse og innovasjon	390 900 000	
	69	Investeringstilskudd – netto tilvekst, <i>kan overføres</i>	1 015 685 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	20 026 000	
	72	Landsbystiftelsen	88 075 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	105 284 000	
	75	Andre kompetansetiltak	11 707 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	136 019 000	6 190 214 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	174 953 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	60	Forebyggende helsetjenester	413 078 000
	61	Fengselshelsetjeneste	193 876 000
	63	Allmennlegetjenester	344 855 000
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	70 062 000
	73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	61 538 000
	74	Stiftelsen Amatheia	26 712 000
765		Psykisk helse, rus og vold	1 285 074 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	210 357 000
	60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	296 904 000
	62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	412 874 000
	71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	184 258 000
	72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	491 705 000
	73	Utviklingstiltak mv.	180 773 000
	74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	318 135 000
	75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	257 083 000
769		Utredningsvirksomhet mv.	2 352 089 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	13 078 000
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 695 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene	16 773 000
		Tannhelse	9 844 150 000
770		Tannhelsetjenester	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	41 075 000
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	391 579 000
		Sum Tannhelse	432 654 000
		Kunnskap og kompetanse	
780		Forskning	
	50	Norges forskningsråd mv.	370 562 000
781		Forsøk og utvikling mv.	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	44 211 000
	79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	84 621 000
783		Personell	128 832 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	64 977 000
	61	Tilskudd til kommuner	193 338 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	28 337 000	286 652 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		786 046 000
		Spesialisthelsetjenester mv.		
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	2 530 000 000	
	71	Psykologhjelp	375 000 000	
	72	Tannbehandling	2 450 020 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitut	1 043 210 000	6 398 230 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.		6 398 230 000
		Legehjelp, legemidler mv.		
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	12 119 500 000	
	71	Legeerklæringer	14 286 000	
	72	Medisinsk forbruksmateriell	2 160 060 000	14 293 846 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	72	Egenandelstak	7 229 000 000	7 229 000 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.		
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	502 000 000	
	70	Allmennlegehjelp	6 228 300 000	
	71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 380 000 000	
	72	Jordmorhjelp	86 224 000	
	73	Kiropraktorbehandling	204 012 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	215 460 000	8 615 996 000
2756		Andre helsetjenester		
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	9 234 000	
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	325 190 000	
	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	234 980 000	569 404 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.		30 708 246 000
		Andre helsetiltak		
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag	199 920 000	199 920 000
		Sum Andre helsetiltak		199 920 000
		Sum departementets utgifter		241 614 578 000

Inntekter

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Diverse inntekter			
3701	E-helse, helseregistre mv.		
	02 Diverse inntekter	120 051 000	120 051 000
3704	Norsk helsearkiv		
	02 Diverse inntekter	3 143 000	3 143 000
3710	Vaksiner mv.		
	03 Vaksinesalg	144 286 000	144 286 000
3714	Folkehelse		
	04 Gebyrinntekter	11 595 000	11 595 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	229 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	742 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	632 300 000	1 603 300 000
3740	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	21 057 000	
	03 Helsetjenester i annet EØS-land	68 368 000	
	04 Gebyrinntekter	39 855 000	
	05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	51 300 000	
	06 Gjesteinnyggeroppgjør for fastleger	89 502 000	270 082 000
3741	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	7 099 000	
	50 Premie fra private	17 518 000	24 617 000
3742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	50 Premie fra private	2 380 000	2 380 000
3745	Folkehelseinstituttet		
	02 Diverse inntekter	198 713 000	198 713 000
3746	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	35 761 000	
	04 Registreringsgebyr	80 550 000	116 311 000
3747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	02 Diverse inntekter	18 288 000	
	04 Gebyrinntekter	24 533 000	42 821 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
3748	Statens helsetilsyn		
	02 Diverse inntekter	1 675 000	1 675 000
	Sum Diverse inntekter		2 538 974 000
Skatter og avgifter			
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70 Legemiddeldetaljistavgift	68 385 000	
	72 Avgift utsalgssteder utenom apotek	6 400 000	
	73 Legemiddelleverandøravgift	223 000 000	
	74 Tilsynsavgift	3 770 000	
	75 Sektoravgift tobakk	18 000 000	319 555 000
	Sum Skatter og avgifter		319 555 000
Renter og utbytte mv.			
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85 Statens overskuddsandel	146 400 000	
	86 Utbytte	2 000	146 402 000
	Sum Renter og utbytte mv.		146 402 000
	Sum departementets inntekter		3 004 931 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2022 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 701 post 21	kap. 3701 post 02
kap. 703 post 21	kap. 3703 post 02
kap. 704 post 21	kap. 3704 post 02
kap. 710 post 22	kap. 3710 post 03
kap. 714 post 21	kap. 3714 post 04
kap. 714 post 21	kap. 5572 post 75
kap. 740 postene 01 og 21	kap. 3740 postene 02 og 04
kap. 740 post 70	kap. 3740 post 03
kap. 740 post 60	kap. 3740 post 06
kap. 741 post 01	kap. 3741 postene 02 og 50
kap. 742 post 01	kap. 3742 post 50
kap. 745 post 01	kap. 3710 post 03
kap. 745 post 01	kap. 3714 post 04
kap. 745 postene 01 og 21	kap. 3745 post 02
kap. 746 postene 01 og 21	kap. 3746 post 02 og 04
kap. 746 post 01	kap. 5572 post 74
kap. 747 postene 01 og 21	kap. 3747 postene 02 og 04
kap. 748 post 01	kap. 3748 post 02

Merinntekt som gir grunnlag for overskridelse, skal også dekke merverdiavgift knyttet til overskridelsen, og berører derfor også kap. 1633, post 01 for de statlige forvaltningsorganene som inngår i nettordningen for merverdiavgift.

Merinntekter og eventuelle mindreinntekter tas med i beregningen av overføring av ubrukt bevilgning til neste år.

Fullmakter til å pådra staten forpliktelser utover gitte bevilgninger

III

Bestillingsfullmakt

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2022 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for

nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Vaksiner mv.	
	21	Spesielle driftsutgifter	580 mill. kroner
	22	Salgs- og beredskapsprodukter m.m.	80 mill. kroner
	23	Vaksiner og vaksinasjon mot covid 19	2000 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2022 kan gi tilsagn om tilskudd utover gitte bevilgninger, men slik at samlet

ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761	62	Investeringsstilskudd til trygghetsboliger	51,3 mill. kroner
761	63	Investeringsstilskudd – rehabilitering	3 646,2 mill. kroner
761	69	Investeringsstilskudd – netto tilvekst	2 061,1 mill. kroner
761	79	Andre tilskudd	1,0 mill. kroner

Andre fullmakter

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2022:

1. aktiverer investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak i statens kapitalregnskap.
2. i tilknytning til oppgjørsordningene for h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg kan

føre utgifter og inntekter uten bevilgning over kap. 740 Helsedirektoratet, hhv. post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler og post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg. Netto mellomregning med helseforetakene føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

=====

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

www.publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: 07 Media AS – 10/2021

