



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2021**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2021**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631



# Innhold

<b>Del I</b>	<b>Innledende del</b> .....	9	Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning .....	167
<b>1</b>	<b>Helse- og omsorgspolitikken</b> ...	11	Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten .....	168
<b>2</b>	<b>Profilen i budsjettforslaget</b> .....	24	Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten .....	170
<b>3</b>	<b>Anmodningsvedtak</b> .....	35	Kap. 744 Direktoratet for e-helse .....	170
<b>Del II</b>	<b>Budsjettomtaler</b> .....	65	Kap. 745 Folkehelseinstituttet .....	173
<b>4</b>	<b>Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.</b> .....	67	Kap. 3745 Folkehelseinstituttet .....	180
<b>Programområde 10 Helse- og omsorg</b> ...		67	Kap. 746 Statens legemiddelverk .....	180
<i>Programkategori 10.00</i>			Kap. 3746 Statens legemiddelverk .....	184
<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i> .....		67	Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet .....	185
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet		68	Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet .....	190
Kap. 701 E-helse, helseregistre mv. ....		69	Kap. 748 Statens helsetilsyn .....	190
Kap. 3701 E-helse, helseregistre mv. ....		80	Kap. 3748 Statens helsetilsyn .....	195
Kap. 702 Beredskap .....		80	Kap. 749 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten ....	195
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid .....		84	<i>Programkategori 10.60</i>	
Kap. 704 Norsk helsearkiv .....		86	<i>Helse- og omsorgstjenester i kommunene</i> .....	198
Kap. 3704 Norsk helsearkiv .....		87	Kap. 761 Omsorgstjeneste .....	200
Kap. 708 Eldreombud .....		88	Kap. 762 Primærhelsetjeneste .....	229
Kap. 709 Pasient- og brukerombud .....		88	Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold .....	250
<i>Programkategori 10.10 Folkehelse mv.</i> .....		90	Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv. ....	279
Kap. 710 Vaksiner mv. ....		92	<i>Programkategori 10.70 Tannhelse</i> .....	282
Kap. 3710 Vaksiner mv. ....		93	Kap. 770 Tannhelsetjenester .....	285
Kap. 712 Bioteknologirådet .....		93	<i>Programkategori 10.80</i>	
Kap. 714 Folkehelse .....		94	<i>Kunnskap og kompetanse</i> .....	289
Kap. 3714 Folkehelse .....		102	Kap. 780 Forskning .....	290
Kap. 717 Legemiddeltiltak .....		102	Kap. 781 Forsøk og utvikling mv. ....	295
Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet .....		104	Kap. 783 Personell .....	298
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet .....		105	<b>Programområde 30</b>	
<i>Programkategori 10.30</i>			<b>Helsetjenester, folketrygden</b> .....	302
<i>Spesialisthelsetjenesten</i> .....		107	<i>Programkategori 30.10</i>	
Kap. 732 Regionale helseforetak .....		109	<i>Spesialisthelsetjenester mv.</i> .....	303
Kap. 3732 Regionale helseforetak .....		147	Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv. ....	303
Kap. 733 Habilitering og rehabilitering .....		147	<b>Programområde 30.50</b>	
Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak .....		149	<b>Legehjelp, legemidler mv.</b> .....	309
Kap. 737 Historiske pensjonskostnader .....		153	Kap. 2751 Legemidler mv. ....	309
<i>Programkategori 10.40</i>			Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling .....	313
<i>Sentral helseforvaltning</i> .....		155	Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv. ....	316
Kap. 740 Helsedirektoratet .....		156	Kap. 2756 Andre helsetjenester .....	320
Kap. 3740 Helsedirektoratet .....		165	<i>Programkategori 30.90 Andre helsetiltak</i> .....	321
Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning .....		166	Kap. 2790 Andre helsetiltak .....	321

<b>Del III</b>	<b>Omtale av særlige tema</b>	323	7.4	Svakheter i ledelsen, planleggingen og organiseringen av tjenestene	353
<b>5</b>	<b>Spesialisthelsetjenester</b>	325	7.5	Mål	354
<b>6</b>	<b>Utviklingstrekk i omsorgstjenesten</b>	339	7.6	Strategiområde 1: Rekruttere, beholde og utvikle personell	354
6.1	Brukere av helse- og omsorgstjenestene	339	7.6.1	Tiltak	354
6.2	Personell	340	7.7	Strategiområde 2: Brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid	356
6.3	Botilbud	341	7.7.1	Tiltak	356
6.4	Kommunenes utgifter til omsorgstjenester	341	7.8	Strategiområde 3: Kommunal sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena	357
<b>7</b>	<b>Kompetanseløft 2025</b>	343	7.8.1	Tiltak	357
7.1	Innledning	343	7.9	Strategiområde 4: Ledelse, samhandling og planlegging	357
7.2	Status og utviklingstrekk	344	7.9.1	Tiltak	358
7.2.1	Pasientenes, brukernes og pårørendes behov	344	7.10	Organiseringen av gjennomføringen av Kompetanseløft 2025..	358
7.2.2	Tjenestene	344	<b>8</b>	<b>Internasjonalt samarbeid</b>	359
7.2.3	Personell og kompetanse	345	<b>9</b>	<b>Administrative fellesomtaler</b>	363
7.2.4	Kommunenes håndtering av covid-19	349	9.1	Fornye, forenkle og forbedre	363
7.3	Evalueringer og erfaringer fra Kompetanseløft 2020	349	9.2	Oppfølging av likestillings- og diskrimineringslovens krav om å gjøre rede for likestilling	364
7.3.1	Kompetansehevende tiltak	349	9.3	Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter	368
7.3.2	Rekrutteringstiltak	349	<b>10</b>	<b>Omtale av klima og miljørelevante saker</b>	370
7.3.3	Tjenesteutvikling	349	<b>11</b>	<b>Bærekraftsmål 3</b>	371
7.3.4	Fag- og kunnskapsutvikling	350		<b>Forslag</b>	375
7.3.5	Ledelse	350			
7.4	Utfordringsbilde	350			
7.4.1	Knapphet på helse- og sosialfaglig personell	350			
7.4.2	Mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag	351			
7.4.3	For lite brukermidvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling	352			

## Figuroversikt

Figur 4.1	Årlig demografibehov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten under ulike forutsetninger om ekstra leveår. mrd. kroner.	129	Figur 6.1	Beboere i helse- og omsorgsinstitusjoner og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 2010–2019	339
Figur 5.1	Innovasjonsaktivitet og innovasjonspoeng, 2019	333	Figur 6.2	Antall mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 2010–2019	340
Figur 5.2	Fordeling av råd i saker Ekspertpanelet har vurdert, 2019	334	Figur 7.1	Framskrivning av etterspørselen etter årsverk i helse- og omsorgstjenesten frem til 2035	348

## Tabelloversikt

Tabell 2.1	Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år .....	24	Tabell 4.16	Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2018–2021 (mill. kroner) .....	305
Tabell 3.1	Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak, ordnet etter sesjon og nummer .....	35	Tabell 4.17	Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2018–2021 (mill. kroner) .....	305
Tabell 4.1	Fordeling av tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering (mill. kr) .....	128	Tabell 4.18	Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2018–2019 (mill. kroner) .....	308
Tabell 4.2	Omfordeling innenfor uendret inntektsramme i 2021 og omfordeling gjennom inntektsvekst over to år (mill. kroner) ....	135	Tabell 4.19	Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner) .....	311
Tabell 4.3	Fordelingsnøkkel basisbevilgning 2021 .....	135	Tabell 4.20	Utgifter dekket over egenandelstak 1 2018–2019 (mill. kroner) .....	314
Tabell 4.4	Gjennomsnittlig tre-årlig beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak, med og uten ny indikator for kliniske behandlingsstudier (KBS) .....	140	Tabell 4.21	Utgifter dekket over egenandelstak 2 2018–2019 (mill. kroner) .....	315
Tabell 4.5	Fordeling av resten av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten .....	140	Tabell 4.22	Utgifter til allmennlegehjelp 2018–2019 (mill. kroner) .....	317
Tabell 4.6	Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kr) .....	141	Tabell 4.23	Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2018–2019 (mill. kroner) .....	317
Tabell 4.7	Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2019 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner) .....	142	Tabell 4.24	Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2018–2019 (mill. kroner) .....	318
Tabell 4.8	Investeringslån 2019–2021 .....	144	Tabell 4.25	Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2018–2021 (mill. kroner) .....	318
Tabell 4.9	Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kroner) .....	146	Tabell 5.1	Ventetider .....	325
Tabell 4.10	Oversikt over innbetalte renter i 2019 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner) .....	147	Tabell 5.2	Tid til tjenestestart .....	326
Tabell 4.11	Oversikt over antall innvilgede autorisasjoner og lisenser i 2019 sammenliknet med 2018. ....	160	Tabell 5.3	Passert planlagt tid .....	326
Tabell 4.12	Foreslåtte tilskuddssatser i 2021 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser .....	218	Tabell 5.4	Pakkeforløp kreft samlet for 2019 (pst.) .....	327
Tabell 4.13	Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor .....	283	Tabell 5.5	Årsresultat 2017–2019 (mill. kroner) .....	335
Tabell 4.14	Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2018–2021 (mill. kroner) .....	304	Tabell 5.6	Budsjettert økonomisk resultat i 2020 (mill. kroner) .....	335
Tabell 4.15	Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2018–2019 (mill. kroner) .....	305	Tabell 5.7	Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2019 .....	336
			Tabell 5.8	Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2021–2024 (mill. kroner) .....	337
			Tabell 6.1	Årsverk i omsorgstjenestene 2010–2019 (mill. kroner) .....	341

Tabell 6.2	Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mrd. kroner) 2010–2019 .....	342	Tabell 7.2	Avtalte årsverk i fylkeskommunal tannhelsetjeneste 2015–2019 .....	347
Tabell 7.1	Avtalte årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2015–2019 .....	346	Tabell 9.1	Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2019 (kvinner/menn) .....	367
			Tabell 9.2	Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet .....	367





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2021**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. september 2020,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Solberg)*



*Del I*  
*Innledning del*



# 1 Helse- og omsorgspolitikken

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

Vi skal ta Norge ut av koronakrisen. Vi skal sikre godt smittevern og god behandling i helse-tjenesten. Samtidig skal vi svare på de langsiktige utfordringene landet står overfor. Vi skal skape mer og inkludere flere, slik at flere får muligheten til å delta både i arbeidsliv og i samfunnslivet. I tillegg skal tryggheten og tilliten i det norske samfunnet bevares, og det sterke internasjonale engasjementet 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 eldrereformen *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 har lagt fram en rekke dokumenter for å understøtte disse målsettingene. Ikke bare gjennom budsjetter og bevilgninger, men også gjennom nye ideer og bedre løsninger, bl.a. Nasjonal helse- og sykehusplan, Folkehelsemeldinga, Primærhelsetjenestemeldingen, Legemiddelmeldingen, Prioriteringsmeldingen, Helsenæringsmeldingen, *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, stortingsmelding om lindrende behand-

ling og omsorg, Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse, Handlingsplan for allmennlegetjenesten, Handlingsplan for forebygging av selvmord, Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, Hjernehelsestrategien, regjeringens handlingsplan for oppfølging av Helse-Omsorg21-strategien, innføring av reformen fritt behandlingsvalg, Opptappingsplanen for rusfeltet, rett til kontaktlege for alvorlig syke og rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

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

Mye er bra i norsk helse- og omsorgstjeneste. Innenfor en rekke områder viser forskning og analyser at vi oppnår svært gode resultater. Dyktige ansatte i alle ledd av 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 ha 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 å få implementert ny kunnskap inn 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 bedres.

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

## 1.1 Pasientens helsetjeneste

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Det betyr å involvere pasienten i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. I møte med helse- og omsorgstjenesten skal hver enkelt pasient få god og trygg helsehjelp, oppleve respekt, verdighet og åpenhet, slippe unødige ventetid og få delta mer i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Regjeringen vil fornye, forenkle og forbedre tjenesten med utgangspunkt i pasientens behov. Norge har og skal ha et godt offentlig helsetilbud. Skal dette ivaretas, er tjenestene avhengig av befolkningens tillit. Skal tilliten ivaretas, må tjenestene utvikles, mangfoldet tas i bruk og alle gis en sterkere stemme i utvikling av tjenestene. Medvirkning fra brukerne skal derfor ivaretas på alle nivåer – fra utvikling av tjenestene til møtet mellom pasient og helsepersonell. Regjeringen vil i budsjettet for 2021 fortsette å prioritere tiltak som styrker disse målsettingene.

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

En viktig hensikt med Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten, etablert i 2018, er at pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom og deres pårørende skal kjenne seg sikre på at all relevant behandling er vurdert. Regjeringen vil ha større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet for å skape pasientens helsetjeneste og følge utviklingen over tid. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Undersøkelseskomisjonen) er etablert for å undersøke alvorlige hendelser og andre forhold som kan påvirke pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil høsten 2020 legge fram den sjuende årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet og videreføre arbeidet fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet gjennom Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023).

Regjeringen har startet oppfølgingen av Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Meldingen setter retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Hovedtemaene er samhandling, psykisk helsevern, akuttmedisinske tjenester, kompetanse, tek-

nologi og digitalisering. Regjeringen og KS har inngått en avtale om innføring av 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.

Regjeringen følger opp Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester. Bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene 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.

Det er en utfordring at pasienter venter for lenge på behandling som er nødvendig, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og antall fristbrudd har regjeringen tatt i bruk flere virkemidler. Regjeringen har fjernet taket for hvor mange pasienter sykehusene kan behandle. Samtidig får sykehusene betalt for å behandle flere pasienter gjennom innsatsstyrt finansiering, som er økt. Pasientenes valgfrihet har også økt. Dette gjør regjeringen ved å ta i bruk et mangfold av aktører i offentlig og privat sektor og bruker mer av den ledige kapasiteten hos private, bl.a. gjennom innføringen av reformen fritt behandlingsvalg. Gjennom konkrete reformer og styrking av sykehusene reduserer regjeringen ventetiden og øker pasientbehandlingen. Ventetidene har gått ned med 15 dager fra 1. tertial 2013 til 1. tertial 2020.

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 smittevernhensyn. Dette fører til økt ventetid i spesialisthelsetjenesten i 2020. Målene om redusert gjennomsnittlig ventetid og å overholde en større andel av pasientavtalene er derfor opphevet for 2020. Det overordnede målet om å redusere unødvendig venting gjelder fremdeles. I april ble helseregionene bedt om å starte opptrapping til mer normal drift. Det er også stilt tydelige krav til helseregionene om å ta i bruk digitale løsninger, video og telefon for å øke aktiviteten og redusere ventetidene.

## 1.2 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

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

Koronapandemien har utfordret de kommunale helse- og omsorgstjenestene på ulike måter og i ulik grad avhengig av i hvilken grad den enkelte kommune har hatt covid-19-utbrudd.

Alle kommunene har hatt behov for beredskapsplanlegging og sikring av smittevernkompetanse, smittevernutstyr og smittevernkapasitet, inkludert testing, isolering, smittesporing og bruk av karantene. Dette er både kompetanse- og ressurskrevende. Samtidig har det vært utfordrende å holde mest mulig normal drift i de vanlige tjenestene. I pandemiens første fase var bl.a. tilbudet til barn og unge og andre sårbare grupper redusert. Sosiale møteplasser og aktivitetstiltak ble stengt og besøk av pårørende på sykehjem ble fraråddet. Samlet sett er konsekvensene for pasienter og brukere vanskelig å kvantifisere. Tjenestetilbudet nå er på vei mot normalisering, men kan igjen utfordres ved oppblussing av smitte. Fastlegene opplevde forbigående redusert pasientpåkang. Fysioterapeuter, tannleger, psykologer, kiropraktorer, logopeder og andre med direkte, nær pasientkontakt måtte stenge ned virksomheten i seks uker før gjenåpning med et forsterket smittevernregime. Disse private næringsdrivende yrkesutøverne ble påført økonomiske tap i perioden. Det er iverksatt flere kompensierende tiltak.

Regjeringen gjennomfører Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* i perioden 2019–2023. Reformen skal legge til rette for at kommuner, helseforetak og andre lærer av hverandre og iverksetter gode løsninger på reformens fem hovedområder: et aldersvennlig Norge, aktivitet og felleskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng. Rapporteringen fra fylkesmennene i 2019 viser at alle landets kommuner har fått tilbud om dialogmøter fra støtteapparatet, og at de fleste har deltatt eller planlegger å delta på slike møter. Mange kommuner deltar

også i nettverk for erfaringsdeling og gjensidig faglig støtte og bistand med andre kommuner. De kommunene som omstiller seg i tråd med reformen, blir prioritert innenfor en rekke relevante tilskuddsordninger fra og med 2021.

Regjeringen utarbeider en nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre på sykehjem og i hjemmetjenesten med konkrete, målrettede tiltak. Strategien skal bidra til å understøtte og forsterke gjennomføringen av innsatsområdet mat og måltider i *Leve hele livet* gjennom å legge vekt på systematisk ernæringsarbeid, kompetanse og en mat- og ernæringsoppfølging som er tilpasset brukernes behov og ønsker. Det tas sikte på å legge fram ernæringsstrategien i løpet av høsten 2020.

Regjeringen har lagt fram Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*. Målet er å styrke innsatsen for personer som trenger lindrende behandling og omsorg. I meldingen har regjeringen en rekke tiltak 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*.

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet, og den avsluttes ved utgangen av 2020. Gjennom denne planen har regjeringen jobbet systematisk for å utvikle gode og bærekraftige løsninger for å møte framtidens utfordringer på omsorgsfeltet. Planen har vært fulgt opp i de årlige budsjettene. Omsorg 2020 evalueres av OsloMet og Universitetet i Oslo. Planen er en del av fundamentet for Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Flere av tiltakene under Omsorg 2020 vil derfor videreføres i 2021.

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 17 500 heldøgns omsorgsplasser i perioden 2014–2020. Dette har ført til et taktskifte i kommunenes søknader om investeringstilskudd til slike plasser. Antallet plasser med innvilget tilskudd per år er i snitt om lag doblet under denne regjeringen. Regjeringen har startet arbeidet med et kunnskapsgrunnlag for framtidens boformer, slik at vi kan legge til rette for gode og tilpassede boligløsninger, både for de som ønsker å bli boende hjemme, og for kommunale heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen har bedt Husbanken

om å utrede en egen ordning med trygghetsboliger. Videre skal det innføres et plankrav for investeringstilskuddet for heldøgns plasser. Hensikten er å stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger.

Regjeringen vil utvide forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Så langt viser følgeevalueringen at forsøket har bidratt til økt brukermedvirkning, bedre samhandling i kommunene og hyppigere og bedre vedtak. Videre ser det ut til at forsøket gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene, og riktigere behovsdekning. Per i dag deltar fire kommuner i forsøket sin finansieringsmodell. I tillegg tas det sikte på at Indre Østfold kommune deltar i forsøket sin finansieringsmodell fra 1. januar 2021. Forsøket skal videre utvides med seks nye kommuner med oppstart 1. januar 2021. Totalt tas det sikte på at 11 kommuner deltar i forsøket ut 2022.

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

Pårørende er en viktig ressurs som skal få støtte og avlastning. Regjeringen har derfor vedtatt å legge fram en samlet pårørendestrategi og handlingsplan.

Regjeringen vil ha en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste med dyktige ansatte som kan gi god helsehjelp og omsorg. Derfor legger regjeringen fram 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 omsorgspolitikken. Kompetanseløftet skal 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.

Regjeringen vil lovregulere 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 ressursut-

nyttelse av aktørene i markedet og trygge rammer gjennom kommunal organisering.

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, uavhengig av funksjonsnivå. Regjeringen har nedsatt et offentlig 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. Utvalget kommer med sin innstilling i 2021. Flere av problemstillingene i regjeringsplattformen omfattes av utvalgets mandat. 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, uavhengig av funksjonsnivå.

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

I Meld. St. 26 (2014–2015) Framtidens primærhelsetjeneste har regjeringen beskrevet utfordringer og pekt ut retningen for utvikling av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Regjeringen har arbeidet med oppfølgingen siden meldingen ble lagt fram.

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

En velfungerende fastlegeordning er en forutsetning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. For å legge til rette for dette er det igangsatt flere tiltak, herunder tilskudd til rekruttering av fastleger og til utdanningsstillinger. Trepertssamarbeidet med Legeforeningen og KS er reetablert, og det er gjennomført flere større utredninger som følge av dette, både om kvalitet og innovasjon, finansieringsmodeller og utdanningsstillinger. Målet med trepartssamarbeidet er å få en tettere dialog om utfordringene i fastlegeordningen og om hva som kan være mulige løsninger.



Fastlegeordningen ble evaluert i 2018–2019, og resultatet forelå 1. september 2019. Evalueringen er fulgt opp gjennom fremleggelsen av Handlingsplanen for allmennlegetjenesten i mai 2020. Det inngår 17 tiltak i handlingsplanen som til sammen skal tilrettelegge for en bærekraftig og framtidsrettet allmennlegetjeneste. Tiltakene skal bidra til å realisere tre målområder:

- en attraktiv og trygg karrierevei for fastlegene
- god kvalitet til alle
- en framtid med teambaserte allmennlegetjenester

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

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 tiltak for å styrke det systematiske kvalitetsarbeidet og måle kvalitet. Tiltak skal også sørge for bedre tilgjengelighet, særlig for brukerne med størst behov.

Det er viktig å bruke de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten best mulig. Det forutsetter riktig bruk av personellressursene. Godt samarbeid mellom personellgrupper er viktig for å skape kvalitet og helhet. Målet er en teambasert fastlegeordning og allmennlegetjeneste.

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten gjelder for perioden 2020 og ut 2024. Enkelte av tiltakene i planen settes i verk raskt. Basisfinansieringen legges om og styrkes allerede fra 2020. På kort sikt er det viktigste målet å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i tjenesten.

Andre tiltak i planen strekker seg over flere år og har som formål å sørge for gode allmennlegetjenester til alle innbyggere framover i tid. Arbeidet med å gjøre fastlegeordningen teambasert har startet gjennom forsøket med primærhelseteam. Dette arbeidet vil tas videre i og etter planperioden.

Handlingsplanen legges fram som en forpliktende opptrappingsplan. I 2024 vil regjeringen ha styrket allmennlegetjenesten med 1,6 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett i 2020.

Det er tidligere varslet at regjeringen ville legge fram en stortingsmelding om prioritering i primærhelsetjenesten basert på NOU 2018: 16 Det viktigste først, våren 2020. Pga. koronasituasjonen er dette arbeidet blitt forsinket, og det tas sikte på en framleggelse for Stortinget i løpet av 2021.

### 1.3 En folkehelsepolitikk som skaper gode liv i et trygt samfunn

Folkehelsen i Norge er generelt god, og levealderen høy. Likevel er sosial ulikhet i helse og levekår fortsatt en utfordring. God helse og gode levekår er viktig for å gi bedre muligheter for alle. Regjeringen vil legge til rette for at enkeltmennesket blir sett i et helhetlig livstidsperspektiv, hvor særlig tidlig innsats gir gode vaner og gode holdninger. Regjeringen vil legge prinsippet om å forebygge der man kan og reparere der man må til grunn i folkehelsearbeidet. Det skal skapes gode rammer for flere leveår med god helse og økt livskvalitet i befolkningen. Et samfunn som legger bedre til rette for gode helsevalg, er en forutsetning for at den enkelte skal kunne ta mer ansvar for egen helse. Arbeidet 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 bl.a. gjennom et samarbeid med frivillig sektor. Meldingen varslet videre en ny NCD-strategi (non-communicable diseases/ikke-smittsomme sykdommer) som særlig skal løfte fram psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, overvekt og fedme og luftforurensning.

Regjeringen følger opp Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) – Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle! På bakgrunn av en midtveiseevaluering er det besluttet å forlenge handlingsplanperioden til 2023. Regjeringen vil forsterke samarbeidet med næringslivet for et sunnere kosthold.

Regjeringen har lagt fram Mestre hele livet – Strategi for god psykisk helse (2017–2022). Regjeringen vil følge opp målet om at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Det er en særlig satsing på barn og unge i det systematiske folkehelsearbeidet. Regjeringen la i 2019 fram en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Program for folkehelse i kommunene videreføres i statsbudsjettet for 2021.

Aktiv og sunn aldring er satt på dagsorden i folkehelsepolitikken. Regjeringen vil satse på aktive eldre og utvikle aldersvennlige samfunn. Aktive eldre inngår bl.a. i regjeringens arbeid med eldrereformene Leve hele livet. Det er etablert et

program for et aldersvennlig Norge, og Rådet for et aldersvennlig Norge er oppnevnt for å bidra til gjennomføring og forankring i alle sektorer. For å styrke de eldres stemme i samfunnet har regjeringen etablert et nasjonalt eldreombud fra høsten 2020, lokalisert til 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. Som ledd i dette arbeidet vil regjeringen sette målbare nasjonale mål og utarbeide systematiske tiltak for å nå målene.

Folkehelsemeldinga inkluderte 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 presentert en rekke nye tiltak for å oppnå dette i strategien. De fleste som røyker, ønsker å slutte, og fra høsten 2020 starter regjeringen et nytt røykesluttprosjekt for storryktere.

Regjeringen la våren 2020 fram Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv. Visjonen er å gjøre bevegelse og fysisk aktivitet til et naturlig valg for alle gjennom hele livet. Flere departementer samarbeider om handlingsplanen, og tiltakene er rettet inn mot fem innsatsområder: Gå- og aktivtetsvennlige nærmiljøer, fritids- og hverdagsarenaer, helse- og omsorgstjenester og kunnskapsutvikling og innovasjon. Det er et hovedmål å skape et mer aktivtetsvennlig 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.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en nasjonal alkoholstrategi i 2020. Strategien vil bygge på hovedlinjene i dagens alkoholpolitikk. Den vil være en forebyggingsstrategi der også tidlig innsats er viktig. Målet er å redusere alkoholforbruket i befolkningen med minst 10 prosent innen 2025 sammenliknet med 2010. Dette er en del av Verdens helseorganisasjons globale handlingsplan for forebygging og begrensning av ikke-smittsomme sykdommer (non-communicable diseases, NCD).

## 1.4 Koronapandemien

Norge har opplevd en av de mest alvorlige krisene siden andre verdenskrig. Regjeringen har iverksatt svært inngripende tiltak som har hatt store

konsekvenser for alle deler av samfunnet. Regjeringen valgte en slå ned-strategi i den tidlige fasen. Befolkningen har stilt opp, og innsatsen har gitt resultater. Fortsatt er det fare for oppblussing av smitte og smittespredning. Vi må derfor være forberedt på å slå ned nye utbrudd lokalt og nasjonalt. Testing, isolering, sporing og karantene vil være viktig for å beholde kontrollen framover.

Da Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte utbruddet som en pandemi 11. mars 2020, måtte en rekke beslutninger tas på kort varsel og med stor usikkerhet. Noen måtte justeres underveis, og med dagens kunnskap kunne ulike beslutninger blitt annerledes. Regjeringens vurdering er likevel at valget av overordnet strategi var hensiktsmessig ut fra situasjonen. Vi har også planer og regelverk som var nyttig da krisen kom, bl.a. Nasjonal helseberedskapsplan (nasjonalt rammeverk for alle typer helsekriser, fastsatt 1. januar 2018) og Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (publisert 2. desember 2019). Smittevernloven gir, sammen med helseberedskapsloven og folkehelseloven, rammer og virkemidler til å håndtere pandemien og iverksette nødvendige tiltak i samsvar med tilrådninger fra Verdens helseorganisasjon. Alle fullmaktene i smittevernloven er nå utløst ved at sykdommen ble definert som en allmennfarlig smittsom sykdom 31. januar 2020, og utbruddet har blitt erklært som et alvorlig utbrudd. Smittevernloven krever at tiltakene justeres etter hvert som situasjonen utvikler seg.

I håndteringen av koronapandemien har det vært iverksatt seks 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 reisefråråder eller reiseforbud, samt innreisekarantene, 5) redusert kontakthypighet i befolkningen, bl.a. 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.

Regjeringen la 7. mai fram en overordnet langsiktig strategi og plan for håndtering av koronapandemien og justering av tiltak. Dette for å kunne slippe opp de mest inngripende tiltakene gradvis og kontrollert. Ved justering av tiltak prioriteres tiltak som retter seg mot barn og unge, deretter tiltak som retter seg mot arbeidslivet, før øvrige tiltak. Målet er at sykdomsbyrden skal være lav, og at antallet pasienter er håndterbart i

helse- og omsorgstjenesten. For raskt å kunne trappe opp og justere tiltak har regjeringen utarbeidet en beredskapsplan med smitteverntiltak som kan iverksettes lokalt eller nasjonalt ved økt smittespredning. Vi må være forberedt på å iverksette tilstrekkelige smitteverntiltak, men også å unngå tiltak som vi nå har bedre kunnskap om at ikke har ønsket effekt.

Koronapandemien har skapt et momentum for digitalisering i helsetjenesten. Aktørene i helse- og omsorgssektoren viste stor evne til omstilling og samarbeid. Tjenester som før krevde fysisk oppmøte, ble raskt flyttet over på digitale plattformer og hjem til pasienten. Det har f.eks. vært en markant vekst i bruk av videokonsultasjon, velferdsteknologi og nettbaserte behandlingsprogram. Det er viktig å videreføre de gode digitale løsningene og arbeidsmetodene også etter koronapandemien. Utvidet bruk av videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging har ført til at mange pasienter har fått bedre og mer tilgjengelige helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet ble 6. mars bedt om å forbedre mulige innkjøp av legemidler til Norge. I mars ble det inngått en beredskapsavtale med de tre store legemiddelgrossistene. Avtalen innebærer at grossistene skal kjøpe inn tre til seks måneders forbruk av legemidler til bruk i primærhelsetjenesten (50-listen). Det ble også gitt oppdrag om å anskaffe nødvendige legemidler (herunder H-reseptlegemidler) for inntil åtte ukers normalforbruk og tre måneders forbruk av legemidler til intensivbehandling av 800 covid-19-pasienter. Videre skal det bygges opp tre til seks måneders forbruk av et utvalg særskilt prioriterte sykehuslegemidler og seks måneders forbruk av en noe utvidet 50-liste for primærhelsetjenesten. De utvidede lagrene innebærer en vesentlig økning av beredskapen og gjør helsetjenesten bedre rustet til å møte utfordringene vi står overfor. Videre har Legemiddelverket fått i oppdrag å kartlegge mulighetsrommet for nasjonal produksjon av kritiske legemidler på kort og mellomlang sikt. Det er kjøpt inn råvarer til beredskapsproduksjon av enkelte covid-19-legemidler til bruk i intensivbehandling. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å lede en større mulighetsstudie for industriell antibiotikaproduksjon, i samarbeid med Legemiddelverket, helseregionene, legemiddelindustrien og andre aktører.

Det er knapphet på medisinsk utstyr globalt, herunder smittevernutstyr. Pandemien påvirker tilgangen til og forbruket av mange ulike produkter som er nødvendige i helsetjenesten, for en forsvarlig håndtering av koronapandemien. Marke-

det og forsyningskjedene for alle disse produktene er globale, og Norge er avhengig av import. Det ble derfor etablert en midlertidig nasjonal ordning 6. mars 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 i det som anskaffes av smittevernutstyr

Inntil det foreligger storskalaproduksjon av vaksine mot covid-19, vil etterspørselen langt overgå tilbudet. Som et lite land er Norge helt avhengig av å samarbeide med andre land i samme situasjon. 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 har vært tydelig på støtten til Verdens helseorganisasjon, og vi har aktivt søkt internasjonale løsninger i krisehåndteringen både regionalt og globalt.

Koronapandemien har vist hvor viktig EU er som samarbeidspartner med Norge, bl.a. 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.

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.

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. Fondet kommer i tillegg til støtten til FNs globale humanitære responsplan. Norge har utbetalt et første bidrag på 150 mill. kroner og tar politisk lederskap for å mobilisere internasjonal støtte til fondet.

Det er stor usikkerhet om den videre utviklingen av koronapandemien. Utviklingen avhenger ikke bare av oss selv, men også av hva som skjer i andre land. Vi vet ennå ikke hvor hardt fallet i olje-

prisen og 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. Mye avhenger av om det kommer en vaksine og hvor lenge strenge smitteverntiltak må opprettholdes i Norge og internasjonalt. Vi følger godt med og vil tilpasse den økonomiske politikken – også med nye tiltak hvis det blir behov for det.

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 skal se på både beredskapen vi hadde i forkant av pandemien og hvordan krisen er håndtert. I tillegg skal alle deler av helsetjenesten, som vanlig, 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.

### **1.5 Rus, psykisk helse, vold og traumer**

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

Gjennom bevilgningen i statsbudsjettet for 2020 overoppfylte 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 2 500 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 til-

tak. Barn og unges psykiske helse skapes i stor grad på andre arenaer enn i helsetjenesten, og flere sektorer skal derfor bidra til å styrke den helsefremmende og forebyggende innsatsen. Innsatsen må rettes inn mot de arenaene hvor barn og unge befinner seg både fysisk og digitalt. Regjeringen vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innføring og prioritering av enkelttiltak i planen. For 2021 foreslås det å styrke kommunerammen med 100 mill. kroner begrunnet i Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.

Det foreslås også en utvidet pilotering av FACT ung – oppsøkende og tverrfaglig hjelp til unge med sammensatte behov, samt en styrking av helsesatsingen i barnevernet med 10 mill. kroner. 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 lovpikten trådte i kraft. Fra 2020 ble tilskuddet innlemmet i kommunerammen. I 2021 foreslås det 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. Regjeringen har innført pakkeforløp for rus og psykisk helse, og siden januar 2019 har pasienter blitt henvist til pakkeforløp. Det arbeides med forbedring og videreutvikling av pakkeforløpene. Det utarbeides en egen modul for utredning av ADHD hos barn og unge og en modul for håndtering av overdoser. I løpet av 2020 lanseres også et nytt pakkeforløp som skal bidra til strukturert samarbeid rundt barn i barnevernet som trenger psykisk helsehjelp.

Psykisk helsevern er et prioritert område i Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023, og det er skissert ti mål for planperioden. Bl.a. 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. 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 også et mål å få bedre kunnskap om framtidig behov for psykiske helsetjenester i befolkningen og hvordan tjenestene skal organiseres. Helsedirektoratet og helseregionene, i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) og KS, har fått i oppdrag å analysere framtidig behov for tjenester. Regjeringen vil også prioritere kvalitet og innhold i tjenestene, herunder styrke brukermedvirkning, oppdatere retningslinjer og øke kunnskap om variasjon og utfall av behandling gjennom utvikling av kvalitetsregistre og helseatlas.

Regjeringen har lagt fram en handlingsplan for forebygging av selvmord. Med denne planen innføres nullvisjon for selvmord i Norge. Det foreslås 20 mill. kroner til oppfølging av planen i 2021.

Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika, fra straff til hjelp, behandling og oppfølging. Bruk og besittelse av narkotika skal fremdeles være forbudt, men skal møtes med hjelp – ikke straff. Regjeringen vil gjennomføre en rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av narkotika til personlig bruk overføres fra justissektoren til helse-tjenesten. Et offentlig utvalg har utredet en modell for gjennomføring av regjeringens rusreform (NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp). Regjeringen vil følge opp utvalgets forslag, og målet er at nødvendige vedtak og lovendringer skal være gjort i løpet av 2021.

Regjeringen har høsten 2020 igangsatt et fem-årig 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 klinikker 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. Regjeringen vil i 2021 etablere en områdefunksjon for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som sikrer faste stedlige tjenester i alle fengsler.

Helsedirektoratet har revidert retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Den reviderte retningslinjen vil bl.a. medføre økt brukermedvirkning og vurdering av 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 skal det etableres en anonym lavterskeltjeneste og et behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Helsetilbudet består av kampanjer som starter høsten 2020, en felles nettside, en landsdekkende lavterskeltjeneste for generell veiledning og timebestilling og behandlingstilbud i alle fire helseregioner. Det foreslås videre å bevilge midler til å styrke tilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Regjeringen har også igangsatt arbeidet med en ny handlingsplan mot vold i nære relasjoner.

## 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.

Helsedirektoratet vil i 2021 starte et forsøk med å prøve ut pakkeforløp hjem for kreftpasienter. 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 fram 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.

Norge har gjennom det nordiske samarbeidet mobilisert 30 mill. kroner til tre nordiske kliniske studier på barnekreft. Dette er gjort sammen med Kreftforeningen, Norges forskningsråd og Nord-Forsk. Målet er å styrke kunnskapsgrunnlaget for persontilpasset behandling av barn med kreft. Det arbeides også for å forenkle godkjenningssprosesser og for å legge til rette for deling av forskningsdata mellom de nordiske landene.

## 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. De første seks pakkeforløpene innen psykisk helse og rus ble innført fra 2019. Helsedirektoratet arbeider med flere nye pakkeforløp/moduler, herunder ADHD, overdoser og utvidelse av pakkeforløp spiseforstyrrelser. Sammen med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet lanserte de i juni et nytt pakkeforløp barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge.

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

## 1.8 Hjernehelse

---

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

Regjeringen la fram 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, som ny NCD-strategi. Demensplan 2020 avsluttes ved utgangen av 2020. Det har vært en positiv utvikling i planperioden, men det er fortsatt behov for videre satsing på dette feltet. Regjeringen har besluttet at dagens demensplan skal følges opp med en ny demensplan – Demensplan 2025. Det tas sikte på å legge fram ny demensplan i løpet av høsten 2020.

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

I oktober 2019 åpnet det nye forskningssenteret for klinisk behandling av hjernesykdommer, Neuro-SysMed. Dette er Norges første forskningssenter for klinisk behandling. Senteret vil ha stor betydning for forskning innen hjernehelseområdet de neste årene.

I november 2019 publiserte Helsedirektoratet et helhetlig pakkeforløp 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 Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) opplever bedre kvalitet og sammenheng i helsetjenestene. Helsedirektoratet vil i samarbeid med pasientorganisasjoner og fagfolk gjennomføre flere tiltak slik at pasienter og pårørende opplever god kompetanse og likeverdige tjenester.

I 2017 ble ParkinsonNet, som bygger på en nederlandsk behandlingsmodell, innført som et pilotprosjekt i Oslo og Stavanger. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å utarbeide en plan for nasjonal iverksetting i 2020. ParkinsonNet er utviklet i tett samarbeid med Norges Parkinsonforbund. ParkinsonNet er i en tidlig fase, og det vil ta tid før modellen er ferdig utviklet og satt i system på alle nivåer. Regjeringen tror modellen, som er basert på faglige nettverk, tverrfaglig samarbeid og kompetanseheving, vil bidra til at personer med Parkinsons sykdom får optimal behandling og best mulig livskvalitet der de bor.

## 1.9 Helse som mestring

---

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

Nye arbeidsformer i helsetjenesten skal bidra til økt mestring. Mennesker med kronisk sykdom skal få bedre oppfølging gjennom digital avstandsoppfølging og primærhelseteam som er under utprøving. Per januar 2019 hadde 251 kommuner etablert frisklivssentral som en helsetjeneste som skal drive sykdomsforebyggende tiltak. Læring og mestring av sykdom inngår i økende grad i dette tilbudet. Helsedirektoratet skal gjennomgå oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helseregionene skal revidere lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten.

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

### 1.10 Likeverdsreformen

---

Mange familier med barn med behov for sammensatte tjenester opplever at det er vanskelig å forholde seg til hjelpesystemet, og opplever å bruke mye tid på å koordinere og administrere tjenester. Regjeringen har derfor startet arbeidet med en likeverdsreform. Reformen har som formål å gjøre det enklere for familier som har barn med behov for sammensatte tjenester. Et sentralt mål med likeverdsreformen er at barn og familier med barn med behov for sammensatte tjenester, skal motta sammenhengende og gode tjenester. I tillegg skal pårørende oppleve ivaretagelse og inkludering.

I arbeidet med reformen har vi lyttet til mange med erfaringer og kunnskap. Våren 2020 er det gjennomført regionale dialogkonferanser i ulike deler av landet. Oppsummeringen av møtene er publisert på [likeverdsreformen.no](https://likeverdsreformen.no).

Likeverdsreformen er en omfattende reform som berører en rekke samfunnsområder. Den består av mange tiltak under flere departementer. Tiltak i reformen skal utvikles og presenteres fortløpende, bl.a. er det nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå ordningen med BPA (brukerstyrt personlig assistanse), og det er sendt på høring et forslag om bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud. I løpet av høsten 2020 og våren 2021 skal det bl.a. legges fram en egen pårørendestrategi og fremmes en stortingsmelding om utviklingshemmedes menneskerettigheter. Det tas sikte på å legge frem reformen for Stortinget våren 2021.

### 1.11 Digitalisering

---

Digitalisering og teknologi er en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste. Med digitale

løsninger øker vi tilgjengeligheten til tjenesten, skaper sammenheng mellom de ulike tjenesteneivåene og bidrar til en bærekraftig og fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste av høy kvalitet. Derfor er det regjeringens mål å realisere Én innbygger – én journal. Regjeringen satser på gode digitale innbyggertjenester, moderne journalløsninger som understøtter sikker digital samhandling, og bedre bruk av helsedata.

Økt digitalisering stiller store krav til nasjonal samordning og forutsetter betydelige investeringer de nærmeste årene. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse har bidratt til bedre nasjonal koordinering av e-helsetiltak. Etableringen av Norsk Helsnett SF som nasjonal tjenesteleverandør i 2020 har gitt en mer profesjonell og effektiv modell for drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene. Regjeringen har lagt fram forslag til en ny lov om e-helse som Stortinget skal behandle i høst. Loven vil bidra til at helse- og omsorgstjenesten tar i bruk nasjonale e-helseløsninger, som f.eks. e-resept og kjernejournal.

Regjeringen viderefører journalarbeidet som del av Én innbygger – én journal. Dette er et langsiktig arbeid med tre strategiske tiltak: 1) Helseplattformen i helseregion Midt-Norge, 2) samordnet utvikling av de øvrige helseregionenes journalløsninger, 3) felles kommunal journalløsning (Akson) utenfor helseregion Midt-Norge. De nasjonale løsningene for samhandling skal videreutvikles og styrkes. Dette vil være navet for å binde de ulike journalløsningene sammen. Akson-navnet forbeholdes i det videre til arbeidet med felles kommunal journalløsning. Det som omfatter stegene for å realisere helhetlig samhandling, refereres i det videre som nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter. Bruk av felles kommunal journalløsning skal, i likhet med Helseplattformen, i utgangspunktet være frivillig for kommuner, fastleger og andre avtaleparter.

Det videre arbeidet med å realisere felles kommunal journalløsning skal legges til et selskap med kommunalt majoritetseierskap. Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og et utvalg kommuner, forbereder etablering av dette selskapet som vil gjennomføre anskaffelser, forvalte og videreutvikle felles kommunal journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal legges til rette for innovasjon i form av nye tjenester og konkurranse mellom flere aktører i helsenæringen. Det tas sikte på å etablere selskapet innen 1. juli 2021. Statens videre rolle i selskapet utredes nærmere før forslaget legges fram for Stortinget.

Regjeringen mener en stegvis utvikling og flere stoppunkter underveis vil bidra til at tiltaket ikke gjennomføres uten tilstrekkelig forpliktelse om deltakelse og finansiering fra aktørene. Kommunal sektor har gjennom signering av intensjonserklæringer vist at det er stor oppslutning om å delta i det videre arbeidet med Akson.

Som en del av arbeidet med samhandlingsløsningen skal det etableres felles prinsipper, tekniske krav og standarder på tvers av forvaltningsnivåene, og det skal vurderes hvordan vi kan lære av arbeidet med journalløsningen i helseregion Midt-Norge.

Det er behov for et nasjonalt, standardisert språk for strukturering av digital informasjon i helse- og omsorgstjenesten. Et felles språk 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. Direktoratet for e-helse leder dette arbeidet.

Digitalisering på legemiddelområdet skal bidra til at helsepersonell har tilgang til riktige legemiddelopplysninger, og legge til rette for samhandling på tvers av virksomheter. Dette er avgjørende for å bedre pasientsikkerheten. I 2020 har Direktoratet for e-helse styrket arbeidet med digitalisering av legemiddelområdet gjennom Legemiddelprogrammet og satt i verk tiltak for gjennomføring og fremdrift i realisering av pasientens legemiddelliste. Kjernejournal som gir informasjon om pasientens legemidler, vil bli tatt i bruk i helse- og omsorgstjenesten i flere kommuner, pasientens legemiddelliste skal prøves ut i Helse Vest og Bergen kommune, og det arbeides med å tilrettelegge for Helseplattformen.

Norge har omfattende og verdifulle helsedata som er bygget opp over tid. Regjeringen ønsker å gjøre disse dataene mer tilgjengelige for forskning og andre viktige formål for pasienter og befolkningen. I 2020 starter arbeidet med å bygge helseanalyseplattformen med sikker teknisk plattform og analyserom med tilgang til analyseverktøy. Dette er viktige grunnsteiner i utviklingen av et helhetlig system for tilgang til og analyse av helsedata. Helse- og omsorgsdepartementet har i Prop. L 63 (2019–2020) foreslått endringer i helseregisterloven som skal regulere helseanalyseplattformen og Helsedataservice som teknisk og organisatorisk løsning for forvaltning av tilgang til helsedata. I tillegg foreslår departementet at dagens pseudonyme reseptregister etableres som et direkte personidentifiserbart legemiddelregister.

Bruk av velferdsteknologiske løsninger kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig og bidra til å sikre livskvalitet og trygghet for brukere og pårørende. Digital hjemmeoppfølging av personer med kroniske sykdommer og teknologi for å motvirke ensomhet blant eldre er eksempler på slike løsninger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram ledes av Helsedirektoratet i tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS. Programmet foreslås videreført i 2021.

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

## 1.12 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 helsepersonellens kompetanse er oppdatert og framtidrettet. 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 vil evaluere og videreutvikle det nasjonale systemet for nye metoder slik at pasienter sikres rask og likeverdig tilgang til trygge og effektive nye metoder.

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. Regjeringen har styrket utdanningskapasiteten i helse- og sosialfag, og det vil bli opprettet 119 stillinger for leger i spesialisering (LIS1-stillinger som er første del av spesialistutdanningen) fra høsten 2020, hvorav 100 er midlertidige. I 2021 foreslås det opprettet 100 nye permanente LIS1-stillinger. 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 målsetningene for pasientens helsetjeneste som er omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.

Det er i 2020 oppnevnt et nytt HelseOmsorg21-råd. 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 legger til rette for flere kliniske studier og vil legge fram en handlingsplan for kliniske studier i løpet av 2020. Regjeringen foreslår å etablere NorTrials i 2021, en partnerskapsmodell for kliniske studier som skal fungere som én vei inn i norsk helsetjeneste. NorTrials skal bl.a. definere satsingsområder sammen med næringslivet, styrke kapasiteten når det gjelder studiepersonell og markedsføre Norge som utprøverland. Regjeringen foreslår å etablere en infrastruktur for kliniske studier som omfatter genetisk presisjonsdiagnostikk. For å styrke insentivene innføres resultatbasert finansiering for kliniske behandlingsstudier fra 2021.

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 2020 er det etablert et nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KvaRus) og et nasjonalt pandemi- og intensivregister i forbindelse med koronapandemien.

Innenfor persontilpasset medisin fortsetter regjeringen oppbyggingen av kompetanse og infrastruktur. Regjeringen foreslår å etablere et nasjonalt genomsenter med tilhørende register. Det nasjonale kompetansenettverket innen persontilpasset medisin er etablert. Infrastruktur for molekylære tester er under etablering i alle helse-regioner.

## 2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 239,7 mrd. kroner, jf. tabell 2.1. Dette er fordelt med 205,5 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 34,2 mrd.

kroner på programområde 30, Helsetjenester, folketrygden. Samlet foreslås om lag 18,6 mrd. kroner mer enn i saldert budsjett 2020. Dette svarer til en vekst på 8,4 pst.

Tabell 2.1 Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

Betegnelse	mill. kr		
	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	1 650,4	3 081,3	86,7
10.10 Folkehelse mv.	844,5	4 681,3	454,3
10.30 Spesialisthelsetjenester	168 065,9	178 985,7	6,5
10.40 Sentral helseforvaltning	4 070,7	4 424,4	8,7
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	12 095,1	13 388,2	10,7
10.70 Tannhelse	342,3	364,3	6,4
10.80 Kunnskap og kompetanse	665,1	567,2	-14,7
Sum før lånetransaksjoner	187 734,0	205 492,6	9,5
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0,0
<b>Sum Helse og omsorg</b>	<b>187 734,0</b>	<b>205 492,6</b>	<b>9,5</b>
<i>Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	5 960,8	6 329,7	6,2
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	27 196,0	27 700,3	1,9
30.90 Andre helsetiltak	247,0	202,3	-18,1
Sum før lånetransaksjoner	33 403,8	34 232,4	2,5
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0,0
<b>Sum Helsetjenester, folketrygden</b>	<b>33 403,8</b>	<b>34 232,4</b>	<b>2,5</b>
<b>Sum Helse- og omsorgsdepartementet</b>	<b>221 137,8</b>	<b>239 725,0</b>	<b>8,4</b>

For å komme fram til hvor stor realvekst budsjettforslaget representerer, må det bl.a. korrigeres for om lag 2,6 mrd. kroner i reduserte bevilgninger knyttet til pensjonspremier og -kostnader for de regionale helseforetakene. Videre må det gjøres fratrukk for bevilgningsøkninger for å dekke opp

for forventet pris- og kostnadsvekst. I denne sammenheng er det også vanlig å korrigere for flytting av oppgaver og ansvar mellom departementene. For 2021 foreslås det bl.a. overført vel 900 mill. kroner fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett i forbindelse med

gjennomføring av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Selv om bevilgningene til formålene er de samme på statsbudsjettet samlet sett, vil slike ansvarsoverføringer medføre at budsjettproposisjonene for avgivende og mottakende departement ikke gir et dekkende bilde for hvor stor reell endring budsjettforslagene representerer for uendret ansvarsforhold. Ved beregning av realveksten i budsjettforslaget er det derfor korrigert for slike ansvarsendringer. Realveksten som presenteres er således regnet i forhold til samme ansvarsforhold som i saldert budsjett for 2020, dvs. før eventuell flytting av bevilgninger til/fra andre departementer. Korrigert for ovennevnte forhold representerer budsjettforslaget en reell økning på om lag 15,9 mrd. kroner, eller om lag 7,2 pst. sammenliknet med saldert budsjett 2020. Vel 10,6 mrd. kroner gjelder ekstraordinære tiltak ifm. koronapandemien.

Realveksten fordeler seg med om lag 14,9 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag 950 mill. kroner på programområde 30 Helsetjenester, folketrygden. Refusjon av legemidler på blå resept forklarer en vesentlig del av den anslåtte utgiftsveksten under folketrygden. De viktigste styrkingene i budsjettforslaget ut over anslagsendringer under folketrygden og økte lånebevilgninger til pågående investeringsprosjekter i helseforetakene mv., er omtalt i boks 2.1. Under pkt. 2.48 redegjøres det for gjennomgående budsjett- og strukturtiltak som foreslås for 2021.

Ved beregning av realveksten på programområde 30 ses det bl.a. bort fra forslag om å overføre finansieringsansvaret for enkelte legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, jf. omtale angående endrede ansvarsforhold ovenfor.

I tillegg til foreslåtte styrkinger i denne proposisjonen er 100 mill. kroner av den foreslåtte veksten i de frie inntektene til kommunene begrunnet med satsing på barn og unges psykiske helse.

## 2.1 Vaksiner mot covid-19

Det foreslås 3,8 mrd. kroner til vaksiner og vaksinasjon mot covid-19, herunder 3,77 mrd. kroner til inngåelse av forhåndsavtaler om levering av vaksiner mot covid-19 og til vaksinasjon og 30 mill. kroner til drift og distribusjon. Et stort antall vaksinekandidater er under utvikling. Det er på nåværende tidspunkt ikke mulig å si hva slags vaksine-teknologi som vil være mest egnet og hvilke vaksinekandidater som vil lykkes med kliniske studier og storskalaproduksjon. For å ha en rimelig sik-

kerhet for å kunne tilby hele Norges befolkning vaksine, er det nødvendig å gjøre tidlige investeringer for oppskalering av produksjon for å sikre rask tilgang til et tilstrekkelig antall doser av de vaksinene som eventuelt vil vise seg å være sikre og effektive.

## 2.2 Aktivitetsvekst sykehus

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2021 med 6 335 mill. kroner.

Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med 2 460 mill. kroner eller om lag 2,3 pst. neste år fra saldert budsjett 2020. Dette inkluderer 30 mill. kroner til persontilpasset medisin. Det er lagt opp til at om lag 0,8 pst., tilsvarende 890 mill. kroner, er ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst i 2021 for å redusere ventetidene som følge av covid-19.

Av beløpet på 6 335 mill. kroner skal 3 500 mill. kroner dekke ekstraordinære kostnader i sykehusene som følge av covid-19, inkludert innkjøp av smittevernsutstyr, og 200 mill. kroner skal gå til en midlertidig ordning for å redusere ventetidene i 2021. Disse tiltakene må anses som ekstraordinære i 2021, og midler tilsvarende 3 700 mill. kroner videreføres ikke i 2022. Videre er 175 mill. kroner knyttet til innføring av ny inntektsmodell over to år (2021 og 2022), jf. Magnusenutvalgets NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.

Foreslått økt driftsbevilgning på 6 335 mill. kroner framkommer etter at det er gjort fratrukk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (192 mill. kroner) og underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (27,4 mill. kroner). Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen for de regionale helseforetakene gjennomføres i tråd med etablert praksis, jf. nærmere omtale under pkt. 2.48. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,6 pst. Oppdaterte anslag tilsier at lønns- og prisveksten i 2020 kan bli vesentlig lavere enn det som er lagt til grunn i prisomregningen av bevilgningen til sykehusene. Dette gir de regionale helseforetakene økt økonomisk handlingsrom i 2020 og 2021.

Fra 2020 har driftssituasjonen for de regionale helseforetakene blitt endret som følge av virusutbruddet. Anslag for innsatsstyrt finansiering (ISF) for januar til mai 2020, som er beheftet med stor usikkerhet, viser at aktiviteten for 2020 under ett vil være mellom 8 og 11 pst. under saldert budsjett 2020. Det er også usikkerhet knyttet til inn-

**Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2020**

Vaksiner mot covid-19 .....	3 800 mill. kroner
Ekstraordinære covid-19 kostnader i sykehus i 2021 .....	3 500 mill. kroner
Aktivitetsvekst sykehus <sup>1</sup> .....	2 460 mill. kroner
Beredskapslager legemidler .....	1 100 mill. kroner
Testing ved grenseoverganger .....	650 mill. kroner
Opptappingsplan for allmennlegetjenesten <sup>2</sup> .....	450 mill. kroner
Investeringer i Akson og samhandlingsløsninger .....	282 mill. kroner
Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter .....	279 mill. kroner
Midlertidig ordning for å redusere ventetider .....	200 mill. kroner
LIS1-stillinger .....	203 mill. kroner
Beredskapskostnader knyttet til covid-19 i etatene .....	198,5 mill. kroner
Innføring ny inntektsmodell regionale helseforetak .....	175 mill. kroner
Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse <sup>3</sup> .....	130 mill. kroner
1000 heldøgns omsorgsplasser – investeringstilskudd .....	92,7 mill. kroner
Ambulansehelikopter i Kirkenes .....	60 mill. kroner
Økt aktivitet og deltakelse for eldre .....	60 mill. kroner
Nasjonalt smittesporingsteam .....	46 mill. kroner
Alis-avtaler .....	36 mill. kroner
Helseanalyseplattformen .....	35 mill. kroner
Lindrende enheter .....	30 mill. kroner
Kontaktfamilieordning – barn med spesielle behov .....	30 mill. kroner
NorTrials – én vei inn for kliniske studier .....	30 mill. kroner
Tarmscreening .....	25,7 mill. kroner
Handlingsplan for forebygging av selvmord .....	20 mill. kroner
Desentraliserte studieplasser for ansatte i omsorgstjenesten .....	20 mill. kroner
Helhetlig virkemiddelkjede for helseinnovasjon .....	20 mill. kroner
Menn i helse .....	20 mill. kroner
Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO) .....	20 mill. kroner
Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede .....	19 mill. kroner
Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene .....	16,9 mill. kroner
Styrking av fylkeskommunens tilbud til pasienter med odontofobi .....	15 mill. kroner
Opptappingsplanen mot vold og overgrep .....	15 mill. kroner
Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19 .....	14 mill. kroner
Økt saksbehandlingskapasitet i Helseklage .....	12 mill. kroner
Alis-kontor i fem kommuner .....	10 mill. kroner
Forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet .....	10 mill. kroner
Styrke kontrollkommisjonene .....	10 mill. kroner
Verdighetscenteret .....	10 mill. kroner
Sekretariatsfunksjoner i helsefellesskap .....	9,5 mill. kroner
Endringer i bioteknologiloven .....	8,2 mill. kroner
Pensjonsutgifter Statens legemiddelverk .....	7,2 mill. kroner
Utvikling av prisportalen <a href="http://www.hvakostertannlegen.no">www.hvakostertannlegen.no</a> .....	5 mill. kroner
Fagmyndighet medisinsk utstyr .....	4 mill. kroner
Eldreombudet .....	3 mill. kroner
10-årsmarkeringen for 22. juli .....	3 mill. kroner
Utviklingsprogram hjemmetid og hjemmedød .....	3 mill. kroner
Økt saksbehandlingskapasitet i Norsk pasientskadeerstatning .....	2 mill. kroner
Pilot for Emergency Medical Team (NOR EMT) .....	1,6 mill. kroner
EU-programmer- Deltakelse i helseprogrammet EU4Health .....	1,6 mill. kroner

**Merknad:**

<sup>1</sup> 890 mill. kroner til ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst for å redusere ventetidene som følge av covid-19.

<sup>2</sup> 400 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, med 50 mill. kroner til grunntilskudd til fastleger og 350 mill. kroner til basistilskudd i fastlegeordningen.

<sup>3</sup> 100 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett og 15 mill. kroner over Barne- og familiedepartementets budsjett.

tektene fra laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Bevilgningsforslaget for 2021 tar derfor utgangspunkt i saldert budsjett 2020 for disse to budsjettpostene. Dette nivået representerer et normalår, understøtter målet om at sykehusene skal ha mest mulig normal drift framover, øke aktiviteten og ta igjen utsatt pasientbehandling fra 2020.

Sykehusene har hatt betydelige merutgifter og reduserte inntekter som følge av virusutbruddet i 2020, bl.a. som følge av økt beredskap, smitteverntiltak og utsatt planlagt aktivitet. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020) ble handlingsrommet derfor økt med til sammen 6,6 mrd. kroner. I foretaksmøte i juni 2020 ble det signalisert til de regionale helseforetakene at sykehusøkonomien i 2020 skal kompenseres for tapte aktivitetsbaserte inntekter til og med mai måned og at regjeringen vil følge utviklingen i de regionale helseforetakenes utgifter og inntekter nøye videre.

Den foreslåtte aktivitetsveksten på 2 460 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2,3 pst. fra saldert budsjett 2020. 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. Samtidig vil smittevern og beredskapshensyn gi økte kostnader i sykehusene utover et normalår. De regionale helseforetakene tilføres derfor 3 500 mill. kroner som en særskilt kompensasjon for ekstrakostnader knyttet til covid-19 i 2021. Ved fordeling av disse midlene skal de 12 ideelle sykehusene med driftsavtale med de regionale helseforetakene likebehandles med de offentlige sykehusene.

Aktivitetsnedgangen som følge av virusutbruddet har også berørt private leverandører med avtale med de regionale helseforetakene. Det er i 2020 gitt styringskrav til de regionale helseforetakene om å gå i dialog med sine private avtaleparter for å finne frem til løsninger som gjør at virksomhetene ikke må legges ned. Tiltakene skal ses i sammenheng med de nasjonale økonomiske støtteordningene som er etablert, og i Prop. 117 S (2019–2020) fremgår det at de regionale helseforetakene må ta hensyn til at ideelle virksomheter ikke kan benytte den generelle kompensasjonsordningen for næringslivet. Regjeringen vil følge med på utviklingen for private leverandører i 2021.

I forbindelse med behandling av Prop. 52 S (2019–2020) samtykket Stortinget i at bevilningene over statsbudsjettet for 2020 under kap. 732,

post 70 og 77 og kap. 2711, post 76, kunne overskrides med utgifter til nødvendige legemidler og medisinsk utstyr samt nødvendige laboratorieanalyser til håndteringen av virusutbruddet. Fullmakten til å overskride disse bevilningene er delegert til Helsedirektoratet. Ved Stortingets behandling av Prop. 127 S (2019–2020) ble det gitt et tilskudd på 4 800 mill. kroner til innkjøp av smittevernutstyr og beredskapslagring av legemidler som omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ordningen er midlertidig i 2020. I 2021 foreslås det at innkjøp av smittevernutstyr dekkes innenfor bevilgningsforslaget til ekstrakostnader på 3 500 mill. kroner. Det foreslås videre 1 100 mill. kroner til beredskapslagring av legemidler, jf. punkt 1.3.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra saldert budsjett 2020. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer at den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,3 pst. i 2021.

For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 2,2 pst. fra saldert budsjett 2020 til 2021, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på 3,2 pst. neste år.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper fra 1. februar 2021. I denne sammenheng overføres det 75 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2021. Legemiddelgruppene som foreslås overført, er legemidler til behandling av MS, narkolepsi, immunsvikt og sjeldne sykdommer.

## 2.3 Beredskapslager legemidler

Det foreslås 1,1 mrd. kroner til etablering av beredskapslager av legemidler i 2021. Midlene skal gå til å dekke kostnader til innkjøp, kapitalbinding og lagerdrift av kritiske legemidler i primær- og spesialisthelsetjenesten. For å trygge forsyningen av legemidler til Norge i forbindelse med koronapandemien iverksatte regjeringen i 2020 oppbygging av beredskapslagre. Midlene

skal også gå til innkjøp av råvarer til beredskapsproduksjon av enkelte legemidler til bruk i intensivbehandling av covid-19 pasienter.

## 2.4 Testing ved grenseoverganger

---

Det foreslås 650 mill. kroner til teststasjoner i 2021. Høsten 2020 er det etablert 21 teststasjoner i 17 kommuner med grenseoverganger. Dette for å legge til rette for at personer som har vært på reise og som har symptomer eller som mistenker at de kan ha vært utsatt for smitte skal teste seg. Etablering av slike teststasjoner er en del av den nasjonale TISK-strategien. Tiltaket er midlertidig.

## 2.5 Opptrappingsplan for allmennlegetjenesten

---

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble lagt frem 11. mai 2020 som en forpliktende opptrappingsplan for perioden 2020 og ut 2024. I 2021 foreslår regjeringen å styrke bevilgningen til tiltak i planen med 450 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2020, hvorav 400 mill. kroner på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Det inngår 17 tiltak i handlingsplanen som til sammen skal tilrettelegge for en bærekraftig og framtidsrettet 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.

## 2.6 Investeringer i Akson og samhandlingsløsning

---

Det foreslås 93 mill. kroner til programaktiviteter i felles kommunal journalløsning (Akson) for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor helse-region Midt-Norge. I tillegg foreslås det 189 mill. kroner til steg en i samhandlingsløsningen. Regjeringen besluttet konseptvalg for Akson i 2019 og forprosjektet overleverte sine anbefalinger i februar 2020. Konseptet består av en felles journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor helseregion Midt-Norge og en løsning for samhandling mellom alle kommuner og spesialisthelsetjenesten. Samfunnsmålet er bedre helse for innbyggere gjennom en kunnskaps-

basert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige og sikre tjenester av høy kvalitet. 185 av 291 kommuner som representerer 65 pst. av befolkningen har signert en intensjonserklæring for å vise sin støtte til og intensjon om deltagelse i det videre arbeidet med å realisere Akson.

## 2.7 Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter

---

Det foreslås en samlet låneramme på 1 295 mill. 2021-kroner til nytt behandlingsbygg ved nytt sykehus i Stavanger, med en lånebevilgning i 2021 på 255 mill. kroner. Realisering av nytt behandlingsbygg, E-bygget, innebærer en ferdigstillelse av byggetrinn en ved nytt sykehus i Stavanger. Videre foreslås det en samlet låneramme på 830 mill. 2021-kroner til ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus, med en lånebevilgning på 24 mill. kroner i 2021.

## 2.8 LIS1-stillinger

---

Det foreslås 26,5 mill. kroner i 2021 til å øke antallet årlige LIS1-stillinger med 100 stillinger, med oppstart av 50 stillinger høsten 2021. Formålet med økningen er å bidra til at antallet LIS1-stillinger er tilstrekkelig og bedre dimensjonert til å møte tjenestenes nåværende og framtidige behov for legespesialister. Videre foreslås det ytterligere 48 mill. kroner til å fase inn flere stillinger i Helse Nord som ble opprettet i 2020 og 128,5 mill. kroner til 100 midlertidige LIS1-stillinger som ble opprettet høsten 2020 for å håndtere virusutbruddet i helsetjenesten. Til sammen foreslås det å øke bevilgningene til LIS1-stillinger med 203 mill. kroner i 2021.

## 2.9 Beredskapskostnader knyttet til covid-19 i etatene

---

Det foreslås samlet 198,5 mill. kroner til Helsedirektoratet (90,6 mill. kroner), Folkehelseinstituttet (94,1 mill. kroner), Statens legemiddelverk (10 mill. kroner) og Norsk Helsenett SF (3,8 mill. kroner) for å dekke uforutsette og nødvendige kostnader knyttet til covid-19-pandemien.

## 2.10 Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse

---

Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) foreslås fulgt opp med ytterligere 130 mill. kroner i 2021, hvorav 100 mill. kroner gjennom styrking av kommunenes frie inntekter. Øremerkede bevilgninger på til sammen 30 mill. kroner fordeler seg med 5 mill. kroner til å utvide og evaluere piloteringen av FACT ung – tverrfaglige og oppsøkende team for unge med sammensatte og langvarige behov og 2 mill. kroner til evaluering og utarbeidelse av veiledende materiale til prosjektet Stillasbyggerne ved Akershus Universitetssykehus og 3 mill. kroner til implementering av pakkeforløp for kartlegging og behandling av somatisk og psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet. 20 mill. kroner foreslås til utvikling av rutinemessig, tverrfaglig helsekartlegging av barn som vurderes flyttet ut av hjemmet, hvorav 5 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 15 mill. kroner over Barne- og familiedepartementets budsjett.

## 2.11 1000 heldøgns omsorgsplasser – investeringstilskudd

---

Det foreslås 92,7 mill. kroner til å dekke første års utbetaling av investeringstilskudd til om lag 1000 heldøgns omsorgsplasser, med en samlet tilsagnsramme svarende til om lag 1,85 mrd. 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.

## 2.12 Ambulanshelikopter i Kirkenes

---

Det foreslås 60 mill. kroner til et permanent ambulanshelikopter i Kirkenes.

## 2.13 Økt aktivitet og deltakelse for eldre

---

Mange eldre har vært sosialt isolert som følge av smitteverntiltakene knyttet til covid-19. Det foreslås 60 mill. kroner som en engangsbevilgning til frivillige og ideelle organisasjoner som tilbyr tiltak for å legge til rette for økt aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap for eldre. Ensomhet og inaktivitet er en stor utfordring for en del eldre. Gjennom Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet, ønsker

regjeringen å legge til rette for økt aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap for eldre, bl.a. ved å legge bedre til rette for at frivilligsektor og sivilsamfunnet kan bidra til aktivisering og sosial deltakelse, og at en tar i bruk den ressursen som eldre representerer. Tiltakene ses i sammenheng med Demensplan 2025, pårørende strategien og ernæringsstrategien.

## 2.14 Nasjonalt smittesporingsteam

---

Det foreslås 46 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 der som flere kommuner og har ansvar for smittesporing på fly og annen offentlig transport der denne ikke kan knyttes til en kommune (f.eks. cruisetrafikk).

## 2.15 Alis-avtaler

---

Tilskuddsordningen for fastleger som er under spesialisering i allmenntilmedisin i kommuner med rekrutteringsutfordringer foreslås økt med 36 mill. kroner. Dette gir rom for 150 flere Alis-avtaler. Alis-avtaler er avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmenntilmedisin om særskilte rekrutteringstiltak som går ut over og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften. Tiltaket inngår i handlingsplan for allmenntilmedisintjenesten.

## 2.16 Helseanalyseplattformen

---

Det foreslås ytterligere 35 mill. kroner til arbeidet med å realisere en nasjonal helseanalyseplattform. Til sammen foreslås det 235,3 mill. kroner i 2021 til investeringer i teknisk infrastruktur, etablering av en permanent forvaltningsfunksjon og øvrige aktiviteter i regi av Helse-dataprogrammet for å realisere helseanalyseplattformen som en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata. Det skal legges til rette for avanserte analyser på tvers av helseregistre og andre kilder til helseopplysninger. Samtidig skal personvernet styrkes gjennom bedre innsynstjenester, bedre muligheter til å gi og trekke samtykker og bedre sporing av bruken av opplysningene. Målet er å forbedre utnyttel-

sen av norske helsedata samtidig som personvern og sikkerhet styrkes.

### **2.17 Lindrende enheter**

---

Det foreslås 30 mill. kroner til lindrende enheter. For å legge til rette for at flere frivillige aktører og stiftelser kan få anledning til å styrke og etablere lindrende enheter, foreslås det til sammen 62,3 mill. kroner til et søkbart tilskudd til lindrende enheter i 2021.

### **2.18 Kontaktfamilieordning for foreldre som venter barn med spesielle behov**

---

Det foreslås 30 mill. kroner til å opprette en kontaktfamilieordning for foreldre som venter barn med spesielle behov. Tiltaket skal etableres i regi av de regionale helseforetakene i dialog med aktuelle pasientorganisasjoner.

### **2.19 NorTrials – én vei inn for kliniske studier**

---

Det foreslås 30 mill. kroner til å etablere NorTrials som et gjensidig forpliktende partnerskap for kliniske studier. Tilskuddet skal bl.a. benyttes til etablering av NorTrials-sentre innen terapiområder definert sammen med næringslivet, frikjøpsordninger for studiepersonell og markedsføring av Norge som utprøverland.

### **2.20 Tarmscreening**

---

Det foreslås ytterligere 25,7 mill. kroner til innføring av et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft, med en samlet bevilgning på 124,8 mill. kroner i 2021. Tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år, og skal gjøres landsdekkende innen 2024.

### **2.21 Handlingsplan for forebygging av selvmord**

---

Det foreslås 20 mill. kroner til oppfølging av tiltak i handlingsplanen for forebygging av selvmord som regjeringen la fram 10. september. Av disse foreslås 10 mill. kroner til folkeopplysningskam-

panjer for å redusere stigma og øke kunnskapen i befolkningen både om selvmordsproblematikk og hvor man kan få hjelp. Videre foreslås det 10 mill. kroner til å pilotere kartlegging av alle selvmord, øke antall obduksjoner, øke kompetanse om selvskadings- og selvmordsinnhold på internett via RVTSe, styrke tilskuddsordningen for forebygging av selvmord og selvskading og til å oversette, tilpasse og implementere opplæringsmaterieell til samiske språk.

### **2.22 Desentraliserte studieplasser for ansatte i omsorgstjenesten**

---

Det foreslås å videreføre 20 mill. kroner til desentraliserte studieplasser. Distriktene har særskilte kompetanseutfordringer i den kommunale omsorgstjenesten. Avstanden til utdanningstilbudet har videre stor betydning for om kommunene kan benytte seg av utdanningstilbudet for å sikre tilstrekkelig kvalifisert arbeidskraft. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

### **2.23 Helhetlig virkemiddelkjede for helseinnovasjon**

---

Det foreslås 20 mill. kroner til å videreføre helhetlig virkemiddelkjede for helseinnovasjon. Tiltaket understøtter innovasjon i helse- og omsorgssektoren.

### **2.24 Menn i helse**

---

Det foreslås å videreføre 20 mill. kroner i 2021 til prosjektet Menn i helse for å bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

### **2.25 Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)**

---

Det foreslås 20 mill. kroner til Verdens helseorganisasjon (WHO) for 2021 som en varig økonomisk støtte til WHO basert på nasjonale helsepolitiske prioriteringer og behov. Formålet er å styrke WHOes evne til å håndtere covid-19-pandemien og å styrke WHO politisk og økonomisk som den ledende og koordinerende globale helseorganisasjonen.



## **2.26 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede**

---

Det foreslås ytterligere 19 mill. kroner til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede, med en samlet bevilgning på om lag 112 mill. kroner i 2020. Midlene skal dekke økte kostnader knyttet til gjennomføring av dom til tvungen omsorg.

## **2.27 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene**

---

Det foreslås 16,9 mill. kroner til utvidelse av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene i 2021. Beløpet skal dekke helårsvirkning av innlekspåslag for seks nye kommuner. Totalt foreslås det 38,1 mill. kroner til utvidelsen i 2021.

## **2.28 Styrking av fylkeskommunens tilbud til pasienter med odontofobi**

---

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

## **2.29 Opptrappingsplanen mot vold og overgrep**

---

Det foreslås 15 mill. kroner for å styrke behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA). Totalt foreslås det 24 mill. kroner til oppfølgingen av Opptrappingsplan mot vold og overgrep i 2021.

## **2.30 Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19**

---

Det foreslås 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.

## **2.31 Økt saksbehandlingskapasitet i Helseklage**

---

Det foreslås 12 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

## **2.32 Alis-kontor i fem kommuner**

---

Det foreslås 10 mill. kroner til videreføring av de fem Alis-kontorene som ble opprettet i 2020, i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. De skal rådgi og bistå kommuner med tilrettelegging av Alis-avtaler. Kontorene skal også bistå kommunene i arbeidet med helhetlige utdanningsløp for fastlegene under spesialisering i allmennmedisin. Tilskuddet til Alis-kontorene økes med 10 mill. kroner i 2021. Tiltaket inngår i handlingsplan for allmennlegetjenesten.

## **2.33 Forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet**

---

Det foreslås 10 mill. kroner til å videreføre forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet. Midlene skal bidra til å få mer kunnskap om eldre kvinners helse, minoritetskvinners, unge kvinners psykiske helse og sykdommer som primært rammer kvinner.

## **2.34 Styrke kontrollkommisjonene**

---

Det foreslås 10 mill. kroner til å styrke arbeidet i landets kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonene ivaretar rettsikkerheten til pasienter i møte med det psykiske helsevernet.

## **2.35 Verdighetssenteret**

---

Det foreslås å videreføre 10 mill. kroner i 2021 til Verdighetssenteret. Midlene skal gå til tilbud om lavterskel etterutdanning og prosjekter innen pleie og verdighet i omsorgstjenestene. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

### **2.36 Sekretariatsfunksjoner i helsefelleskapene**

---

Det foreslås 9,5 mill. kroner til å videreføre tilskuddsordning for sekretariatsfunksjonene i helsefelleskapene i planperioden for Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023. I helsefelleskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere og, sammen med brukere og representanter fra lokale fastleger, planlegge og utvikle tjenester sammen. Tilskuddet til kommunal sekretariatsfunksjon skal bidra til at kommunene blir mer samordnet, og dermed et mer likeverdig partnerskap i helsefelleskapet.

### **2.37 Endringer i bioteknologiloven**

---

Det foreslås 8,2 mill. kroner til økonomiske konsekvenser som følge av endringer i bioteknologiloven. Midlene skal dekke økte kostnader som følge av innføring av assistert befruktning for enslige, donorregister og kompensasjon for done-ring.

### **2.38 Pensjonsutgifter i Statens legemiddelverk**

---

Det foreslås 7,2 mill. kroner til å dekke økte pensjonsutgifter ved Statens legemiddelverk. Statens legemiddelverk er en bruttobudsjettert virksomhet som er plassert i en premiegruppe i Statens pensjonskasse med fiktive fond. Pga. denne premiegruppeplasseringen kan Legemiddelverkets pensjonsutgifter variere betydelig fra år til år, og ordinære driftsmidler vil ikke være tilstrekkelig til å dekke pensjonsforpliktelser for 2021.

### **2.39 Utvikling av prisportalen [www.hvakostertannlegen.no](http://www.hvakostertannlegen.no)**

---

Det foreslås 5 mill. kroner til utvikling av prisportalen [www.hvakostertannlegen.no](http://www.hvakostertannlegen.no) på tannhelsetjenester. Prisportalen ble stengt i mai 2020 av Forbrukerrådet pga. mangel på økonomiske ressurser, kombinert med vansker med å få innrapportert priser fra tannhelsetjenesten under koronapandemien. Det er behov for en teknisk utvikling for å effektivisere driften av portalen, samt å få utvidet portalen med priser på tannregulering.

### **2.40 Fagmyndighet medisinsk utstyr**

---

Det foreslås 4 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 4–6 år. Rettsaktene vil medføre større arbeidsbyrde for Statens legemiddelverk, og det er behov for flere personellressurser for å oppfylle myndighetskravene.

### **2.41 Eldreombudet**

---

Det foreslås 3 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til ordinære driftsutgifter. Eldreombudet sin virksomhet er hjemlet i lov om Eldreombudet (eldreombudsloven) av 8. juni 2020 og etableres høsten 2020.

### **2.42 10-årsmarkeringen for 22. juli**

---

Det foreslås 3 mill. kroner over kap. 765, post 21 til organisering av samling for etterlatte og overlevende i forbindelse med tiårsmarkeringen for 22. juli-hendelsen.

### **2.43 Utviklingsprogram hjemmetid og hjemmedød**

---

Det foreslås 3 mill. kroner til å gjennomføre et tre-årig program for utvikling av modeller for hvordan man kan legge til rette for mer hjemmetid og hjemmedød for personer i livets siste fase. Modellene skal utarbeides på bakgrunn av både internasjonale og nasjonale erfaringer, og testes ut i enkelt kommuner. Utviklingen av programmet skal involvere brukere, pasienter og pårørende. Tiltaket inngår i Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. *Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.*

### **2.44 Økt saksbehandlingskapasitet i Norsk pasientskadeerstatning**

---

Det foreslås 2 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet i Norsk pasientskadeerstatning.

## 2.45 Pilot for Emergency Medical Team (NOR EMT)

---

Det foreslås 1,6 mill. kroner til videreføring av pilot for Emergency Medical Team (NOR EMT). Regjeringen foreslår samlet 9 mill. kroner til NOR EMT, herav Justis- og beredskapsdepartementet med 2,7 mill. kroner og Utenriksdepartementet med 4,7 mill. kroner. NOR EMT er et supplement til mottakerlandets helsetjeneste og ikke-statlige aktørers innsats i en avgrenset periode i et land som er rammet av en akutt krise.

## 2.46 EU-programmer – deltakelse i helseprogrammet EU4Health

---

Det foreslås 1,6 mill. kroner til deltakelse i EUs nye helseprogram EU4Health med programperiode 2021–2027. EU4Health skal 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 helssystemene.

## 2.47 Habilitering og avlastning til barn og unge med nedsatt funksjonsevne

---

Smitteverntiltakene i forbindelse med koronapandemien har rammet mange barn og unge og deres familier. Som en følge av dette har pårørendes belastninger økt, og det er behov for pårørendestøtte og avlastning. Regjeringen foreslår som en engangsbevilgning 100 mill. kroner til styrking av kommunenes rammetilskudd til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Midlene skal gå til habiliterings- og avlastningstilbud til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Midlene gis som en særskilt fordeling i rammetilskuddet til kommunene (tabell c). For nærmere informasjon se Kommunal- og moderniseringsdepartements budsjettproposisjon.

## 2.48 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 effektiviserings-

reform, 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 802,1 mill. kroner, hvorav 768,1 mill. kroner for regionale helseforetak og 20,6 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 2020, og det foreslås å tilføre 576,2 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 2021.

Videre er det, med enkelte unntak, foreslått at tilskudds- og 21-poster underreguleres med 2,6 pst., svarende til en samlet innsparing til andre prioriterte formål på om lag 100 mill. kroner. Det er gjort unntak bl.a. for bevilgninger til de regionale helseforetakene og tilskuddsposter til private ideelle organisasjoner.

### *Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden*

Det foreslås å slå sammen de to egenandelstakene til et felles tak for egenandeler på områdene under de eksisterende takene. Dette er en betydelig forenkling for brukerne og skjermer de med høyest egenbetaling bedre.

For at utgiftene for folketrygden isolert sett ikke skal endres ved en slik sammenslåing av egenandelstakene, må nytt egenandelstak fastsettes til 2900 kroner. I tråd med etablert praksis, legges det til grunn at egenandelene øker i tråd med forventet lønnsvekst på 2,2 pst. fratrukket 0,75 prosentenheter. Når helårseffekten av vedtatte egenandelsøkninger fra 1. juli 2020 (overheng i 2021) er tatt hensyn til, svarer dette til 42 mill. kroner. Dette foreslås gjennomført ved å øke sammenslått egenandelstak med 31 kroner. Ut over dette foreslås egenandelstaket økt ytterligere med 252 kroner. Dette medfører en innsparing for

folketrygden på anslagsvis 332,5 mill. kroner, hvorav 60 mill. kroner benyttes til supplerende skjerming av utsatte grupper. Nytt egenandelstak foreslås fastsatt til 3183 kroner.

Det foreslås at biotilsvarende legemidler som anses å være byttbare i apotek, tas inn i trinnprisordningen. En innføring av biologiske legemidler i trinnprisordningen antas å kunne gi en innsparing for folketrygden på om lag 35 mill. kroner 2021. Størrelsen på innsparingen i 2021 vil imidlertid være avhengig av hvor raskt en endring i apotekloven kommer på plass og hvor raskt Legemiddelverket får vurdert legemidler for bytte og trinnpris

Som for de regionale helseforetakene foreslås refusjonstakstene for private laboratorie- og radio-

logitjenester underregulert sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til en innsparing for folketrygden med om lag 18 mill. kroner i 2021.

#### *Lønnsoppgjør for det statlige tariffområdet*

Våren 2020 ble det besluttet å utsette årets lønnsoppgjør for det statlige tariffområdet til høsten 2020. Som følge av dette er virkninger for 2021-budsjettet av inneværende års lønnsoppgjør for ansatte i det statlige tariffområdet foreløpig ikke innarbeidet i departementenes budsjetttrammer. Oppgjøret startet tirsdag 1. september. Regjeringen vil komme tilbake til oppgjørets virkninger for 2021-budsjettet.

### 3 Anmodningsvedtak

Nedenfor gis en oversikt over oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak under Helse- og omsorgsdepartementet. Oversikten inkluderer alle vedtak fra stortingssesjonen 2019–2020 og alle vedtak fra tidligere stortingssesjoner hvor rapporteringen ikke ble varslet avsluttet i Prop. 1 S (2019–2020), samt de vedtakene som kontroll- og konstitusjonskomiteen i Innst. 373 S (2019–2020) mente ikke var utkvittert. I enkelte tilfeller kan oppfølgingen av vedtakene være mer omfattende beskrevet under det aktuelle programområdet i proposisjonen. Det vil i disse tilfellene være en henvisning til hvor denne teksten finnes.

I kolonne 4 i tabell 3.1 angis det hvorvidt departementet planlegger at rapporteringen knyttes til anmodningsvedtaket nå avsluttes, eller om departementet vil rapportere konkret på vedtaket

også i neste års budsjettproposisjon. Rapporteringen på vedtak som innebærer at departementet skal legge frem en konkret sak for Stortinget f.eks. proposisjon, stortingsmelding, utredning e.l., vil normalt avsluttes først når saken er lagt fram for Stortinget.

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

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 (2020–2021)
2019–2020	132	Drift og oppfølging av Verdighetscenteret	Ja
2019–2020	294	Evalueringsprosjekt for nye metoder for legemidler	Ja
2019–2020	347	Prøveprosjekt der helsesykepleiere henviser til BUP	Nei
2019–2020	416	Intensivkapasiteten på sykehus og koronapandemien	Ja
2019–2020	417	Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet – midler knyttet til koronapandemien	Ja
2019–2020	573	Luftambulansetjenesten i Kirkenes og Tromsø	Ja
2019–2020	574	Fødeavdelingen i Kristiansund og sykehuset på Hjelset	Ja
2019–2020	575	Beredskapsmodell for norsk produksjon av legemidler	Nei
2019–2020	576	Smittevernutstyr – offentlig/privat produksjonsmiljø	Ja
2019–2020	577	Sykehuset i Kirkenes – intensivvirksomhet nivå 2	Ja
2019–2020	578	Produksjonskapasitet av legemidler og medisinsk utstyr	Nei
2019–2020	579	Ideelle sykehus og DPS-er i helsefelleskapene	Ja
2019–2020	580	Barns journal – sperring for innsyn	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 (2020–2021)
2019–2020	581	Gjennomgang av helselovgivningen jf. FNs barnekonvensjon	Nei
2019–2020	582	Basestrukturen for luftambulansen i Norge	Ja
2019–2020	583	Kommunesammenslåing og regionale helseforetak	Ja
2019–2020	607	Innføring av non-invasiv prenatal test (NIPT)	Ja
2019–2020	608	Evalueringsav bioteknologiloven	Ja
2019–2020	609	Medisinsk fødselsregister	Nei
2019–2020	610	Biomedisinkonvensjonen og mitokondriedonasjon	Nei
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	Nei
2019–2020	615	Prioriteringsveileder for donasjon av egg	Nei
2019–2020	616	Preimplantasjonsdiagnostikk	Nei
2019–2020	617	Svangerskap – ultralyd med tilleggsundersøkelser	Nei
2019–2020	618	Aldersgrense tilbud om fosterdiagnostikk	Nei
2019–2020	619	NIPT til alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk	Nei
2019–2020	620	NIPT tillatt å utføre i Norge for alle gravide	Nei
2019–2020	622	Endringer i bioteknologiloven – økonomiske konsekvenser	Ja
2019–2020	711	Endringer i Smittestopp-applikasjonen	Nei
2019–2020	712	Planlagt svangerskapsavbrudd på sykehus	Nei
2019–2020	713	Spontanabort – oppfølging fra helsepersonell	Nei
2019–2020	738	Utvidelse av forsøket med statlig finansiering av helse- og omsorgstjenestene	Ja
2019–2020	788	Koronapandemien og kapasitet i de regionale helseforetakene	Ja
2018–2019	20	Styrking av norsk tannhelse	Nei
2018–2019	21	Stortingsmelding – prehospitaltjenester	Ja
2018–2019	25	Ensomhet inn i folkehelseloven §7	Nei
2018–2019	28	Nasjonal strategi for ernæring hos eldre	Nei
2018–2019	29	Ernæringskompetanse og arbeid i tjenesten	Nei
2018–2019	31	Oppfølging av NOU 2017: 16 På liv og død	Ja
2018–2019	35	Nasjonal alkoholstrategi	Ja
2018–2019	36	Offentlig utvalg om konsekvenser av alkohol	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 (2020–2021)
2018–2019	38	Samarbeid om holdninger til alkohol i arbeidslivet	Nei
2018–2019	39	Forslag om merking av alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	44	Innføring av merking av alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	76	Etablering av barnehospice i Kristiansand	Ja
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	2	Evalueringsrapport om fastlegeordningen	Ja
2017–2018	363	Medisinstudenter i primærhelsetjenesten	Ja
2017–2018	436	Reduksjon i alkoholforbruk	Nei
2017–2018	438	Nye finansieringsformer – Boliger til eldre	Nei
2017–2018	464	Legedekning i primærhelsetjenesten	Ja
2017–2018	465	Listelengde i fastlegeordningen	Ja
2017–2018	466	Utdanningsstillinger i allmennmedisin	Ja
2017–2018	467	Allmennlege i spesialisering (ALIS)	Ja
2017–2018	468	Legevakt- og fastlegeordningen	Ja
2017–2018	469	Evalueringsrapport om turnusordningen	Nei
2017–2018	506	Oppfølging av vedtak nr. 307 (Taxfree-salg)	Ja
2017–2018	508	Institusjonsplasser for barn	Ja
2017–2018	577	Nyfødscreening	Ja
2017–2018	614	Handlingsplan mot selvmord og selvskading	Ja
2017–2018	615	Regelverket for pasientreiser	Nei
2017–2018	616	Evalueringsrapport om pasientreiseforskriften	Nei
2017–2018	617	Organisering av pasientreiseordningen	Nei
2017–2018	623	Samboergaranti for omsorgstjenester	Ja
2017–2018	624	Oppfølging av rapporten «Gode liv i Norge»	Nei
2017–2018	625	Styringen av helsevesenet	Nei
2017–2018	626	Folkehelseinstituttet – målesystem for livskvalitet	Nei
2017–2018	627	Nasjonale undersøkelser om livskvalitet	Nei
2017–2018	628	Data om livskvalitet	Nei
2017–2018	629	Rapportering om livskvaliteten i Norge	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 (2020–2021)
2017–2018	634	Evaluering av LAR-ordningen	Ja
2017–2018	642	Spesialisering innen geriatri	Ja
2017–2018	643	Eldre pasienter med sammensatte lidelser	Ja
2017–2018	644	Pasientinformasjon mellom sykehus og kommuner	Ja
2017–2018	718	Assistert befruktning for enslige	Ja
2017–2018	719	Sæddonasjon	Ja
2017–2018	721	Assistert befruktning	Ja
2017–2018	723	Sluttvederlag i helseforetakene	Ja
2017–2018	747	Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen	Ja
2017–2018	748	Jordmortjenesten	Ja
2017–2018	750	Fødselsomsorg	Ja
2017–2018	751	Følgetjeneste for gravide	Ja
2017–2018	752	Fødselsomsorg og liggetid	Ja
2017–2018	753	Fødselsomsorg	Nei
2017–2018	755	Vikarbruk i helseforetakene	Ja
2017–2018	839	Kosmetiske injeksjoner	Nei
2017–2018	843	Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser	Ja
2017–2018	851	Markedsføring av kosmetisk kirurgi	Nei
2017–2018	861	Drift av luftambulansetjenesten	Nei
2017–2018	915	Tobakksskadeloven	Nei
2017–2018	922	Kvalitet i spesialistutdanning for leger	Nei
2017–2018	126	Ideel virksomhet i helse- og omsorgssektoren	Ja
2017–2018	307	Taxfree-salg av alkohol ved norske flyplasser	Ja
2016–2017	620	Helsestasjoner og bekymringsmeldinger	Ja
2016–2017	847	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	848	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	849	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	850	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	1001	Handlingsplan for fysisk aktivitet	Ja
2015–2016	545	Basestrukturen for luftambulansen i Norge	Ja
2015–2016	627	Prevensjon til rusavhengige	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 (2020–2021)
2015–2016	628	Tilbud og informasjon om LAR-behandling	Ja
2015–2016	658	Samarbeid mellom helseregistre og andre aktører	Ja
2015–2016	786	Ungdomshelsestrategi og reklame	Nei
2015–2016	787	Ungdomshelsestrategi og tiltak mot kroppspress	Nei
2015–2016	839	Behandlingstilbud til barn og unge	Ja

### Stortingssesjon (2019–2020)

Drift og oppfølging av Verdighetscenteret

Vedtak nr. 132, 9. desember 2019

*«Stortinget ber regjeringen sikre fortsatt videre drift og oppfølging av Verdighetscenteret som tilbyr etterutdanning av helsepersonell i akuttmedisinsk eldreomsorg, palliativ eldreomsorg og frivillighetskoordinator for å sørge for fortsatt kompetanse på dette området.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 1 S (2019–2020), jf. Innst. 11 S (2019–2020).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom tiltak i Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve* og gjennom foreslått styrking av tilskudd til Verdighetscenteret i Prop. 1 S (2020–2021). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 761.

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 omsorgsdepartementet har utlyst oppdrag om evaluering av system for Nye meto-

der. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 732.

Prøveprosjekt der helsesykepleiere henviser til BUP

Vedtak nr. 347, 4. februar 2020

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å gi Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere en slik ordning. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte vedrørende oppfølging av anmodningsvedtaket.

Intensivkapasiteten på sykehus og koronapandemien

Vedtak nr. 416, 19. mars 2020

*«Stortinget ber regjeringen sikre at sykehusene har tilstrekkelige midler når de nå planlegger å møte koronapandemien og styrker intensivkapasiteten. Sykehusene og andre virksomheter innenfor helse må få dekket uforutsatte og nødvendige utgifter knyttet til legemidler og medisinsk utstyr i perioden krisen varer.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 52 S (2019–2020), jf. Innst. 197 S (2019–2020).

Vedtaket er fulgt opp gjennom Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020), og gjennom bevilgningsforslag i Prop. 1 S (2020–2021). Det vises til nærmere omtale av vedtaket under kap. 732. Regjeringen vil følge utviklingen i helsetjenesten nøye fremover.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet – midler tilknyttet koronapandemien

*Vedtak nr. 417, 19. mars 2020*

*«Stortinget ber regjeringen sikre tilstrekkelige midler til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet for å dekke uforutsette og nødvendige kostnader knyttet til pandemien, og komme tilbake til Stortinget med forslag til tilleggsbevilgninger.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 52 S (2019–2020), jf. Innst. 197 S (2019–2020).

Vedtaket er fulgt opp gjennom Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020), og gjennom bevilgningsforslag i Prop. 1 S (2020–2021). Det vises til nærmere omtale av vedtaket under kap. 740 og kap. 745. Regjeringen vil følge utviklingen i helsetjenesten nøye fremover.

Luftambulansetjenesten i Kirkenes og Tromsø

*Vedtak nr. 573, 14. mai 2020*

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

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

Vedtaket ble fulgt opp i foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. juni 2020. Her ble det vist til foretaksmøte i Helse Nord RHF 17. april, der det ble gitt oppdrag om at det fra 15. juli 2020 skal stasjoneres et sivilt ambulanshelikopter i Kirkenes til erstatning for Forsvarets Bell-helikopter. Dette er nå gjennomført og Stortingets anmodningsvedtak knyttet til helikopter i Kirkenes er med dette oppfylt. Det vises også til bevilgningsforslag på 60 mill. kroner 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. Det vises for øvrig til omtale under kap. 732.

Fødeavdelingen i Kristiansund og sykehuset på Hjelset

*Vedtak nr. 574, 14. mai 2020*

*«Stortinget ber regjeringen følge opp anmodningsvedtak 750 (2017–2018), og sørge for at fødeavdelingen i Kristiansund består inntil fødeavdelingen i det nye sykehuset på Hjelset er i drift.»*

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

Vedtaket ble fulgt opp i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. juni 2020. Her ble Helse Midt-Norge RHF bedt om å følge opp vedtaket og på vanlig måte vurdere det opp mot kravet om forsvarlig drift. 22. juli 2020 gjorde Helse Møre og Romsdal det kjent at de så det som nødvendig med alternerende drift ved fødeavdelingene i Kristiansund og Molde fra og med 5. oktober 2020. Bakgrunnen er rekrutteringsutfordringer og hensynet til faglig forsvarlig drift. Vedtaket er omtalt under kap. 732.

Beredskapsmodell for norsk produksjon av legemidler

*Vedtak nr. 575, 14. mai 2020*

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

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

Vedtaket følges opp som del av oppfølgingen av Helsedirektoratets rapport om nasjonal legemiddelberedskap fra juni 2019 (IS-2837) og rapport om nasjonal legemiddelproduksjon fra februar 2020 (IS-2873). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Smittevernustyr – offentlig/privat produksjonsmiljø

*Vedtak nr. 576, 14. mai 2020*

*«Stortinget ber regjeringen etablere et offentlig/privat samarbeid med produksjonsmiljøer, med sikte på å øke selvforsyning av smittevernustyr for helsetjenesten.»*

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Med et utfordrende internasjonalt marked for smittevernutstyr, er disse avtalene viktige for å sørge for at norsk helsevesen har nok utstyr, både på kort og noe lengre sikt. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer. Det er også igangsatt produksjon av desinfeksjonsmiddel.

Se også informasjon fra Helse Sør-Øst RHF om produksjon av utstyr i Norge:

<https://www.helse-sorost.no/beredskap-korona/utstyr>.

Vedtaket er omtalt under kap. 732.

Sykehuset i Kirkenes – intensivvirksomhet nivå 2

*Vedtaket nr. 577, 14. mai 2020*

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

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Helse Nord RHF skal innen 1. november 2020 vurdere vedtaket i styresak 90/2008 om intensivnivå på nytt, på bakgrunn av erfaringer gjort siden den gang og på bakgrunn av Stortingets anmodningsvedtak. Det vises til nærmere vurderinger under kap. 732.

Produksjonskapasitet av legemidler og medisinsk utstyr

*Vedtaket 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 følges opp som del av oppfølgingen av Helsedirektoratets delrapport om nasjonal legemiddelproduksjon fra februar 2020 (IS-2873). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ideelle sykehus og DPS-er i helsefelleskapene

*Vedtaket nr. 579, 14. mai 2020*

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at ideelle sykehus og ideelle DPS-er blir inkludert i helsefelleskapene.»*

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom føringene for helsefelleskap i Meld. St. 7 (2019 – 2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 om at private ideelle leverandører som har avtale med den offentlige helse- og omsorgstjenesten vil være en del av helsefelleskapene. Det vises til nærmere vurderinger under kap. 732.

Barns journal – sperring for innsyn

*Vedtaket nr. 580, 14. mai 2020*

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at det er trygt for barn å dele vonde erfaringer, og at barnet skal ha kontroll på sin egen informasjon. Det skal være gode rutiner på plass for å sørge for at deler av barnets journal enkelt kan sperres for innsyn. Det skal gis god opplæring for helsepersonell, og det må være tid og rom til å gjøre disse vurderingene.»*

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

Det er viktig at barn trygt kan dele vonde erfaringer med helsepersonell. Regelverket ivaretar dette på en god måte, men departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide forslag til nasjonale føringene for foreldres elektroniske innsyn i barns pasientjournal i spesialisthelsetjenesten. Utkast til føringene skal utarbeides i samarbeid med de regionale helseforetakene og Direktoratet for e-helse, og etter å ha innhentet synspunkter fra Bufdir og andre relevante offentlige etater og profesjons- og brukerorganisasjoner. Vedtaket er omtalt under kap. 701, post 21.

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). 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 og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Basestrukturen for luftambulansen i Norge

Vedtak nr. 582, 14. mai 2020

*«Stortinget ber regjeringen komme 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.»*

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

De regionale helseforetakene fikk i foretaks-møtet i juni i 2020 i oppdrag å oppdatere rapporten «Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter» med ny kunnskap og eventuelle endringer som kan påvirke basestruktur og behov for luftambulansetjenester. Helseregionenes fornyede gjennomgang viser at målet om at 90 pst. av landets befolkning nås innen 45 minutter er nådd, og at om lag 99 pst. av befolkningen nås av legebemannet ambulans innen 45 minutter. 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. Helse Nord vil gjøre en egen vurdering av helikopterstrukturen i egen region, sett i en helhetlig akuttmedisinsk sammenheng. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til nærmere vurde-

ringer under kap. 732 samt omtale av anmodningsvedtak nr. 545, 17. mars 2016.

Kommunesammenslåing og regionale helseforetak

Vedtak nr. 583, 14. mai 2020

*«Stortinget ber regjeringen legge avgjørende vekt på lokalpolitiske ønsker og innbyggerperspektiv, og derfor åpne opp for at nye sammenslåtte kommuner kan ha delte løsninger mellom flere helseforetak.»*

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

Vedtaket ble fulgt opp i felles foretaks-møte i de regionale helseforetakene 10. juni 2020. Her ble de regionale helseforetakene bedt om å åpne for at nye sammenslåtte kommuner kan ha delte løsninger med tilhørighet i flere helseforetak. Det vises til omtale under kap. 732.

Innføring av non-invasiv prenatal test (NIPT)

Vedtak nr. 607, 8. juni 2020

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at Non-invasiv prenatal test (NIPT) blir tillatt i Norge fra 1. juli. 2020.»*

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

Non-invasiv test (NIPT) er tillatt i Norge fra 1. juli 2020. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingene under kap. 732.

Evalueringsav bioteknologiloven

Vedtak nr. 608, 8. juni 2020

*«Stortinget ber regjeringen sikre at bioteknologiloven i framtiden kan evalueres mer dynamisk og løpende for å holde tritt med den raske utviklingen i bioteknologien.»*

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

Regjeringen vil i tråd med utredningsinstruksen sikre at det foretas en løpende evaluering av bioteknologiloven sett i lys av den medisinske utviklingen på feltet. I tillegg tas det sikte på en helhetlig gjennomgang og evaluering av loven

etter fem år. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingene under kap. 732.

Medisinsk fødselsregister  
Vedtak nr. 609, 8. juni 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 ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020).

Departementet har påbegynt arbeidet med utkast til høringsnotat med forslag til endringer i Medisinsk fødselsregister og tar sikte på at høringsnotat kan sendes på høring innen utgangen av 2020. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Biomedisinkonvensjonen og mitokondriedonasjon  
Vedtak nr. 610, 8. juni 2020

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

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Utredning av markedet for genetisk selvtesting  
Vedtak nr. 611, 8. juni 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 bl.a 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). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forbud mot genetisk testing av barn  
Vedtak nr. 612, 8. juni 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). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Kompensasjon av donasjon av kjønnseller  
Vedtak nr. 613, 8. juni 2020

*«Stortinget ber regjeringen utarbeide retningslinjer ved kompensasjon av donasjon av kjønnseller, 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). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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

Preimplantasjonsdiagnostikk  
Vedtak nr. 616, 8. juni 2020

*«Stortinget ber regjeringen sørge for en gjennomgang av vilkår og retningslinjer for preimplantasjonsdiagnostikk og fosterdiagnostikk, slik at disse kan ses i sammenheng og gi et helhetlig og sammenhengende tilbud for kvinner og familier som har særlig risiko for alvorlig sykdom eller skade hos fosteret. Gjennomgangen skal vektlegge*

*lidelse og tappt livskvalitet ved lindrende og livsforlengende behandling i gjennomgangen av vilkårene for å få innvilget PGD. Regjeringen bes legge frem forslag til de nødvendige lovendringer som følge av denne gjennomgangen.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Svangerskap – ultralyd med tilleggsundersøkelser

Vedtaket nr. 617, 8. juni 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 Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020).

Organisering, finansiering og iverksetting av vedtaket utredes av Helsedirektoratet med frist 1. november 2020. Direktoratet har foreløpig anslått kostnadene til å være om lag 153 mill. kroner, men dette anslaget er meget usikkert. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Aldersgrense tilbud om fosterdiagnostikk

Vedtaket nr. 618, 8. juni 2020

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

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

Organisering, finansiering og iverksetting av vedtaket utredes av Helsedirektoratet med frist 1. november 2020. Direktoratet har foreløpig anslått kostnadene til å være om lag 102 mill. kroner, men dette anslaget er meget usikkert. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

NIPT til alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk

Vedtaket nr. 619, 8. juni 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).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

NIPT tillatt å utføre i Norge for alle gravide

Vedtaket nr. 620, 8. juni 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).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Endringer i bioteknologiloven – økonomiske konsekvenser

Vedtaket nr. 622, 8. juni 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).

Helsedirektoratet har gjort beregninger av vedtakene som følger av lovendringene. Dette gjelder assistert befruktning for enslige, kompensasjon til eggdonor og donorregister. Samlet er dette anslått til å utgjøre 8,2 mill. kroner og er gjenspeilet i bevilgningsforslagene under kap. 732, kap. 740 og kap. 2790. Kostnader til rådgivende instans der legen er i tvil om omsorgsevnen til kvinnen eller paret som søker assistert befruktning er ikke inkludert i anslaget. Dette vil bli fulgt opp i revidert nasjonalbudsjett 2021. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger i kap. 732 og bevilgningsforslag under kap. 732, kap. 740 og kap. 2790.

Når det gjelder de de andre anmodningsvedtakene som ble gjort under samme sak, har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede de økonomiske og faglige konsekvensene av disse med frist 1. november 2020. Helse- og omsorgsdepartementet vil på egnet måte komme tilbake til Stortinget med oppfølging av disse vedtakene. Det vises til omtalene av dette under anmodningsvedtak nr. 617 og 618 (2019-2020) og omtale under 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).

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å vurdere alternative innretninger på applikasjonen. Instituttet er av den oppfatning at det i hovedsak er to veivalg for videre arbeid med digital smittesporing. Det ene er å videreutvikle dagens applikasjon som inkluderer både smittesporing og analyseformål (kunnskapsinnhenting). Det andre er å utvikle en applikasjon som benytter rammeverket fra Apple og Google, Exposure Notifications Framework, som kun muliggjør smittesporing.

Norge var blant de første til å lansere en applikasjon for smittesporing og dette har vært et nybrottsarbeid. Ingen land hadde erfaring med hva som ville være den beste løsningen. Ved lansering av applikasjonen Smittestopp var heller ikke rammeverket fra Apple og Google tilgjengelig. Folkehelseinstituttet, sammen med Direktoratet for e-helse, utreder høsten 2020 mulighetene som ligger i dette rammeverket. Denne utredningen skal vurdere både nytteverdi, tidsplan og økonomiske konsekvenser, og basere seg på erfaringsgrunnlag fra andre land som har tatt det i bruk i sine applikasjoner. Som en del av utredningen vurderes det også hvordan Stortingets vedtak om delt samtykke skal følges opp og hvilke konsekvenser det får for innretning på applikasjonen. Inntil videre er arbeidet med å videreutvikle Smittestopp-applikasjonen stilt i bero og forskrift om digital smittesporing og epidemikontroll er opphevet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### 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 (2019–2020).

På sykehusenes hjemmesider og på helsenorge.no gis det informasjon om at kvinnen selv kan velge om hun vil gjennomføre medikamentell abort hjemme, eller om hun ønsker å gjennomføre siste del av aborten på sykehuset. Vedtaket skal derfor være gjengs praksis ved sykehusene. Helse- og omsorgsdepartementet vil i dialog med de regionale helseforetakene sikre at informasjon om denne valgmuligheten blir gitt til alle kvinner som skal gjennomføre abort. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### 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 (2019–2020).

Oppfølgingen etter spontanabort bør være basert på kvinnens eller parets individuelle behov. Tilbudet fra helsetjenesten må gis i dialog med kvinnen eller paret om hva som er mest hensiktsmessig oppfølging for dem. Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i samarbeid med Helsedirektoratet for å avklare hva som skal til i form av f.eks. faglige retningslinjer eller andre føringer for å sikre at alle som gjennomgår spontanabort, får tilbud om oppfølging. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### Utvidelse av forsøket med statlig finansiering av helse- og omsorgstjenestene

Vedtak nr. 738, 19. juni 2020

*«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 2021 med utvidelsen med seks nye kommuner*

*inn i forsøket med statlig finansiering av pleie- og omsorgstjenesten, slik at Stortinget kan ta stilling til hvilke seks kommuner som får tilbud om å være med i ordningen.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom forslag til økt bevilgning til utvidelse av forsøket med seks kommuner, jf. omtale under kap. 761 post 65.

**Koronapandemien og kapasitet i de regionale helseforetakene**

*Vedtaket nr. 788, 19. juni 2020*

*«Stortinget ber regjeringen påse at de regionale helseforetakene tar i bruk samlet kapasitet i helseregionen, også hos de private tilbyderne, for å ta igjen helsekøer og etterslep som har oppstått i forbindelse med koronapandemien.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020).

Oppfølging av Innst. 360 S (2019–2020) og anmodningsvedtaket er fulgt opp i brev til de regionale helseforetakene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingene under kap. 732.

### **Stortingssesjon (2018–2019)**

**Styrking av norsk tannhelse**

*Vedtaket 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 Dok. 8:209 S (2017–2018), jf. Innst. 39 S (2018–2019).

Vedtaket følges opp i arbeidet med oppfølgingen av NOU 2018: 16 Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjenester. Pga. koronasituasjonen er arbeidet med stortingsmeldingen blitt forsinket, og det tas sikte på en framleggelse for Stortinget i løpet av 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på en god måte.

**Stortingsmelding – Prehospitale tjenester**

*Vedtaket nr. 21, 15. november 2018*

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

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, hvor de prehospitale tjenester og hele den akuttmedisinske kjeden er gjennomgått, jf. Innst. 255 S (2019–2020). I Innst. 11 S (2019–2020) hadde komiteen følgende merknad: «Komiteen merker seg at vedtaket ber om en stortingsmelding om de prehospitale tjenestene og hele den akuttmedisinske kjeden. Komiteen viser til behandling av Dok. 8:225 S (2017–2018), jf. Innst. 32 S (2018–2019), der et mindretall bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti påpeker at en slik melding «bl.a. må ha som mål å utrede behovene for bil-, båt- og luftambulansesamlet, der man ser på behovene for kapasitet og basestruktur under ett,» og at en slik melding må vurdere lovhjemler om krav til responstider.» Det vises til omtale under kap. 732.

**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 regjeringa 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. Regjeringa vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### Nasjonal strategi for ernæring hos eldre

*Vedtak nr. 28, 20. november 2018*

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

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

Vedtaket følges opp gjennom at regjeringa skal legge fram en nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre på sykehjem og i hjemmetjenesten, med forslag til konkrete, målrettede tiltak. Strategien skal bidra til å understøtte og forsterke gjennomføringen av innsatsområdet Mat og måltider i Leve hele livet gjennom å legge vekt på det systematiske ernæringsarbeidet, kompetanse og en mat- og ernæringsoppfølging som er tilpasset brukernes behov og ønsker. Det tas sikte på å legge fram ernæringsstrategien i løpet av høsten 2020.

#### Ernæringskompetanse og arbeid i tjenesten

*Vedtak nr. 29, 20. november 2018*

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

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

Vedtaket følges opp gjennom at regjeringa skal legge fram en nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre på sykehjem og i hjemmetjenesten, med konkrete tiltak for å styrke den ernæringsfaglige kompetansen og det systematiske ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten gjennom bl.a. modellutviklingsprogrammet «klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for

omsorgstjenesten». Det tas sikte på å legge fram ernæringsstrategien i løpet av høsten 2020.

#### Oppfølging av NOU 2017: 16 På liv og død

*Vedtak nr. 31, 20. november 2018*

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

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

Vedtaket anses som oppfylt gjennom framleggelse av Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Det vises til omtale under kap. 761.

#### Nasjonal alkoholstrategi

*Vedtak nr. 35, 20. november 2018*

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

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

Vedtaket ble opphevet ved Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2020, jf. Innst. 360 S (2019–2020) og vedtak nr. 767, 19. juni 2020. Det vises til nærmere omtale under kap. 714.

#### Offentlig utvalg om konsekvenser av alkohol

*Vedtak nr. 36, 20. november 2018*

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

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

Vedtaket ble opphevet ved Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020), Tilleggsbevilg-

ninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2020, jf. Innst. 360 S (2019–2020) og vedtak nr. 767, 19. juni 2020. Det vises til omtale under kap. 714.

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 tar sikte på å legge fram en nasjonal alkoholstrategi høsten 2020, og vil komme tilbake til oppfølgingen av dette arbeidet der.

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 vurderer videre oppfølging, bl.a. ut fra utviklingen i EU, og kommer 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 vurderer videre oppfølging, bl.a. ut fra utviklingen i EU, og kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

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

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

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

Vedtaket anses fulgt opp i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020) der det ble bevilget et øremerket tilskudd på 30 mill. kroner til etablering av barnehospice i Kristiansand. Styrkingen i revidert budsjett 2020 foreslås videreført i 2021 som en del av søkbart tilskudd til etablering og drift av lindrende enheter. Det vises til omtale under kap. 761, post 73.

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 av Meld. St. 1 (2018–2019), jf. Innst. 2 S (2018–2019).

Vedtaket omfatter ideelle organisasjoners arbeid for kommuner og fylkeskommuner over flere år og på ulike sektorer. Det er derfor en omfattende oppgave å kartlegge i hvor stor grad kommunene og fylkeskommunene allerede har påtatt seg forpliktelser her, og i hvilket omfang kommuner og fylkeskommuner i dag står uten ansvar. Utredningen har blitt forsinket som følge av koronasituasjonen. Når vi har fått utredet et overslag over de økonomiske konsekvensene vil det bli tatt stilling til hvordan saken skal følges opp. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

## Utredning om BPA-ordningen

Vedtak nr. 87, 3. desember 2018

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

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

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå og foreslå forbedringer i ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Utvalget skal bl.a. oppsummere erfaringene med BPA-ordningen, med utgangspunkt i gjennomførte evalueringer, og utrede og fremme forslag til hvordan BPA kan utformes slik at ordningen fungerer etter hensikten, herunder utrede hvordan ordningen kan innrettes for å sikre deltakelse i arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Utvalget skal bl.a. vurdere og foreslå hvordan ordningen bør utformes for å sikre reell brukerstyring. Utvalget er godt i gang med arbeidet, og skal levere sin utredning i 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).

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 nødrettstilfeller, må denne tvangsbehandlingsformen hjemles eksplisitt og ha klare rettssikkerhetsgarantier knyttet til seg. Det må videre settes inn konkrete og effektive*

*tiltak for å sikre at praktiseringen av ECT i slike tilfeller er ensartet.»*

Som redegjort i svarbrevet til justiskomiteen 25. juni 2018 nedsatte regjeringen i 2016 et lovutvalg, Tvangslovutvalget, som fikk i mandat å foreta en revisjon av tvangshjemler i helse- og omsorgssektoren. Tvangslovutvalget leverte sin innstilling (NOU 2019: 14) 18. juni 2019. Denne var på høring med høringsfrist 16. desember samme år. Utvalget har levert et omfattende lovutkast med bl.a. forslag til bestemmelser om elektrokonvulsiv behandling (ECT). Regjeringen arbeider med å følge opp høringen og 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).

Vedtaket er fulgt opp gjennom regjeringens handlingsplan for fortsatt reduksjon av antall svangerskapsavbrudd (2020–2024) som ble lagt frem juni 2020. I handlingsplanen fremkommer det at Helse- og omsorgsdepartementet vil sende på høring et forslag om å utvide rekvireringsretten slik at jordmødre og helsesykepleiere også gis rett til å rekvirere hormonell prevensjon til unge under 16 år. For rekvirering av langtidsvirkende prevensjon til de under 16 år foreslås det fortsatt en medisinskfaglig vurdering gjort av lege. Utvidelsen innebærer en endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. Høringsnotatet vil drøfte både faglige, etiske og juridiske problemstillinger. Det vises til omtale under kap. 762, post 21.

## Stortingssesjon (2017–2018)

### Evaluering av fastlegeordningen

Vedtak nr. 2, 11. oktober 2017

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom evalueringen av fastlegeordningen, som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2019. Funnene i evalueringen begrunner tiltak i handlingsplan for allmennlegetjenesten for årene 2020–2024. Handlingsplanen ble lagt fram 11. mai 2020. Regjeringen har forpliktet seg til å foreslå å øke bevilgningen til allmennlegetjenesten med 1,6 mrd. kroner i 2024 sammenlignet med saldert budsjett 2020. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget om oppfølgingen av planen i de årlige budsjettprosessene. Allerede i Prop. 117 S (2019–2020) foreslo regjeringen å innføre et midlertidig grunntilskudd og et knekkpunkt i basistilskuddet med virkning fra 1. mai 2020 for å bidra til økt rekruttering og stabilitet i ordningen. Det vises til omtale under kap. 762, post 21.

Medisinstudenter i primærhelsetjenesten

Vedtak nr. 363, 19. desember 2017

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

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

Det vises til merknader fra Stortinget i Innst. 11 S (2019–2020) og Innst. 373 S (2019–2020) hvor det framgår at Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en sak om hvordan alle medisinstudenter kan sikres økt praksis i primærhelsetjenesten.

Vedtaket anses som utkvittert gjennom Kunnskapsdepartementets fastsetting av forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter. Det vises til nærmere vurderinger under kap. 783.

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 tar sikte på å legge fram en nasjonal alkoholstrategi høsten 2020, og vil komme tilbake til tiltakene der.

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.

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert om trygghetsboliger bør inkluderes i investeringstilskuddet for heldøgns omsorgsplasser. En slik utvidelse reiser imidlertid en rekke problemstillinger og det vurderes som lite hensiktsmessig å inkludere trygghetsboliger i dagens investeringstilskudd. Regjeringen vurderer at trygghetsboliger kan være et viktig mellomledd i omsorgstjenesten, som kan bidra til å redusere behovet for sykehjemsplasser og tilsvarende heldøgns omsorgstilbud. Regjeringen har på denne bakgrunn bedt Husbanken om å utrede en egen ordning med trygghetsboliger. Det er bedt om at utredningen ser på modeller som særlig tar hensyn til utfordringer i distriktene/områder uten et velfungerende boligmarked. Videre tas det sikte på å innføre et plankrav f.o.m. 2021 for investeringstilskuddet for heldøgns omsorgsplasser, som skal stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger fra kommunene. Sintef har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet kartlagt ulike modeller for integrerte boligløsninger, som bidrar til at folk kan bli boende hjemme lengst mulig mv. Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Kommunal- og moderniseringsdepartementet følger opp forslagene i rapporten i arbeidet med ny strategi om den boligsosiale politikken og som en del av arbeidet med fremtidens boformer. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Legedekning i primærhelsetjenesten

Vedtak nr. 464, 13. februar 2018

*«Stortinget ber regjeringen følge opp samhandlingsreformen og på egnet vis sikre opptrapping*

*av legedekningen i primærhelsetjenesten generelt og i fastlegeordningen spesielt.»*

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble lagt fram 11. mai 2020. Planen inneholder flere tiltak som vil bidra til opptrapping av legedekningen i kommunene og i fastlegeordningen spesielt. I Prop. 117 S (2019–2020) foreslo regjeringen å innføre et tidsbegrenset grunntilskudd med virkning fra 1. mai 2020. Grunntilskuddet skal tilsvare basistilskuddet ved 500 innbyggere på listen. Fastleger med en listelengde på under 500 vil ha krav på dette grunntilskuddet i inntil to år fra de inngår avtale, dersom de har et listetak på 500 innbyggere eller flere. Regjeringen foreslo også med virkning fra 1. mai 2020 å innføre et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 listeinnbyggere med høyere per capita-tilskudd under knekkpunktet enn over. Knekkpunktet bidrar til noe bedre basisfinansiering for listene med færre innbyggere. Dette vil gjøre det mer attraktivt for unge leger å gå inn i ordningen siden de yngre legene ofte har færre innbyggere på listene enn sine eldre kolleger. I tillegg vil regjeringen i planperioden øke antallet Alis-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer, tilrettelegge for et hensiktsmessig antall LIS1 stillinger og innføre introduksjonsavtaler. Dette er alle tiltak som vil kunne gi bedre rekruttering og god legedekning. Det vises til omtale under kap. 762, post 21.

Listelengde i fastlegeordningen

*Vedtaket nr. 465, 13. februar 2018*

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble

lagt fram 11. mai 2020. Et av tiltakene i planen er å endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen. Regjeringen foreslo derfor i Prop. 117 S (2019–2020) å innføre et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 listeinnbyggere med virkning fra 1. mai 2020. Satsen på per capita tilskuddet er foreslått å være høyere under knekkpunkt enn over. Innføringen av knekkpunkt bidrar til bedre basisfinansiering og relativt bedre inntjening for listene med under 1000 innbyggere. Dette gir rom for at legene kan korte ned listene sine. Det vises til omtale under kap. 762, post 21.

Utdanningsstillinger i allmennmedisin

*Vedtaket nr. 466, 13. februar 2018*

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble lagt fram 11. mai 2020. Et tiltak i planen er å øke antallet Alis-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer. Alis-avtaler er avtaler mellom kommune og lege i spesialisering i allmennmedisin om særskilte tiltak som skal bidra til økt trygghet i tiden spesialistutdanningen pågår. Avtalene inneholder tiltak og oppfølging i spesialiseringsløpet som kommer i tillegg til det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. Avtalene kan eksempelvis inneholde avtale om mer veiledning enn kravet i forskriften tilsier, gjennomføring av læringsaktiviteter, nettverkssamlinger for leger i spesialisering, inntektsgaranti og/eller kompensasjon for kortere lister i en periode.

Det er inngått Alis-avtaler med både næringsdrivende fastleger og fastlønnede. I tillegg gjennomføres det to Alis-prosjekter i kommuner på Vestlandet og i Nord-Norge. Til sammen inngår 58 leger i prosjektene. Det vises til omtale under kap. 762, post 21.

### Allmennlege i spesialisering (ALIS)

Vedtak nr. 467, 13. februar 2018

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble lagt fram 11. mai 2020. Et tiltak i planen er å øke antallet Alis-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer.

Høsten 2017 ble et eget Alis-prosjekt startet opp i kommuner på Vestlandet. 26 leger med fastlønn inngår i prosjektet. Tilsvarende prosjekt ble startet opp i Nord-Norge i 2019. Alis-Nord er i en oppstartsfase og er planlagt å omfatte 32 leger i næring og med fastlønn.

På bakgrunn av erfaringene med rekrutteringstilskuddet for fastleger ble det i 2019 opprettet 86 Alis-avtaler i 44 kommuner, fordelt på 67 fastlønnede og 19 næringsdrivende fastleger. Det ble innvilget støtte til 65 av disse avtalene. Gjennom tilskuddsordningen til Alis-avtaler for næringsdrivende fastleger, som ble etablert høsten 2019, er det tildelt tilskudd til 54 Alis-avtaler, fordelt på 18 kommuner. Totalt var det 200 leger som hadde Alis-avtaler ved utgangen av 2019. Regjeringen vil i planperioden legge til rette for å øke antall Alis-avtaler over fire år.

I 2020 ble det opprettet fem Alis-kontorer i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. Kontorene skal rådggi kommunene i sine regioner om rekrutteringstiltak som kan inngå i Alis-avtaler, bistå med maler for Alis-avtaler, innhente og formidle erfaringer med de ulike tiltakene og bistå for øvrig i spesialistutdanningen i allmenntillegger. Målet er gode og enhetlige utdanningsløp. Alle kommuner med Alis-kandidater skal kunne tilby forutsigbare utdanningsløp med veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter og kommuner med behov for Alis-avtaler skal få bistand til dette. På denne måten kan slike avtaler breddes nasjonalt, ut fra behov. Det vises til omtale under kap. 762, post 21.

### 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 Dok. 8:3 S (2017–2018) om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, jf. Innst. 109 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Et tiltak i planen er å øke innsikten om legevaksarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt på. For å få et bedre beslutningsgrunnlag vil departementet, sammen med partene, nedsette en ekspertgruppe som skal kartlegge hvor høy arbeidsbyrden er og hvordan den fordelere seg på leger i legevakt, og hvilke konsekvenser en eventuelt redusert belastning vil få for behovet for leger.

Legevaktspiloten vil også bli videreført for å få erfaring med alternative måter å organisere legevakt på. Det vises til omtale under kap. 762, post 21.

### Evalueringsordningen

Vedtak nr. 469, 13. februar 2018

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

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

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2019 fått i oppdrag å gjennomføre en evaluering av omleggingen av turnusordningen til LIS1-stillinger og gjøre nærmere utredninger av tiltakene foreslått i direktoratets rapport IS-2802. Som et ledd i dette arbeidet skal direktoratet vurdere hvordan LIS1-stillinger kan stimulere til økt rekruttering av leger i distriktene.

Direktoratet har fått frist til 14. oktober 2020 med å svare på oppdraget. Som følge av virusutbruddet har departementet gitt direktoratet utsatt frist på oppdraget. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

## Oppfølging av vedtak nr. 307 (taxfree-salg)

Vedtak nr. 506, 27. februar 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:50 S (2017–2018), jf. Innst. 124 S (2017–2018). I Prop. 25 S (2018–2019) fulgte regjeringen opp Stortingets vedtak nr. 506 (2017–2018) om å følge opp vedtak nr. 307 (2016–2017) om å vurdere alle konsekvenser av og nødvendige lovendringer for at Vinmonopolet skal overta taxfree-salget av alkohol ved norske flyplasser ved utløp av gjeldende anbudsperioder, jf. Innst. 259 S (2018–2019).

Regjeringen mener det ikke er nødvendig å legge frem denne saken som egen sak til Stortinget, da saken er fremlagt for Stortinget i Prop. 25 S (2018–2019).

Regjeringen foreslår at vedtak nr. 506 oppheves, jf. forslag til romertallsvedtak.

## 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).

Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtaket ved at Helsedirektoratet har gitt fylkesmenene et tilleggsoppdrag med å rapportere antall barn under 18 år med langtidsopphold i institusjon (jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon §1 bokstav c) og d). Rapporteringen inngår inntil videre som en del av det faste oppdraget med kartlegging av unge med opphold i institusjon. I henhold til rapporten fra Helsedirektoratet er det per 15.12.2019 ni barn under 18 år som har permanent opphold i en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon som definert over. Av disse hadde tre et flytteønske. Alle de tre hadde konkret plan om flytting. Det vises til nærmere omtale av under kap. 761.

## Nyfødtscreening

Vedtak nr. 577, 5. april 2018

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

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

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

Nyfødtscreeningen etablerte i juni 2019 ny teknisk løsning og oppdatert informasjon til foreldrene om tilbaketrekning av samtykke og destruksjon av prøvene. En automatisert løsning til erstatning for manuelle overføringer av data er nå på plass. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingene under kap. 732.

## 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 Dok. 8:113 S (2017–2018) om lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene, jf. Innst. 193 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord som ble lagt fram 10. september 2020. Handlings-

planen har både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv. Åtte departementer har vært med å utarbeide planen. Forebygging av selvska-  
ding er omhandlet i Prop. 121 S (2018–2019) Opp-  
trappingsplan for barn og unges psykiske helse  
(2019–2024). I tillegg er det tiltak som omhandler  
både selvmord og selvska-  
ding i handlingsplanen.  
Det vises til omtale av handlingsplanen for fore-  
bygging av selvmord under kap. 765, post 21.

#### Regelverket for pasientreiser

*Vedtak nr. 615, 19. april 2018*

*«Stortinget ber regjeringen foreta en bred gjen-  
nomgang av regelverket for pasientreiser og  
fremme en sak for Stortinget med tiltak for å fore-  
enkle og forbedre ordningen.»*

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

Vedtaket ble fulgt opp med oppdrag til Helse-  
direktoratet i tildelingsbrevet for 2019. Oppdraget  
ses i sammenheng med vedtak 616 og 617. Arbeid-  
et i 2020 ble forsinket pga. direktoratets arbeid  
med koronapandemien. Regjeringen vil komme  
tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### Evalueringsprosess av pasientreiseforskriften

*Vedtak nr. 616, 19. april 2018*

*«Stortinget ber regjeringen starte evaluerings-  
prosessen av pasientreiseforskriften i løpet av  
august 2019.»*

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

Vedtaket ble fulgt opp med oppdrag til Helse-  
direktoratet i tildelingsbrevet for 2019. Oppdraget  
ses i sammenheng med vedtak 615 og 617. Arbeid-  
et i 2020 ble forsinket pga. direktoratets arbeid  
med koronapandemien. Regjeringen vil komme  
tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### Organisering av pasientreiseordningen

*Vedtak nr. 617, 19. april 2018*

*«Stortinget ber regjeringen i sitt oppdragsdoku-  
ment be de regionale helseforetak gå gjennom  
organiseringen av pasientreiseordningen. Denne  
gjennomgangen bør foretas parallelt med evalue-  
ringen av pasientreiseforskriften.»*

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

Vedtaket ble fulgt opp med krav i foretaks-  
møtet med de regionale helseforetakene 15.  
januar 2019. Oppdraget ses i sammenheng med  
vedtak 615 og 616. Arbeidet ble forsinket i 2020  
pga. de regionale helseforetakenes arbeid med  
koronapandemien. Regjeringen vil komme tilbake  
til Stortinget på egnet måte.

#### Samboergaranti for omsorgstjenester

*Vedtak nr. 623, 19. april 2018*

*«Stortinget ber regjeringen om å ta inn bestem-  
melser om samboergaranti, som er uavhengig av  
ektefelles eller samboers behov for omsorgstje-  
nester, ved utarbeidelse av nasjonale kriterier for  
tildeling av langtidsopphold.»*

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

Vedtaket er fulgt opp ved at samboergaranti fra  
1. juli 2020 er tatt inn i forskrift 12. november 2010  
nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsga-  
rantien). Det vises til nærmere omtale av oppføl-  
gingen av vedtaket under kap. 761.

#### Oppfølging av rapporten «Gode liv i Norge»

*Vedtak nr. 624, 19. april 2018*

*«Stortinget ber regjeringen følge opp hovedanbe-  
falingene i Helsedirektoratets rapport Gode liv i  
Norge, slik at helhetlig informasjon om livskvali-  
tet kommer inn i grunnlaget for helsepolitikken.»*

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

Gode liv i Norge er fulgt opp av en arbeids-  
gruppe med deltakelse fra Folkehelseinstituttet,  
Statistisk sentralbyrå, OsloMet/NOVA og Helse-  
direktoratet «i rapporten «Livskvalitet – anbefalinger  
for et bedre målesystem» (Helsedirektoratet  
2018, IS-2727). Vedtaket følges videre opp gjen-  
nom oppfølging av Meld. St. 19 (2018–2019) Fol-  
kehelsemeldinga, og i samarbeid med Helsedirek-  
toratet, Folkehelseinstituttet og Statistisk Sentral-  
byrå. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget  
på egnet måte.



## Styringen av helsevesenet

Vedtak nr. 625, 18. februar 2018

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

Vedtaket ble truffet 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 Dok. 8:130 S (2017–2018), jf. Innst. 2019 S (2017–2018).

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

## Nasjonale undersøkelser om livskvalitet

Vedtak nr. 627, 18. februar 2018

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

Vedtaket ble truffet ble truffet ved behandling av Dok. 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. Statistisk sentralbyrå (SSB) har, på oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomført en metodisk testing av et forslag til spørreskjema om livskvalitet, og Helsedirektoratet planlegger i samarbeid bl.a. med Folkehelseinstituttet og SSB å gjennomføre en nasjonal livskvalitetsundersøkelse. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal fortsette arbeidet med å innhente og publisere data om livskvalitet.

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 vil foreligge i løpet av høsten 2020. I tillegg er det publisert en foreløpig rapport om livskvalitet før og etter innføring av koronatiltakene. Folkehelseinstituttet har i september 2020 utgi rapporten Livskvalitet i Norge – fra nord til sør. Tallene som presenteres i denne rapporten er basert på over 80 000 personer i alderen 18 til 93 år som deltok i disse undersøkelsene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

## Data om livskvalitet

Vedtak nr. 628, 18. februar 2018

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

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

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

## Rapportering om 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 ble truffet ved behandling av Dok. 8:130 S (2017–2018), jf. Innst. 2019 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket må ses i sammenheng med nr. 627. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om status for livskvalitet ifm. regelmessig rapportering i folkehelsemeldingene.

### Evaluering av LAR-ordningen

Vedtak nr. 634, 24. april 2018

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

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet har revidert den nasjonale faglige retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Formålet er å sikre innhold, kvalitet og forbedringer i ordningen. Den reviderte retningslinjen vil etter planen bli publisert i løpet av andre halvår 2020. Helse- og omsorgsdepartementet har videre utarbeidet egne pandemianbefalinger om LAR. Det vises til omtale 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 og Innst. 373 S (2019–2020) uttaler Stortinget at de avventer med å utkvittere vedtaket til slik bemanning er på plass ved samtlige store sykehus.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i 2020 fikk 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 ny spesialistutdanning for leger er det læringsmål i spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin og i de indremedisinske spesialitetene som sikrer breddekompetanse innen behandling av eldre. Det vises for øvrig til omtale under kap. 783.

### Eldre pasienter med sammensatte lidelser

Vedtak nr. 643, 24. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle sykehus etterlever veiledningsplikten overfor kommu-*

*nene og inngår forpliktende samarbeidsavtaler med kommunene om helhetlige og sammenhengende tjenester for gruppen eldre pasienter med sammensatte lidelser, med økt bruk av koordinator og individuell plan.»*

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 og etablering av helsefelleskap hvor skrøpelige eldre er en av fire pasientgrupper som skal prioriteres i planlegging og utvikling av tjenestene. Det vises til nærmere vurderinger under kap. 732.

### Pasientinformasjon mellom sykehus og kommuner

Vedtak nr. 644, 24. april 2018

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

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom Meld. St. 7 (2019 – 2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ved etablering av helsefelleskap og oppdrag til Helse- og omsorgsdepartementet om utskrivningsprosessen. Det vises til nærmere vurderinger under kap. 732.

### Assistert befruktning for enslige

Vedtak nr. 718, 15. mai 2018

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

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 39 (2016–2017) Evaluering av bioteknologiloven, jf. Innst. 273 S (2017–2018). I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020) vedtok Stortinget en lovendring som åpner for assistert befruktning for enslige kvinner.

Lovendringen trådte i kraft 1. juli 2020. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingene under kap. 732.

## Sæddonasjon

Vedtak nr. 719, 15. mai 2018

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

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

Vedtaket er gjennomført ved endret veileder fra Helsedirektoratet som trådte i kraft 7. februar 2020. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingene under kap. 732.

## Assistert befruktning

Vedtak nr. 721, 15. mai 2018

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

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

Vedtaket er gjennomført ved forskriftsendring som trådte i kraft 1. juli 2020. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingene under kap. 732.

## Sluttvederlag i helseforetakene

Vedtak nr. 723, 15. mai 2018

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

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

Ved behandlingen av Prop. 1 S (2018–2019) og Innst. 11 S (2018–2019) merket Helse- og omsorgskomiteen seg at Helse Nord RHF har vurdert praksis med sluttvederlag og etterlønn, og at departementet har vist til statens retningslinjer i foretaksmøter. Komiteen ville imidlertid se resultatet av Helse Nord's gjennomgang, særlig det som omhandler at foretakene ikke tar i bruk sluttvederlag når lederen selv har tatt initiativ til oppsigelse, før vedtaket utkvitteres.

Helse- og omsorgsdepartementet har oversendt rapporteringen fra Helse Nord RHF til helse- og omsorgskomiteen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

## Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen

Vedtak nr. 747, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at helseforetakene implementerer Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen fra 2014 i sine tjenester. Utreise fra føde-/barselavdeling skal alltid tilpasses kvinnen og den nyfødte sine behov, og utreisevurderingen skal alltid gjøres sammen med kvinnen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Representantforslag 168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

De regionale helseforetakene fikk i 2019 i oppdrag å rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, og helseregionene melder at retningslinjen er implementert og at anbefalingene om utreisevurdering følges opp. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom nærmere vurderinger under kap. 732.

## Jordmortjenesten

Vedtak nr. 748, 24. mai 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Dok. 8:168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2019 ble gitt i oppdrag å vurdere finansiering av tjenester ytt av jordmor til gravide og barselkvinner i kommunene og sammenlikne denne med finansiering av tjenester til samme målgruppe ytt av andre yrkesgrupper som lege og helsesykepleier. I sitt svar på oppdraget, jf.

også omtale i Prop. 1 S (2019–2020), skisserer Helsedirektoratet tre mulige modeller for fremtidig finansiering, men anbefaler ikke noen konkret modell. Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert Helsedirektoratets rapport og konkludert med at det ikke gjøres endringer i finansiering av tjenester ytt av jordmødre.

Vedtaket er videre fulgt opp gjennom en betydelig styrking av jordmorkapasiteten gjennom tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For 2021 foreslås det å øremerke 60 mill. kroner til jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det vises til omtale under kap. 762, post 60.

#### Fødselsomsorg

Vedtak nr. 750, 24. mai 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Dok. 8:168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2020 er det gitt føring om å sikre en trygg og framtidrettet fødselsomsorg på bakgrunn av Stortingets anmodningsvedtak og Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 732.

#### Følgetjeneste for gravide

Vedtak nr. 751, 24. mai 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Representantforslag 168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

De regionale helseforetakene i 2019 fikk i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av hvordan føl-

getjenesten for fødende fungerer i helseregionen, og helseregionene melder at de har kartlagt hvordan følgetjenesten er organisert og fungerer. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom nærmere vurderinger under kap. 732.

#### Fødselsomsorg og liggetid

Vedtak nr. 752, 24. mai 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Dok. 8:168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2020 er det vist til Stortingets vedtak, og det er gitt føring om at tidspunktet for utskrivning fra sykehus etter fødsel skal tilpasses kvinnens og det nyfødte barnets behov, og skal besluttes i samråd med kvinnen, i tråd med Helsedirektoratets veileder. Nye sykehus skal dimensjoneres etter faglige behov. Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingene under kap. 732.

#### 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 Dok. 8:154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Dok. 8:168 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 på å legge fram sine erfaringer i 2021. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

## Vikarbruk i helseforetakene

Vedtak nr. 755, 24. mai 2018

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

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

Ved behandlingen av Prop. 1 S (2018–2019) og Innst. 11 S (2018–2019) ba Helse- og omsorgskomiteens flertall om å få oversendt resultatene fra gjennomgangen. Anmodningen fra helse- og omsorgskomiteen ble fulgt opp ved at rapport fra de regionale helseforetakene om vikarbruk i helseforetakene ble oversendt fra Helse- og omsorgsdepartementet til komiteen i desember 2019.

## Kosmetiske injeksjoner

Vedtak nr. 839, 5. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:174 S (2017–2018), jf. Innst. 348 S (2017–2018). Departementet tar sikte på utsendelse av høringsnotat i løpet av høsten 2020. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

## Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtak nr. 843, 5. juni 2018

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

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

Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtaket, samt merknader fra komiteene på Stortinget, jf. Innst. 11 S (2019–2020) og Innst. 373 S (2019–2020), ved å innføre pakkeforløp innen psykisk helse og rus der oppfølging etter behandling også inngår. Det er innført tre generelle pakkeforløp for henholdsvis utredning og behandling i psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og for TSB. I tillegg er det fra 1. januar innført fire tilstandsspesifikke pakkeforløp. Det vises til omtale under kap. 734.

## Markedsføring av kosmetisk kirurgi

Vedtak nr. 851, 6. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. 8:187 S (2017–2018), jf. Innst. 344 S (2017–2018). Departementet tar sikte på utsendelse av høringsnotat i løpet av høsten 2020. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte. Vedtaket sees i sammenheng med vedtak nr. 839. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

## Drift av luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 861, 7. juni 2018

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

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

Vedtaket følges opp ved at det er satt ned en ekspertgruppe som skal utrede offentlig /ideell drift av luftambulansetjenesten, jf. omtale i Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan. Ekspertgruppens frist for å levere utredningen er forlenget fra utgangen av 2020 til utgangen av mars 2021 som følge av koronasituasjonen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

## Tobakksskadeloven

Vedtak nr. 915, 12. juni 2018

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

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

Regjeringen la frem en ny nasjonal tobakkstrategi i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga, hvor det varsles at flere endringer i tobakksskadeloven vil utredes og vurderes. Regjeringen planlegger å sende forslag til lovendringer på høring, og vil deretter 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. 11 S (2019–2020) og Innst. 373 (2019–2020) framgår det at Stortinget avventer regjeringens omtale av oppfølgingen av vedtaket.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for nasjonal standardisering i legenes spesialistutdanning i henhold til Stortingets vedtak. Helsedirektoratet er i gang med å kvalitetssikre de nasjonalt anbefalte prosedyrelistene i samarbeid med de regionale helseforetakene, Legeforeningen, og alle private og ideelle utdanningsvirksomheter. Det vises for øvrig til nærmere omtale under kap. 783. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte når Helsedirektoratets prosesser er ferdige.

**Stortingssesjon (2016–2017)**

Taxfree-salg av alkohol ved norske flyplasser

Vedtak nr. 307, 17. desember 2016

*«Stortinget ber regjeringen legge frem en sak for Stortinget der det vurderes alle konsekvenser av og nødvendige lovendringer for at Vinmonopolet skal overta taxfree-salget av alkohol ved norske flyplasser ved utløp av gjeldende anbudsperioder.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 LS (2016–2017). I Prop. 25 S (2018–2019) fulgte regjeringen opp Stortingets vedtak nr. 307 (2016–2017) om å vurdere alle konsekvenser av og nødvendige lovendringer for at Vinmonopolet skal overta taxfree-salget av alkohol ved norske flyplasser ved utløp av gjeldende anbudsperioder, jf. Innst. 259 S (2018–2019).

Regjeringen mener det ikke er nødvendig å legge frem denne saken som egen sak til Stortinget, da saken er fremlagt for Stortinget i Prop. 25 S (2018–2019).

Regjeringen foreslår at vedtak nr. 307 oppheves, jf. forslag til romertallsvedtak.

## Ideell virksomhet i helse- og omsorgssektoren

Vedtak nr. 126, 9. desember 2016

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2015–2016), jf. Innst. 102 S (2016–2017). I Innst. 373 S (2019–2020) uttaler kontroll- og konstitusjonskomiteen at den avventer utkvittering av vedtaket til en plan med kortsiktige og langsiktige tiltak legges fram for Stortinget. I Granavolden-plattformen uttalte regjeringen at den vil styrke ideelle virksomheters rolle som leverandør av helse- og omsorgstjenester. Som et ledd i denne styrkingen har regjeringen fulgt opp Stortingets vedtak. I statsbudsjettet for 2020 satt regjeringen seg som mål å doble de ideelles andel av den samlede helse- og omsorgssektoren til 10 pst. målt i kostnader Regjeringen har planer for kortsiktige og langsiktige tiltak som understøtter dette målet. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

## Helsestasjoner og bekymringsmeldinger

Vedtak nr. 620, 25. april 2017

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

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

Helse- og omsorgskomiteen viser i Innst. 11 S (2019–2020) og Kontroll- og konstitusjonskomiteen viser i Innst. 373 S (2019–2020) at anmodningsvedtaket ikke kan ansees for utkvittert. Kontroll- og konstitusjonskomiteen påpeker i Innst. 373 S (2019–2020) at manglende deltakelse fra familien skal føre til at helsestasjonen melder bekymring til barnevernet. Ved valg av virkemidler er det viktig å være oppmerksom på mulige negative eller utilsiktede konsekvenser av tilsynelatende effektive tiltak. Det gjelder særlig spørsmålet knyttet til bruk av juridiske virkemidler for å oppnå at barn og foresatte møter på helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og konsekvenser av ikke å møte til konsultasjon. Rettslig regulering bør vurderes først dersom ønsket effekt ikke kan oppnås bedre eller enklere ved bruk av andre virkemidler. Helse- og omsorgsdepartementet mener at vedtaket er tilstrekkelig utkvittert gjennom tiltak som er beskrevet under, og at dette ivaretar at alle undersøkelser og all helsehjelp også i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er basert på tilbud og frivillighet.

Vedtaket er fulgt opp gjennom tydeliggjøring av ansvaret for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester i alle relevante helseover, i forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt ved endringer i bestemmelser om opplysningsplikt til barnevernet. Videre er vedtaket fulgt opp gjennom styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og revidering av relevante veiledere. Fylkesmennene ble i tildelingsbrevet for 2020 bedt om å bidra til at alle kommuner får informasjon om opptrappingsplan mot vold og overgrep og aktuelle lovbestemmelser, samt veiledning i systematisk arbeid mot vold i kommunale planer. Helsedirektoratet er bedt om å skaffe en nærmere oversikt over eksisterende tall for deltakelse ved kontroller fra SSB, samt se på hva kommunene gjør for å få tak i barna som

ikke møter til aldersbestemte helsekonsultasjoner, og om de følger anbefalingene i nasjonal faglig retningslinje. Det vises til omtale under kap. 762, post 60.

## 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. Koronapandemien 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 pga. pandemiutbruddet. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten bør i 2020 og 2021, få mulighet til å håndtere de direkte og indirekte konsekvensene av koronapandemien. Samlet gjør dette at tidspunktet for oppstart av forsøket bør utsettes 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 pga. pandemisituasjonens konsekvenser for

kommuner og fylkeskommuner, som gjør at tidspunktet for oppstart av forsøket bør utsettes 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 pga. pandemisituasjonens konsekvenser for kommuner og fylkeskommuner, som gjør at tidspunktet for oppstart av forsøket bør utsettes 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 pga. pandemisituasjonens konsekvenser for kommuner og fylkeskommuner, som gjør at tidspunktet for oppstart av forsøket bør utsettes til 2022. Det vises til omtale under anmodningsvedtak 847. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Handlingsplan for fysisk aktivitet

Vedtak nr. 1001, 19. juni 2017

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

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

Vedtaket er fulgt opp ved at regjeringen våren 2020 la fram Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv. Overordnede mål, strategier og innsatsområder er omtalt i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga. Tiltakene i handlingsplanen er rettet inn mot fem innsatsområder: Gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer, fritids- og hverdagsarenaer, helse- og omsorgstjenester, og kunnskapsutvikling og innovasjon. Handlingsplanen følges opp i samarbeid med berørte departementer og som del av det systematiske folkehelsearbeidet. Det vises til omtale under kap. 714.

### 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.»*

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 og vurderingene under kap. 732. De regionale helseforetakene har utredet basestruktur for luftambulansetjenesten, og tilrådingene er fulgt opp ved at all koordinering av ambulanshelikoptrene skjer ved en fast AMK-sentral i hver helseregion. Det er etablert anestesibemannet legebil i Mjøsområdet og i Grenlandsområdet for å styrke akuttberedskapen. Det ble bevilget 10,2 mill. kroner i 2019 til formålet. Tilrådingen om ny luftambulansbase i Inn-



landet blir vurdert i sammenheng med framtidig sykehusstruktur og funksjonsfordeling i Innlandet.

Prevensjon til rusavhengige

Vedtak nr. 627, 28. april 2016

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

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

En ordning med gratis langtidsvirkende prevensjon 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.

Tilbud og informasjon om LAR-behandling

Vedtak nr. 628, 28. april 2016

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 15 S (2015–2016) – Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020), jf. Innst. 240 S (2015–2016). Vedtaket er fulgt opp gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene og Helsedirektoratets arbeid med veileder for gravide i LAR. Det vises til nærmere vurderinger under kap. 734.

Samarbeid mellom helseregistre og andre aktører

Vedtak nr. 658, 18. mai 2016

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

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

I Innst. 11 S. (2019–2020) fremgår det at komiteen vil avvente med å utkvittere vedtaket til det foreligger resultater fra høringen av forslag til endringer i helseregisterloven og beslutninger er fattet. Høringen er gjennomført og følges opp gjennom Prop. L 63 (2019–2020) Endringer i helseregisterloven m.m. (tilgjengeliggjøring av helse-data) som er til behandling i Stortinget. Forslag til endringer i helseregisterloven skal gi enklere tilgang til helsedata til helseanalyser og forskning. Lovforslaget inkluderer regulering av en nasjonal organisatorisk og teknisk løsning for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata (Helsedataservice og helseanalyseplattformen). Videre følges vedtaket opp gjennom bevilgningen til investeringene i helseanalyseplattformen. Regjeringen foreslår å styrke bevilgningen til helseanalyseplattformen med 35 mill. kroner i 2021 i tråd med anbefalt styringsramme for tiltaket, jf. kap. 701, post 21. Midlene skal bl.a. dekke investeringer i analyserom, dataplattform og avanserte analysetjenester som er avgjørende for å utvikle helseanalyseplattformen som et økosystem for helseanalyse, hente ut gevinstpotensialet og realisere ambisjonene om næringsutvikling og innovasjon. Se også Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester.

Ungdomshelsestrategi og reklame

Vedtak nr. 786, 7. juni 2016

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

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

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

## Ungdomshelsestrategi og tiltak mot kroppspress

Vedtak nr. 787, 7. juni 2016

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

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

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

## Behandlingstilbud til barn og unge

Vedtak nr. 839, 9. juni 2016

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

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

I Innst. 373 S (2019–2020) viser Kontroll- og konstitusjonskomiteen til at tilbudet om medikamentfri behandling for barn og unge ikke er på plass, selv om faglige anbefalinger tilsier dette. Der vises det også Helse- og omsorgskomiteens 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 ordineringsav 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 vil Helsedirektoratet utarbeide veiledning for helsepersonell, samt iverksette ytterligere tiltak for å bidra til riktigere legemiddelbruk og mer kunnskap om bruken. Det vises til nærmere omtale under kap. 765, post 21.

*Del II*  
*Budsjettomtaler*



## 4 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Alle budsjettforslag er endringer sammenliknet med saldert budsjett 2020 så langt som annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2020 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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
700	Helse- og omsorgsdepartementet	240 470	240 179	240 073	0,0
701	E-helse, helseregistre mv.	736 540	1 168 400	1 465 699	25,4
702	Beredskap	27 701	29 428	1 131 869	3 746,2
703	Internasjonalt samarbeid	74 221	58 943	86 252	46,3
704	Norsk helsearkiv	62 496	73 132	73 835	1,0
708	Eldreombud		7 000	10 035	43,4
709	Pasient- og brukerombud	75 000	73 326	73 562	0,3
	Sum kategori 10.00	1 216 428	1 650 408	3 081 325	86,7

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
01-23	Statens egne driftsutgifter	979 030	911 526	2 298 894	152,2
70-89	Andre overføringer	237 398	738 882	782 431	5,9
	Sum kategori 10.00	1 216 428	1 650 408	3 081 325	86,7

## Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	240 470	240 179	240 073
	Sum kap. 0700	240 470	240 179	240 073

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2020:

- Bioteknologirådet
- Direktoratet for e-helse
- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet
- Eldreombudet
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet, inkl. Helfo
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)
- Norsk helsearkiv (Arkivverket)<sup>1</sup>
- 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 Helsenet SF
- AS Vinmonopolet

I sesjonen 2019–2020 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 19 S (2019–2020) – Endringer i statsbudsjettet 2019 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 34 L (2019–2020) – Endringer i bioteknologiloven mv.
- Prop. 36 L (2019–2020) – Endringer i pasientskadeloven (forskriftsheimel om meinerstatning mv.)
- Prop. 46 LS (2019–2020) – Lov om medisinsk utstyr og samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 288/2019 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) nr. 745/2017 om medisinsk utstyr og EØS-komi-

- teens beslutning nr. 301/2019 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) nr. 746/2017 om in vitro- diagnostisk medisinsk utstyr
- Prop. 59 L (2019–2020) – Endringer i helsepersonelloven mv. (enklere tilgang til helseopplysninger om tidligere pasienter)
- Prop. 63 L (2019–2020) – Endringer i helseregisterloven m.m. (tilgjengeliggjøring av helse-data)
- Prop. 64 L (2019–2020) – Lov om Eldreombudet
- Prop. 65 L (2019–2020) – Lov om e-helse (e-helseloven)
- Prop. 88 L (2019–2020) – Endringer i alkoholloven (justering av Vinmonopolets åpningstider mv.)
- Prop. 93 L (2019–2020) – Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (utvidet rett til brukerstyrt personlig assistanse)
- Prop. 104 L (2019–2020) – Midlertidige endringer i helseberedskapsloven (endringer for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19)
- Prop. 121 L (2019–2020) – Endringer i folketrygdloven (krav til direkte oppgjør)
- Prop. 130 L (2019–2020) – Midlertidige endringer i smittevernloven (hjemmel for forskrifter om isolering og begrensninger i bevegelsesfrihet mv.)
- Meld. St. 7 (2019–2020) – Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023
- Meld. St. 9 (2019–2020) – Kvalitet og pasientsikkerhet 2018
- Meld. St. 24 (2019–2020) – Lindrende behandling og omsorg

Helse- og omsorgsdepartementet hadde nær 207 årsverk i 2019, mot om lag 203 årsverk i 2018.

### Post 01 Driftsutgifter

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

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

Ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i Del I og generell prisjustering foreslås ingen

endringer sammenliknet med saldert budsjett 2020.

## Kap. 701 E-helse, helseregistre mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	557 148	486 537	767 715
70	Norsk Helsenett SF	140 526	152 297	153 885
71	Medisinske kvalitetsregistre	38 866	38 666	38 724
72	Nasjonale e-helseløsninger		490 900	505 375
	Sum kap. 0701	736 540	1 168 400	1 465 699

Vesentlige endringsforslag, utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i Del I og generell prisjustering:

Bevilgningen foreslås økt med:

- 93 mill. kroner til felles kommunal journal-løsning (Akson)
- 189 mill. kroner til steg 1 samhandlingsløsning
- 35 mill. kroner til Helseanalyseplattformen
- 3,8 mill. kroner til beredskapskostnader til koronapandemien. Det er lagt til grunn behov for beredskapskostnader første halvår 2021

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner til kap. 744, post 21 knyttet til myndighetsoppgaver og arbeidet med informasjonssikkerhet og grunndata.

Bevilgningen foreslås redusert med 50 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon over kap. 3701, post 02, jf. omtale der.

Digitale løsninger gjør det mulig å levere helsetjenester av høy kvalitet samtidig som vi ivaretar en bærekraftig utvikling for helse- og omsorgssystemet. Derfor arbeider regjeringen med å realisere målene for Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal. Regjeringen satser på gode digitale innbyggertjenester, modernisering av sektorens journalløsninger og bedre bruk av helsedata.

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 ivaretatt 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.

### Anmodningsvedtak

Samarbeid mellom helseregistre og andre aktører

Vedtaket nr. 658, 18. mai 2016

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

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

I Innst. 11 S. (2019–2020) fremgår det at komiteen vil avvente med å utkvittere vedtaket til det foreligger resultater fra høringen av forslag til endringer i helseregisterloven og beslutninger er fattet. Høringen er gjennomført og følges opp gjennom Prop. L 63 (2019–2020) Endringer i helseregisterloven m.m. (tilgjengeliggjøring av helsedata) som er til behandling i Stortinget. Forslag til endringer i helseregisterloven skal gi enklere tilgang til helsedata til helseanalyser og forskning. Lovforslaget inkluderer regulering av en nasjonal organisatorisk og teknisk løsning for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata (Helsedataservice og helseanalyseplattformen). Videre følges vedtaket opp gjennom bevilgningen til investeringene i helseanalyseplattformen. Regjeringen foreslår å

styrke bevilgningen til helseanalyseplattformen med 35 mill. kroner i 2021 i tråd med anbefalt styringsramme for tiltaket, jf. kap. 701, post 21. Midlene skal bl.a. dekke investeringer i analyserom, dataplattform og avanserte analysetjenester som er avgjørende for å utvikle helseanalyseplattformen som et økosystem for helseanalyse, hente ut gevinstpotensialet og realisere ambisjonene om næringsutvikling og innovasjon. Se også Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker oppfølging og gjennomføring av tiltak som bidrar til digitaliseringen av helse- og omsorgstjenesten, samt bedre utnyttelse av helsedata, herunder videreutvikling av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Bevilgningen foreslås økt med:

- 93 mill. kroner til felles kommunal journalløsning (Akson)
- 189 mill. kroner til steg 1 samhandlingsløsning
- 35 mill. kroner til Helseanalyseplattformen

Bevilgningen foreslås redusert med 50 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon over kap. 3701, post 02 jf. omtale der.

EPJ-løftet for fastleger, privatpraktiserende spesialister og fysioterapeuter videreføres med 20 mill. kroner for avtaleåret 2020/2021.

### Én innbygger – én journal

Regjeringen viderefører arbeidet med å modernisere journalløsningene gjennom tre strategiske tiltak: felles journalløsning i helseregion Midt-Norge, samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journaløsninger, og felles journalløsning for kommuner utenfor helseregion Midt-Norge. Disse journaltiltakene skal understøttes av etablerte og nye nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter.

I Midt-Norge arbeides det med innføring av ny felles journalløsning for sykehus, kommuner og fastleger. Helseplattformen AS ble opprettet 1. mars 2019 av Helse Midt-Norge RHF. Alle kommuner i regionen har opsjon på å slutte seg til journaløsningen. I 2019 utløste Trondheim kommune sin opsjon og gikk inn som eier i selskapet. Arbeidet med Helseplattformen ligger anslagsvis tre til fire år foran arbeidet med felles kommunal journalløsning for kommunene utenfor helseregion Midt-Norge. Det videre arbeidet med felles kommunal journalløsning vil på den måten

kunne dra nytte av erfaringer fra Helseplattformen.

Det pågår også en samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journaløsninger. De regionale helseforetakene leverte en felles plan 1. desember 2019 som redegjør for status og planer for arbeidet med å modernisere journalsystemene. Som oppfølging av rapporten ble Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF bedt om å samarbeide om innføring av nytt journalsystem og kurveløsninger. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å lede arbeidet. Det skal legges til grunn et tidsløp for arbeidet med journaløsninger som gjør samhandling mellom helseforetakene og kommunene mulig.

### Felles kommunal journalløsning og helhetlig samhandling

Det foreslås 93 mill. kroner til programaktiviteter for felles kommunal journalløsning og 189 mill. kroner til steg 1 samhandlingsløsning.

Direktoratet for e-helse fikk våren 2019 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt og utarbeide et sentralt styringsdokument, basert på konseptvalget «Løsning for helhetlig samhandling og felles kommunal journal i kommunal helse- og omsorgstjenesten», jf. omtale i Prop. 1 S (2019–2020). Det anbefalte konseptet har fått arbeidstitelen Akson.

Forprosjektet har anbefalt at Akson realiseres ved: 1. Felles kommunal journalløsning etableres fasedelt med stegvis utvikling og innføring. 2. Målbildet for helhetlig samhandling nås gjennom en stegvis tilnærming med flere tiltak. Det sentrale styringsdokumentet inneholder en beskrivelse av gjennomføringen for felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretningen for samhandling. Se nærmere omtale i boks 4.1. Styringsunderlag og kostnadsestimeringen for investeringene i felles kommunal journalløsning og steg 1 i samhandlingsløsningen ble eksternt kvalitetssikret (KS2) våren 2020, i tråd med statens prosjektmodell.

Akson-navnet forbeholdes i det videre til arbeidet med å realisere felles kommunal journalløsning.

### Den eksterne kvalitetssikringen (KS2)

Det er i den eksterne kvalitetssikringen vurdert at tiltaket, slik det er beskrevet av forprosjektet, ikke gir tilstrekkelig trygghet for at målene for det valgte konseptet nås og at identifiserte nyttegevinster kan realiseres. Dette begrunnes i at det leg-



ges opp til frivillig deltakelse, lav grad av nasjonal styring for journalløsningsen og at det bare er første steg av samhandling som er definert. Det ble i den eksterne kvalitetssikringen også vurdert at den samlede risikoen knyttet til gjennomføringen er meget høy, og at det er nødvendig å beskrive den stegvise utviklingen og faseinndelte innføringen av felles kommunal journalløsning for å redusere tilhørende risiko. Arkitekturprinsippene som er lagt til grunn støttes av kvalitetssikringen og prinsippene vil kunne legge til rette for at journalløsningsen kan bli en moderne plattformbasert løsning i et større økosystem som tilrettelegger for innovasjon og tjenesteutvikling.

Primært anbefaler den eksterne kvalitetssikringen en løsning for felles kommunal journal med statlig tjenesteleverandør og pålegg om bruk fra kommuner, fastleger og andre avtaleparter. Det er vurdert at dette vil redusere risiko og øke gjennomføringsevnen. Sekundært er anbefalingen en kommunal tjenesteleverandør og krav om minimum 85 pst. forpliktende deltakelse fra kommuner og fastleger før anskaffelsen kunngjøres. Det anbefales at sentralt styringsdokument for felles kommunal journalløsning oppdateres og etterfølges av ny kvalitetssikring. Samtidig anbefales det at tiltaket bør videreføres og gis finansiering for 2021, men at finansieringsbeslutning for resten av tiltaket utsettes til etter ny kvalitetssikring.

Den eksterne kvalitetssikringen anbefaler at samhandlingsløsningen endres til å bli en nasjonal plattform for helhetlig samhandling for helse- og omsorgssektoren. Videre at oppstart av forprosjekt steg 2 forseres.

Kostnadsestimatene vurderes å være komplette, gjennomarbeidede, konsistente og transparente. Den samfunnsøkonomiske analysen fra forprosjektet har beregnet nåverdien av investeringen til 2,9 mrd. kroner. Det er i tillegg identifisert flere ikke-prissatte gevinster. Anslaget er basert på en del usikre forutsetninger, bl.a. at man lykkes med en løsning som holder høy kvalitet, at deltakelsen fra kommunene blir høy (85 pst.) og at kommunene vil realisere lite nytte utenfor felles kommunal journalløsning. Under disse forutsetningene er det i den eksterne kvalitetssikringen vurdert at det oppdaterte anslaget for den samfunnsøkonomiske lønnsomheten er rimelig. Det bemerkes at den samfunnsøkonomiske verdien kan være høyere ved realisering av ytterligere steg i samhandlingsløsningen.

Den eksterne kvalitetssikringen går god for kostnadselementene i forprosjektet og anbefaler følgende styringsrammer (2021-kroner inkl. merverdiavgift):

- Felles kommunal journalløsning: Styringsramme (P50) 8,92 mrd. kroner, hvorav 4,96 mrd. kroner til programmet Akson journal og 3,96 mrd. kroner til lokale innføringskostnader.
- Steg 1 samhandling: Styringsramme (P50) 754 mill. kroner.

#### *Departementets samlede vurdering*

Det er avdekket et klart behov for felles kommunal journalløsning for kommunene utenfor helse-region Midt-Norge. Det er departementets vurdering at det kommunale sørge-for-ansvaret og virksomhetenes krav til å ha forsvarlige journalløsninger tilsier at gjennomføring av felles kommunal journalløsning legges i en kommunal styringslinje. Det er departementets vurdering at dette best gjøres gjennom et selskap med kommunalt majoritetseierskap. Statens videre rolle, herunder en eventuelt statlig minoritetspost i selskapet, utredes nærmere før det legges fram for Stortinget. Et utvalg foregangskommuner, KS og Helse- og omsorgsdepartementet har nedsatt en styringsgruppe som skal forberede arbeidet med å etablere selskapet. Direktoratet for e-helse skal bistå styringsgruppen med forberedende aktiviteter og nødvendig faglig bistand fram mot etablering av selskapet.

Bruk av felles kommunal journalløsning skal i utgangspunktet ikke være lovpålagt for kommuner, fastleger og andre avtaleparter. Departementet vurderer at frivillighet og solid forankring i kommunene er nødvendig for å sikre eierskap, redusere gjennomføringsrisiko og øke deltagelsen. Det er også i tråd med rådene departementet har fått av Digitaliseringsrådet om å sikre lokalpolitisk forankring av tiltaket. I den videre gjennomføringen skal det være stegvis utvikling og stoppunkter som mekanisme for å redusere risiko. Gjennomføringen av felles kommunal journalløsning organiseres som et program (programmet Akson journal).

Det legges til grunn en stegvis tilnærming til realisering av målene for samhandling i helse- og omsorgssektoren for å redusere usikkerhet og risiko. Departementet støtter den eksterne kvalitetssikringens anbefaling om å forserer forprosjekt for samhandling steg 2. Styringsdokumentet for steg 2 skal beskrive nasjonale samhandlingsløsninger i en helhet, inklusiv gjenstående aktiviteter i steg 1. En helhetlig programstruktur for samhandling skal inngå i vurderingen av forprosjektet for steg 2. For å oppnå god samhandlingsevne mellom virksomheter i helse- og omsorgssekto-

ren er det nødvendig å stille krav til IKT-systemene for alle aktører i sektoren. Direktoratet for e-helse skal etablere felles prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling på tvers av forvaltningsnivåene, også utover felles kommunal journalløsning.

I tillegg til styring og koordinering mellom de to programmene vil helhetlig styring av den nasjonale e-helseporteføljen og håndtering av avhengigheter til utviklingen i spesialisthelsetjenesten være nødvendig. Det må etableres styringsmekanismer som sikrer at avhengigheter håndteres, slik at alle parter har felles oversikt over prioriteringer, konsekvenser og forutsetninger før det fattes beslutninger.

Kostnadene til felles kommunal journalløsning fordeles mellom staten og kommunene. De består både av kostnader i programmet Akson journal og lokale innføringskostnader i den enkelte kommune. Staten finansierer den andelen av styringsrammen (P50) som er knyttet til programaktiviteter. Investeringskostnadene til steg 1 av samhandlingsløsningen finansieres i sin helhet av staten. Det forutsettes at kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold dekkes av de aktørene som tar løsningene i bruk.

Statens bidrag til programaktiviteter til Akson journal har en øvre grense på 1 340 mill. kroner over ti år med utgangspunkt i P50-estimatet. Kostnader utover det er kommunenes ansvar.

Til grunn for statens finansieringsbidrag til felles kommunal journalløsning vil det legges føringer om at:

- 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 kommunene utenfor helseregion Midt-Norge.

Statens finansiering av programaktiviteter utover 2021 og 2022 forutsetter at betingelsene i pkt. a-c er oppfylt. Regjeringen tar sikte på, når pkt. a-c er oppfylt, å fremme forslag for Stortinget om tilsagnsramme for hele statens bidrag til programaktivitetene i Akson journal. Regjeringen foreslår å bevilge 93 mill. kroner i 2021 og 186 mill. kroner i 2022. Regjeringen fremmer forslag om å bevilge 189 mill. kroner (P50) i 2021 til steg 1 i samhandlingsløsningen, innenfor en samlet kost-

nadsramme på 712 mill. kroner (P85) over fire år.

Steg 1 i samhandlingsløsningen avgrenses til prosjektene slik dette er definert av forprosjektet og eksternt kvalitetssikret gjennom statens prosjektmodell (KS2). Dette omfatter grunndata og tillitstjenester, kjernejournal, nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og røntgensvar, samt forprosjekt og ekstern kvalitetssikring av neste steg i utviklingsretningen for helhetlig samhandling. Ansvaret for gjennomføring av prosjektene i steg 1 i samhandlingsløsningen legges til Direktoratet for e-helse, og gjennomføres i samarbeid med Norsk Helsenett SF.

Bevilgningen til programmet Akson journal foreslås overført til Direktoratet for e-helse som vil forvalte tilskuddet. Kommunesektorens organisasjon KS vil være tilskuddsmottaker fram til selskapet er etablert. Nærmere føringer for utbetaling av tilskuddet vil inngå i tilskuddsregelverket.

#### E-helsetiltak for trygg og sikker legemiddel-håndtering

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 skjer trinnvis og vil gradvis 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, reseptformidleren og helsenorge.no. I tillegg skal det etableres en ny tjeneste for legemiddelforskrivning (sentral forskrivningsmodul).

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. Seks kommuner er i gang med å innføre kjernejournal i helse- og omsorgstjenesten og ytterligere 50 kommuner har foreløpig meldt inn ønske om å ta løsningen i bruk.

#### Boks 4.1 Felles kommunal journal og helhetlig samhandling

Formålet med felles kommunal journalløsning og en helhetlig samhandlingsløsning mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er å bidra til bedre samhandling mellom helseaktører, og mellom helse- og omsorgstjenesten og innbygger. Det betyr at helsepersonell og innbyggere skal ha god tilgang til informasjon om egen helse og behandling. Helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide om å gi innbyggerne helsehjelp som er effektiv, sammenhengende og som gir økt pasientsikkerhet. Det forutsetter at pasientinformasjon som allerede er registrert ved pasientens møte med behandler, skal være tilgjengelig for neste behandler med tjenstlig behov.

I dag legger ikke pasientjournaløsningene godt nok til rette for et slikt samarbeid. Konsekvensen for helsepersonell er at det brukes mye tid på å lete etter og sammenstille informasjon, og for pasienter betyr dette at sykdomshistorien må gjentas for hvert møte med ny behandler. Dette gir åpenbare farer for at vesentlig informasjon ikke blir videreformidlet korrekt.

For å gi innbyggere bedre helse- og omsorgstjenester, og samtidig gi helsepersonell en bedre arbeidshverdag, kan vi ikke fortsette med dagens fragmenterte løsninger. Derfor har 185 av 291 kommuner vedtatt å signere en intensjonserklæring om deltagelse i det videre arbeidet med felles kommunal journalløsning og helhetlig samhandling. Kommuner i helseregion Midt-Norge omfattes av det pågående arbeidet med å realisere Helseplattformen.

Til sammen 44 kommuner og over 300 helsepersonell har deltatt i utredningsarbeidet, som ledet frem til felles kommunal journalløsning og helhetlig samhandling. Dette vil innebære at helsepersonell i kommunene, bl.a. legevakt, fastleger, sykehjem, hjemmetjenesten og helsestasjoner, jobber i en felles journalløsning og vil samhandle bedre seg imellom og med spesialisthelsetjenesten.

Felles kommunal journalløsning 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 det enkelte helsepersonells ulike behov. I den eksterne kvalitetsikringsrapporten (KS2) vurderes det at de overordnende arkitekturprinsippene er tilfredsstillende beskrevet, og at det nå legges til rette for et økosystem hvor en journalplattform står sentralt. Et aspekt ved en økosystembasert plattformtilnærming er plattformens nyt-

teffekt: Ved å etablere plattformen og koble til noen aktører, oppstår insentiver for at også andre aktører knytter seg til. Løsningen skal være et samspill av IT-systemer som skal dekke et samlet behov.

Fra 2021 skal det videre arbeidet med journalløsningen ledes av foregangskommuner med bistand fra staten. Gruppen som forbereder etablering av et selskap med kommunalt majoritets-eierskap, og senere selskapet, skal ha ansvar for å oppdatere styringsdokumentet. I dette arbeidet skal prinsippene om plattformtilnærming, samhandling og stegvis gjennomføring operasjonaliseres i en gjennomføringsstrategi i tråd med K2-anbefalingen. Det tas sikte på å etablere selskapet med kommunalt majoritetseierskap innen 1. juli 2021. Programeierskapet for felles kommunal journalløsning vil også ligge i selskapet. I arbeidet skal det legges til rette for markedsdialog som gir innspill til arbeidet, og de senere anskaffelsene vil også gjennomføres i nær dialog med markedet. Anskaffelsene kan leveres gjennom samarbeid mellom flere aktører og bestå av flere system. Gjennom åpne standarder og grensesnitt skal det være mulig å bygge løsninger over tid, og fremme innovasjon og næringsutvikling. F.eks. blir det enklere for leverandører å levere vellykkede innovative teknologiløsninger til flere kommuner uten å måtte investere i lokal skreddersøm, fordi grensesnittene er like.

For samhandling er målet at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter skal utvikles over tid og gi innbyggerne og helsepersonell i sykehus, kommuner og fastleger bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt, og legge til rette for bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenester. Arbeidet med å realisere nasjonale samhandlingsløsninger skal fortsatt ligge i Direktoratet for e-helse. Dagens nasjonale e-helseløsninger, som kjernejournal, helsenorge.no og e-resept, skal fra 2021 styrkes, gjennom investeringer i bl.a. grunndataregistre for personell og virksomhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste, tillitstjenester, og nasjonal database for lab- og røntgen. Direktoratet for e-helse skal utarbeide et veikart som bl.a. skal gi en samlet oversikt over pågående utvikling og aktørenes innføring og bruk av øvrige nasjonale e-helseløsninger for samhandling. Det skal etableres et forprosjekt for helhetlig samhandling, som skal beskrive nasjonale samhandlingsløsninger i en helhet. Relevante aktører i sektoren skal bidra i arbeidet.

Direktoratet for e-helse har orientert departementet om at det er forsinkelser i tiltakene som samlet skal realisere pasientens legemiddelliste. Det skyldes bl.a. stor kompleksitet med mange involverte aktører som både må innføre ny teknologi og endre arbeidsprosesser. Direktoratet har på bakgrunn av dette fått gjennomført en ekstern vurdering av Legemiddelprogrammet. Direktoratet følger opp rapportens anbefalinger og har på oppdrag fra departementet oppdatert planene for arbeidet. I 2020 er Legemiddelprogrammet reorganisert med sterkere representasjon fra sektoren. I tråd med anbefalinger fra den eksterne vurderingen er det iverksatt en arkitekturgjennomgang av løsninger knyttet til legemiddelområdet. I 2021 er de viktigste aktivitetene innføring av kjernejournal i flere kommuner, utprøving av pasientens legemiddelliste i Helse Vest RHF og Bergen kommune, tilrettelegging for Helseplattformen, og arbeid med å få på plass en første versjon av sentral forskrivningsmodul for å redusere de tekniske hindringene for innføring av pasientens legemiddelliste. Arbeidet krever samarbeid mellom leverandører og flere ulike aktører i sektoren, og det er derfor risiko knyttet til gjennomføring av aktivitetene.

#### Nasjonalt velferdsteknologiprogram og digital hjemmeoppfølging

Nasjonalt velferdsteknologiprogram skal legge til rette for at kommunene tar i bruk og integrerer velferdsteknologi som en del av helse- og omsorgstjenesten. Programmet ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med KS og Direktoratet for e-helse. Programmet omfatter prosjekter knyttet til teknologi for trygghet- og mestring, digital hjemmeoppfølging av kronisk syke, arkitektur og infrastruktur, og sosial kontakt og verktøy for barn med nedsatt funksjonsevne.

Utbruddet av covid-19 har ført til en betydelig økning i bruk av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, spesielt digital hjemmeoppfølging. Dette har stor betydning for å redusere smittespredning fordi hjemmetjenesten kan redusere antall besøk samtidig som brukerne blir ivaretatt og føler trygghet. Kommunene har vist evne til rask omstilling og samarbeid. I tillegg har velferdsteknologiprogrammet bidratt til nasjonal koordinering under pandemien, bl.a. gjennom kartlegging av kommunenes behov og bistått KS med felles anskaffelse av elektroniske medisindispensere. En slik felles anskaffelse sparer kommunene for tid, samtidig som det letter situasjonen for leverandørene som opplever stor etterspørsel. Det

er også en fordel å samle opp behov fra flere kommuner slik at leverandørene kan tilby produkter i et større volum.

Velferdsteknologi for trygghet og mestring utgjør en stor del av programmet. Det er innen medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi (GPS), pasientvarslings- og digitalt tilsyn flest kommuner tilbyr velferdsteknologi på lik linje med andre tjenester. Ved utgangen av 2020 anslås det at 70 pst. av befolkningen bor i en kommune hvor trygghet og mestringsteknologier tilbys på lik linje med andre tjenester på minst ett anbefalt område. Det betyr at målet om at alle kommuner skal ha et slikt tilbud foreløpig ikke er nådd.

Det pågår utprøving av digital hjemmeoppfølging for kronisk syke pasienter i seks kommuner i perioden 2018–2021. Formålet med utprøvingen er å utvikle en mer helhetlig og teambasert tjeneste tilpasset brukernes behov for å gi bedre og mer kostnadseffektiv oppfølging. Utprøvingen skal bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag om hvordan tjenesten bør organiseres. Det er særlig behov for mer kunnskap om fastlegens rolle. Resultatene så langt viser at brukerne opplever at de får bedre oppfølging, er tryggere og har mer kontroll over egen helse.

I tillegg har flere kommuner prøvd ut et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi for å vurdere om en slik løsning kan gjøre det enklere å sikre effektiv deling av informasjon i tjenesten. Utprøvingen viser at knutepunktet bidrar til standardisering, økt informasjonssikkerhet, bedre datakvalitet og gjør det enklere for kommuner å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger. Basert på disse erfaringene leverer Direktoratet for e-helse en anbefaling om videre arbeid med knutepunktet høsten 2020.

Velferdsteknologiprogrammet foreslås videreført ut 2021 i påvente av endelig anbefaling fra Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å leverer anbefalingen i løpet av høsten 2020. Se nærmere omtale av prosjektene som inngår i velferdsteknologiprogrammet under kap. 761, post 21 og 68, og kap. 762, post 21 og 63.

#### Oppdaterte og tilgjengelige helsedata

Det foreslås ytterligere 35 mill. kroner til arbeidet med å realisere en nasjonal helseanalyseplattform som en del av regjeringens langtidsplan for forskning. Samlet foreslås det å bevilge 235,3 mill. kroner til Helseanalyseplattformen i 2021. Se også kap. 780, post 50. Helseanalyseplattformen kommer inn under statens prosjekt-

modell for statlige investeringsprosjekter og forslaget er i tråd med anbefalt styringsramme fra den eksterne kvalitetssikringen av tiltaket (KS2). Midlene skal dekke investeringer i analyserom, dataplattform og avanserte analysetjenester som er avgjørende for å utvikle et offentlig og kommersielt økosystem av analysetjenester for brukere av helsedata.

Helseanalyseplattformen skal bidra til bedre helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Plattformen vil forenkle tilgangen til helsedata og legge til rette for avanserte analyser på tvers av ulike datakilder som helseregistre, pasientjournaler, grunndata og andre informasjonskilder. Samtidig skal personvernet styrkes gjennom at analysene kan gjennomføres på plattformen og behovet for å utlevere data reduseres, og gjennom at det utvikles bedre løsninger for innsyn, samtykke og sporing av bruk av opplysningene.

I desember 2019 ble felles søknadsskjema tilgjengelig på helsedata.no for forskere og andre som søker om tilgang til helsedata. Søknadsskjemaet omfatter 47 datakilder og er et viktig tiltak for å gjøre tilgangen til helsedata enklere. Helsedata.no inneholder veiledning og informasjon om søknadsprosessen og hvilke data som er tilgjengelige. På helsedata.no kan brukere av data logge inn for å opprette egne variabellister, lagre påbegynte og se innsendte søknader. I løpet av 2020 vil det bli innført en felles saksbehandlingsløsning som skal bidra til mer samordnet saksbehandling mellom helseregistrene. I 2021 prioriteres arbeidet med å bygge helseanalyseplattformen med sikker teknisk plattform, analyserom og analyseverktøy, og etablere forvaltningsfunksjonen for tilgang til helsedata (Helsedataservice). Dette er viktige grunnsteiner i utviklingen av et helhetlig system for tilgang til, og analyse av helsedata.

Helse- og omsorgsdepartementet har i Prop. L 63 (2019–2020) Endringer i helseregisterloven m.m. (tilgjengeliggjøring av helsedata) foreslått lovendringer som skal gi enklere og tryggere tilgjengeliggjøring av helsedata til helseanalyser og forskning. I proposisjonen foreslår departementet regulering av Helsedataservice og helseanalyseplattformen som en nasjonal organisatorisk og teknisk løsning. Departementet foreslår videre at dagens pseudonyme reseptregister etableres som et direkte personidentifiserbart legemiddelregister, og at vilkårene for tilgjengeliggjøring og sammenstilling av helseopplysninger samles i helseregisterloven.

#### Kommunalt pasient- og brukerregister

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 innebygget personvern og løsninger for innsyn og reservasjon på helsenorge.no. Individbaserte pleie- og omsorgsdata (Iplos-data) inngår i KPR fra 2018 og omfatter informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. I 2019 rapporterte 411 av 422 kommuner Iplos-data. Se omtale under kap. 761, post 21.

KPR inneholder også oppdaterte data som viser aktivitet i den kommunale allmennlegetjenesten. Statistikk utvikles og publiseres på helsedirektoratet.no. Under koronapandemien er det økt etterspørsel etter mer oppdaterte data i registeret og Helsedirektoratet gjennomfører tiltak for å bidra til dette. Det skal tilrettelegges for hyppigere innsending av Iplos-data. I 2020 ferdigstilles et meldingsformat med sikte på innføring i kommunenes EPJ i løpet av 2021. Hyppigere innsending kan først skje fra 2022. Prioriterte områder for utvikling av KPR i 2021 er ytterligere datafangst fra allmennlegetjenesten, omsorgstjenestene og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Videre gjennomfører Helsedirektoratet 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 80 mill. kroner i 2021.

Skatteetaten startet i 2016 et prosjekt for å modernisere Folkeregisteret, jf. omtale i Prop. 1 S (2015–2016) for Finansdepartementet. Tiltaket vil gjøre informasjon raskere tilgjengelig samtidig som arbeidsprosesser forenkles og sikkerheten øker. Direktoratet for e-helse koordinerer helse- og omsorgssektorens arbeid.

Fra april 2020 ble alle nyfødte barn meldt inn elektronisk til modernisert folkeregister. Direktoratet for e-helse har sammen med Folkehelseinstituttet utviklet en digital løsning for innmelding av opplysninger om dødsfall til Folkeregisteret og Dødsårsaksregisteret. Det gjør at registrene blir raskt oppdatert og at de bl.a. kan brukes som informasjonskilde i helseberedskapsarbeid. Innføring av løsningen ble fremskyndet i 2020 grunnet utbruddet av covid-19 og arbeidet videreføres i 2021. Alle meldinger om dødsfall og dødsårsak vil

bli pålagt elektronisk innsending fra 1. januar 2022, jf. dødsårsaksregisterforskriften. I 2020 har Direktoratet og Norsk Helsenett SF etablert en ny digital løsning for distribusjon av folkeregisteropplysninger til helse- og omsorgstjenesten som skal prøves ut i 2021.

Når gammelt personregister skrur av og data overføres til nytt folkeregister vil det gi en besparelse på 5 mill. kroner. Bevilgningen til Norsk Helsenett SF vil da bli redusert med 2,5 mill. kroner f.o.m. 2023, noe som tilsvarer 50 pst. av gevinsten.

#### 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 2019 gjennomførte Helsedirektoratet en behovskartlegging i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Resultatene er presentert i rapporten *Hvor skal man begynne?* som konkluderer med at systemet ikke er tilrettelagt for tverrsektorielt samarbeid og at det er mange hindringer for å etablere sammenhengende tjenester, både organisatoriske, juridiske, kulturelle og økonomiske. I 2020 er det derfor etablert en arbeidsgruppe med en rekke aktører fra helse-, arbeids- og velferds- og utdanningssektoren som sammen skal kartlegge og identifisere behov for barn med behov for sammensatte tjenester.

#### **Post 70 Norsk Helsenett SF**

Bevilgningen dekker kostnadene til drift og forvaltning av helsenettet og Norsk Helsenett SF sitt arbeid med digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, og midler til Center for Cyber and Information Security (CCIS).

Det foreslås 2,5 mill. kroner i økt bevilgning til beredskapskostnader til koronapandemien herunder til veksten i kostnader til forvaltning og drift av medlemsbaserte tjenester. Det er lagt til grunn behov for beredskapskostnader første halvår 2021.

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner til kap. 744, post 21 knyttet til myndighetsoppgaver i arbeidet med informasjonssikkerhet og grunndata.

#### Rollen som nasjonal tjenesteleverandør

Norsk Helsenett SF skal som nasjonal tjenesteleverandør på e-helseområdet bidra til bedre e-helsetjenester, mer effektiv oppgaveløsning og bedre

bruk av det private leverandørmarkedet. Norsk Helsenett SF overtok fra 1. januar 2020 de nasjonale e-helseløsningene helsenorge.no, kjernejournal, e-resept, grunndata og helseID fra Direktoratet for e-helse. Se post 72 for nærmere omtale av de nasjonale e-helseløsningene.

Norsk Helsenett SF har ansvaret for helsenettet som er helse- og omsorgstjenestens felles infrastruktur for elektronisk samhandling. Alle sykehusene i Helse Nord RHF, Helse Midt Norge RHF og Helse Vest RHF har gått over til å bruke stamnettet som er etablert for økt sikkerhet og redundans. Arbeidet med overgang for Helse Sør-Øst RHF pågår. Alle sykehus og datasenter i regionen vil kobles til ny infrastruktur etter hvert som den blir klar. Første fase i prosjektet er etablering av infrastruktur mellom datasenter som etter planen skal tas i bruk i 2021. Norsk Helsenett SF skal ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av infrastruktur i helse- og omsorgssektoren, og legge til rette for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling. Norsk Helsenett SF har i 2019 har gjennomført tekniske løft på infrastrukturen og optimalisert datasentrene med tanke på sikkerhet, tilgjengelighet og økonomi.

Norsk Helsenett SF har ansvar for forvaltning av elektronisk meldingsutveksling og bidrar til koordinert innføring i sektoren. Antall elektroniske meldinger som sendes over helsenettet øker hvert år. I 2019 ble det sendt omtrent 212 millioner meldinger. Det pågår arbeid med å innføre nye standarder for bl.a. helsefaglig dialog og nye versjoner av henvisningsmeldinger. Videre har statsforetaket i 2019 lagt til rette for å teste ut knutepunkt for velferdsteknologi og bidratt i arbeidet med å samordne medisinske kvalitetsregistre og øvrige nasjonale helseregistre. Ved utgangen av 2019 var det i alt 40 medisinske kvalitetsregistre som var i drift hos Norsk Helsenett SF.

Under utbruddet av covid-19 opplevde Norsk Helsenett SF stor etterspørsel fra både helseforvaltningen og helse- og omsorgssektoren. Statsforetaket har lagt til rette for økt bruk av video- og e-konsultasjon og hjemmekontor, og tilrettelagt de nasjonale e-helseløsningene med ny funksjonalitet. Gjennom dette arbeidet bidro statsforetaket både til tilgjengelige helse- og omsorgstjenester og en effektiv helseforvaltning.

I tråd med Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester (Helsenæringsmeldingen), skal markedet i størst mulig grad benyttes til utvikling av nye tjenester og løsninger. Det skal legges til rette for innovasjon og næringsutvikling gjennom utvikling av standardiserte og åpne grensesnitt. Arbeidet

med å tilrettelegge helsenorge.no for innovasjon og næringsutvikling pågår. Det er åpnet opp for at leverandører av teknologi for videokonsultasjon kan levere løsninger på helsenorge.no. Videre pågår et arbeid med å legge til rette for leverandører av ulike selvhjelps- og mestringsverktøy. Dette vil bidra til at nye tjenester kan realiseres raskere.

#### Digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Norsk Helsenett SF skal sørge for en sikker og trygg infrastruktur for effektiv samhandling mellom aktører i helse- og omsorgssektoren, og bidra til at den nasjonale helseberedskapen blir ivarettatt, jf. Nasjonal helseberedskapsplan. Norsk Helsenett SF skal bidra til godt samarbeid med relevante aktører, inkludert Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet mv.

Norsk Helsenett SF arbeider med å spre informasjon om informasjonssikkerhet i sektoren. Gjennom HelseCERT, helsetjenestenes kompetansemiljø for operativ informasjonssikkerhet, samarbeider Norsk Helsenett SF tett med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), Nasjonalt cybersikkerhetssenter (NCSC) og øvrige sektors responsmiljøer (CERTer) for å oppdage, forebygge og håndtere ondsinnede inntrengingsforsøk og uønskede hendelser. HelseCERT tilbyr Nasjonalt beskyttelsesprogram til helse- og omsorgstjenesten. I programmet inngår en sensorplattform for å oppdage ondsinnet aktivitet på helsenettet. Dette bidrar til å ivareta informasjonssikkerheten i nasjonale e-helseløsninger og i sentrale deler av infrastrukturen. Gjennom Nasjonalt beskyttelsesprogram for helse- og omsorgssektoren har HelseCERT etablert godt samarbeid med de regionale helseforetakenes sikkerhetsmiljøer, med landets kommuner, og øvrige medlemmer i programmet. Dette samarbeidet skal videreutvikles. I 2019 er det gjennomført inntrengingstester hos helseregioner, kommuner og andre virksomheter i sektoren og 400 virksomheter deltar i Nasjonalt beskyttelsesprogram. HelseCERT har i 2019 også gjennomført øvelser internt og samlet aktører fra helseregionene for å trene på uønskede hendelser.

#### *Center for Cyber and Information Security (CCIS)*

Center for Cyber and Information Security 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. Nasjonal strategi for digital sikkerhet viser til et betydelig behov for kompetansebygging på dette området. I 2020 ga Helse- og omsorgsdepartementet sentret i oppdrag å utrede et etter- og videreutdanningsprogram for digital sikkerhet for ansatte i offentlig sektor. Bevilgningen til CCIS på 2,1 mill. kroner foreslås videreført i 2021.

#### **Post 71 Medisinske kvalitetsregistre**

Bevilgningen dekker finansiering av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord. 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.

Det er etablert en ny modell for organisering og styring av det interregionale samarbeidet om medisinske kvalitetsregistre, bl.a. som en oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse av helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål. Det interregionale fagdirektørmøtet har styringsgruppeansvaret for kvalitetsregisterfeltet, og behandler saker for beslutning på vegne av de regionale helseforetakene. Tidligere interregionale styringsgruppe er erstattet av en interregional arbeidsgruppe, bestående av leder for Nasjonalt servicemiljø i SKDE, representant med kvalitetsregisterkompetanse fra hver helseregion, representant for et samordnet IKT-miljø, representant for et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister og en brukerrepresentant. Ledelsen av arbeidsgruppen rullerer mellom de regionale helseforetakene mens Nasjonalt servicemiljø i SKDE er sekretariat.

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 2020. Etter forskrift om medisinske kvalitetsregistre er det meldeplikt til registre med nasjonal sta-

tus. I 2019 ble det innført en prøveordning i innsatsstyrt finansiering (ISF), hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre for å øke dekningsgraden. Det er for tidlig å vurdere effekten av ordningen som fortsetter i 2021. Målet er at etter 5 års drift skal nasjonale medisinske kvalitetsregistre ha en dekningsgrad på minst 80 pst. I alt 24 kvalitetsregistre hadde en dekningsgrad på over 80 pst. i 2018, mens ytterligere 13 registre hadde dekningsgrad på over 60 pst. Oppdaterte tall for 2019 kommer høsten 2020. I 2018 offentliggjorde alle registrene med nasjonal status resultater på dekningsgrad og kvalitetsindikatorer via resultatportalen på [www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no).

De regionale helseforetakene har utarbeidet en plan for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre som prioriterer psykisk helsevern og rus. Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (Kvarus) ble etablert som nasjonalt register i 2020, og flere kvalitetsregistre innenfor psykisk helsevern er under utvikling. Norsk pandemiregister ble etablert med utgangspunkt i Norsk intensivregister i mars 2020, og samler inn data fra pasienter med covid-19 som er innlagt på norske sykehus.

De regionale helseforetakene og fagmiljøene knyttet til kvalitetsregistrene deltar i det nasjonale arbeidet med helseanalyseplattformen og med å utvikle felles løsninger i regi Helsedataprogrammet, og i arbeidet med å realisere én innbygger – én journal. Det er et mål å automatisere datainnsamlingen og dreie ressursene fra datahenting, til kvalitetssikring og analyse av data fra kvalitetsregistre. Se også omtale i del III, kap. 5 spesialisthelsetjenesten.

## Post 72 Nasjonale e-helseløsninger

Bevilgningen dekker kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, [helsenorge.no](http://helsenorge.no), grunndata og helseID. Bevilgningen dekker også kostnader til forvaltning og drift av meldeportalen *En vei inn*.

Det foreslås 1,3 mill. kroner i økt bevilgning til beredskapskostnader til koronapandemien herunder til veksten i kostnader til nasjonale e-helseløsninger. Det er lagt til grunn behov for beredskapskostnader første halvår 2021.

### Nasjonale e-helseløsninger

Nasjonale e-helseløsninger gjør helseinformasjon og -tjenester mer tilgjengelig for innbyggere og

helsepersonell. Løsningene er viktige for at virksomheter og personell skal kunne sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for innbyggerne. Løsningene bør benyttes av alle relevante aktører i tjenesten for å gi mest mulig nytte.

Kjernejournal gir helsepersonell innsyn i nødvendig pasientinformasjon. Kjernejournal er innført på alle sykehus, alle legevakter og på 90 pst. av fastlegekontorene. Innføring pågår på sykehjem og i hjemmetjenestene. Innbyggere har tilgang til egen kjernejournal via [helsenorge.no](http://helsenorge.no). Antall oppslag i kjernejournal av helsepersonell har passert 100 000 per måned. Mellom januar og mars 2020 viser målingene en økning på 51 pst. for fastleger. Koronapandemien har sannsynligvis ført til et økt informasjonsbehov, og derigjennom økningen i antall oppslag. I juli 2020 ble kjernejournal tilført ny funksjonalitet for å tilgjengeliggjøre covid-19 relaterte prøvesvar for helsepersonell.

E-resept er en løsning for sikker overføring av resepter mellom rekvirenter, apotek og bandasjister. Løsningen bidrar til at helsepersonell får bedre oversikt over pasientens gyldige resepter og at pasienter får oversikt over egne resepter via [helsenorge.no](http://helsenorge.no). E-resept er tatt i bruk av fastleger, legevakter, sykehus, avtalespesialister, apotek, bandasjister, nettapotek og noen tannleger. Over 90 pst. av alle resepter er nå elektroniske.

[Helsenorge.no](http://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](http://helsenorge.no) har også informasjon om kliniske studier. Tjenester for innhenting av samtykke og dialog mellom forskere og forskningsdeltakere er under utvikling. I 2019 økte antall innbyggere som har tatt i bruk [helsenorge.no](http://helsenorge.no) fra 2,4 mill. til 3,2 mill. Antall besøk samme år var på 37,2 mill., mens selvbetjenings-tjenestene som innsyn i journal, oversikt over resepter, og dialog med helsetjenesten hadde 20,5 mill. besøk. Om lag 50 pst. av fastlegene har per mai 2020 tatt i bruk tjenesten for digital dialog med innbygger på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). Bruk av [helsenorge.no](http://helsenorge.no) har økt betydelig under covid-19 pandemien. Under pandemien har portalen blitt brukt til å gi kvalitetssikret informasjon, råd og veiledning om covid-19 til innbyggerne og det ble etablert et skjema for selvrappotering av symptomer. Videre ble det utviklet funksjonalitet for enklere digital dialog mellom innbyggere og fastleger, og tilgang til covid-19 relaterte prøvesvar.

Nasjonale e-helseløsninger omfatter også grunndata som gir tjenesten tilgang til ulike regis-



tre 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 omsorgssektoren. I 2019 har grunddataplattformen hatt totalt 4,3 mrd. oppslag. Dette er en økning på 180 pst. sammenlignet med 2018. Veksten i oppslag er tidoblet de siste 10 årene. Det arbeides kontinuerlig for å sikre en solid og tilgjengelig plattform som kan ivareta den økte trafikken. HelseID er under utvikling. Løsningen skal forenkle kommunenes pålogging til de nasjonale e-helseløsningene og styrke sikkerheten ved deling av informasjon mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren.

#### Forslag til lov om e-helse

Helse- og omsorgsdepartementet har i Prop. 65 L (2019–2020) Lov om e-helse (e-helseloven) foreslått bestemmelser som skal sikre at hele helse- og omsorgstjenesten tar i bruk e-resept, kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata og helseID. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår en plikt for Norsk Helsenett SF til å levere nasjonale e-helseløsninger, og en hjemmel slik at departementet i forskrift kan bestemme at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal gjøre løsningene tilgjengelige i virksomheten og betale for forvaltning og drift. Se også omtale av lovforslaget under kap. 744 Direktoratet for e-helse.

Lovforslaget åpner for at departementet i forskrift kan bestemme når plikten skal iverksettes, avhengig av hva som kreves av lokale tiltak og nasjonal utvikling før løsningene kan tas i bruk. Det er i hovedsak utfordringene for kommunene som er bakgrunnen for at det er åpnet for denne muligheten. Forutsetningene for å innføre en plikt for kommunene skal vurderes nærmere i forskriftsarbeidet. Departementet samarbeider med KS om mulige tiltak for å styrke innføring av

nasjonale e-helseløsninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet bidrar med økonomisk støtte til kompetanse- og innføringsnettverk i regi av KS.

#### Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte høsten 2019 et teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger. Utvalget skal legge fram best mulig vurdering av tallgrunnlaget for beregnede kostnader til forvaltning og drift av eksisterende nasjonale e-helseløsninger og 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, Apotekforeningen, og Norsk Helsenett SF. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett er sekretariat for utvalget.

#### Meldeportalen Én vei inn

Én vei inn er en felles meldeportal for melde- og varselplikter som er pålagt helse- og omsorgstjenesten. Målet er å gjøre det enklere å melde og dermed redusere underrapportering av hendelser som svekker pasientsikkerheten.

Løsningen ligger på [www.melde.no](http://www.melde.no) og omfatter i 2020 bivirkninger av legemidler, vaksiner, medisinsk og elektromedisinsk utstyr, kosmetikk, varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Undersøkelseskommissjonen, samt grunnleggende felles funksjonalitet gjennom felles inngang og toveis dialog. Portal for pasienter og pårørende er under etablering. Påkopling av flere meldeordninger, videreutvikling og utvikling av ny funksjonalitet med tilhørende økte drift og forvaltningskostnader, finansieres i hovedsak av eiere og brukere av løsningen. Se nærmere omtale under kap. 781, post 21.

## Kap. 3701 E-helse, helseregistre mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
02	Diverse inntekter	294 126	128 618	82 070
	Sum kap. 3701	294 126	128 618	82 070

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås redusert med 50 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon i utgifter over kap.

701, post 21, knyttet til reduksjon som følge av at den fireårige støtten fra Norges forskningsråd til helseanalyseplattformen er avsluttet.

## Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	23 824	25 426	27 739
22	Beredskapslagring legemidler			1 100 000
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 877	4 002	4 130
	Sum kap. 0702	27 701	29 428	1 131 869

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- Bevilgningen foreslås økt med 1,6 mill. kroner over post 21 til videreføring av pilot for Emergency Medical Team (NOREMT). Samlet foreslås det 9 mill. kroner, herav Justis- og beredskapsdepartementet med 2,7 mill. kroner og Utenriksdepartementet med 4,7 mill. kroner
- Bevilgningen foreslås økt med 1 100 mill. kroner over ny post 22 Beredskapslagring legemidler

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

Helseberedskapen bygger på folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestens daglige virke, i tråd med ansvars-, nærhets-, likhets- og samvirkeprinsippet. Helseberedskapsloven og øvrig helselovgivning regulerer ansvar og finansiering ivaretas i hovedsak over driftsbudsjettene.

Nasjonal helseberedskapsplan beskriver lov- og plangrunnlag, aktører, roller, ansvar, og viser

sektorens systematiske risikostyring av samfunnssikkerhet og beredskap. Helsedirektoratet får ifølge planen som hovedregel delegert fullmakt til å koordinere sektorens innsats ved kriser. Andre sentrale beredskapsetater er Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk, Mattilsynet, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, Direktoratet for e-helse og Statens helsetilsyn. Fylkesmannen er bindeledd mellom lokalt og sentralt nivå og har en samordningsrolle i fylket. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester og skal ved kriser kunne legge om, og utvide driften. Tilsvarende har kommunene 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. Nasjonal helseberedskapsplan er supplert av spesialiserte planer på enkeltområder, som Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.

Mål for 2021 er å bevare og forsterke:

- Sikkerhet, beredskap og krisehåndteringsevne basert på systematisk risikostyring
- Beredskapen mot pandemier/alvorlige smittsomme sykdommer og farlige stoffer
- Kritisk infrastruktur som strøm, IKT, drikkevann, legemidler, utstyr og materiell
- Sivilt-militært samarbeid nasjonalt og internasjonalt

Sikkerhet, beredskap og krisehåndteringsevne basert på risikostyring

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

Sommeren 2021 er det 10 år siden terrorangrepet mot regjeringskvartalet og Utøya 22. juli. Evaluering av denne og andre tidligere hendelser og øvelser har avdekket læringspunkter, men har konkludert med at hovedinnretningen på helseberedskapen i Norge er god. Eksempler på større hendelser og øvelser hvor sektoren har tatt i bruk beredskapsplanverk er Ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015, skredulykken i Longyearbyen 2015, cyberangrepet på Helse Sør-Øst RHF 2018, vannforurensningen på Askøy 2019 og Trident Juncture 2018. Overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger for 2019 viste også at helseberedskapen er god, samtidig som de pekte på behov for å styrke beredskapen for legemidler, drikkevann og IKT.

Dette var regjeringen godt i gang med å følge opp da varselet kom om et smitteutbrudd i Kina tidlig i januar 2020. Regjeringen har siden den gang håndtert Koronautbruddet med det formål å slå ned og ha utbruddet under kontroll, ved hjelp av grunnleggende smitteverntiltak i befolkningen og alle sektorer, sørget for utstrakt testing, isolering, sporing og karantene (TISK), innsats for å skaffe vaksiner og bygge opp kapasitet i helse- og omsorgstjenestene. Viktige tiltak er å bygge opp intensivkapasitet, kompetanse, beskyttelsesutstyr, legemidler og respiratorer. Strategi og tiltak vurderes jevnlig basert på oppdaterte risikoanalyser og erfaringer. HOD bidrar også med innspill til Koronakommisjonen.

Departementet vil videreføre pilot for Emergency Medical Team (NOR EMT) i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Utenriksdepartementet. Helsedirektoratet leder piloten

i samarbeid med de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, Forsvaret og frivillige organisasjoner. NOR EMT er medisinske team som kan ivareta prehospita triage, stabilisering og livreddende behandling av pasienter en avgrenset periode i et land som er rammet av en krise. Personellet er rekruttert fra ordningen med helseteam, som ble etablert etter tsunamien i 2004 for å støtte Utenriksdepartementet med å bistå norske borgere ved kriser i utlandet. NOR EMT er et supplement til mottakerlandets helsetjeneste og ikke-statlige aktørers innsats i akutte kriser. NOR EMT ble godkjent av WHO i 2018 og er meldt inn som kapasitet til EU. Norge har sendt NOR EMT til innsats under meslingsutbruddet i Samoa desember 2019 og til Bergamo i Italia april 2020. EMT er sendt ut til Hellas i september for å bistå i forbindelse med brannen i Moria-leiren. Det skal gjennomføres en ekstern og uavhengig evaluering av NOR EMT innen 1. juni 2022, som grunnlag for beslutning om permanent etablering fra 2023.

Beredskapsplaner for medisinsk evakuering ved masseskader i fred, krise og krig og kapasiteter for luftevakuering av høysmittepasienter er under utvikling, bl.a. basert på erfaringer fra Nasjonal helseøvelse og Trident Juncture 2018. Helsedirektoratet leder arbeidet, i samarbeid med de regionale helseforetakene, de øvrige nødetatene og Forsvaret. Dette er områder hvor Norge også samarbeider internasjonalt, bl.a. på nordisk og europeisk nivå.

Ny lov om nasjonal sikkerhet trådte i kraft 1. januar 2019. Hovedformålet med loven er å trygge nasjonale sikkerhetsinteresser og å forebygge, avdekke og motvirke sikkerhetstruende virksomhet. Nasjonale sikkerhetsinteresser ivaretas ved å beskytte grunnleggende nasjonale funksjoner (GNF). Slike funksjoner er tjenester, produksjon og andre former for virksomhet der et helt eller delvis bortfall av funksjonen vil få konsekvenser for statens evne til å ivareta nasjonale sikkerhetsinteresser. For å trygge nasjonale sikkerhetsinteresser, legger regelverket opp til at vi skal beskytte skjermingsverdige verdier, som informasjon, informasjonssystemer, objekt og infrastruktur som er vesentlig for å opprettholde de nasjonale sikkerhetsinteressene. Departementene skal i samsvar med sikkerhetsloven § 2-1 identifisere GNF. Departementet fastsatte GNF for eget myndighetsområde høsten 2019. Departementet har gitt oppdrag til virksomheter i sektoren om å utarbeide skadevurderinger med bakgrunn i identifiserte GNF. Skadevurderingene vil danne grunnlag for senere utpeking og klassifisering av even-

tuelle skjermingsverdige verdier, samt 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. Departementet har gjennomført en betydelig del av arbeidet. Inntil det er fattet vedtak etter ny lov, gjelder alle vedtak fattet etter den gamle loven. Dette betyr bl.a. at objekter klassifisert etter gammel sikkerhetslov også er klassifiserte etter ny lov, jf. kgl.res. 20. desember 2018.

#### Helseberedskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer

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). Helsesektorens beredskap mot CBRNE-hendelser bygger på smittevernet, miljørettet helsevern, og atomberedskapen, supplert av spesialiserte planer og kompetansemiljøer. Det er systemer for overvåkning, varsling, måling, analyse og tiltak for å forebygge og møte slike hendelser. Folkehelseinstituttet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har fageksperter og kan bistå kommuner og andre ved hendelser. Nasjonal behandlingstjeneste for personer utsatt for kjemiske og biologiske agens, radioaktiv stråling og eksplosiver (CBRNE-skader) er lagt til Helse Sør-Øst RHF og Oslo Universitetssykehus. Koordinert håndtering i akuttfasen av atomulykker og hendelser ivaretas av Kriseutvalget for atomberedskap, som ledes av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, med deltakere fra Helsedirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret, Politidirektoratet, Mattilsynet, Kystverket og Utenriksdepartementet. Tilsvarende har departementet i 2019 etablert et Beredskapsutvalg mot biologiske hendelser for å koordinere utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og fastsatt en Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer for å sikre en felles nasjonal beredskapsplanlegging for å håndtere slike utbrudd. Dette i tråd med Nasjonal strategi for CBRNE beredskap 2016–2020 og Meld. St. 19 (2019–2020) Folkehelsemeldingen, Gode liv i et trygt samfunn. Stortinget vedtok ny smittevernlov juni 2019. Folkehelseinstituttet har ansvar for forsyning av vaksiner og vaksineberedskap. Det vises til omtale under kap. 710 Vaksiner mv. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal fortsette å styrke målekapasitet og forberede en

nasjonal atomberedskapsøvelse. Det vises til omtale under kap. 747.

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

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

De regionale helseforetakene og helseforetakene har over tid utviklet styringssystemer og styrket informasjonssikkerheten. Informasjonssikkerhet dreier seg om å verne om integriteten, tilgjengeligheten og konfidensialiteten til dataene i systemene. En skal håndtere risiko og sette i verk tiltak slik at data, herunder pasientopplysninger, sikres på en tilfredsstillende måte. Det systematiske forbedringsarbeidet omfatter tiltak for teknologi, prosesser, rutiner og kultur. Det er etablert læringssløyfer for å lære av uønskede hendelser både i helseforetakene og mellom helseregionene. Systemleverandørene er en integrert del av disse læringssløyferne. Uønskede hendelser som dataangrepet mot Helse Sør-Øst i 2018 har vist at helseforetak kan bli mål for vilde handlinger. Erfaringene man gjorde seg ved denne hendelsen har man tatt med seg i det kontinuerlige forbedringsarbeidet med å redusere sårbarheter og dermed risikoen for at lignende hendelser kan skje igjen, og man har videreutviklet systemer for å oppdage og håndtere slike hendelser. De regionale helseforetakene har i denne sammenheng også kartlagt virkeområdet for Lov om nasjonal sikkerhet som et ledd i arbeidet.

Når det gjelder legemiddelberedskap har de regionale helseforetakene og helseforetakene ansvaret for legemiddelberedskapen i spesialisthelsetjenesten, mens legemiddelgrossistene plikter å ha beredskapslager av enkelte legemidler til bruk i primærhelsetjenesten for minst to måneders ordinær omsetning, jf. vedlegg til grossistforskriften. Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Som supplement forvalter Helsedirektoratet avtaler med grossister om beredskapslagre av antivirale legemidler og jod, samt materiell. De siste årene har det oppstått stadig flere situasjoner med legemiddelmangel. Dette er en global utfordring. De viktigste årsakene til mangelsituasjoner er produksjonsproblemer, at legemidler trekkes fra markedet, logistikkproblemer og rask etterspørselendring. Covid-19 er i så måte utfordrende, jf. omtale under ny post 22. Helsedirektoratet har gjennomgått legemiddelberedskapen og foreslått

en rekke tiltak, jf. rapport IS-2837. Rapporten har blitt fulgt opp av departementet på mange måter og i ulike spor. Bl.a. 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. Helsedirektoratets rapport om legemiddelproduksjon (IS-2873) fra februar 2020 følges opp gjennom et prosjekt ledet av Legemiddelverket, mens Helsedirektoratet leder en større mulighetsstudie for norsk antibiotikaproduksjon. For å sikre befolkningens tilgang til kritiske legemidler er det iverksatt oppbygging av beredskapslagre for primær- og spesialisthelsetjenesten, jf. omtale og forslag til bevilgning under ny post 22. I juni 2020 ba departementet Helsedirektoratet, i samarbeid med Legemiddelverket og de regionale helseforetakene vurdere behov og innretning av et permanent beredskapslager av legemidler for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre innebærer oppdraget at det skal gjøres en vurdering av hvilket juridisk grunnlag som bør ligge til grunn. Internasjonalt samarbeid er viktig for å redusere antall mangelsituasjoner og sikre god informasjon. Norge deltar i samarbeid på nordisk, europeisk og globalt nivå.

Når det gjelder drikkevann, har de aller fleste vannverkene, som forsyner minst 50 personer, 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. Mattilsynet er bedt om å prioritere tilsyn og bruke strengere virkemidler overfor kommuner og vannverk som ikke oppfyller regelverket.

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

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

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

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å øke bevilgningen med 1,6 mill. kroner til videreføring av pilot for Emergency Medical Team (NOR EMT). Samlet foreslår regjeringen 9 mill. kroner til NOR EMT, herav Justis- og beredskapsdepartementet med 2,7 mill. kroner og Utenriksdepartementet med 4,7 mill. kroner.

### Post 22 Beredskapslagring legemidler

Bevilgningen dekker kostnader til innkjøp, kapitalbinding og drift av beredskapslagre for legemidler. Covid-19 påvirker både tilgangen til og forbruket av legemidler. Markedet og forsyningskjedene for legemidler er globale. Etterspørselen etter legemidler har hovedsakelig økt fordi mange land har igangsatt beredskapslagring nasjonalt. Samtidig har det vært utfordringer i produksjonen av legemidler i store produsentland som Kina og India. Regjeringen iverksatte derfor oppbygging av beredskapslagre for å trygge forsyningen av legemidler til Norge i 2020. Lagerbygging for primærhelsetjenesten gjennomføres gjennom avtaler inngått mellom Helsedirektoratet og de tre største legemiddelgrossistene, og omfatter opp til seks måneders forbruk av kritiske legemidler i primærhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten har de regionale helseforetakene inngått avtaler om anskaffelse av nødvendige legemidler, herunder kritiske H-reseptlegemidler, legemidler til bruk i intensivbehandling av covid-19-pasienter, og opp

til seks måneders forbruk av kritiske sykehuslegemidler. Det er videre kjøpt inn råvarer til beredskapsproduksjon av enkelte legemidler til behandling av covid-19 i intensivbehandling. Regjeringen vurderer hvordan et permanent beredskapslager kan innrettes, jf. oppdraget gitt til Helsedirektoratet i juni 2020.

### Post 70 Tilskudd

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

## Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	20 092	5 926	5 935
71	Internasjonale organisasjoner	54 129	53 017	60 317
72	Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)			20 000
Sum kap. 0703		74 221	58 943	86 252

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- Bevilgningen foreslås økt med 7 mill. kroner til programmer og byråer i EU over post 71 Internasjonale organisasjoner, knyttet i hovedsak til svekket valutakurs for norske kroner
- Bevilgningen foreslås økt med 20 mill. kroner over post 72 Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)

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

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

I 2015 vedtok FNs medlemsland 17 globale mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Målene utgjør et rammeverk for utvikling og samarbeid om verdens utfordringer og gjelder for alle

land. Helseforvaltningen har et særskilt ansvar for å følge opp bærekraftsmål 3 om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. I tillegg følger helseforvaltningen opp andre helserelaterte bærekraftsmål.

Halvparten av verdens befolkning mangler tilgang til grunnleggende helsetjenester. Universell helsedekning innebærer å gi slik tilgang uten at noen drives ut i fattigdom. Det handler særlig om å bygge ut primærhelsetjenester, skape solidariske finansieringsordninger og å styrke helse-systemer helhetlig. Universell helsedekning er en forutsetning for at vi skal kunne nå mange av bærekraftsmålene. Det vil også styrke helseberedskapen og bidra til bred samfunnsmessig og økonomisk utvikling.

Ikke-smittsomme sykdommer utgjør samlet sett den viktigste årsaken til for tidlig død i verden, bl.a. grunnet risikofaktorer som tobakk, alkohol og andre rusmidler, usunt kosthold og 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.

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

vanlige operasjoner som keisersnitt, hofteoperasjoner og hjertekirurgi.

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

Verdens klimautfordringer påvirker både helse og miljø i form av luftveislidelser, tilgang til rent drikkevann og ren mat samt spredning av smittsomme sykdommer. «Grønn helse» betinger et grønt skifte. Forskning og utvikling skjer på tvers av landegrenser.

Norge har inngått handelsavtaler, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), på flere områder som berører helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester. Det har de siste årene vært en økende bevissthet rundt at internasjonale handels- og investeringsavtaler kan utfordre nasjonalstatenes rett til å regulere for å beskytte folkehelsen.

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

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

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

#### Mål for 2021

- Fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer, byråer og komiteer på helse- og mattrygghetsområdet, herunder:
  - styrke samarbeidet med EU om helsesikkerhet og beredskap

- bidra i EUs arbeid for å ivareta tilgangen til legemidler, herunder vaksiner, bl.a. gjennom å påvirke EUs kommende legemiddelstrategi
- forebygge og redusere belastningen fra ikke-smittsomme sykdommer; bl.a. delta i arbeidet med EUs nye kreftplan, ny Joint Action på tobakksområdet og ny Joint Action om psykisk helse
- akselere utvikling og implementering av gode digitale løsninger og bidra til bedre bruk av helsedata, bl.a. gjennom deltakelse i Joint Action Towards European Health Data Space.
- Styrke WHO som global helsearena, særlig gjennom å understøtte WHO's normative rolle og styrke organisasjonen som ledende og koordinerende organ i internasjonalt helsearbeid
- Bidra til oppnåelsen av bærekraftsmålene og fremme norske helseinteresser gjennom WHO og andre relevante globale helseorganisasjoner, ved å:
  - styrke WHO's evne til å lede og koordinere verden i helsekriser og bidra til evalueringen av håndteringen av covid-19-pandemien
  - styrke arbeidet for universell helsedekning (UHC) og ta et særlig ansvar for arbeidet for økt åpenhet i legemiddelmarkedet
  - bidra til god oppfølging av andre viktige norske prioriteringer, som arbeidet mot antimikrobiell resistens, globalt bedre tilgang til helsepersonell, arbeidet med verdens narkotikaproblem og aktiv aldring, samt følge opp WHO's arbeid med ikke-smittsomme sykdommer, inkludert psykisk helse, bl.a. gjennom regjeringens strategi for ikke-smittsomme sykdommer i bistandsarbeid
  - bidra i forberedelsene til Food System Summit høsten 2021, et FN-toppmøte om bærekraftige matsystemer
  - følge opp ulike prosesser frem mot partsmøtet til tobakkskonvensjonen i november 2021, i tråd med føringene i regjeringens tobakksstrategi for 2019–2021.
- Delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser
- Styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk ministerråd, herunder bidra aktivt til arbeidet med konkretisering og iverksetting av handlingsplanene i Visjon 2030, som ble besluttet av de nordiske statsministre i 2019. Departementet skal gjennom deltakelse i

tverrsektorielle satsinger for et grønt Norden, et konkurransekraftig Norden og et sosialt holdbart Norden bidra til oppfyllelse av visjonens mål om at Norden skal bli verdens mest bærekraftige og integrerte region.

- Ivareta norsk helsesamarbeid under Den nordlige dimensjon, Barentssamarbeidet og Arktisk råd, herunder lede samarbeidet om ny teknologi og metoder for bedre helsetjenester i Barentsregionen og større satsinger innenfor ikke-smittsomme sykdommer under Den nordlige dimensjons helsepartnerskap
- Ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og investeringsavtaler
- Sikre at helserelevante aspekter ved Storbritannias uttreden fra EU blir best mulig ivaretatt innen rammen av EØS-samarbeidet
- Videreutvikle det bilaterale helsesamarbeidet med Colombia, Kina, Russland og Ukraina.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

### 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 sammenlik-

net med EU-landenes BNP, valutautvikling og generell kostnadsutvikling i programmene.

Det foreslås å øke bevilgningen med 1,6 mill. kroner til deltakelse i EUs nye 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. Styrking av helsesystemer skal bl.a. skje gjennom å understøtte den digitale omleggingen, styrke koordineringen mellom medlemslandene, samt bidra til økt erfaringsutveksling og datadeling. Norges andel av programutgiftene i hele programperioden 2021–2027 er foreløpig anslått til 480 mill. kroner. Det tas forbehold om at endelig beslutning om norsk deltakelse i EUs programmer i perioden 2021–2027 blir tatt etter at EUs langtidsbudsjett er vedtatt. Det vises for øvrig også til omtale av deltakelse i EUs programmer 2021–2027 i Utenriksdepartementets fagproposisjon.

### Post 72 Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)

Det foreslås å bevilge 20 mill. kroner til Verdens helseorganisasjon (WHO). Formålet er å ivareta norske helsepolitiske og faglige prioriteringer i WHO, og understøtte WHO som den ledende og koordinerende globale helseorganisasjon. 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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	37 191	64 590	65 064
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	25 305	8 542	8 771
	Sum kap. 0704	62 496	73 132	73 835

Norsk helsearkiv er organisert som en enhet i Arkivverket. 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 inneholder personidentifiserbar pasientdokumentasjon om avdøde pasienter. Registeret vil både være en selvstendig kilde for forskning og kunne supplere andre helse- og kvalitetsregistre. Norsk helsearkiv startet i 2019 utlevering av materiale fra registeret i tråd med bestemmelsene i helsearkivforskriften. Det ble også etablert et kvalitetssystem for oppfyllelse av strenge lov- og forskriftskrav knyttet til personvern og informasjonssikkerhet i helsesektoren. Arbeidet videreføres i 2021. Norsk helsearkiv samarbeider med Direktoratet for e-helse og Helsedataprogrammet om bruk av løsninger som utvikles i sammenheng med helseanalyseplattformen.

Effektiv digitalisering av pasientarkivmateriale

Digitaliseringen av papirbaserte pasientarkiver fra spesialisthelsetjenesten skal gi økt tilgjengelighet for forskere og pårørende. Norsk helsearkiv mottok 3000 hyllemeter med pasientarkiver fra spesialisthelsetjenesten i 2019 og digitaliseringsproduksjonen er i full drift i 2020. Innen utløpet av 2020 forventes nærmere 30 millioner sider å være digitalisert. Målet for 2021 er ytteligere 36 millioner.

Norsk helsearkiv vil optimalisere produksjonen i 2021. Produksjonen er avhengig av at helseforetak og andre avleveringspliktige virksomheter avleverer pasientarkiver og for øvrig oppfyller forpliktelsene etter helsearkivforskriften. Pasientarkivmateriale skal avleveres etter at det ikke lenger er behov for pasientjournalene, tidligst ti år etter pasientens død. Veiledning av virksomheter og avtaler om avlevering er et prioritert område for Norsk helsearkiv.

Digital langtidbevaring av helsedata

I 2019 ble det innført systemer for digital langtidbevaring etter internasjonale standarder og etablert rutiner for kvalitetskontroll av materialet i henhold til helsearkivforskriften. Norsk helsearkiv skal motta og bevare elektroniske pasientjournaler fra spesialisthelsetjenesten. Første avlevering skjer i samarbeid med Helse Nord RHF, DIPS ASA og Direktoratet for e-helse som har etablert et prosjekt for å utvikle funksjonalitet for arkivtrekk fra det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS.

Fra 2021 skal Norsk helsearkiv ivareta den nasjonale ordningen for oppbevaring av pasientjournaler som kommer fra virksomheter som opphører eller avvikles uten at andre overtar. Norsk helsearkiv skal drifte og stå for den praktiske gjennomføring av ordningen, mens databehandlingsansvaret vil ligge hos Helsedirektoratet.

#### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker lønnsutgifter, utgifter til bygning, årlig support, drift og vedlikehold av data-senter, IT-infrastruktur (lagring, nettverk, overvåkings- og sikkerhetsløsninger m.m.) og systemer. Bevilgningen skal også dekke kostnadene knyttet til bruk av Arkivverkets fellestjenester og systemer.

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Bevilgningen dekker lønnsutgifter, utgifter til bygning, årlig support, drift og vedlikehold av data-senter, IT-infrastruktur (lagring, nettverk, overvåkings- og sikkerhetsløsninger m.m.) og systemer. Bevilgningen skal også dekke kostnadene knyttet til bruk av Arkivverkets fellestjenester og systemer.

### Kap. 3704 Norsk helsearkiv

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2019	budsjett 2020	
02	Diverse inntekter		3 000	3 081
	Sum kap. 3704		3 000	3 081

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker inntekter knyttet til bistand til helseforetakene med avleveringsprosessen av

avrkivmaterieell. Dette er oppgaver som etter hel-searkivforskriften er en del av avleveringsplikten for virksomhetene.

## Kap. 708 Eldreombud

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter		7 000	10 035
	Sum kap. 0708		7 000	10 035

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 eldre sine interesser og behov på alle offentlig 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. Dette gir Eldreombudet både en pådriverrolle og en følge med-rolle. Eldreombudets kontor er lokalisert i Ålesund og samlokaliseres 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 2021*

Virksomheten Eldreombudet etableres høsten 2020, og vil gradvis bygge opp sin virksomhet.

Prosess med å utarbeide mål og arbeidsmetoder for perioden er igangsatt og samarbeid med virksomheter innen forskjellig målområdene er etablert.

Av Eldreombudets strategiske plan fremgår det at ombudet vil arbeide målrettet for å bidra til bedre vilkår for eldre i landet. Informasjon til eldre og samfunnet, behov for innovasjon og opplæring på digitale flater og lovnader innenfor helse og omsorg samt behovet for at eldre står lenger i arbeid er noen av fokusområdene til eldreombudet. Eldreombudet vil også sette kommunenes forpliktelser, ensomhet og mobilitet samt vold og selvmord blant eldre på agendaen. Lærepunkt fra nasjonale og internasjonale virksomheter og innovasjoner vil følges opp.

### 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 og generell prisjustering:

- 3 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til ordinære driftsutgifter.

## Kap. 709 Pasient- og brukerombud

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	75 000	73 326	73 562
	Sum kap. 0709	75 000	73 326	73 562

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Formålet med pasient- og brukerombudsordningen 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 rettigheter og om ombudsordningen. Gjennom møter med pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenestene samler ombudene erfaringer som brukes til å styrke kvaliteten i tjenestene.

Helsedirektoratet fikk i 2019 i oppdrag å få på plass en ordning med et koordinerende ombud og utrede en løsning for ombudskontorenes organisering i forbindelse med ny fylkesinndeling. Ordningen med fylkesvise pasient- og brukerombud har på mange måter vist seg å fungere bra og er viktig for pasienter og brukere. Helse- og omsorgsdepartementet så det ikke som ønskelig å redusere antallet kontorer selv om det er blitt færre fylker, og valgte derfor å opprettholde eksisterende kontorer.

Norge har 15 pasient- og brukerombud lokalisert i Hammerfest, Tromsø, Bodø, Trondheim, Kristiansund, Førde, Bergen, Stavanger, Kristi-

ansand, 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 bl.a. 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 og faggrupper på tvers, kommunikasjon og kommunikasjonsstrategi, brukerperspektiv, interne veiledere og kodeverk samt intern tjenestekatalog. Det koordinerende ombudet skal også være nasjonal talsperson i saker av nasjonal karakter og av nasjonal interesse.

I 2019 mottok landets pasient- og brukerombud om lag 15 000 henvendelser. Det er på samme nivå som i 2018. I felles årsmelding kommer ombudene med anbefalinger til tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

#### Årsverk

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

#### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjørelse, varer og tjenester. Fra 2019 ble bevilgningen økt med 2 mill. kroner til styrking av den koordinerende rollen.

## Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
710	Vaksiner mv.	455 834	303 925	4 135 818	1 260,8
712	Bioteknologirådet	9 600	14 944	12 432	-16,8
714	Folkehelse	436 525	453 814	459 359	1,2
717	Legemiddeltiltak	68 018	71 795	73 734	2,7
	Sum kategori 10.10	969 977	844 478	4 681 343	454,3

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
01-23	Statens egne driftsutgifter	618 137	472 968	4 258 678	800,4
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	92 885	94 813	95 336	0,6
70-89	Andre overføringer	258 955	276 697	327 329	18,3
	Sum kategori 10.10	969 977	844 478	4 681 343	454,3

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

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

Regjeringen viderefører de tre nasjonale målene for folkehelsepolitikken:

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

Folkehelsen i Norge er god, forventet levealder øker stadig, og er nå 84,7 år for kvinner og 81,2 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 fordelings effekter 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 motvirke ensomhet. Regjeringen vil synliggjøre ensomhet som et folkehelseproblem, og har i folkehelsemeldinga lansert en egen

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

Regjeringen vil skape et mer aldersvennlig samfunn. 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 er organisert med program, råd og senter, jf. omtale i kap. 714, post 21 og kap. 761, post 21. Senteret etableres 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 vil legge fram en ny NCD-strategi i 2021.

I tillegg til målet om å redusere tidlige dødsfall, er det satt 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 politikktvikling. Bærekraftsmål 3 om helse innebærer å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle. Våren 2021 vil regjeringen legge fram en stortingsmelding med en nasjonal handlingsplan for oppfølging av bærekraftsmålene. Det vises til omtale i Del III og til Nasjonalbudsjettet.

Regjeringen la i Folkehelsemeldinga fram en ny nasjonal tobakksstrategi. 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 handlefrihet, jf. omtale av nytt prosjekt for røykeslutt nedenfor. Strategien inneholder en rekke ulike tiltak som skal vurderes nærmere i strategiperioden og som legger rammene for det videre tobakksforebyggende arbeidet.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en nasjonal alkoholstrategi i 2020. Strategien vil bygge på hovedlinjene i dagens alkoholpolitikk, og strategien vil være en forebyggingsstrategi der også tidlig innsats vil være viktig. Målet er å redusere alkoholforbruket i befolkningen med minst 10 pst. innen 2025 sammenliknet med 2010. Dette er en del av WHO's NCD-mål.

Ny handlingsplan for fysisk aktivitet for perioden 2020–2029 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. Bedre tilrettelegging for fysisk aktivitet og en mer aktiv befolkning, vil gi viktige bidrag til oppfyllelse av de nasjonale folkehelsemålene. Handlingsplanen er utarbeidet etter en bred innspills- og involveringsprosess, og i et nært samarbeid med berørte departementer. Helsedirektoratet vil ha en sentral rolle i oppfølging og koordinering 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 er en forutsetning for god folkehelse. Hovedmålene på det matpolitiske området er omtalt i Prop.1 S (2020–2021) 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. Helse- og omsorgsdepartementet har, sammen med Landbruk- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Klima- og miljødepartementet, etablert en tverrsektoriell ekspertgruppe under ledelse av Folkehelseinstituttet som skal utarbeide en kunnskaps-hullrapport om antibiotikaresistens.

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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	455 834	303 925	221 493
22	Salgs- og beredskapsprodukter m.m.			144 325
23	Forhåndsavtaler og vaksinasjon mot covid-19			3 770 000
	Sum kap. 0710	455 834	303 925	4 135 818

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

- 3 770 mill. kroner til utgifter til forhåndsavtaler, innkjøp av covid-19-vaksiner og vaksinasjon
- 2,1 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av nye vaksineavtaler i barnevaksinasjonsprogrammet

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

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

årlig skal tilbys alle personer med økt risiko for komplikasjoner ved sesonginfluensa. I tillegg tilbys vaksiner mot pandemisk influensa etter retningslinjer fra Folkehelseinstituttet.

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

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å redusere bevilgningen med totalt 96,4 mill. kroner som følge av:

- 2,1 mill. kroner knyttet til mindreutgifter som følge av nye vaksineavtaler
- 91,4 mill. kroner knyttet til flytting til kap. 710, post 22, jf. omtale der

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 Folkehelseinstitut-

tet. Bestillingsfullmakten for 2021 på post 21 foreslås til 580 mill. kroner.

### 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.

Det foreslås:

- 91,4 mill. kroner knyttet til flytting fra kap. 710, post 21
- 50 mill. kroner mot tilsvarende økning i inntekter over kap. 3710, post 03

Helse- og omsorgsdepartementet har bestillingsfullmakt til å foreta bestillinger knyttet til salgs- og beredskapsprodukter utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger vedtatt ramme. Gjennom etatsstyringen delegeres fullmakten til Folkehelseinstituttet. Bestillingsfullmakten for 2021 på post 22 foreslås til 50 mill. kroner.

### Post 23 Forhåndsavtaler og vaksinasjon mot covid-19

Bevilgningen dekker inngåelse av forhåndsavtaler om levering av vaksine mot covid-19, innkjøp av vaksiner mot covid-19 og vaksinasjon mv.

Det foreslås 3 770 mill. kroner knyttet til forhåndsavtaler, innkjøp av vaksine mot covid-19 og vaksinasjon.

## Kap. 3710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
03	Vaksinesalg	209 597	95 585	145 107
	Sum kap. 3710	209 597	95 585	145 107

### Post 03 Vaksinesalg

Bevilgningen dekker bl.a. anskaffelse av:

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

- beredskapslager av vaksiner mot sjeldne sykdommer
- reisevaksiner

Det foreslås å øke bevilgningen med 50 mill. kroner mot tilsvarende økning i utgifter over kap. 710, post 21.

## Kap. 712 Bioteknologirådet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	9 600	14 944	12 432
	Sum kap. 0712	9 600	14 944	12 432

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

- 2,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ekstrakostnader som følge av flytting 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. Bioteknologirådet arrangerer åpne debattmøter og driver utstrakt informasjons- og undervisningsaktivitet. Bioteknologirådet ble utnevnt fra 15. april 2019.

Bioteknologirådet hadde 7 årsverk i 2019. Sekretariatet skal flytte til Bergen innen utgangen av 2020.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Det foreslås å redusere bevilgningen med 2,5 mill. kroner i 2021 som følge av reduserte ekstrautgifter i forbindelse med flytting av sekretariatet til Bergen i 2020.

## Kap. 714 Folkehelse

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	142 189	142 324	98 635
60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	92 885	94 813	95 336
70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	133 683	133 966	180 553
74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	20 568	20 565	20 700
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	47 200	62 146	64 135
Sum kap. 0714		436 525	453 814	459 359

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

- 6,6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til flytting av finansiering av varige oppgaver til kap. 740
- 5 mill. kroner som en engangsbevilgning til Program for et aldersvennlig Norge

Formålet med bevilgningen er å styrke det generelle folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helse-trusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Viktige innsatsområder er å ha oversikt over utviklingen i helsetilstanden og forhold som påvirker denne, legge til rette for at andre sektorer som har virkemidler ivaretar sitt ansvar for å

fremme befolkningens helse og livskvalitet samt å legge til rette for å gjøre sunne valg enkle. Videre er det en sentral oppgave å arbeide for en samfunnsutvikling som fremmer deltakelse og sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring. Regjeringens mål om å inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet er også et viktig innsatsområde.

### Anmodningsvedtak

Taxfree-salg av alkohol ved norske flyplasser

Vedtak nr. 307, 17. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen legge frem en sak for Stortinget der det vurderes alle konsekvenser av og nødvendige lovendringer for at Vinmonopolet skal overta taxfree-salget av alkohol ved norske flyplasser ved utløp av gjeldende anbudsperioder.»



Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 LS (2016–2017). I Prop. 25 S (2018–2019) fulgte regjeringen opp Stortingets vedtak nr. 307 (2016–2017) om å vurdere alle konsekvenser av og nødvendige lovendringer for at Vinmonopolet skal overta taxfree-salget av alkohol ved norske flyplasser ved utløp av gjeldende anbudsperioder, jf. Innst. 259 S (2018–2019).

Regjeringen mener det ikke er nødvendig å legge frem denne saken som egen sak til Stortinget, da saken er fremlagt for Stortinget i Prop. 25 S (2018–2019).

Regjeringen foreslår at vedtak nr. 307 oppheves, jf. forslag til romertallsvedtak.

Oppfølging av vedtak nr. 307 (taxfree-salg)

*Vedtak nr. 506, 27. februar 2018*

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:50 S (2017–2018), jf. Innst. 124 S (2017–2018). I Prop. 25 S (2018–2019) fulgte regjeringen opp Stortingets vedtak nr. 506 (2017–2018) om å følge opp vedtak nr. 307 (2016–2017) om å vurdere alle konsekvenser av og nødvendige lovendringer for at Vinmonopolet skal overta taxfree-salget av alkohol ved norske flyplasser ved utløp av gjeldende anbudsperioder, jf. Innst. 259 S (2018–2019).

Regjeringen mener det ikke er nødvendig å legge frem denne saken som egen sak til Stortinget, da saken er fremlagt for Stortinget i Prop. 25 S (2018–2019).

Regjeringen foreslår at vedtak nr. 506 oppheves, jf. forslag til romertallsvedtak.

Nasjonal alkoholstrategi

*Vedtak nr. 35, 20. november 2018*

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

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

Vedtaket ble opphevet ved Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020), Tilleggsbevilg-

ninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2020, jf. Innst. 360 S (2019–2020) og vedtak nr. 767, 19. juni 2020.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en nasjonal alkoholstrategi høsten 2020. Det legges ikke opp til at strategien vil kreve Stortingets behandling.

Offentlig utvalg om konsekvenser av alkohol

*Vedtak nr. 36, 20. november 2018*

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

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

Vedtaket ble opphevet ved Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2020, jf. Innst. 360 S (2019–2020) og vedtak nr. 767, 19. juni 2020.

*Vedtak nr. 1001, 19. juni 2017*

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

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

Vedtaket er fulgt opp ved at regjeringen våren 2020 la fram Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv. Overordnede mål, strategier og innsatsområder er omtalt i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga. Tiltakene i handlingsplanen er rettet inn mot fem innsatsområder: Gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer, fritids- og hverdagsarenaer, helse- og omsorgstjenester, og kunnskapsutvikling og innovasjon. Handlingsplanen følges opp i samarbeid med berørte departementer og som del av det systematiske folkehelsearbeidet.

### 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 budsjetttiltak som omtalt i del I, foreslås det å flytte:

- 38,7 mill. kroner til kap. 714, post 70 knyttet til tilskudd til det rusmiddelforebyggende arbeidet i regi av de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korusene)
- 6,6 mill. kroner til kap. 740, post 01 knyttet til varige oppgaver som utføres av Helsedirektoratet på områdene psykisk helse, livskvalitet, smittevern og miljø og helse. Dette gjelder også driftsmidler til tiltakene e-læringsprogram for fallforebygging og møteplass for folkehelse
- 3,6 mill. kroner til kap. 714, post 70 knyttet til tilskudd til Nubu (Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge) for utvikling av tverrfaglig kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn og unge.

Det foreslås å øke bevilgningen med 5 mill. kroner til Program for et aldersvennlig Norge, jf. nærmere omtale under.

#### Prosjekt for røykeslutt

Det foreslås 10 mill. kroner til et treårig røykesluttprosjekt rettet mot storryktere. Prosjektet er del av regjeringens tobakksstrategi og er basert på erfaringer fra lignende prosjekt i Danmark. Prosjektet starter opp høsten 2020, i første omgang i Vestre Viken helseregion, og har varighet til og med 2023. Prosjektet vil forankres i frisklivssentraler og omfatte samarbeid med sykehus, fastleger mv. Deltakerne vil få veiledning og gratis legemidler til røykeslutt i inntil 12 uker.

#### Program for folkehelsearbeid i kommunene (folkehelseprogrammet)

Det foreslås 6 mill. kroner til kompetansestøtte og evaluering i forbindelse med folkehelseprogrammet, herunder 5 mill. kroner i regi av Helsedirektoratet og 1 mill. kroner til kunnskapsstøtte og evaluering i regi av Folkehelseinstituttet.

Helsedirektoratet er ansvarlig for implementeringen og evaluering av folkehelseprogrammet, og har i samarbeid med KS og Folkehelseinstituttet utviklet en struktur for kompetansestøtte til fylker, kommuner og andre aktuelle aktører. Kompetansesentre på psykisk helse (RKBU/RBUP), de

regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål (Korus) og kompetansesentre på vold og traumatisk stress (RVTS) er tilknyttet ulike aktiviteter i folkehelseprogrammet.

Helsedirektoratet samarbeider med Frivillighet Norge, Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner og Ungdom og fritid om kompetansestøtte. Formålet er å fremme gode miljøer for barn og unge i frivillige organisasjoner og på fritidssektoren, samt utvikling av kommunal frivillighetspolitikk. Å utvikle bedre styringsdata til kommunene er viktig i folkehelsearbeidet. Pilotering av Ungdata junior og støtte til Korusenes arbeid med Ungdata har også vært del av kompetansestøtten i Folkehelseprogrammet.

Tilskuddsordningen til fylkeskommunene er nærmere omtalt under post 60.

#### Aldersvennlig Norge

Det foreslås 5 mill. kroner som en engangsbevilgning til arbeidet med et aldersvennlig Norge, totalt 10 mill. kroner til tiltaket over kap. 714, post 21 i 2021. Styrkingen skal bidra til sterkere involvering av frivilligheten i programmet. I tillegg foreslås 5 mill. kroner til Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge over kap. 761, post 21, jf. omtale der. Regjeringen vil skape et aldersvennlig Norge slik at eldre kan delta og bruke sine ressurser og evner i samfunnet, jf. Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet. Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge er en av fem hovedområder i meldingen, og vil konkretisere Flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (2016). Gjennom å involvere eldre selv, organisasjoner og virksomheter skal det samarbeides om å utvikle mer aldersvennlige løsninger. Informasjon overfor de kommunale og fylkeskommunale elderrådene har vært prioritert. Høsten 2020 lanseres en informasjonskampanje rettet mot eldre om hva de selv kan gjøre for å planlegge sin alderdom med trygg bolig og aktivitet. En viktig oppgave i programmet er etablering av et nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner. Som del av programmet har KS etablert og driftet nettverket i to år, og presenterte høsten 2020 en håndbok for aldersvennlige lokalsamfunn. I 2020 vil også et samarbeid med Frivillighet Norge om Seniorressursen igangsettes. Regjeringen har også etablert Rådet for et aldersvennlig Norge som ledes av Trude Drevland. Formålet er å være en pådriver og forankre arbeidet i sentrale organisasjoner og gi retning til gjennomføring av Program for et aldersvennlig Norge.

Helsedirektoratet etablerer i løpet av 2020 Senter for et aldersvennlig Norge i Ålesund som skal ha ansvar for arbeidet. Senteret vil bli samlokalisert med det nye Eldreombudet, jf. kap. 708, post 01.

Det foreslås å videreføre 2 mill. kroner til å følge opp Flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (2016). Helsedirektoratet skal få frem kunnskaps- og metodeutvikling som vil understøtte kommunenes arbeid og bidra til å sette dagsorden, bl.a. en håndbok for aldersvennlig stedsutvikling, rapporter om medvirkningsopplegg for eldre i kommunene, gjennomført en undersøkelse om livskvalitet og deltakelse blant pensjonister, og informasjon om fysisk aktivitet og helsefremming for seniorer i arbeidslivet. I 2020 har direktoratet startet forskningsprosjekt sammen med Nord Universitet om i aldring i rurale områder og en studie om samiske eldre som del av en levekårsstudie i Finnmark. I 2021 vil utviklingsoppgavene sees i sammenheng med Senter og program for et aldersvennlig Norge.

#### *Kommunikasjon om levevaner og helse*

Det foreslås 27,7 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 legge til rette for å ta helsevennlige valg. Arbeidet med kommunikasjon om betydningen av fysisk aktivitet, sunt kosthold, mindre bruk av tobakk og alkohol for fysisk og psykisk helse gjennomføres i tråd med Helsedirektoratets helhetlige kommunikasjonsstrategi og andre føringer, herunder intensjonsavtalen med matvarebransjen. Se nærmere omtale under kap. 740, post 01.

#### *Kostholdstiltak*

Det foreslås 7 mill. kroner til kostholdstiltak relatert til Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Planperioden forlenges til 2023 på bakgrunn av en midtveisevaluering koordinert av Folkehelseinstituttet. Det ble særlig pekt på behov for bedre datagrunnlag, bedre eierskap på tvers av departementene, forankring i kommuner og frivillige organisasjoner, tydeliggjøring av psykisk helse og bærekraft i kostholdsarbeidet og på sosial ulikhet. Videre ble det pekt på kompetanse hos helse- og omsorgspersonell og hos relevant personell i barnehage og skole. Departementet

følger opp dette gjennom departementsgruppen for handlingsplanen. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet følger opp innen egne ansvarsområder.

Et sentralt tiltak i handlingsplanen er det forpliktende samarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og matvarebransjen gjennom en intensjonsavtale. Avtalen utløper 31.12.2021. En ny avtale skal fremforhandles i løpet av 2021. Avtalen inneholder konkrete målsetninger for reduksjon av salt, mettet fett og sukker, samt mål for å øke inntak av frukt, bær, grove kornvarer og fisk. Helsedirektoratet skal også i 2021 understøtte arbeidet knyttet til intensjonsavtalen gjennom sitt kommunikasjonsarbeid. Helsedirektoratet har inngått en FoU-avtale med SSB med konkrete milepæler og mål om å få publisert kostholdsstatistikk basert på salgsdata fra dagligvarehandelen innen utgangen av 2021. Folkehelseinstituttets arbeid med å få oversikt over omfanget av grensehandel av matvarer skal fortsette. Totalt er om lag 100 aktører tilknyttet intensjonsavtalen. Saltpartnerskapet er forlenget ut 2021. Intensjonsavtalen er midtveisvaluert, og resultatene vil foreligge høsten 2020.

Nøkkelhullsforordningen er endret slik at flere produkter kan merkes med nøkkelhullet samtidig som ordningen støtter opp om kostrådene.

Folkehelseinstituttet har evaluert selvreguleringsordningen for redusert markedsføring av usunn mat og alkoholfrie drikkevarer til barn, MFU (Matbransjens faglige utvalg). Oppfølging av resultatene fra evalueringen er drøftet med MFU.

Barn og unge er en prioritert målgruppe i handlingsplanen. Mål for amming, og inntak blant ungdom av fisk, frukt/grønt og drikker tilsett sukker er ikke nådd. Helsedirektoratet utarbeider en digital løsning for råd om spedbarnsernæring. Matjungelen, et aktivitetsopplegg om mat, helse og miljø for barn på SFO/AKS er rullet ut nasjonalt. Våren 2020 er 200 SFO i landet påmeldt Matjungelen. Matjungelens entreprenør, Folkelig AS, samarbeider med Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet om å tilpasse opplegget til barnehage. Det arbeides videre med offentlig-privat samarbeid for utvikling av Matjungelen.

#### *Nasjonale mål for vann og helse*

Det foreslås 1 mill. kroner til arbeidet med å nå nasjonale mål for vann og helse. Målene som ble fastsatt av regjeringen i 2014 skal videreføres i samsvar med departementets gjennomføringsplan

sist oppdatert høsten 2017. Gjennomføringsplanen skulle etter planen evalueres, oppdateres og bli fastsatt på nytt i 2020, men arbeidet vil bli noe forsinket pga. den pågående 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 over 630 000 ungdommer fra 412 kommuner og fra Svalbard deltatt i ungdatabundersøkelsene. 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.

#### *Utvikling av UNODCs evalueringsmodell*

Det foreslås 0,6 mill. kroner til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) til utvikling av en modell for evaluering av forebyggingsinnsatsen. I tillegg foreslås det 0,5 mill. over kap. 765, post 21 til samme tiltak, jf. omtale der.

Norge har tidligere tatt initiativ til og bidratt med finansiering av internasjonale forebyggingstandarder (International Standards on Drug Use Prevention) i regi av UNODC. Standardene gir en sammenstilling og vurdering av forebyggingsprogrammer og -metoder som er evaluert internasjonalt. Med bakgrunn i de internasjonale forebyggingsstandardene ønsker UNODC å utvikle en kunnskapsbasert, komparativ metode for evaluering av ulike lands forebyggingsinnsats. UNODC ønsker å pilotere en slik modell i Norge. Metoden vil primært omfatte narkotika, men evalueringen vil også kunne gi verdifull kunnskap om forebyggingsinnsatsen på alkoholområdet.

Modellen vil kunne bli et viktig verktøy i det internasjonale narkotikaarbeidet i regi av UNODC, og en evaluering av den norske forebyggingsinnsatsen vil også gi et godt kunnskapsgrunnlag for utviklingen av rusmiddelpolitikken

framover. En evaluering bør også ses i lys av at perioden for opptrappingsplanen for rusfeltet utløper inneværende år.

#### *Andre tiltak*

Det foreslås 9,4 mill. kroner til rusmiddelforebyggende arbeid til videreutvikling av innsatsen i det rusmiddelforebyggende arbeidet, bl.a. til oppfølging av ansvarlig alkoholhåndtering, rusmiddelforebygging i arbeidsliv og blant unge voksne og til tidlig innsats. Midlene er knyttet til Helsedirektoratets øvrige arbeid på folkehelseområdet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

Det foreslås 2,5 mill. kroner til bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige skjenkebevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-3 første ledd nr. 1 og 2, jf. også kap. 3714, post 04.

Det foreslås 2 mill. kroner til helseundersøkelser i regi av Folkehelseinstituttet, herunder Fylkeshelseundersøkelser og Barnevekststudien.

Det foreslås 0,53 mill. kroner til Folkehelseinstituttets arbeid 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 et 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 kommunene som har ansvaret for å tilby innbyggerne tilfredsstillende vann- og avløpstjenester. Følgelig er det kommunene selv som må ta initiativer som sikrer nødvendig teknologiutvikling. Selv om staten ikke har det primære ansvaret, vil et statlig tilskudd over fem år kunne bidra til utvikling av nye bærekraftige teknologiske løsninger med sikte på en raskere og mer kostnadseffektiv rehabilitering av gammelt ledningsnett. Den nærmere innretningen av et pro-

gram for teknologiutvikling i vannbransjen er drøftet med KS, Norsk Vann, leverandørindustrien og Huseiernes Landsforbund. Alle aktørene har et sterkt ønske om å få på plass et slikt program. Arbeid med videre utforming av programmet pågår, men er forsinket grunnet koronasituasjonen.

*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 er foreslått 3,2 mill. kroner til dette som kommer i tillegg til tilskuddsordningen i folkehelseprogrammet.

*Andre tiltak*

Det foreslås 7,6 mill. kroner i tilskudd til Rustelefonen som drives av Oslo kommune. Rustelefonen er en landsdekkende informasjonstjeneste som gir faktainformasjon om rus og rusmidler, kunnskap om ulike hjelpetilbud og individuell veiledning via telefon og internett. Rustelefonen besvarte over 9000 henvendelser i 2019 (en økning på 3 pst.). Chat økte mest sammen med den anonyme spørretjenesten på hjemmesiden.

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 (2020–2021) 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 gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering foreslås å flytte

- 38,7 mill. kroner fra kap. 714, post 21 knyttet til tilskudd til det rusmiddelforebyggende arbeidet i regi av de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korusene)
- 3,6 mill. kroner fra kap. 714, post 21 knyttet til tilskudd til Nubu (Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge) for utvikling av tverrfaglig kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn og unge

*Tilskuddsordninger*

Det foreslås 45,5 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.

Helsedirektoratet vurderer at ordningen legger til rette for et bredt engasjement og dermed bidrar til å styrke den samlede rusforebyggende innsatsen i befolkningen. Helsedirektoratet har i

sin vurdering av ordningens måloppnåelse lagt vekt på organisasjonenes rapportering på kriterier for måloppnåelse: resultater/effekt av innsatsen, samarbeid med andre aktører, geografisk spredning, antall av deltaker som har deltatt/benyttet tiltakene og innsats i form av antall timer frivillig arbeid.

Tiltakene som gis støtte vurderes også ut fra om de bygger på kunnskaps- og erfaringsbaserte metoder for god rusmiddelforebygging. Organisasjonenes tilbud og innsatsområder varierer. I hovedsak kan de deles inn følgende kategorier:

- rusforebyggende lavterskeltilbud gjennom gruppesamtaler og temamøter
- informasjonsarbeid (foredrag, nettside, sosial medier, skolering)
- kampanjer
- rusmiddelpolitisk påvirkningsarbeid (utredningsarbeid, høringer og konferanser)

Organisasjonene har rapportert om frivillig innsats på om lag 49 000 timer totalt. Det er god geografisk spredning på tiltakene, men de største byene (Oslo, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Trondheim og Tromsø) er overrepresentert når det gjelder gjennomføring av tiltak, rekruttering av frivillige og lokallagbesøk. Antall personer som har vært direkte involvert eller deltatt i ulike aktiviteter rapporteres til om lag 92 000.

Det foreslås 5,4 mill. kroner til tilskuddsordningen studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk, jf. nærmere omtale under kap. 765, post 73.

Det foreslås 23 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 38,7 mill. kroner til tilskudd til det rusmiddelforebyggende arbeidet i regi av de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korusene). Korusene støtter kommunene i det generelle folkehelsearbeidet og rusmiddelforebygging spesielt. Korusene har videreført arbeidet med å gi kommunene faglig bistand til oversiktsarbeid og kartlegginger. Korusene har også bidratt i arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering og Program for folkehelsearbeid i kommunene. Arbeidet med å integrere rusmiddelforebygging i kommunenes systematiske folkehelsearbeid gjennom ulike kartlegginger, innsatser og tiltak skal videreføres i 2021.

Se kap. 765, post 74 for øvrig bevilgningsforslag og nærmere omtale av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.

Det foreslås 20,5 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 alkovett. Arbeidet er tilrettelagt for samarbeid mellom kommunale aktører, frivilligheten og lokalt næringsliv.

Det foreslås 18,5 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. 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 vil i 2021 samarbeide med Akan om en dialog med arbeidslivets parter om bevissthet rundt holdninger til alkohol og verdien av alkoholfrie arenaer.

Det foreslås 16 mill. kroner til Actis. Actis er et samarbeidsorgan for frivillige organisasjoner på rusfeltet og en samfunnspåvirker innenfor ruspolitikk. I 2019 hadde Actis 26 medlemsorganisasjoner og 7 assosierte medlemsorganisasjoner. Actis har i 2019 hatt spesielle satsninger rettet mot lokal ruspolitikk, rusreformen, tidlig intervensjon og pengespill. Actis har i 2018 arbeidet bredt, bl.a. med påvirkningsarbeid, rusmiddelpolitiske innspill, rapporter og internasjonalt arbeid.

Det foreslås 8,4 mill. kroner til Antidoping Norges arbeid mot doping som samfunnsproblem. Antidoping Norge har i 2019 videreført innsatsen overfor kommuner og fylkeskommuner, helsetjenesten, politiet, elever i videregående skole og treningssenterbransjen.

Det foreslås 3,6 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 budsjetttiltak som omtalt i Del I.

Det foreslås 20,8 mill. kroner til skolefrukt mv. Tiltakene er rettet mot skoleeier, foreldre og elever. Abonnementsordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønt på oppdrag fra Helsedirektoratet. Den består av et statlig tilskudd på for tiden 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/foresatte opplever ordningen positivt. Høsten 2019 abonnerte om lag 66 000 elever på skolefrukt gjennom ordningen, en økning på om lag 14 pst. fra høsten 2018. Dette tilsvarer om lag 10 pst. av elevene i grunnskolen. Av disse er det nærmere 34 000 som får gratis skolefrukt betalt av skolen eller kommunen. Det er flest rene barneskoler som benytter tilbudet om foreldrebetaling. Omtrent 50 pst. av skolene startet ikke opp igjen med skolefrukt da skolene åpnet igjen våren 2020 etter stengning grunnet koronavirusutbruddet. Det ble primo juni gitt ut egne råd for håndtering av frukten.

### **Post 79 Andre tilskudd**

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid. Ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering foreslås det ingen endringer.

#### *Mobilisering mot ensomhet*

Det foreslås 18,3 mill. kroner en tilskuddsordning 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. Det foreslås at tilskuddsordningen gjennomføres

innenfor perioden 2020–2021. Tilskuddsordningen skal evalueres for å sikre at ordningen bidrar til å forebygge og redusere ensomhet. På bakgrunn av evalueringen vil ev. videreføring bli vurdert. 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 programtilbyder 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:

- 6 mill. kroner til Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet til drift av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
- 6 mill. kroner til Norges Arktiske Universitet til drift av Tromsøundersøkelsen
- 3,7 mill. kroner i driftstilskudd til Norges astma- og allergiforbund, bl.a. til drift av Pollenvarslingen
- 1,5 mill. kroner i driftstilskudd til Ammehjelpen for å fremme amming og hjelpe mødre som trenger mer kunnskap om amming. Organisasjonen samarbeider med Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Ammehjelpen lanserte

sommeren 2020 ny nettside som har medført en markant økning i bruk.

- 1 mill. kroner i driftsstøtte til Norges sjømatråd til det nasjonale kostholdsprogrammet Fiskeस्पrell. Programmet ble i 2020 evaluert. Innsikten fra evalueringen skal brukes for å gjøre tiltakene bedre, mer målrettet og tilpasset barnehagens behov. Evalueringen ble utformet slik at den kan gjentas jevnlig for å se på effekt over tid.
- 2 mill. kroner til å videreføre og forsterke samarbeid med frivillige og privat sektor i arbeidet med skadeforebygging. Tilskuddet skal dekke samarbeidsavtalen med Finans Norge om Skadeforebyggende forum (2019–2023).
- 0,5 mill. kroner i driftstilskudd til organisasjonen Mot

**Kap. 3714 Folkehelse**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
04	Gebyrinntekter	2 591	2 477	2 544
	Sum kap. 3714	2 591	2 477	2 544

**Post 04 Gebyrinntekter**

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som forvaltes av Helsedirektoratet, jf. kap. 714, post 21.

Bevilgningen dekker bevilgingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Bevilgningen

dekker videre gebyrer på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-3 første ledd nr. 1 og 2. Ordningene er selvfinansierte.

**Kap. 717 Legemiddeltiltak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	10 514	11 775	11 793
70	Tilskudd	57 504	60 020	61 941
	Sum kap. 0717	68 018	71 795	73 734

Bevilgningen dekker ulike tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk, herunder fullfinansiering av Norsk legemiddelhandbøker. Videre dekker bevilgningen tiltak på området medisinsk utstyr, tilskudd til Nasjonalt kompetansenettverk for lege-

midler til barn, apotektilskudd, fraktrefusjon av legemidler og tilskudd til henholdsvis regionale legemiddelinformasjonscentre og veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter.



## Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2020.

Bevilgningen nyttes til statlig fullfinansiering av Norsk legemiddelhåndbok. I tillegg nyttes bevilgningen bl.a. til tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk og arbeid med tilsyn og tiltak på området medisinsk utstyr.

### Informasjon om legemidler til barn i norsk helsetjeneste

Norsk legemiddelhåndbok fikk i 2018 i oppdrag å starte arbeidet med å tilrettelegge for et norsk oppslagsverk med informasjon om legemidler til barn. Oppslagsverket KOBLE (Kunnskapsbasert oppslagsverk om barn og legemidler) vil sikre at helsetjenesten får en allmenn og nasjonal tilgang til solid, trygg og kvalitetssikret informasjon om legemidler til barn. Redaksjonsansvaret er lagt til Norsk legemiddelhåndbok som samarbeider tett med Nettverket for legemidler til barn. Grunnet behov for mer tilpasning og kvalitetssikring enn først antatt er oppslagsverket planlagt lansert i fjerde kvartal 2020.

## Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker følgende tilskudd til ulike legemiddeltiltak:

### Kompetansenettverk legemidler for barn

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at barns legemiddelbehandling skal være hensiktsmessig og trygg. Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen. Nettverket har en styringsgruppe som foruten ledelsen består av representanter fra de ulike helseregionene og en allmennlege. I tillegg har nettverket en stab for å ivareta administrative og faglige oppgaver. Det er etablert lokale legemiddelutvalg ved alle sykehus som har barneavdelinger. Legemiddelutvalgene er tverrfaglige og består av lege, sykepleier og farmasøyt.

Nettverket har fem arbeidsområder: Pasient-sikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling, vitenskapelig kompetanseutvikling og kunnskapsoppsummering og forskning på legemidler til barn. Nettverket bidrar til kvalitetssikringsar-

beid i spesialist- og primærhelsetjenesten ved å støtte prosjekter faglig og økonomisk. Nettverket arrangerer også faglige seminarer.

I årene 2010–2020 har det blitt bevilget 5 mill. kroner per år til nettverket. I tillegg har det fra 2013 blitt bevilget 1 mill. kroner til sekretariatet for NorPedMed, et klinisk forskningsnettverk for legemiddelstudier på barn.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på samme nivå som tidligere år til Haukeland Universitetssykehus til drift av kompetansenettverket i 2021.

### Apotek

Ved utgangen av 2019 var det 960 apotek i Norge, en økning på 26 apotek sammenliknet med 2018.

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 2020 er det gitt støtte til seks vaktapotek og syv distriktsapotek. I 2019 fikk fem vaktapotek og fem distriktsapotek støtte.

### Fraktfusjon av legemidler

Fraktfusjonsordningen gjelder for pasienter som har lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å oppsøke apotek. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder. I forbindelse med at det er åpnet for nettapotek, er fraktfusjonsordningen f.o.m. 2017 begrenset til visse legemidler/pasientgrupper.

### Regionale legemiddelsentra

Det er fire regionale legemiddelinformasjonsentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehusene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis skal bidra til riktig legemiddelbruk gjennom gratis, produsentuavhengig informasjon til helsepersonell og publikum. Relis gir viktig informasjon ved legemiddelforskrivning gjennom sin spørsmål- og svartjeneste for helsepersonell, som også omfatter spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient med spesielle behov.

Relis har også en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger

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). Kupp er den norske versjonen av undervisningsmetoden academic detailing (AD). I Kupp tilbys allmennleger en faglig oppdatering om et terapiområde i en-til-en møter på legens kontor. Hensikten er å gi legen en kunnskapsbasert, produsentuavhengig oppdatering på et tema som er direkte anvendbart i den kliniske hverdagen.

Relis har gjennomført Kupp i alle helseregioner i perioden 2015–2020. Tema har vært riktig bruk av NSAIDs (betennelsesdempende legemidler), antibiotika, diabetes type 2 og opioider ved ikke-

maligne smerter. I perioden 2015–2019 er det gjennomført 4 600 legebesøk. Om lag 1 000 fastleger mottok besøk om bruk av opioider høsten 2019. Flere besøk var planlagt våren 2020, men ble avlyst pga. covid-19. Kupp har utarbeidet en ny kampanje med tema Riktigere bruk av menopausal hormonterapi (MHT). Oppstart var planlagt høsten 2020, men er pga. covid-19 foreløpig utsatt til januar 2021. Antall besøk har vært omkring 1 200 per år, og målet for ny kampanje er 1 200 besøk. Det foreslås en videreføring av bevilgningen på 3 mill. kroner til dette arbeidet i 2021.

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter  
Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter, Vetlis, er organisert under Helse Sør-Øst, men finansiert gjennom Legemiddelverket. Vetlis har en landsdekkende funksjon og formidler produsentnøytral informasjon om bruk av legemidler til dyr. Riktig legemiddelbruk er viktig for å ivareta mattrygghet og for å 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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
70	Legemiddeldetaljistavgift	73 566	62 685	67 485
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 925	5 700	5 800
73	Legemiddelleverandøragift	187 319	211 000	220 000
74	Tilsynsavgift		3 770	3 770
75	Sektoravgift tobakk		15 000	26 000
	Sum kap. 5572	266 810	298 155	323 055

Bevilgningen dekker sektoravgifter på legemiddelområdet og på tobakksområdet.

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås det en økning i sektoravgift tobakk på 11 mill. kroner, jf. omtale under post 75, sammenliknet med saldert budsjett 2020.

### Post 70 Legemiddeldetaljistavgift (tidligere Legemiddelomsetningsavgift)

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist, jf. legemiddeloven § 18. Avgiften dekker

bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, Relis og tilskudd til apotek mv., jf. omtale under kap. 717, post 70, samt delfinansiering av driften ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001). Det legges til grunn en uendret avgiftssats på 0,3 pst. i 2021.

### Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgsste-

der for legemidler utenom apotek. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader forbundet med tilsyn. Det legges til grunn en uendret avgiftssats på 1,2 pst. i 2021.

#### **Post 73 Legemiddelleverandøragift (tidligere Legemiddelkontrollavgift)**

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning, jf. legemiddeloven § 10 og legemiddelforskriften § 15-3 fjerde ledd. Avgiften skal finansiere myndighetenes utgifter til kvalitetskontroll, overvåking av bivirkninger, informasjon om legemidler, regulatorisk og vitenskapelig 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 2021.

#### **Post 74 Tilsynsavgift**

Dette er en årsavgift på 3,77 mill. kroner som skal dekke Legemiddelverkets kostnader til tilsynsaktiviteter med e-sigaretter, jf. omtale under kap. 746, post 01. 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 2021.

#### **Post 75 Sektoravgift tobakk**

Dette er en sektoravgift som skal dekke Helsedirektoratets kostnader til nytt register for bevilningsordningen for import, eksport og produksjon av tobakksvarer, tilsyn med bevilningshaverne samt nytt system for sporing- og sikkerhetsmerking av tobakksvarer, jf. Prop. 75 L (2017–2018) og omtale under kap. 740, post 01. Deler av systemutviklingen fant sted i 2019 og 2020 og det forventes delvis ikrafttredelse i 2020 og 2021. Samlet kostnadsestimat beløper seg derfor til 26 mill. kroner i 2021. Systemene er under utarbeidelse og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2021.

### **Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet**

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
85	Statens overskuddsandel	128 654	66 100	66 100
86	Utbytte	5	2	2
	Sum kap. 5631	128 659	66 102	66 102

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

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

Gjennom sin enerett er Vinmonopolet et viktig tilgjengelighetsbegrensende alkoholpolitisk

virkemiddel, og selskapet har et betydelig samfunnsansvar. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former og uten privatøkonomiske interesser. Det er omfattende dokumentasjon gjennom nasjonal og internasjonal forskning for at statlige detaljmonopoler er meget effektive når det gjelder å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer. Vinmonopolet skal sikre ansvarlig salg av alkohol. I 2019 kontrollerte selskapets ansatte alder på om lag 10,8 pst. av kundene tilsvarende om lag 3,8 millioner kundemøter. 5009 personer ble avvist pga. alder, 2932 personer ble avvist pga.

beruselse og 742 personer ble avvist pga. langing.

Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet i hele landet. I 2019 åpnet Vinmonopolet 3 nye butikker. Ved utgangen av 2019 hadde selskapet totalt 334 butikker i drift. Om lag 97,5 pst. av befolkningen bor i en kommune med eget vinmonopol eller har mindre enn 30 km til nærmeste vinmonopolbutikk. Kommuner som ønsker poleablering kan rette en forespørsel til Vinmonopolet som årlig vurderer etablering av nye butikker.

Vinmonopolets butikker er inndelt i seks kategorier. Kategori seks-butikkene er de største og fører om lag 1800 produkter, mens kategori en-butikkene er de minste med rundt 300 produkter. I tillegg har nettbutikken mer enn 21 500 varer. Frakten er kostnadsfri for kunder som bor i kommuner uten vinmonopolbutikk, og som bor langt unna nærmeste utsalg.

Vinmonopolet solgte totalt 82,6 mill. liter i 2019. Dette er en økning på 0,7 pst. sammenliknet med 2018. Veksten målt i liter ren alkohol var på 0,9 pst. Salget av svakvin gikk opp med om lag 0,3 pst. til 67,1 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker gikk opp fra 11,2 mill. liter i 2018 til 11,4 mill. liter i 2019. Salget av sterkvin gikk ned fra 480 000 liter i 2018 til 478 000 liter i 2019, mens salget av sterkøl økte fra 2,8 mill. liter i 2018 til 2,9 mill. liter i 2019. Salget av alkoholfrie drikker økte fra 552 000 liter i 2018 til 596 000 liter i 2019.

Vinmonopolets salgsinntekter i 2019 var 14 304 mill. kroner eksklusiv mva., av dette var 7 418 mill. kroner alkoholavgift. Salgsinntektene økte med 443 mill. kroner sammenliknet med 2018. Driftsresultatet for 2019 ble 578 mill. kroner, 427 mill. kroner høyere enn i 2018 og innebærer en økning på 282 pst. Innføringen av ny offentlig tjenestepensjon med regnskapsmessig effekt i 2019 har gitt en positiv engangseffekt på 355 mill. kroner eksklusiv arbeidsgiveravgift sammenliknet med budsjettert pensjonskostnad for 2019. Selskaps netto pensjonsforpliktelse ble redusert fra 988 mill. kroner i 2018 til 505 mill. kroner i 2019.

Resultatet før skatt ble 601 mill. kroner som er 433 mill. kroner høyere enn i 2018. Stortinget har fastsatt at 50 pst. av overskuddet etter skatt skal tilfalle staten. Dette utgjorde for 2019 234,5 mill. kroner som innbetales i 2020.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2019 et resultat på 6,6 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

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

### **Post 85 Statens overskuddsandel**

Statens andel av driftsoverskuddet i Vinmonopolet er i 2020 fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2019 før ekstraordinære poster. Andelen på 50 pst. foreslås uendret i 2020. Forslaget bygger på en vurdering av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknett, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet, og ønsket kapitalstruktur. Foreslått beløp er beregnet ut fra budsjettert resultat for 2020. I perioden fra mars 2020 har Vinmonopolet opplevd økt omsetning som følge av reiserestriksjoner og nedstegning av utelivet som følge av covid-19. Prognosen for resultatet etter skatt har derfor blitt justert i løpet av året, og per august 2020 har selskapet estimert et resultat etter skatt tilsvarende 576 mill. kroner. Dette vil i så fall i en overskuddsandel tilsvarende 288 mill. kroner. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til dette i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2021.

### **Post 86 Utbytte**

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2019. 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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
732	Regionale helseforetak	158 381 247	167 583 303	178 432 876	6,5
733	Habilitering og rehabilitering	158 685	151 772	151 443	-0,2
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	232 490	235 894	270 421	14,6
737	Historiske pensjonskostnader		94 944	131 006	38,0
Sum kategori 10.30		158 772 422	168 065 913	178 985 746	6,5

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
01-23	Statens egne driftsutgifter	196 068	162 198	174 591	7,6
70-89	Andre overføringer	158 576 354	167 903 715	178 811 155	6,5
Sum kategori 10.30		158 772 422	168 065 913	178 985 746	6,5

Vesentlige endringsforslag er omtalt under hvert budsjettkapittel.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak ansvar for utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Innovasjon og samarbeid med næringslivet er viktig for å understøtte tjenesteutvikling. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret). De fire regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de eier. Sørge for-ansvaret ivaretas gjennom den offentlige

helsetjenesten, driftsavtaler med ideelle institusjoner og kjøp av tjenester fra andre private aktører.

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken, innenfor lover og forskrifter og de økonomiske rammene som stilles til disposisjon. Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet. Departementet holder seg orientert om foretakenes virksomhet og om foretakene drives i samsvar med mål og krav gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom rapportering med tilhørende oppfølgingsmøter.

#### **Boks 4.2 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 mill. innbyggere)
- Består av 11 helseforetak: Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF
- Forvalter driftsavtaler med Betanien hospital, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Martina Hansens hospital og Revmatismesykehuset. I tillegg forvalter Helse Sør-Øst RHF avtaler med om lag 1000 avtalespesialister og om lag 80 avtaler med private institusjoner.
- Antall årsverk i foretaksgruppen 2019: 62 025
- Antall årsverk i Helse Sør-Øst RHF 2019: 179 (I tillegg hadde Sykehuspartner HF 1 430 årsverk)
- Inntektsbudsjett i 2020: om lag 89,7 mrd. kroner

#### **Boks 4.3 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
- Forvalter driftsavtale med Haraldsplass diakonale sykehus som en del av lokalsykehus tilbudet, og forvalter avtaler med om lag 265 avtalespesialister og om lag 35 avtaler med private institusjoner
- Antall årsverk i foretaksgruppen 2019: 22 582
- Antall årsverk i Helse Vest RHF 2019: 60 (I tillegg hadde lønns- og regnskapssenteret 10,7 årsverk og Helse Vest IKT 535 årsverk)
- Inntektsbudsjett i 2020: om lag 30,9 mrd. kroner

#### **Boks 4.4 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
- Forvalter avtaler med om lag 140 avtalespesialister og 28 avtaler med private institusjoner
- Antall årsverk i foretaksgruppen 2019: 17 526
- Antall årsverk i Helse Midt-Norge RHF 2019: 72 (I tillegg hadde Helse Midt-Norge IKT 367 årsverk, Helseplattformen 21 årsverk og Driftssenter logistikk og økonomi 27 årsverk)
- Inntektsbudsjett i 2020: om lag 23,6 mrd. kroner

#### **Boks 4.5 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
- Forvalter avtaler med om lag 90 avtalespesialister og om lag 30 avtaler med private institusjoner
- Antall årsverk i foretaksgruppen 2019: 14 301
- Antall årsverk i Helse Nord RHF 2019: 69 (I tillegg har Fremtidens systemer i klinikken 11,6 årsverk, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 21,6 årsverk og Helse Nord IKT HF 272 årsverk)
- Inntektsbudsjett i 2020: om lag 18,8 mrd. kroner

**Kap. 732 Regionale helseforetak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	66 529	19 401	19 430
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	843 059	945 110	4 626 900
71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	552 116	566 434	578 237
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	54 828 938	56 113 159	58 525 149
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	19 038 421	19 588 777	20 611 342
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	14 502 445	14 916 217	15 583 528
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	12 880 632	13 261 484	13 921 895
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	37 801 803	39 960 745	41 695 651
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	3 077 562	3 145 547	3 284 140
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 216 053	1 234 392	1 296 723
80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	7 090 539	7 378 243	8 115 434
81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>	96 700	26 032	176 000
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	5 335 381	5 782 762	7 859 447
83	Byggelånsrenter, <i>overslagsbevilgning</i>	92 069	186 000	339 000
86	Driftskreditter	959 000	4 459 000	1 800 000
	Sum kap. 0732	158 381 247	167 583 303	178 432 876

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

- 2 460 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til pasientbehandling i sykehusene, inkludert 135,8 mill. kroner i økt mva-kompensasjon
- 3 500 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til ekstrakostnader og smittevernutstyr i forbindelse med covid-19, inkludert 280 mill. kroner i økt mva-kompensasjon
- 200 mill. kroner i økt bevilgning til midlertidig ordning for å redusere ventetidene
- 175 mill. kroner i økt bevilgning til innføring av ny inntektsmodell til de regionale helseforetakene
- 60 mill. kroner til ambulanshelikopter i Kirkenes

- om lag 1,6 mrd. kroner i tilskudd til protonsenters, lån og byggelånsrenter i forbindelse med pågående investeringsprosjekter i helseforetakene
- 279 mill. kroner i lånebevilgninger til nye byggeprosjekter i 2021 i helseforetakene
- 106,2 mill. kroner i økt bevilgning til tilskudd til Helseplattformen
- 61 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til mva-kompensasjon, utenom aktivitetsvekst, ekstrakostnader, smittevernutstyr og flytting av legemidler
- 100 mill. kroner i netto økning knyttet til endrede anslag for de regionale helseforetakenes pensjonspremier og -kostnader
- 100 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppretting av 100 midlertidige LIS1-stillinger

- 42,3 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppretting av flere LIS1-stillinger i Helse Nord
- 26 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppretting av flere LIS1-stillinger
- 30 mill. kroner i økt bevilgning til NorTrials – én vei inn for kliniske studier
- 25,7 mill. kroner i økt bevilgning til Nasjonalt tarmscreeningprogram
- 21,8 mill. kroner i økt bevilgning til videreføring av 5-årig forsøk med heroinassistert behandling
- 20 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til kontaktfamilieordning for foreldre som venter barn med spesielle behov
- 3,5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til endringer i bioteknologiloven
- 1,8 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til opprettelse av et nasjonalt ressursteam for kvinner ved Bredtveidt fengsel og forvaltningsanstalt
- 0,5 mill. kroner flyttet fra kap. 430, post 01 knyttet til unge innsatte ved Indre Østfold fengsel, Eidsberg avdeling
- 365 mill. kroner knyttet til overføring av finansieringsansvar for legemiddelgrupper, inkludert 73 mill. kroner i økt mva-kompensasjon, flyttet fra folketrygden kap. 2751, post 70

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 kvalitetsindikatorer for å øke kvalitet (kap. 732, post 71) og tilskudd til forskning og nasjonale kompetansetjenester (kap. 732, post 78).

I årlig melding 2019 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppdragsdokument og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2019 i del III, kap. 5 Spesialisthelse-tjenesten. Årlig melding inngår som en del av grunnlaget for departementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2021.

#### Hovedtrekk i forslag 2021

Virusutbruddet påvirker de regionale helseforetakenes økonomiske rammebetingelser i 2020 og

2021. Bevilgningene til de regionale helseforetakene er økt etter saldert budsjett 2020 gjennom Stortingets behandling av Prop. 52 S (2019–2020), Prop. 67 S (2019–2020), Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020). I budsjettforslaget for 2021 er det lagt til grunn at de regionale helseforetakene også i 2021 vil stå i en krevende situasjon.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2021 med 6 335 mill. kroner.

Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med 2 460 mill. kroner eller om lag 2,3 pst. neste år fra saldert budsjett 2020. Dette inkluderer 30 mill. kroner til persontilpasset medisin. Det er lagt opp til at om lag 0,8 pst., tilsvarende 890 mill. kroner, er ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst i 2021 for å redusere ventetidene som følge av covid-19.

Av beløpet på 6 335 mill. kroner skal 3 500 mill. kroner dekke ekstraordinære kostnader i sykehusene som følge av covid-19, inkludert innkjøp av smittevernustyr, og 200 mill. kroner skal gå til en midlertidig ordning for å redusere ventetidene i 2021. Disse tiltakene må anses som ekstraordinære i 2021, og midler tilsvarende 3 700 mill. kroner videreføres ikke i 2022. Videre er 175 mill. kroner knyttet til innføring av ny inntektsmodell over to år (2021 og 2022), jf. Magnussenutvalgets NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.

Foreslått økt driftsbevilgning på 6 335 mill. kroner framkommer etter at det er gjort fratrukk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (192 mill. kroner) og underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (27,4 mill. kroner). I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,6 pst. Oppdaterte anslag tilsier at lønns- og prisveksten i 2020 kan bli vesentlig lavere enn lagt til grunn i prisomregningen av bevilgningen til sykehusene. Dette gir de regionale helseforetakene økt økonomisk handlingsrom i 2020 og 2021.

Fra 2020 har driftssituasjonen for de regionale helseforetakene blitt endret som følge av virusutbruddet. Anslag for innsatsstyrt finansiering (ISF) for januar til mai 2020, som er beheftet med stor usikkerhet, viser at aktiviteten for 2020 under ett vil være mellom 8 og 11 pst. under saldert budsjett 2020. Det er også usikkerhet knyttet til inntektene fra laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Bevilgningsforslaget for 2021 tar derfor utgangspunkt i saldert budsjett 2020 for disse to budsjett-postene. Dette nivået representerer et normalår, understøtter målet om at sykehusene skal ha mest mulig normal drift framover, øke aktiviteten og ta igjen utsatt pasientbehandling fra 2020.



Sykehusene har hatt betydelige merutgifter og reduserte inntekter som følge av virusutbruddet i 2020, bl.a. som følge av økt beredskap, smitteverntiltak og utsatt planlagt aktivitet. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020) ble handlingsrommet derfor økt med til sammen 6,6 mrd. kroner. I foretaksmøte i juni 2020 ble det signalisert til de regionale helseforetakene at sykehusøkonomien i 2020 skal kompenseres for tapte aktivitetsbaserte inntekter til og med mai måned og at regjeringen vil følge utviklingen i de regionale helseforetakenes utgifter og inntekter nøye videre.

Den foreslåtte aktivitetsveksten på 2 460 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2,3 pst. fra saldert budsjett 2020. 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. Samtidig vil smittevern og beredskapshensyn gi økte kostnader i sykehusene utover et normalår. De regionale helseforetakene tilføres derfor 3 500 mill. kroner som en særskilt kompensasjon for ekstrakostnader knyttet til covid-19 i 2021. Ved fordeling av disse midlene skal de 12 ideelle sykehusene med driftsavtale med de regionale helseforetakene likebehandles med de offentlige sykehusene.

Aktivitetsnedgangen som følge av virusutbruddet har også berørt private leverandører med avtale med de regionale helseforetakene. Det er i 2020 gitt styringskrav til de regionale helseforetakene om å gå i dialog med sine private avtalepartener for å finne frem til løsninger som gjør at virksomhetene ikke må legges ned. Tiltakene skal ses i sammenheng med de nasjonale økonomiske støtteordningene som er etablert, og i Prop. 117 S (2019–2020) fremgår det at de regionale helseforetakene må ta hensyn til at ideelle virksomheter ikke kan benytte den generelle kompensasjonsordningen for næringslivet. Regjeringen vil følge med på utviklingen for private leverandører i 2021.

I forbindelse med behandling av Prop. 52 S (2019–2020) samtykket Stortinget i at bevilningene over statsbudsjettet for 2020 under kap. 732, post 70 og 77 og kap. 2711, post 76, kunne overskrides med utgifter til nødvendige legemidler og medisinsk utstyr, samt nødvendige laboratorieanalyser til håndteringen av virusutbruddet. Fullmakten til å overskride disse bevilningene er delegert til Helsedirektoratet. Ved Stortingets behandling av Prop. 127 S (2019–2020) ble det gitt et tilskudd på 4 800 mill. kroner til innkjøp av smit-

tevernutstyr og beredskapslagring av legemidler som omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ordningen var midlertidig i 2020. I 2021 foreslås det at innkjøp av smittevernustyr dekkes innenfor bevilgningsforslaget til ekstrakostnader på 3 500 mill. kroner.

I tillegg foreslås det en samlet låneramme på 1 295 mill. 2021-kroner til nytt behandlingsbygg ved nytt sykehus i Stavanger, med en lånebevilgning i 2021 på 255 mill. kroner. Realisering av nytt behandlingsbygg, E-bygget, innebærer en ferdigstillelse av byggetrinn 1 ved nytt sykehus i Stavanger. Videre foreslås det en samlet låneramme på 830 mill. 2021-kroner til ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus, med en lånebevilgning på 24 mill. kroner i 2021.

#### Særskilte satsingsområder 2021

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 deltager i egen helse og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet skal følge med på måloppnåelsen for planen og rapportere årlig til departementet i planperioden.

Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2021 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 koronautbruddet vil påvirke de regionale helseforetakenes evne til å nå mål, krav og gjennomføre oppdrag. Departementet har der-

for endret enkelte mål, krav og oppdrag for 2020 i foretaksmøte 10. juni 2020. Koronautbruddet vil også påvirke de regionale helseforetakenes handlingsrom i 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 2020 gikk gjennomsnittlig ventetid ned med 15 dager.

Koronautbruddet 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 fører trolig til økt ventetid i spesialisthelsetjenesten i 2020 som helhet. Målene i 2020 om redusert gjennomsnittlig ventetid og å overholde en større andel av pasientavtalene ble derfor opphevet i justert oppdragsdokument 2020. Det overordnede målet om å redusere unødvendig venting gjelder fremdeles. Tall for første tertial 2020 viser at gjennomsnittlig ventetid var stabil, sammenliknet med første tertial 2019, men ventetidene økte betydelig i mai og juni. Målene for ventetid i spesialisthelsetjenesten i 2021 må vurderes ut fra hvordan ventetidene og smittesituasjonen utvikler seg i løpet av høsten 2020.

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- og 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 særskilt 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. Ordningen omfatter døgntilrettelagt behandling innen

psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt enkelte tjenester innen somatikk og rehabilitering.

Det har siden 2015 vært gitt årlige oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Oppdragene har vært særlig rettet mot å etablere indikatorer og metodikk som avdekker uønsket variasjon, samt å tilgjengeliggjøre denne informasjonen slik at den kan brukes til forbedringsarbeid på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Fra 2020 er det innført en ny indikator, planleggingshorisont, som måler andelen planlagte episoder med tildelt time de neste seks måneder. Arbeidet følges opp i 2021.

Departementet sendte i januar forslag til alternativ regulering av pasientforløp og ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten på høring. Høringsfristen utløp 1. juni 2020. I høringsnotatet ble det foreslått endringer som bedre understøtter dagens praksis for ventetidsregistrering på sykehusene. Departementet vurderer nå den videre oppfølgingen.

I budsjettforslag 2021 er det lagt til rette for en generell aktivitetsvekst på om lag 2,3 pst. som omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører.

#### *Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Regjeringen fortsetter å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2021. Regjeringen vil gi barn og unge og brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer særlig oppmerksomhet. Derfor er dette to av fire pasientgrupper som Helsefelleskapene vil prioritere å utvikle gode tjenester for som ledd i oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Pakkeforløpene er et viktig virkemiddel for at pasientene skal få god behandling i rett tid, jf. omtale under kap. 781.

De regionale helseforetakene skal utvikle helsetatler, kvalitetsregistre og analysere det fremtidige behovet for psykisk helse- og rustjenester i samarbeid med bl.a. Helsedirektoratet, KS og Folkehelseinstituttet. For å sikre kunnskap om det fremtidige behovet for psykiske helsetjenester og hvordan tjenestene bør organiseres, skal det arbeides videre med å skaffe kunnskap om framtidige behov. Regjeringen vil vurdere hvordan prioriteringsregelen kan gjøres enda mer målrettet.

Ambulante tjenester skal utvikles videre, bl.a. i form av flere ACT/FACT-team til mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse der det er

grunnlag for det. I 2019 var det om lag 70 slike team. Arbeidet med FACT-team for ungdom fortsetter i 2021.

I tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan skal dialog og nærmere samarbeid ved henvisning til psykisk helsevern for barn og unge prioriteres i 2021. 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 videreføres, bl.a. med implementering av pakkeforløp som skal sikre samarbeid og tidligere helsekartlegging og helsehjelp til barn i barnevernet. Helsesatsingen i barnevernet skal evalueres.

Som ledd i regjeringens innsats for forebygging av seksuelle overgrep er et nasjonalt behandlingstilbud til personer dømt for seksuallovbrudd under etablering i alle helseregioner. I Helse Sør-Øst er tilbudet lagt til den nyopprettede Spesialpoliklinisk enhet ved Oslo universitetssykehus, hvor bl.a. også det polikliniske lavterskeltilbudet «Det finnes hjelp» vil bli 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. Helsedirektoratet utarbeider, i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe, nasjonale faglige råd om forebygging og riktig bruk av tvang. Målet er publisering og implementering i 2021. Rådene skal også inngå i relevante pakkeforløp.

Gjennom Sivilombudsmannens rapporter de siste årene og arbeidet med utvikling av faglige råd for å redusere bruken av tvang, er det avdekket behov for økt kunnskap på området tvang i psykisk helsevern. Departementet vil be Helse Nord/Tvangsforsk og Helsedirektoratet om en felles vurdering av hvordan kunnskapen på dette området kan styrkes.

Tvangslovutvalget (NOU 2019:14) leverte sin utredning i juni 2019. Departementet vil i tråd med Granavolden-plattformen foreta en revisjon av alle tvangshjemplene, basert på utvalgets anbefalinger. Utredningen har vært på alminnelig høring. Et lovforslag vil bli lagt fram så fort det lar seg gjøre.

#### *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*

Meld. St. 9 (2019–2020) om kvalitet og pasientsikkerhet peker på 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. 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.

Nasjonale handlingsplaner 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 pasientsikkerhet 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 undersøkelsen ForBedring som grunnlag for nasjonale indikatorer på pasientsikkerhetskultur. Resultatene skal følges opp på alle nivå med konkrete tiltak for å forebygge og redusere antall pasientskader, og forbedre pasientsikkerhetskulturen der det er behov.

Helsetjenesten har mange meldeplikter om uønskede hendelser. Meldeportalen «En vei inn» skal brukes av helseforetakene. Portalen er utviklet for å forenkle meldeplikten og forebygge underrapportering til de ulike melde- og varselpликтene. Se omtale under kap. 781, post 21, og 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, samt bidra i utviklingsarbeidet i Helsedataprogrammet og «en innbygger – en journal» i regi av Direktoratet for e-helse for bl.a. å sikre at kvalitetsregisterperspektivet ivaretas. Det vises til kap. 701 for omtale av Helsedataprogrammet og medisinske kvalitetsregistre.

De regionale helseforetakene skal arbeide for å sikre kunnskapsbasert praksis i tjenesten. Arbeidet med å vurdere utfasing eller avgrenset bruk av behandlingsmetoder skal videreføres for metoder der det i dag mangler forskningsbasert dokumentasjon om effekt, eller der det er utviklet bedre, mindre invasive eller tryggere metoder.

Det er et mål å gi flere kreftpasienter og andre med alvorlig sykdom tilgang til utprøvende behandling. Med økende grad av persontilpasset medisin vil utprøvende behandlingsmetoder oftere tas i bruk som en del av det ordinære behandlingstilbudet. Utprøvende behandling skal som hovedregel tilbys gjennom kliniske studier. De regionale helseforetakene skal i 2020 utvikle og etablere felles kriterier 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.

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.

#### *Personell, utdanning og kompetanse*

Helseforetakene skal arbeide strategisk på kort, mellomlang og lang sikt for å sikre tilstrekkelig tilgang 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.

Framskrivinger viser et økt behov for spesialisthelsetjenester, 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. 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 omstillingstakten de ansatte i spesialisthelsetjenesten håndterer hver dag. 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. Helseforetakene skal videreføre arbeidet med å heve egne ansattes kompetanse gjennom intern etterutdanning og kompetanseheving. Bl.a. 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. Moderniseringen av legenes spesialistutdanning må følges opp. Å ivareta leger

under spesialisering i allmennmedisin sitt behov for sykehuspraksis vil være en av oppgavene framover.

#### *Forskning og innovasjon*

Det er viktig å heve kvaliteten på og omfanget av tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning, helsetjenesteforskning, innovasjon og næringsutvikling. Kliniske studier skal være en integrert del av behandlingstilbudet. Flere pasienter som kan ha nytte av det bør vurderes for deltakelse i kliniske studier. Det er derfor et mål å øke antallet kliniske studier som initieres av forskeren eller baseres på pasientens eller tjenestens behov, og studier som gjennomføres i samarbeid med industrien.

Regjeringen vil legge frem en nasjonal handlingsplan for kliniske studier i 2020. Oppfølging av planen skal bidra til at kliniske studier integreres i pasientbehandlingen. Handlingsplanen vil omfatte alle tjenesteområder og kliniske studier i bredt. Det skal etableres en partnerskapsmodell for kliniske studier, NorTrials, som skal fungere som én vei inn i norsk helsetjenesten for næringslivet. Program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten skal også dekke kunnskapsbehov som avdekkes i Nye metoder, ev. gjennom samfinansiering med ideelle organisasjoner og stiftelser. De regionale helseforetakene har rapportert på indikator for kliniske behandlingsstudier og pasienter som inngår. Målingen baserer seg på tall fra 2019. Resultatene vil legges til grunn for fordeling av det resultatbaserte tilskuddet til forskning i helseforetakene. Det vises til kap. 732, post 78.

De regionale helseforetakene skal på sikt bruke helseklassifiseringssystemet Health Research Classification System (HRCS) i målingen av ressursbruk til forskning i helseforetakene, jf. Prop. 1 S (2017–2018). Alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst i de regionale helseforetakene skal fra og med 1. januar 2021 være åpent tilgjengelige. De regionale helseforetakene skal vurdere aktuelle områder for strategisk samarbeid om helseforskning med Norges forskningsråd.

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 for første gang rapportert på innovasjonsindikatoren aktivitet og pilotert innovasjonsindikatoren nytte. Det vises til omtale i del III, kap. 5 Spesialisthelsetje-

nesten. 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. I behandlingen av Prop. 127 S (2019–2020) Endringer i statsbudsjettet 2020 (økonomiske tiltak i møte med virusutbruddet) økte Stortinget bevilgningen til Norges forskningsråd med 40 mill. kroner for å etablere en helhetlig virkemiddelkjede for helseinnovasjon (Pilot Helse). Det foreslås å videreføre 20 mill. kroner til formålet i 2021.

#### *Teknologi og digitalisering*

Digitalisering er en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste og helhetlige pasientforløp.

Pasientene skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten i eget hjem gjennom videokonsultasjoner, nettbasert behandling og digital hjemmeoppfølging. Digitale innbyggertjenester skal gjøre det enklere for pasienter å administrere og delta i egen behandling.

Innbygger og pasient skal ha tillit til at personopplysninger behandles på en trygg og sikker måte gjennom hele den digitale verdikjeden. De regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha høy prioritet på sikring av informasjon og informasjonssystemer gjennom oppfølging av krav til teknologi, sikkerhetsstyring, kompetansehevende tiltak og videreutvikling av sikkerhetskulturen.

De regionale helseforetakene må videreutvikle en god sikkerhetskultur, gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger og implementere nødvendige sikkerhetstiltak for å sikre sine datanettverk og de digitale tjenestene. Samtidig må de samarbeide om erfaringsoverføring for å skape god sikkerhetskultur og kompetanse som kan bidra til å forebygge, avdekke og iverksette skadereuserende tiltak mot uautorisert tilgang til deres informasjons og informasjonssystemer. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsennett SF deltar også i dette arbeidet.

Realisering av gevinster av digitale løsninger forutsetter at det er etablert IKT-infrastruktur med høy sikkerhet og tilgjengelighet, og at beredskapshensyn er ivaretatt. 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.

De regionale helseforetakene skal videreføre sine faglige og finansielle bidrag i utvikling av nasjonale løsninger og felleskomponenter, herunder felles standarder for deling av helseinformasjon. De regionale helseforetakene skal understøtte og bidra i allerede igangsatte tiltak og programmer, herunder arbeidet med felles kommunal journal og helhetlig samhandling, Legemiddelprogrammet, Helseplattformen, en felles plan for elektronisk pasientjournal i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst, og Helsedataprogrammet. Det er viktig at de regionale helseforetakenes planer for strukturert journal understøtter målbildet for helhetlig samhandling, jf. målene i én innbygger – én journal. Legemiddelprogrammet skal prioriteres høyt og det skal bl.a. gjennomføres en utprøving av pasientens legemiddelliste i Helse Vest og i Bergen kommune, og tilrettelegges for at Helseplattformen skal kunne knyttes til e-resept.

Spesialisthelsetjenesten har kommet langt i å ta i bruk etablerte standarder for elektroniske meldinger. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Norsk Helsnett SF og aktuelle leverandører gjøre tiltak for å redusere feil bruk av standardiserte meldingsformater.

#### *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.

#### **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 om 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 viser at befolkningen er godt dekket av ambulanshelikopter. Om lag 98 pst. av befolkningen nås av legebemannet ambulanse innen 45 minutter, som er godt innenfor målet om 90 pst. Utredningen dokumenterer at store befolkningsrike områder nås av legebemannet helikopter innen anbefalt tid, men for noen befolkede områder er det forbedringspotensial.

Telemark og Innlandet er områder som begge har lang responstid følge utredningen, 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 luftambulansebaser når dette området sammenliknet med Telemarkområdet. Utredningen tilrår å opprette en ny luftambulansbase i Mjøsområdet, men at beslutningen om når og hvor ikke bør gjøres før sykehusstruktur og funksjonsfordeling i Innlandet er endelig vedtatt. Opprettelsen av en ny base 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. Utredningen viser at områdene i

Telemark nås av syv til åtte andre baser, og ved bedre koordinering mellom AMK-sentralene kan pasientene nås raskere. Utredningen viser 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. I Nord-Trøndelag, som for det meste er lite befolket, anbefales det ikke nye baser. 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 akuttbereidskapen.

Det vises også til vedtak nr. 582, 14. mai 2020 «*Stortinget ber regjeringen komme 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.*» og vedtak nr. 573, 14. mai 2020 «*Stortinget ber regjeringen sørge for et permanent ambulanshelikopter i Kirkenes og et jettfly stasjonert fast i Tromsø.*», og oppfølgingen av disse.

Ideell virksomhet i helse- og omsorgssektoren

Vedtak nr. 126 (2016–2017), 9. desember 2016

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

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

I Innst. 373 S (2019–2020) uttaler Kontroll- og konstitusjonskomiteen at den avventer utkvitning av vedtaket til en plan med kortsiktige og langsiktige tiltak legges fram for Stortinget.

I Granavoldenplattformen uttalte regjeringen at den vil styrke ideelle virksomheters rolle som leverandør av helse- og omsorgstjenester. Som et ledd i denne styrkingen har regjeringen i statsbudsjettet for 2020 fulgt opp Stortingets vedtak om å øke andelen av den samlede helse- og omsorgssektoren og satt seg som mål å doble de ideelles andel av den samlede helse- og omsorgssektoren til 10 pst. målt i kostnader.

Regjeringens plan inneholder både kortsiktige og langsiktige tiltak for å nå dette målet. Tiltakene er rettet mot spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er de regionale helseforetakene i foretaksrådet januar 2020 bedt om å følge opp måltallet om vekst i spesialisthelsetjenesten, innenfor rammene av anskaffelsesregelverket. Videre er de bedt om å videreutvikle sine strategier for å øke andelen ideelle, og vurdere mulighetene for å stille kvalitetskrav som bedre tar hensyn til leverandørenes særegenheter, inkludert bruk av frivillige og likemannsarbeid. Det vises til rapportering i del III, Spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene har i tillegg fått en rekke langsiktige oppdrag om å prioritere ideelle. De skal sørge for at de ideelle tjenesteleverandørenes andel av private institusjonsplasser økes over tid i forbindelse med innkjøpsprosesser, i den grad det er rettslig mulig og det ikke er til hinder for særskilt begrunnet bruk av kommersielle tilbydere. De skal inkludere ideelle aktører i sitt plan- og utviklingsarbeid, og skal ikke bygge opp og utvikle konkurrerende tilbud til eksisterende tilbud hos ideelle aktører. Regjeringen er opptatt av å styrke de ideelle virksomhetene på en måte som ikke fører til et svekket tjenestetilbud. De regionale helseforetakene er derfor bedt om å stille de samme faglige krav til ideelle og kommersielle aktører som leverer tjenester til det offentlige.

Det vises også til omtale av ideelle under anmodningsvedtak nr. 579 (2019–2020) om ideelle leverandørers rolle i helsefelleskapene, som det tas sikte på å etablere innen utgangen av 2020.

Virusutbruddet har også berørt ideelle leverandører i spesialisthelsetjenesten. I 2021 foreslår regjeringen at det bevilges 3 500 mill. kroner til de regionale helseforetakene som en særskilt kompensasjon for ekstrakostnader til håndtering av covid-19. Det stilles krav om at de 12 ideelle sykehusene med driftsavtale med de regionale helseforetakene skal likebehandles med de offentlige sykehusene ved fordeling av disse midlene.

Aktivitetsnedgangen i spesialisthelsetjenesten har også berørt andre private leverandører som har avtale med de regionale helseforetakene. Det er våren 2020 gitt styringskrav til de regionale helseforetakene om å gå i dialog med sine private avtaleparter for å finne frem til løsninger som gjør at virksomhetene ikke må legges ned. Det er bedt om at tiltakene ses i sammenheng med de nasjonale økonomiske støtteordningene som er etablert, og i Prop. 117 S (2019–2020) fremgår det at de regionale helseforetakene må ta hensyn til at ideelle virksomheter ikke kan benytte den generelle kompensasjonsordningen for næringslivet. Regjeringen vil følge med på utviklingen for private leverandører i 2021.

Regjeringen har også innført en tilskuddsordning for historiske pensjonskostnader som gir bedre forutsigbarhet for private virksomheter med offentlig tjenstepensjonsordning som har levert spesialisthelsetjenester og statlige barneverntjenester. Tilskuddsordningen er hjemlet i lov av 1. mars 2019 nr. 3. Tilskuddet vil bidra til å nøytralisere den økonomiske byrden av offentlig tjenstepensjonsordning, legge til rette for likere konkurransevilkår og styrke de ideelle virksomhetenes evne til å nå opp i fremtidige konkurranser om leveranse av tjenester til det offentlige. Det vises for øvrig til omtale av tilskuddsordningen under kap. 737.

Regjeringen innførte fritt behandlingsvalg-ordningen i 2015. Ordningen innebærer bl.a. at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan velge å motta behandling hos godkjente private leverandører. Flere av de godkjente leverandørene, både innen somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabiliteringstjenester, er ideelle virksomheter. Flere tjenester innen rehabilitering ble inkludert i godkjenningsordningen i 2019 og 2020. Helsedirektoratet vurderer innføring av flere rehabiliteringstjenester i 2021. Dette kan åpne for at flere ideelle aktører kan søke om godkjenning som leverandør i ordningen for fritt behandlingsvalg. Godkjenningsordningen understøtter målet om ideell vekst på kort og lang sikt.

Når det gjelder den kommunale helse- og omsorgstjenesten, så er det kommunen som er ansvarlig for å organisere sitt tjenestetilbud ut fra lokale forhold og behov. Slik helse- og omsorgstjenesteloven i dag er utformet, har ikke staten adgang til å pålegge kommunene bruk av ideelle leverandører. Kommunene kan imidlertid bli flinkere til å prioritere ideelle, og regjeringen vil legge bedre til rette for at kommunene kan velge ideelle. Regjeringen har sendt på høring et forslag om å innføre en godkjenningsmodell for fritt brukervalg for kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med forslaget er å oppnå økt legitimitet for bruk av godkjenningsmodellen på lik linje med ordinære offentlige anskaffelser, økt oppmerksomhet rundt alternative måter å organisere kommunale helse- og omsorgstjenester på, samtidig som forslaget sender et tydelig signal fra lovgiver om at valgfrihet for pasienter, brukere og pårørende er et prioritert område. Fritt brukervalg i kommunene vil på sikt kunne bidra økt bruk av ideelle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Stortinget har bedt regjeringen utrede de økonomiske konsekvensene av å dekke de ideelle

organisasjoners historiske pensjonskostnader for kommunal og fylkeskommunal sektor med sikte på at de dekkes av kommunene og fylkeskommunene. Utredningen bør også se på om dekingen bør gå gjennom å utvide den søknadsbaserte tilskuddsordningen for virksomheter som har levert spesialisthelsetjenester og statlige barneverntjenester som nevnt ovenfor. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om dette i oppfølging av anmodningsvedtak nr. 82 (2018–2019).

Regjeringen har også innført tiltak som kan bidra til økt bruk av ideelle i både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen har utarbeidet en tjenestespesifikk veiledning om anskaffelser av ulike helse- og sosialtjenester for å legge til rette for økt medvirkning fra ideelle leverandører i åpne konkurranser. Formålet med veiledningen er å synliggjøre handlingsrommet innenfor anskaffelsesregelverket for oppdragsgivere som vil medvirke til å gjennomføre regjeringens mål om å styrke ideell sektor. Veiledningen viser mulighetene for å vektlegge kvaliteter i tjenestetilbudet som er av betydning for brukerne og som de ideelle tradisjonelt sett har lagt vekt på. Veiledningen viser også handlingsrommet for å fremme ideelle organisasjoner ved anskaffelser om kjøp av tjenester som innebærer utøvelse av offentlig myndighet som er unntatt fra regelverket.

I februar 2020 vedtok regjeringen endringer i anskaffelsesregelverket slik at man kan reservere konkurranser om helse- og sosialtjenester for ideelle leverandører. Regjeringen arbeider med en veileder om adgangen til å reservere anskaffelser for ideelle.

Formålet med veiledningene er å tilrettelegge for bruk av ideelle.

#### Eldre pasienter med sammensatte lidelser

Vedtaket nr. 643, 24. april 2018

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp i Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 som Stortinget har sluttet seg til.



Regjeringen og KS har inngått en avtale om etablering av 19 helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak for å bidra til sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Regjeringen og KS er enige om at helsefelleskapene skal prioritere å planlegge og utvikle tjenester for fire sårbare pasientgrupper: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Helsedirektoratet har fått flere oppdrag som skal støtte helsefelleskapene i arbeidet, herunder sørge for relevant styringsinformasjon, felles fremskrivingsverktøy og revidering av veileder for de lovpålagte samarbeidsavtalene.

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

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp i Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 som Stortinget har sluttet seg til. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hva som er ønsket innretning på utskrivingsprosessen og basert på dette foreslå endringer i nasjonale rammevilkår. Skrøpelige eldre er en av fire pasientgrupper som helsefelleskapene skal prioritere å planlegge og utvikle gode tjenester til.

Assistert befruktning for enslige

*Vedtak nr. 718, 15. mai 2018*

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

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

I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020) vedtok Stortinget en lovendring som åpner for assistert befruktning for enslige kvinner. Lovendringen trådte i kraft 1. juli 2020.

Sæddonasjon

*Vedtak nr. 719, 15. mai 2018*

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

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

Vedtaket er gjennomført ved endret veileder fra Helsedirektoratet som trådte i kraft 7. februar 2020.

Assistert befruktning

*Vedtak nr. 721, 15. mai 2018*

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

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

Vedtaket er gjennomført ved forskriftsendring som trådte i kraft 1. juli 2020.

Sluttvederlag i helseforetakene

*Vedtak nr. 723, 15. mai 2018*

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

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

Ved behandlingen av Prop. 1 S (2018–2019) og Innst. 11 S (2018–2019) merket helse- og omsorgskomiteen seg at Helse Nord RHF har vurdert praksis med sluttvederlag og etterlønn, og at departementet har vist til statens retningslinjer i foretaksmøter. Komiteen ville imidlertid se resultatet av Helse Nord's gjennomgang, særlig det som omhandler at foretakene ikke tar i bruk sluttvederlag når lederen selv har tatt initiativ til oppsigelse, før vedtaket utkvitteres.

Helse- og omsorgsdepartementet har oversendt rapporteringen fra Helse Nord RHF til

helse- og omsorgskomiteen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen

Vedtak nr. 747, 24. mai 2018

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at helseforetakene implementerer Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen fra 2014 i sine tjenester. Utreise fra føde-/barselavdeling skal alltid tilpasses kvinnen og den nyfødte sine behov, og utreisevurderingen skal alltid gjøres sammen med kvinnen.»*

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

Vedtaket anses som fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i 2019 fikk i oppdrag å rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, spesielt hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om utreisevurdering. I årlig melding rapporterer alle regionale helseforetak at retningslinjen er implementert og at anbefalingene om utreisevurdering følges opp, jf. nærmere omtale i Del III Spesialisthelsetjenesten.

Fødselsomsorg

Vedtak nr. 750, 24. mai 2018

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppdragsdokumentet 2020 til de regionale helseforetakene, der det er gitt følgende føring: «I Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019 ble sykehusstruktur og akuttfunksjoner ved de fleste sykehusene avklart. Disse beslutningene ligger fast. Det er ingen planer om nedleggelse av fødetilbud ved disse syke-

*husene. Det bidrar til forutsigbarhet og trygghet for befolkningen. jf. Stortingets anmodningsvedtak i 2018 om å sikre en trygg og fremtidsrettet fødselsomsorg».*

Følgetjeneste for gravide

Vedtak nr. 751, 24. mai 2018

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i 2019 fikk i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av hvordan følgetjenesten for fødende fungerer i helseregionen. I årlig melding rapporterer alle regionale helseforetak at de har kartlagt hvordan følgetjenesten er organisert og fungerer, jf. nærmere omtale i Del III 5 Spesialisthelsetjenesten.

Fødselsomsorg og liggetid

Vedtak nr. 752, 24. mai 2018

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppdragsdokumentet 2020 til de regionale helseforetakene, der det er gitt følgende føring: «Tidspunktet for utskrivning fra sykehus etter fødsel skal tilpasses kvinnens og det nyfødte barnets behov, og skal besluttes i samråd med kvinnen, i tråd med Helsedirektoratets veileder. Nye sykehus skal dimensjoneres etter faglige behov, jf. anmodningsvedtak i 2018 om at kort liggetid på sykehus skal være kvinnens eget ønske».

### Vikarbruk i helseforetakene

Vedtak nr. 755, 24. mai 2018

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

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

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

Anmodningen fra helse- og omsorgskomiteen ble fulgt opp ved at rapport fra de regionale helseforetakene om vikarbruk i helseforetakene ble oversendt fra Helse- og omsorgsdepartementet til komiteen i desember 2019.

### Stortingsmelding – Prehospitale tjenester

Vedtak nr. 21, 15. november 2018

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

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, jf. Innst. 255 S (2019–2020). I Innst. 11 S (2019–2020) hadde komiteen følgende merknad: «Komiteen merker seg at vedtaket ber om en stortingsmelding om de prehospitale tjenestene og hele den akuttmedisinske kjeden. Komiteen viser til behandling av Dokument 8:225 S (2017–2018), jf. Innst. 32 S (2018–2019), der et mindretall bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti påpeker at en slik melding «bl.a. må ha som mål å utrede behovene for bil-, båt- og luftambulansesamlet, der man ser på behovene for kapasitet og basestruktur under ett,» og at en slik melding må vurdere lovhjemler om krav til responstider. I sykehusplanen er prehospitale tjenester, oppfølgingen av NOU 2015: 17 Først og fremst, og hele den akuttmedisinske kjeden særskilt omtalt.

### Evaluering av system for Nye metoder

Vedtak nr. 294, 13. desember 2019

*«Stortinget ber regjeringen å – i tråd med prioriteringsmeldingen og de vedtatte målene for legemiddelpolitikken samt premisene 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 omsorgsdepartementet har utlyst oppdrag om evaluering av system for Nye metoder 14. mai 2020. Kontrakt med oppdragstaker skal tegnes i løpet av høsten 2020. Frist for evalueringen er 31. oktober 2021. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp evalueringsrapporten på egnet måte høsten 2021. Det vises til at Stortinget har bevilget 5 mill. kroner til evalueringen gjennom behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

### Intensivkapasiteten på sykehus og koronapandemien

Vedtak nr. 416, 19. mars 2020

*«Stortinget ber regjeringen sikre at sykehusene har tilstrekkelige midler når de nå planlegger å møte korona-pandemien og styrker intensivkapasiteten. Sykehusene og andre virksomheter innenfor helse må få dekket uforutsatte og nødvendige utgifter knyttet til legemidler og medisinsk utstyr i perioden krisen varer.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 52 S (2019–2020), jf. Innst. 197 S (2019–2020).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 (2019–2020). I forbindelse med nevnte proposisjoner ble det bevilget 6,1 mrd. kroner over kap. 732, postene 72–75, til de regionale helseforetakene for å håndtere virusutbruddet. Videre ble det bevilget 4,8 mrd. kroner over kap. 732, post 70 for å dekke utgifter til nødvendige legemidler og medisinsk utstyr, samt nødvendige laboratorieanalyser til håndteringen av virusutbruddet. Regjeringen vil ved behov komme tilbake til Stortinget med nye bevilgningsforslag.

Luftambulansetjenesten i Kirkenes og Tromsø  
Vedtak nr. 573, 14. mai 2020

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

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

Vedtaket ble fulgt opp i foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. juni 2020. Her ble det vist til foretaksmøte i Helse Nord RHF 17. april, der det ble gitt oppdrag om at det fra 15. juli 2020 skal stasjoneres et sivilt ambulanshelikopter i Kirkenes til erstatning for Forsvarets Bell-helikopter. Dette er nå gjennomført og Stortingets anmodningsvedtak knyttet til helikopter i Kirkenes er med dette oppfylt. Det vises også til bevilgningsforslag på 60 mill. kroner til ambulanshelikopter i Kirkenes under kap. 732, post 70.

I foretaksmøtet 10. juni 2020 ble de regionale helseforetakene bedt om 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.

Fødeavdelingen i Kristiansund og sykehuset på Hjelset

Vedtak nr. 574, 14. mai 2020

*«Stortinget ber regjeringen følge opp anmodningsvedtak 750 (2017–2018), og sørge for at fødeavdelingen i Kristiansund består inntil fødeavdelingen i det nye sykehuset på Hjelset er i drift.»*

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

Vedtaket ble fulgt opp i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. juni 2020. Her ble Helse Midt-Norge RHF bedt om å følge opp vedtaket og på vanlig måte vurdere det opp mot kravet om forsvarlig drift.

22. juli 2020 gjorde Helse Møre og Romsdal det kjent at de så det som nødvendig med alternerende drift ved fødeavdelingene i Kristiansund og Molde fra og med 5. oktober 2020. Bakgrunnen er rekrutteringsutfordringer og hensynet til faglig forsvarlig drift.

Smittevernutstyr – offentlig/privat produksjonsmiljø  
Vedtak nr. 576, 14. mai 2020

*«Stortinget ber regjeringen etablere et offentlig/privat samarbeid med produksjonsmiljøer, med sikte på å øke selvforsyning av smittevernutstyr for helsetjenesten.»*

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

Det er inngått en rekke samarbeid og avtaler med ulike norske virksomheter som er i gang med å produsere smittevernutstyr. Med et utfordrende internasjonalt marked for smittevernutstyr, er disse avtalene viktig for å sørge for at norsk helsevesen har nok utstyr, både på kort og noe lengre sikt. Dette gjelder åndedrettsvern, munnbind, smittevernfrakker, visir, operasjonsluer. Det er også igangsatt produksjon av desinfeksjonsmiddel.

Se også informasjon fra Helse Sør-Øst RHF om produksjon av utstyr i Norge:

[helse-sorost.no/beredskap-korona/utstyr](https://helse-sorost.no/beredskap-korona/utstyr)  
Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Sykehuset i Kirkenes – intensivvirksomhet nivå 2  
Vedtak nr. 577, 14. mai 2020

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom foretaksmøtet med Helse Nord RHF i juni 2020. Foretaksmøtet viste til vedtak i styresak 90/2008 i Helse Nord RHF om innføring av nivådeling av intensivavdelingene i regionen. Vedtaket innebar bl.a. at Kirkenes sykehus skulle ha intensivvirksomhet på det som Helse Nord RHF har definert som nivå 1. Beslutningen fra 2008 om at sykehuset skulle nedjustere intensivvirksomheten, er i praksis ikke har blitt gjennomført. Kirkenes sykehus har pga. avstand og klimatiske forhold i praksis tilrettelagt for å kunne utføre respiratorbehandling i flere døgn i påvente av transport eller at respiratorbehandling avsluttes fordi pasienten ikke lenger har behov for respiratorstøttende behandling. Helse Nord RHF har oppgitt at de vil gjøre en ny vurdering av intensivtilbudet ved Kirkenes sykehus, for å sikre at klinikken har ressur-

ser og kompetanse til å behandle respiratorpasienter som ikke kan sendes videre. Helse Nord RHF vil innen 1. november 2020 vurdere vedtaket i styresak 90/2008 på nytt på bakgrunn av erfaringer gjort siden den gang og på bakgrunn av Stortingets anmodningsvedtak.

Ideelle sykehus og DPS-er i helsefelleskapene

Vedtaket nr. 579, 14. mai 2020

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at ideelle sykehus og ideelle DPS-er blir inkludert i helsefelleskapene.»*

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

Private ideelle leverandører som har avtale med den offentlige helse- og omsorgstjenesten og inngår i tjenestetilbudet vil være en del av helsefelleskapene. Det fremgår i Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 at lokale forskjeller, herunder hvorvidt det er private ideelle sykehus i helseforetaksområdet, vil medføre ulike innretninger på helsefelleskapene. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp innføringen av helsefelleskapene i tråd med avtalen mellom Regjeringen og KS av 23. oktober 2019. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Basestrukturen for luftambulansen i Norge

Vedtaket nr. 582, 14. mai 2020

*«Stortinget ber regjeringen komme 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.»*

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

De regionale helseforetakene fikk i foretaks-møtet i juni 2020 i oppdrag å oppdatere rapporten «Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter» fra 2018 med ny kunnskap og eventuelle endringer som kan påvirke basestruktur og behov for luftambulansetjenester. Helseregionenes fornyede gjennomgang viser at målet om at 90 pst. av landets befolkning nås innen 45 minutter er nådd, og at om lag 99 pst. av befolkningen nås av legebe-mannet ambulanse innen 45 minutter. 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. Det er gjort en særlig vurdering av Innlandet og Bykle/Vinje. Plassering av ny helikopterbase på Innlandet vurderes i prosjektet «Målbilde for Sykehuset Innlandet HF – konkretisering av virksomhetsinnhold», som skal ferdigstilles innen utgangen av 2020. Bykle kommune befinner seg 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 vil gjøre en egen vurdering av helikopterstrukturen i egen region, sett i en helhetlig akuttmedisinske sammenheng. Det vises også til omtalen av anmodningsvedtak nr. 545, 17. mars 2016. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Kommunesammenslåing og regionale helseforetak

Vedtaket nr. 583, 14. mai 2020

*«Stortinget ber regjeringen legge avgjørende vekt på lokalpolitiske ønsker og innbyggerperspektiv, og derfor åpne opp for at nye sammenslåtte kommuner kan ha delte løsninger mellom flere helseforetak.»*

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

Vedtaket ble fulgt opp i felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene 10. juni 2020. Her ble de regionale helseforetakene bedt om å åpne for at nye sammenslåtte kommuner kan ha delte løsninger med tilhørighet i flere helseforetak.

Endringer i bioteknologiloven – økonomiske konsekvenser

Vedtaket 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).

Helsedirektoratet har gjort beregninger av vedtakene som følger av lovendringene. Dette gjelder assistert befruktning for enslige, kompensasjon til eggdonor og donorregister. Samlet er dette anslått til å utgjøre 8,2 mill. kroner og er gjenspeilet i bevilgningsforslagene under kap. 732, kap. 740 og kap. 2790. Kostnader til rådgivende instans der legen er i tvil om omsorgsevnen til kvinnen eller paret som søker assistert befruktning er ikke inkludert i anslaget. Dette vil bli fulgt opp i revidert nasjonalbudsjett 2021.

#### *Koronapandemien og kapasitet i de regionale helseforetakene*

*Vedtak nr. 788, 19. juni 2020*

*«Stortinget ber regjeringen påse at de regionale helseforetakene tar i bruk samlet kapasitet i helseregionen, også hos de private tilbyderne, for å ta igjen helsekøer og etterslep som har oppstått i forbindelse med koronapandemien.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom styringssignaler til de regionale helseforetakene. I foretaksmøtet 17. april ble de regionale helseforetakene bedt om å trappe opp til mer normal kapasitet, og de ble samtidig bedt om å utnytte kapasiteten hos private tjenesteleverandører. Etter Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020) har Helse- og omsorgsdepartementet sendt brev til de regionale helseforetakene om oppfølging av nevnte proposisjoner, herunder styringskrav om å ta i bruk samlet kapasitet i helseregionene, også hos private tilbydere.

#### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Bevilgningen over posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. I 2019 og 2020 er bl.a. følgende prosjekter finansiert over posten:

- Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene
- Framskrivninger og analyser i helse- og omsorgstjenesten fra Statistisk sentralbyrå
- Evaluering av system for Nye metoder
- Områdegjennomgang legemidler
- Utvalg som har vurdert fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetakene

- Utvalg som har utredet autismefeltet og beslektede diagnoser som Tourettes syndrom
- Ekspertgruppe som utreder operativ drift av luftambulansetjenesten

#### **Post 70 Særskilte tilskudd**

Hovedregelen er at basisbevilgningene til de regionale helseforetakene budsjetteres over postene 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70. Det foreslås å flytte 173,7 mill. kroner til kompensasjon for omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift tidligere år til kap. 732, postene 72–75. Dette må sees i sammenheng med forslaget om ny inntektsmodell fra 2021.

Følgende tiltak fra saldert budsjett 2020 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2021:

- 232,4 mill. kroner til Helseplattformen – tilskudd til kommunene
- 182,4 mill. kroner til rettsmedisinske fag
- 121,5 mill. kroner til drift av Krefregisteret
- 61,3 mill. kroner til persontilpasset medisin
- 52,5 mill. kroner til LIS1-stillinger i Helse Nord
- 40,2 mill. kroner til nasjonalt senter for e-helseforskning
- 37,6 mill. kroner til tilskudd til turnustjeneste
- 34,6 mill. kroner til medisinske undersøkelser i Statens barnehus
- 32,6 mill. kroner til heroinassistert behandling
- 14,6 mill. kroner til kvinnehelseforskning
- 13,7 mill. kroner til bedre psykisk hjelp i barnevernet
- 10,8 mill. kroner til landsdekkende modell for organisering av rettspsykiatri
- 10,7 mill. kroner til anestesibemannede legebiler i Mjøsområdet og Grenlandsområdet
- 10,4 mill. kroner til tilskudd til sykestuene i Finnmark
- 6,6 mill. kroner til drift av Nye metoder
- 6,5 mill. kroner til å videreutvikle avansert hjemmesykehus for alvorlig syke barn i Helse Stavanger
- 5,1 mill. kroner til Bjørgvin fengsel
- 4,8 mill. kroner til økt kunnskap om behandling av personer med skadelig bruk av doping
- 4,2 mill. kroner til å videreutvikle avansert hjemmesykehus for barn i Helse Vest
- 3,8 mill. kroner til oppfølging av barn og unge med identifisert narkolepsi som mulig følge av influensavaksinen Pandemrix
- 3,2 mill. kroner til Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang
- 2,1 mill. kroner til monitorering og kunnskapsbredning 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. I 2019 var det totalt 950 LIS1-stillinger tilgjengelig. Det var 1282 søkere våren 2019 og 1022 søkere høsten 2019 til de utlyste LIS1-stillingene. Våren 2020 var det 1275 søkere.

Antallet LIS-1 stillinger skal være dimensjonert i tråd med behovene. Helsedirektoratet anslo i 2019 at det var behov for å øke antallet LIS1 stillinger med 200. Antall LIS1-stillinger har ikke vært økt siden 2011.

I statsbudsjettet for 2020 ble antallet LIS1-stillinger i Helse Nord økt med 38 stillinger, hvorav 19 med oppstart høsten 2020. Ytterligere 19 stillinger fases inn våren 2021. Bevilgningen over kap. 732, post 70 foreslås økt med 42,3 mill. kroner til 52,5 mill. kroner til disse stillingene i 2021.

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. Det foreslås 100 mill. kroner over kap. 732, post 70 til disse stillingene i 2021.

Det foreslås videre å øke bevilgningen over kap. 732, post 70 med 26 mill. kroner for å opprette 100 nye permanente LIS1-stillinger, hvorav 50 stillinger opprettes høsten 2021 og resterende stillinger våren 2022. Samlet sett vil økningene i LIS1-stillinger innebære at det fra 2022 vil være 1088 LIS1-stillinger tilgjengelig per år. Det vises også til omtale under kap. 783.

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 2019 var det behov for turnusplass til nær 340 kandidater, mens det i 2020 er behov for 330 plasser. For 2021 er det estimert et behov for om lag 340 plasser for fysioterapeuter, men dette kan øke som følge av søkere fra de andre nordiske landene etter oppheving av Nordisk overenskomst.

Det ytes et årlig tilskudd per LIS1-/turnusplass på om lag 28 500 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med. Hoveddelen av kostnadene dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, postene 72–75). Det årlige tilskuddet kommer i tillegg og skal kompensere for tilrettelegging, veiledning og supervisjon av kandidatene. Det foreslås et tilskudd på 37,6 mill. kroner i 2021 som fordeles mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2021.

#### *Nasjonalt program for screening av tarmkreft*

Regjeringen vil innføre et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft, og programmet skal være landsdekkende innen 2024, jf. Prop. 1 S (2017–2018). Tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år. Screeningprogrammet skal baseres på undersøkelse av blod i avføringen (iFOBT) med gradvis overgang til kikkertundersøkelse av tarmen (koloskopi). For koloskopi gjøres undersøkelsen en gang i livet, mens for iFOBT gjøres undersøkelsen hvert annet år i en periode på 10 år. Et pilotprosjekt har pågått i to helseforetak i Helse Sør-Øst i 2012–2019. Erfaringene fra piloten er brukt i planleggingen av hvordan et nasjonalt screeningprogram kan organiseres. Det ble i 2018 etablert et interregionalt prosjekt med en styringsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Første invitasjon til deltakere i programmet vil etter planen sendes ut i slutten av 2021. Det var opprinnelig planlagt at første invitasjon skulle sendes ut i 2019. Forskyvningen skyldes bl.a. arbeidet med planlegging og utviklingstid for IT-system for det nasjonale programmet. Dette vil etter Helse Sør-Øst RHF sin vurdering ikke forsinke et landsdekkende tilbud.

Samlet foreslås det et tilskudd på 124,8 mill. kroner i 2021 til oppfølgingen av pilotprosjektet, investering og utvikling i IT-program, rekruttering av personell, skopiskole, investeringer i endoskopisentre mv. Tilskuddet økes fram til 2024 som følge av gradvis oppbygging nasjonalt.

#### *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. Forsøket skal følgeevalueres. Samlet foreslås det et tilskudd på 32,6 mill. kroner i 2021 til videreføring av forsøket, der 21,7 mill.

kroner fordeles til Helse Sør-Øst og 10,9 mill. kroner til Helse Vest. I tillegg tildeles Helsedirektoratet 5 mill. kroner til en følgeevaluering, jf. omtale under kap. 734, post 21.

#### *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 232,4 mill. kroner i 2021.

#### *Persontilpasset medisin*

For å følge opp Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2017–2021), ble det i årene 2017–2020 gitt tilskudd til oppbygging og drift av en nasjonal, anonym database over genetiske varianter hos norske pasienter. Tilskuddet har også finansiert etableringen av det nasjonale kompetansenettverket for persontilpasset medisin.

Det foreslås å øke tilskuddet med 30 mill. kroner til 61,3 mill. kroner i 2021. Midlene skal understøtte innføringen av persontilpasset medisin ytterligere. Det skal bl.a. etableres en infrastruktur for kliniske studier som omfatter genetisk presisjonsdiagnostikk. I tillegg skal tilskuddet benyttes til å starte arbeidet med å utrede og etablere et nasjonalt genomsenter med tilhørende registerløsninger for lagring og bruk av genetiske opplysninger for helsehjelp, kvalitetssikring og forskning.

#### *Dekning av særskilte kostnader i forbindelse med virusutbruddet*

Sykehusene vil som følge av virusutbruddet ha høyere kostnader knyttet til pasientbehandling i 2020 og 2021 enn det som kan regnes som et normalår. Smittevern- og beredskapstiltak gir mindre effektive pasientforløp og økte driftskostnader. Aktivitet utover normalnivå for å ta igjen utsatt pasientbehandling vil kunne gi økte kost-

nader til overtid og innleie. Flere praksis- og studieplasser vil også øke kostnadene. Samlet sett foreslås det et tilskudd på 3 500 mill. kroner i 2021 for å kompensere for kostnader til dette og smittevernutstyr. Av dette foreslås 280 mill. kroner bevilget over post 80 Kompensasjon for merverdiavgift. I 2020 har de ekstraordinære kostnadene til smittevernutstyr i forbindelse med virusutbruddet blitt dekket ved at Helsedirektoratet har belastet kap. 732, post 70 og 77. Smittevernutstyret har på grunn markeds situasjonen vært kjøpt inn sentralt gjennom Helse Sør-Øst RHF og Sykehusinnkjøp HF og blitt fordelt både til kommuner og helseforetak. Ordningen varer ut 2020. Det er lagt til grunn at kommuner og helseforetak fra 1. januar 2021 vil måtte anskaffe smittevernutstyr selv. Spesialisthelsetjenestens behov er anslått til om lag 1,4 mrd. kroner. Tilskuddet vil bli fordelt med 1 734,6 mill. kroner til Helse Sør-Øst, 610,9 mill. kroner til Helse Vest, 461,9 mill. kroner til Helse Midt-Norge og 412,6 mill. kroner til Helse Nord.

#### *Midlertidig ordning for å stimulere til reduserte ventetider*

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten har økt som følge av virusutbruddet. Det er ventet at smitteverntiltak og beredskap vil gjøre det mer krevende enn normalt å utnytte kapasiteten i sykehusene fullt ut også i 2021. Det foreslås derfor at 200 mill. kroner skal gå til en midlertidig insentivordning i 2021 som stimulerer helseforetakene til å gjennomføre forbedringstiltak for å redusere ventetider og forbedre kapasitetsutnyttelsen ved poliklinikker.

Tiltakene som finansieres skal inneholde elementer som har dokumentert positiv effekt på kapasitetsutnyttelsen. Eksempler på dette er analyser av egen pasientstrøm og aktivitet, forbedret bemanningsplanlegging og lengre planleggingshorisont, styrking av merkantile funksjoner for å sikre god planlegging og for å frigi helsepersonlets tid til pasientrettet arbeid og tiltak for å håndtere ev. utsatt pasientbehandling som har bygget seg opp, f.eks. gjennom kveldspoliklinikk, innføring og bruk av digitale verktøy, eller bruk av private, ideelle og avtalespesialister, mv. Utgiftene som skal dekkes med disse midlene kan f.eks. være utgifter til prosjektledelse og -deltakelse, merkantilt personell, analyseresurser, IKT-støtte, overtid ved kveldspoliklinikk mv. Videre kan en del av midlene benyttes til finansiering av konkrete tiltak som forbedrer henvisnings- og utskrivingsprosessen.



Midlene skal administreres av de regionale helseforetakene. De vil få ansvar for å tildele midlene til de konkrete tiltakene og prosjektene, innenfor mål og rammer satt av departementet. Tiltakene som finansieres skal gi effekt på kapasitetsutnyttelse og ventetider i 2021. Tilskuddet vil bli fordelt med 107,7 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, 38 mill. kroner til Helse Vest RHF, 28,7 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF og 25,6 mill. kroner til Helse Nord RHF.

#### *Vedlikehold og oppgradering av sykehusbygg som tiltak i møte med virusutbruddet*

Som følge av Stortingets behandling av Prop. 127 S (2019–2020) Endringer i statsbudsjettet 2020 (økonomiske tiltak i møte med virusutbruddet) ble bevilgningen til helseforetakene økt med 500 mill. kroner til oppgradering av sykehusbygg og tilrettelegging for medisinsk teknologi og digitale løsninger i sykehus. Dette var en del av tiltakene for økt aktivitet og sysselsetting for å få folk tilbake i jobb, og skulle komme i tillegg til ordinære planer.

#### *Ambulanshelikopter i Kirkenes*

Det foreslås 60 mill. kroner til et permanent ambulanshelikopter i Kirkenes.

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å styrke luftambulansetjenesten i felles foretaks-møte 3. januar 2020. Dette innebar bl.a. å finne en løsning for et ambulanshelikopter stasjonert i Kirkenes. Ved behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020) ble det bevilget 22,3 mill. kroner i midler for å dekke utgifter til ekstratiltak i luftambulansetjenesten våren 2020. Bakgrunnen for ekstratiltakene var manglende regularitet i tjenesten etter operatørskiftet sommeren 2019. I felles foretaks-møte med de regionale helseforetakene 17. april ble det gitt et nytt oppdrag om at det fra 15. juli 2020 skulle stasjoneres et sivilt ambulanshelikopter til erstatning for Forsvarets Bell-helikopter som var midlertidig stasjonert i Kirkenes. Videre vedtok Stortinget i forbindelse med sin behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan våren 2020 følgende anmodningsvedtak:

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

Et sivilt helikopter i Kirkenes er nå på plass og anmodningsvedtaket er dermed oppfylt. Helse Nord RHF er gjennom oppfølging av anmodnings-

vedtaket pålagt en ekstraordinær beredskap. Regjeringen ønsker ikke at dette skal finansieres gjennom reduksjoner i andre sykehus tjenester, og foreslår derfor en særskilt bevilgning til formålet.

#### *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. Et tilsvarende tilbud er ikke tilgjengelig for kvinnelige innsatte. Regjeringen foreslår derfor nå å etablere et tilsvarende nasjonalt tilbud for kvinner gjennom etablering av et ressursteam ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt.

Målgruppen for tilbudet er kvinner innsatt i Bredtveit fengsel med betydelig nedsatt psykisk helse og en sammensatt og alvorlig problematikk, som ikke kvalifiserer for lengre innleggelse i psykisk helsevern. Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt har i dag et nasjonalt ansvar for forvaringsdømte kvinner og mottar utfordrende innsatte fra hele landet med sammensatte behov. Det foreslås å øke bevilgningen med 1,8 mill. kroner. Midlene skal gå til helsefaglig bemanning med særlig kompetanse innen sikkerhetspsykiatri i Helse Sør-Øst.

#### **Post 71 Kvalitetsbasert finansiering**

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene ble innført i 2014. Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet til de regionale helseforetakene gjøres avhengig av måloppnåelse på utvalgte kvalitetsindikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Ordningen inkluderer resultatindikatorer, prosessindikatorer og brukererfaringsindikatorer. Resultatindikatorer (f.eks. overlevelsesrater for ulike pasientgrupper) gir mest direkte uttrykk for effekten av behandlingen på pasientens helse. Videre er det viktig å fange opp brukererfaringer i en kvalitetsbasert modell. Ved også å inkludere prosessindikatorer, som beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløpet (f.eks. ventetider og korridorpatienter), vil ordningen stimulere til atferdsendringer som kan måles på kort sikt. Høy måloppnåelse på disse indikatorene vil for mange pasienter oppleves som behandling av god kvalitet. I modellen vektet resultatindikatorer med 50

pst., pasientopplevd kvalitet med 20 pst. og prosessindikatorer med 30 pst.

Helsedirektoratet publiserer årlig regelverk for ordningen. Fordelingen for 2021 følger av tabell 4.1.

Tabell 4.1 Fordeling av tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering (mill. kr)

	Fordeling 2021	Fordeling 2020	Endring fra 2020 til 2021	Endring fra 2020 til 2021 i pst.	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst	311,7	326,6	-14,8	-4,55	0,2
Helse Vest	91,9	89,4	2,5	2,83	-17,8
Helse Midt-Norge	105,0	79,7	25,3	31,76	22,1
Helse Nord	69,6	70,8	-1,2	-1,70	-4,5
Sum	578,2	566,4	11,8	2,08	0

Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF øker sine inntekter gjennom kvalitetsbasert finansiering i 2021, sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. De får hhv. 0,2 mill. kroner og 22,1 mill. kroner i økte inntekter. Tilsvarende får Helse Vest RHF og Helse Nord RHF hhv. 17,8 mill. kroner og 4,5 mill. kroner i reduserte inntekter sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. Fordelingen av poeng til hver region er til dels avhengig av prestasjonene til de andre regionene. Selv om en region forbedrer seg, kan en annen region ha forbedret seg mer, og ta poengene.

### Post 72–75 Basisbevilgning til regionale helseforetak

Basisbevilgningen fra staten til de regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Det er etablert et inntektssystem som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst 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 innføring av ny modell for fordeling av basisbevilgningene mellom de fire regionale helseforetakene i 2021.

Aktivitetsvekst på om lag 2,3 pst.

Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med 2 460 mill. kroner eller om lag 2,3 pst. neste år fra saldert budsjett 2020. Dette inklu-

derer 30 mill. kroner til persontilpasset medisin. Det er lagt opp til at om lag 0,8 pst., tilsvarende 890 mill. kroner, er ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst i 2021 for å redusere ventetidene som følge av covid-19.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra saldert budsjett 2020. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer at den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,3 pst. i 2021.

Som følge av redusert aktivitet under koronautbruddet, må sykehusene ta igjen utsatte pasientavtaler høsten 2020 og i 2021. Ved Stortingets behandling av Prop. 117. S (2019–2020) ble basisbevilgningene i 2020 styrket med 600 mill. kroner for å ta igjen utsatt pasientbehandling knyttet til covid-19. De regionale helseforetakene ble bedt om å ta i bruk samlet kapasitet i helseregionen, også hos private tilbydere. De regionale helseforetakene skal videreføre dette arbeidet i 2021. Departementet vil gi nærmere styringssignaler om dette i oppdragsdokument 2021 til de regionale helseforetakene. Det vises også til omtalen av den midlertidige ordningen i 2021 for å stimulere til reduserte ventetider på 200 mill. kroner under kap. 732, post 70.

For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 2,2 pst. fra saldert budsjett 2020 til 2021, mens det innen-

for laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på om lag 3,2 pst. neste år.

Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2021 med 1 515,9 mill. kroner med følgende fordeling:

- 815,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 289,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 217,2 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 193,9 mill. kroner til kap. 732, post 75

### Friskere aldring

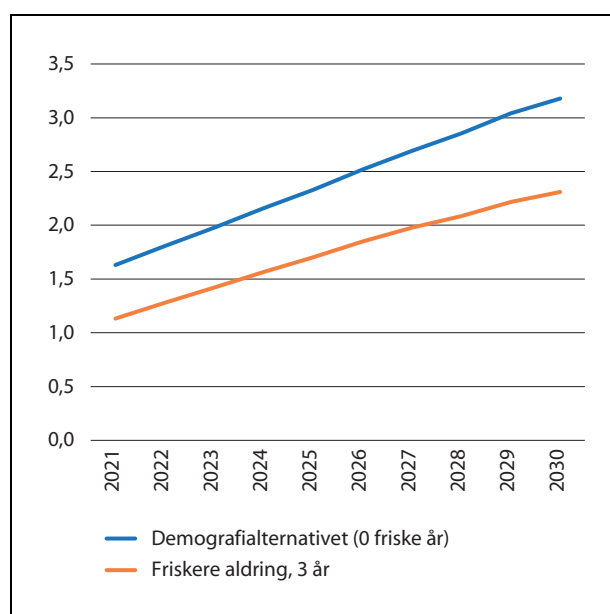
Hvorvidt økt levealder gir flere friske eller flere syke år, er av stor betydning for vurderinger av framtidig behov for helse- og omsorgstjenester og for langsiktige analyser av offentlige finanser. I forskningslitteraturen pekes det ofte på tre ulike hypoteser om forholdet mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. Antakelsen om *utvidet sykkelighet* innebærer at økningen i forventet levealder faller sammen med en like stor, eller større, økning i antall år med sykkelighet, mens en antakelse om *forkortet sykkelighet* innebærer at antall år med god helse øker mer enn forventet levealder. Den tredje hypotesen, *utsatt sykkelighet*, ligger mellom disse ytterpunktene, og innebærer at en økning i levealder både vil bety flere «friske» år og flere «syke» år. Det er denne antakelsen som synes å ha stått sterkest i litteraturen de senere år.

I kortsiktige utgiftsfremskrivninger for kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten legges det i dag til grunn at bruken av tjenester i ulike aldersgrupper for kommende budsjettår er lik bruken i det siste året vi har tilgjengelige forbruksdata for. Beregningene legger altså til grunn at en 70-åring i 2021 vil ha behov for like mye helse- og omsorgstjenester som en 70-åring i 2020. Dette innebærer at vi i dag ikke tar hensyn til effekten det kommende året av evt. endringer i befolkningens helsetilstand.

Flere institusjoner som utarbeider langsiktige fremskrivninger av helse- og omsorgsutgifter, forutsetter at økt levealder ledsages av en eller annen form for friskere aldring. Antakelsen har tidligere også ligget til grunn i ulike dokumenter til Stortinget, som stortingsmeldinger om fremtidens omsorgsutfordringer i 2006 og 2013, og inngår bl.a. i basisforløpet i de langsiktige fremskrivningene av offentlige finanser i Perspektivmeldingen 2017.

Det kan være flere forhold enn endringer i helsetilstanden som påvirker befolkningens behov for tjenester, og som ikke fullt ut ivaretas i dagens demografiberegninger. Forholdet mellom økning i levealder og helsetilstand er usikker, og vil påvirkes av både helse- og omsorgstjenestens tilbud,

sykdomsutvikling, livsstil, andre samfunnsmessige forhold. Internasjonalt har OECD beregnet at ressursbruk i helsetjenesten kan forklare over halvparten av veksten i forventet levealder siden 1990<sup>2</sup>. Dvs. at helsetjenesten har hatt større betydning enn endringer i livsstil og sosioøkonomiske faktorer til sammen. Hvordan vi videreutvikler helse- og omsorgstjenestene vil derfor påvirke utviklingen i forventede friske leveår. Det er behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom økt levealder, helsetilstand og behovet for tjenester. Finansdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har derfor lyst ut et forskningsoppdrag om disse spørsmålene.



Figur 4.1 Årlig demografibehov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten under ulike forutsetninger om ekstra leveår. mrd. kroner.

Figur 4.1 illustrerer det årlige demografibehovet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten under to ulike forutsetninger om friske leveår når levealderen øker. Figuren viser at dersom ekstra leveår ikke gir flere friske leveår, så anslås det økte demografibehovet i 2030 til 3,2 mrd. kroner. Dette alternativet legger til grunn at en 70-åring i 2030 vil ha behov for like mye helse- og omsorgstjenester som en 70-åring i 2020. Figuren viser videre at dersom 3/5 av de ekstra leveårene er friske år (dvs. fem ekstra leveår gir tre friske år), så anslås det økte demografibehovet i 2030 til 2,3 mrd. kroner. Dette alternativet legger til

<sup>2</sup> OECD (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.

grunn en antakelse om friskere aldring der antall friske leveår øker med økt levealder, men ikke like mye som levealderen. Det årlige demografi-behovet i 2030 er 0,9 mrd. kroner lavere dersom denne antakelsen om friskere aldring legges til grunn sammenlignet med antakelsen om at økt levealder ikke gir flere friske leveår.

#### 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 2020 har nesten 40 000 pasienter fått behandling gjennom ordningen. Det er om lag 50 godkjente private leverandører. I 2019 ble det utbetalt om lag 290 mill. kroner knyttet til pasientbehandling omfattet av ordningen. I første tertial 2020 ble det utbetalt om lag 117 mill. kroner.

I juni 2020 fattet Helsedirektoratet vedtak i en klagesak innen ordningen. Direktoratet kom til at Helfo sitt vedtak om tilbaketrekking av godkjenningen til en virksomhet skulle omgjøres, slik at virksomheten fikk sin godkjenning tilbake. Omgjøringen skyldes dels at Helfo ikke hadde grunnlag for å stille så konkrete krav til bemanning som de hadde gjort i sin oppfølging av virksomheten. På bakgrunn av denne konkrete klagesaken har direktoratet bedt Helfo om å gjennomgå tidligere saker for å undersøke om regelverket har vært anvendt riktig. Departementet har bedt direktoratet om å redegjøre for prosessen og ev. tiltak som iverksettes i forbindelse med denne gjennomgangen.

#### Pensjon

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskost-

nader på 13 100 mill. kroner. Dette er 100 mill. kroner høyere enn bevilgningsnivået ved saldert budsjett for 2020, vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2019–2020). Økningen foreslås fordelt på følgende måte:

- 54,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 18,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 14,4 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 12,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene

Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor terapiområdene ALS, jernover-skudd, Cushings syndrom og immunglobuliner ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. september 2020, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2019–2020). I 2021 vil helseforetakene få helårskostnader knyttet til legemidlene. Det foreslås å flytte til sammen 290 mill. kroner fra folketrygdens kap. 2751, post 70 til hhv. kap. 732, postene 72–75 og kap. 732, post 80 som følge av dette. Av disse legges 232 mill. kroner på de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 125,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 43,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 33,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 29,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det foreslås i tillegg at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret for ytterligere legemidler i 2021, i tråd med målsetningen om at finansieringsansvaret for legemidler skal følge behandlingsansvaret. Det ble varslet i Prop. 117 S (2019–2020) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2020 at det tas sikte på å overføre finansieringsansvaret for flere legemiddelgrupper i årene 2020–2022.

Helsedirektoratet har hatt på høring hvilke konkrete legemidler som skal omfattes av overføring i 2021. I 2021 foreslås det at finansieringsansvaret for enkelte legemidler til behandling av MS, narkolepsi, immunsvikt og sjeldne sykdommer overføres til de regionale helseforetakene. Legemidlene overføres fra 1. februar 2021. Det foreslås å flytte til sammen 75 mill. kroner fra folketrygdens kap. 2751, post 70 til hhv. kap. 732, postene 72–75 og kap. 732, post 80, svarende til forventete utgifter for helseforetakene i 2021. Av disse legges 60 mill. kroner på de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 32,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 11,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 8,6 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 7,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det vises til omtale også under kap. 732, post 80 og kap. 2751, post 70.

#### Endringer i bioteknologiloven

Det foreslås å øke basisbevilgningene med 3,5 mill. kroner til oppfølging av vedtakene som følger av lovendringer i bioteknologiloven i de regionale helseforetakene. Dette gjelder assistert befruktning for enslige og kompensasjon til eggdonor. Samlet foreslås det 8,2 mill. kroner over ulike poster som følge av endringer i bioteknologiloven i 2021. Det vises også til omtale av anmodningsvedtak nr. 622 (2019–2020) og bevilgningsforslag under kap. 732, post 76, kap. 740 og kap. 2790. Midlene på 3,5 mill. kroner foreslås 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
- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Organisering, finansiering og iverksetting av øvrige anmodningsvedtak fattet i forbindelse med endringen av bioteknologiloven utredes av Helsedirektoratet med frist 1. november 2020. Dette er et omfattende arbeid som utføres i samarbeid med aktuelle fagmiljøer i helsetjenesten.

#### Kontaktfamilieordning for foreldre som venter barn med spesielle behov

Det foreslås 30 mill. kroner til å opprette en «Kontaktfamilieordning» for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Det er erfaringer med en liknende ordning i Danmark for gravide som har fått påvist foster med Down syndrom og som er usikre på om de vil avslutte svangerskapet.

Av de 30 mill. kronene, foreslås det at 20 mill. kroner skal gå til de regionale helseforetakene som skal implementere tilbudet i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Videre foreslås det å øke bevilgningen under kap. 781, post 79, med 10 mill. kroner til en ny tilskuddsordning i HelseDirektoratet hvor pasientorganisasjoner kan søke om tilskudd for å etablere kontaktfamilieordning for den aktuelle diagnosen.

Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2021 med 20 mill. kroner med følgende fordeling:

- 10,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 3,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 2,9 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### Unge innsatte ved Indre Østfold fengsel, Eidsberg avdeling

For å sikre et tilrettelagt opplegg for innsatte under 18 år i ordinære fengsel, ble Indre Østfold fengsel, Eidsberg avdeling tildelt ekstra midler i 2020. Midlene er foreslått videreført i 2021. Deler av midlene gjelder kostnader for forvaltningssamarbeid. Det foreslås derfor å flytte 0,5 mill. kroner fra Justis- og beredskapsdepartementets kap. 430, post 01 til kap. 732, post 72, til helsetilbudet for innsatte under 18 år ved Indre Østfold fengsel, Eidsberg avdeling.

#### Områdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i fengsel

I den politiske plattformen fra Granavolden fremkommer det at regjeringen vil styrke behandlingstilbudet innen psykisk helsevern i kriminalomsorgen. Tiltaket inngår også i regjeringens *Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017–2021)*.

En undersøkelse av forekomsten av psykiske lidelser blant domfelte i fengsel viser at forekomsten av psykiske lidelser og rusproblemer blant domfelte i fengsel er betydelig høyere enn i befolkningen ellers, og derfor krever langt høyere ressursbruk enn det generelle sørge for-ansvaret tilsier.

På bakgrunn av funnene utarbeidet HelseDirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet i 2016 en rapport som beskriver helsehjelpen innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til innsatte på landsbasis. Hovedutfordringen er at innsatte har vansker med å benytte seg av ordinære tjenestetilbud. Helsehjelp til innsatte må derfor tilpasses fengselet som arena og de rammebetingelsene som gjør seg gjeldende der. Dagens tilbud er ulikt organisert og mulighetene for likeverdige behandlingstilbud er begrensede. Hovedanbefalingen er at det opprettes en områdefunksjon for PHV og TSB som sikrer faste stedlige tjenester i alle fengsler. Med stedlige tjenester menes at PHV og TSB leveres i fengslene til faste tider. Dette for å sikre forutsigbarhet og tilgjengelighet.

De regionale helseforetakene fikk i 2020 i oppdrag å utarbeide en konkret plan for etablering av områdefunksjoner for spesialisthelsetjenesten innen PHV og TSB for innsatte. De regionale helseforetakene skal etablere områdefunksjoner for PHV og TSB som sikrer faste stedlige tjenester i alle fengsler innenfor forslaget til budsjетtramme i 2021.

#### Psykisk helsetilbud til synshemmede

Ved Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst 360 S (2019–2020), ble basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF økt med 2,5 mill. kroner til psykisk helsetilbud for synshemmede på Gaustad. Helse Sør-Øst RHF skal videreføre tilbudet innenfor forslaget til budsjетtramme i 2021.

#### Regionale barnepalliative team

Basisbevilgningene ble økt våren 2020 som følge av covid-19, jf. Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020). Midlene skal benyttes til å etablere regionale barnepalliative team i tråd med oppdragsdokumentet for 2020, der de regionale helseforetakene fikk i oppdrag å etablere regionale barnepalliative team. Det vises til Innst. 360 S (2019–2020), der Stortinget ber om at arbeidet med å etablere palliative team prioriteres, slik at det raskt kan etableres et tilbud i regi av de regionale helseforetakene. Det vises til nærmere omtale av lindrende behandling og omsorg på kap. 761, postene 21, 67 og 73.

#### 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 lovbrøtere. Ansvar for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge.

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.

#### Læring og mestring

Det er igangsatt et forprosjekt i 2020 med formål å kartlegge lærings- og mestringstilbudene i spesialisthelsetjenesten og i kommunene og samhandlingen mellom de to nivåene. Gjennomføring av kartleggingen i spesialisthelsetjenesten er forankret i de regionale helseforetakene. Kartleggingen av kommunene er forankret i Helsedirektoratet. De to forprosjektene skal koordineres og ansvaret for koordineringen er lagt til Helse Sør-Øst RHF. Endelig rapport vil foreligge innen utgangen av 2020.

#### Ny inntektsmodell for regionale helseforetak

Regjeringen varslet i budsjетforslaget for 2018, jf. Prop. 1 S (2017–2018), en gjennomgang av inntektsfordelingsmodellen fra staten til de fire regionale helseforetakene. Nåværende modell ble innført i 2009 og 2010, jf. Stortingets behandling av budsjетforslaget for 2009. I saldert budsjет 2020 ble om lag 100 mrd. kroner fordelt gjennom denne inntektsfordelingsmodellen. Et utvalg ble oppnevnt i statsråd i mars 2018 og leverte sin innstilling NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak i desember 2019.

#### Utvalgets forslag

Utvalgets forslag til ny inntektsfordelingsmodell bygger på de samme prinsippene som ligger til grunn for dagens modell. Modellen består av ulike elementer som samlet sett skal legge til rette for likeverdige spesialisthelsetjenester i hele landet. Inntektsmodellen skal ta hensyn til at det kan være regionale forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester. I tillegg må modellen ta hensyn til uforskyldte regionale forskjeller i kostnadsnivå for å kunne dekke dette behovet, knyttet til f.eks. store faste kostnader til beredskap i deler av landet. Utvalgets forslag består derfor av behovsindekser og kostnadsindekser.

Utvalget har levert en enstemmig innstilling. To av utvalgets medlemmer mener at det i lys av svakheter ved aktivitetsmålet som er brukt i analysene innenfor psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, burde blitt lagt vesentlig høyere vekt på faktiske kostnadsforskjeller i fordelingen av inntekter til psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i utvalgets forslag. De to har levert en skriftlig merknad om dette.

### *Behovsindekser*

Utvalget vurderer de nye analysene av forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester til å være av bedre kvalitet enn analysene som ligger til grunn for dagens inntektsmodell. Tilgang på data på individnivå over bruk av spesialisthelsetjenester, som også kan kobles med informasjon om inntekt, utdanning, trygdestatus og lignende, representerer et betydelig framskritt. Utvalget har valgt en tilnærming som innebærer at forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester forklares ut fra fire typer forhold: alder, sosioøkonomiske forhold, helserelaterte forhold og forhold ved bostedet. Det er gjort separate analyser av behov innenfor somatikk, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og prehospitaltjenester. De nye analysene innebærer bl.a. at klima- og breddegradsindeksen, som det var mye diskusjon om i 2008, ikke inkluderes i forslaget.

### *Kostnadsindekser*

Sammenlignet med dagens modell innebærer utvalgets forslag to vesentlige endringer. For det første benyttes det denne gangen ulike kostnadsindekser for de ulike tjenesteområdene. Dagens modell legger til grunn at det relative kostnadsnivået mellom de regionale helseforetakene er det samme innen alle tjenesteområder. For det andre viser utvalgets analyser at det er større forskjeller i kostnadsnivå mellom de regionale helseforetakene som det skal kompenseres for. Det betyr at en større del av den samlede rammen benyttes til å kompensere for kostnadsforskjeller mellom de regionale helseforetakene. Med en gitt ramme som skal fordeles, betyr dette at jo mer som må settes av i inntektsmodellen til å kompensere for forskjeller i kostnadsnivå mellom de regionale helseforetakene, jo mindre vil bli fordelt etter regionale forskjeller i behov. Også denne gang er det lagt noe vekt på historiske kostnader i kostnadsindeksen for å fange opp forhold som ikke fanges opp i analysene.

### *Gjestepasientoppgjør og kapital*

Med unntak av nasjonale og flerregionale funksjoner, er det et mål at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester i størst mulig grad skal dekkes innenfor den enkelte region. De regionale helseforetakene har en dekningsgrad som varierer mellom 92 og 98 pst. Oslo universitetssykehus har

den største andelen nasjonale og flerregionale funksjoner. Helse Sør-Øst har derfor høyest egendekning.

Inntektsmodellen fordeler inntekter etter bostedsregion. For pasientene som blir behandlet i en annen helseregion enn bostedsregionen, skjer det derfor et økonomisk oppgjør. Deler av dette oppgjøret inngår i basisbevilgningen i dagens modell.

Utvalget foreslår å erstatte dagens modell hvor det flyttes et beløp i basisbevilgningen for antall DRG-poeng i gjestepasientoppgjøret tilsvarende differansen mellom 100 pst. og 80 pst. av enhetsprisen i ISF (samt 6 pst. påslag for kapital), med et beløp tilsvarende differansen mellom de regionale helseforetakenes beregnede kostnadsnivå per DRG-poeng og 80 pst. av enhetsprisen i ISF. Beregnet kostnadsnivå fanger opp regionale variasjoner i enhetskostnader per DRG-poeng. Utvalget mener at mye av diskusjonen rundt dagens gjestepasientoppgjør er knyttet til om prisene gir kostnadsdekning for behandlende helseforetak som har et høyere kostnadsnivå enn lagt til grunn i ISF, herunder Oslo universitetssykehus. Helse Sør-Øst vil isolert sett komme bedre ut med utvalgets forslag sammenlignet med dagens modell. Beløpet i basisbevilgningen er i forslaget låst til et gjennomsnitt av årene 2016 og 2017 mot 2012 i dagens modell. Det løpende gjestepasientoppgjøret mellom de regionale helseforetakene med 80 pst. av enhetsprisen i ISF videreføres.

I tillegg foreslår utvalget å avvikle dagens ordning med særskilt behandling av inntekter til kapital i inntektsfordelingsmodellen.

### *Høringen*

Utvalgets forslag har vært på offentlig høring. Høringsbrevet ble sendt til om lag 630 høringsinstanser. Av disse har 35 høringsinstanser sendt hørings svar. Alle støtter innføring av ny inntektsmodell.

Basert på høringssvarene fra de regionale helseforetakene er det tre områder som peker seg ut etter høringen: kostnadsindeks, gjestepasientoppgjøret og behandling av kapital.

Helse Sør-Øst RHF støtter ikke utvalgets forslag til kostnadsindeks for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og ønsker å legge større vekt på faktiske (historiske) kostnadsforskjeller. Helse Sør-Øst RHF mener at faktiske kostnader skal innvektes med 75 pst. innenfor psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helse Sør-Øst RHF støtter at faktiske kostnader vektet inn

med 25 pst. innenfor somatikk. Her pekes det på at økt vekt på beregnet kostnadsnivå sammenlignet med dagens modell reduserer risikoen for at ulik grad av effektivisering i helseregionene påvirker inntektsfordelingen. Helse Midt-Norge RHF mener det bør vurderes å legge mindre vekt på faktiske kostnader i kostnadsindeksen for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innenfor somatikk mener Helse Midt-Norge RHF det skal legges mer vekt på faktiske kostnader i kostnadsindeksen. Helse Vest RHF mener at modellen i størst mulig grad bør basere seg på objektive kriterier. Helse Nord RHF støtter utvalgets forslag.

Alle de fire regionale helseforetakene støtter utvalgets forslag til håndtering av gjestepasientoppjøret i basisbevilgningen. Helse Sør-Øst RHF mener at beløpet som omfordeles mellom de regionale helseforetakene må oppdateres årlig i tråd med utviklingen i pasientstrømmene, eller som et minimum settes til nivået på pasientstrømmene i 2018. Helse Vest RHF støtter utvalgets forslag om å låse nivået i 2016 og 2017, men understreker at det er viktig å kunne gjøre en ny vurdering dersom det skulle komme større permanente endringer i pasientstrømmer mv. De andre regionale helseforetakene støtter utvalgets forslag.

Utvalget anbefaler at dagens system med særskilt behandling av inntekter til kapital i inntektsfordelingsmodellen avvikles. Utvalget begrunner dette med at kapitalbeholdningen til de regionale helseforetakene ikke er blitt jevnet ut, og at ordningen er basert på en usikker vurdering av åpningsbalansen ved innføring av helseforetaksreformen. Helse Sør-Øst RHF viser til at investering i realkapital er svært tidkrevende prosesser. En periode på 10 år er for kort til å vurdere om kapitalen jevnes ut. Helse Sør-Øst RHF mener vurderingen i utredningen er mangelfull ved at det ikke samtidig er foretatt en vurdering av de enkelte regioners investeringsplaner og etterslepet i investeringer. De andre tre regionale helseforetakene støtter utvalgets forslag om å avvikle ordningen.

#### *Regjeringens samlede vurdering og forslag*

Utvalget har levert en enstemmig innstilling. Utvalget viser til at det er en rekke valg som må gjøres i denne typen analyser og at utvalget har måttet foreta avgjørelser som inneholder elementer av skjønn. Flere av de regionale helseforetakene har merknader til de skjønnsmessige vurderingene som er gjort i kostnadsindeksen. Eventuelle endringer i de skjønnsmessige vurderingene vil påvirke inntektsfordelingen. Selv om det kan

stilles spørsmål ved enkeltelementer i utvalgets forslag, mener regjeringen at forslaget må ses som en helhet. Utvalget har selv pekt på enkelte forbedringspunkter, og disse vil bli fulgt opp av departementet.

I 2018 ble gjort vesentlige endringer i måten å beregne kostnadsvektene i DRG-systemet, både som følge av tilgang til bedre kostnadsdata og innføring av nøytral merverdiavgift. Dette tilsier etter departementets vurdering at et gjennomsnitt for årene 2018 og 2019 bør legges til grunn i den faste delen av gjestepasientoppjøret i inntektsmodellen. Det løpende oppjøret videreføres som før basert på 80 pst. av enhetsprisen i ISF.

Departementet mener det er viktig at inntektsmodellen er robust mot tilfeldige svingninger i datagrunnlaget. Utvalget søker å motvirke slike svingninger ved å foreslå at det brukes et gjennomsnitt over tre år for indikatorene som inngår i behovsindeksen. Utvalget har ikke gjort analyser av i hvor stor grad utvalgets forslag til inntektsmodell er følsom for tilfeldige svingninger i datagrunnlaget. I utvalgets forslag til behovsnøkkel for somatiske tjenester inngår dødelighet for ulike aldersgrupper. I noen av disse aldersgruppene er det små tall. Tilfeldige svingninger vil dermed kunne påvirke inntektsfordelingen. I tillegg er heller ikke disse tilgjengelig for oppdatering gjennom offisiell statistikk, men krever egen årlig bestilling og tilrettelegging av data fra SSB. Departementet har derfor valgt en tilnærming hvor dødelighet for ulike aldersgrupper slås sammen til ett samlet kriterium som kan oppdateres med offisiell statistikk.

Utvalget har beregnet omfordelingseffektene med utgangspunkt i budsjettforslaget for 2019 og data for årene 2016 og 2017. Departementet har gjennomgått og oppdatert modellen med siste tilgjengelige tall for befolkningsandeler, kriterieverdier, kostnadsandeler mv. Kriterieverdiene er beregnet som et glidende gjennomsnitt over tre år i tråd med utvalgets forslag. Kriterieverdiene for dødelighet er slått sammen til et samlet kriterium for hele befolkningen i behovsindeksen for somatikk, og aldersgruppen 18-79 år i behovsindeksen for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjestepasientoppjøret er låst til et gjennomsnitt av årene 2018 og 2019 i budsjettforslaget. Samlet omfordeling av ny inntektsmodell er beregnet med utgangspunkt i saldert budsjett 2020 omregnet i 2021-kroner og korrigert for oppgaveendringer. Tabell 4.2 viser omfordelingsvirkningene innenfor uendret inntektsramme i 2021-kroner. Samlet omfordeling er beregnet til 229 mill. kroner. Helse Vest får økt



sine inntekter med 229 mill. kroner, mens de tre andre regionale helseforetakene får redusert sine inntekter tilsvarende. Helse Nord får størst prosentvis nedgang i inntektene (0,3 pst.). Samlet omfordeling er om lag som beregnet i NOU 2019:

24. Det er imidlertid regionale forskjeller som følge av oppdaterte kriterier, bl.a. ulik befolkningsvekst i helseregionene i perioden 2018 til 2020.

Tabell 4.2 Omfordeling innenfor uendret inntektsramme i 2021 og omfordeling gjennom inntektsvekst over to år (mill. kroner)

	Omfordeling innenfor uendret inntektsramme etter endring kap. 732, post 70	Omfordeling inntektsvekst i 2021	Omfordeling gjennom inntektsvekst i 2022	Sum
Helse Sør-Øst RHF	-146 (- 0,25 pst.)	15,6	13,4	29,0
Helse Vest RHF	229 (1,14 pst.)	157,1	134,2	291,3
Helse Midt-Norge RHF	-42 (- 0,28 pst.)	2,3	2,0	4,3
Helse Nord RHF	-42 (- 0,30 pst.)	0	0	0
Sum	0	175,0	149,6	324,6

Regjeringen foreslår å innføre ny inntektsfordeling gjennom inntektsvekst i 2021 og 2022. Beløpet i 2021 på 175 mill. kroner fordeler seg med 15,6 mill. kroner til Helse Sør-Øst, 157,1 mill. kroner til Helse Vest og 2,3 mill. kroner til Helse Midt-Norge samtidig som Helse Nord sin bevilgning ikke reduseres. Beløpet i 2022 for å kunne fullføre overgangen til ny inntektsmodell gjennom inntektsvekst, vil avhenge av effekten på inntektsmodellen av å oppdatere befolkningstall og andre kriterieverdier.

Tabell 4.3 Fordelingsnøkkel basisbevilgning 2021

Helse Sør-Øst RHF	0,5387
Helse Vest RHF	0,1897
Helse Midt-Norge RHF	0,1434
Helse Nord RHF	0,1281
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 2019 og status 2020 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 58 525 mill. kroner i 2021.

#### **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 2019 og status 2020 vises det til Del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 20 611 mill. kroner i 2021.

#### **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 2019 og status 2020 vises det til Del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 15 584 mill. kroner i 2021.

#### **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 2019 og status 2020 vises det til Del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 13 922 mill. kroner i 2021.

## Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Videre skal ordningen stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering. Arbeidet utføres i dialog med de regionale helseforetakene.

Det foreslås å flytte 1,2 mill. kroner fra kap. 765, post 21 knyttet til opprettelse av lavterskel behandlingstilbud til potensielle overgripere.

Det foreslås å øke bevilgningen med 2,25 mill. kroner til oppfølging av vedtakene som følger av lovendringer i bioteknologiloven i de regionale helseforetakene. Dette gjelder assistert befruktning for enslige og kompensasjon til eggdonor. 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 psykisk 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. Det pågår utviklingsarbeid 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 helse-

personellnøytral når det er snakk om likeverdig tjenesteinnhold. Dette skal bl.a. bidra til mer effektiv utnyttelse av personellressurser i sykehus og at tjenester i større grad flyttes hjem til pasienten ved bruk av teknologi.

Fra 2020 ble telefonkonsultasjoner innenfor somatikk inkludert i ISF. Telefonkonsultasjoner kan bidra til mer effektiv ressursbruk i helsetjenesten både for behandlere og pasienter og gi økt fleksibilitet. Fra 1. juli 2020 ble refusjonene for telefonkonsultasjoner i innsatsstyrt finansiering harmonisert med refusjonene for video- og fysiske konsultasjoner. Endringene skal ikke stimulere til økt aktivitet, men understøtte en mer arena-, teknologi- og helsepersonellnøytral ordning.

Utviklingsarbeidet skal bidra til at finansieringsordningen avspeiler og understøtter medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan imidlertid komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Disse hensynene må veies mot hverandre. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig, og det vil ikke være mulig å være à jour til enhver tid.

Innsatsstyrt finansiering bygger på DRG-systemet, jf. boks 4.5. ISF-andelen er 50 pst. innenfor somatikken. Det innebærer at refusjonene 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.

Regelverket for innsatsstyrt finansiering beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. Helsedirektoratet publiserer regelverket og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

Regjeringen vil legge til rette for at lege- og psykologspesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister) skal være en fullverdig og integrert del av spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene utfører om lag 25 pst. av den samlede polikliniske aktiviteten og utgjør en stor og effektiv ressurs. Det ble varslet i forslaget til statsbudsjett for 2017 at det tas sikte på å gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av stortingsperioden. Det pågår arbeid med å starte pilot-

prosjekter i tilknytning til dette. I Prop. 1 S (2019–2020) ble det varslet at det tas sikte på å inkludere avtalespesialistene i ISF. Arbeidet er forsinket pga. koronasituasjonen.

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 siden 2018 er det årlig flyttet penger fra basisbevilgningen for å gjøre dette. Pga. koronautbruddet er det ønskelig med stabile rammebetingelser, og det foreslås derfor ikke slik flytting for 2021. ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB vil også i 2021 holdes atskilt fra den øvrige delen (somatikk),

ved at det blir forskjellige enhetspriser for de to delene av systemet.

*Resultat 2019*

I saldert budsjett 2019 ble det lagt til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,6 pst. i sykehusene fra 2018 til 2019, med utgangspunkt i anslag for 2018 basert på aktivitetstall per første tertial. Endelig aktivitet i 2018 ble 0,1 pst. lavere enn forutsatt, og saldert budsjett 2019 ga derfor rom for en aktivitetsvekst på om lag 1,7 pst.

Basert på aktivitetstall per andre tertial 2019, ble det i Prop. 19 S (2019–2020) lagt til grunn en faktisk aktivitetsvekst i 2019 på 2,4 pst. i 2019, en økning tilsvarende 292,6 mill. kroner. Aktiviteten i tredje tertial 2019 ble imidlertid lavere enn forutsatt. Analysene for hele 2019 tilsier at aktiviteten tilsvarer 151 mill. kroner mindre enn det som ble lagt til grunn i Prop. 19 S (2019–2020). Faktisk aktivitet i 2019 viser om lag 0,4 pst. høyere vekst enn lagt til grunn i saldert budsjett, dvs. en reell aktivitetsvekst i 2019 på om lag 2,1 pst.

#### **Boks 4.6 Diagnoserelaterte grupper (DRG), særtjenestegrupper (STG) og tjenesteforløpsgrupper (TFG)**

DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. STG-systemet er etablert for å hensynta aktivitet som faller utenfor rammen av tradisjonelle konsultasjoner og innleggelser, som f.eks. pasientadministrert legemiddelbehandling og ulike former for medisinsk avstandsoppfølging. Fra 2019 er det også etablert noen få tjenesteforløpsgrupper (TFG) i spesialisthelsetjenesten for utvalgte fagområder. Dette innebærer at aktiviteten måles og finansieres i et forløpsperspektiv. Det er i alt om lag 980 diagnoserelaterte grupper, 45 særtjenestegrupper og syv tjenesteforløpsgrupper. Målsetningen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasienter medisinsk og ressursmessig. Inndelingen i grupper bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 9000 prosedyre- eller tiltakskoder. Systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende

enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt gruppe har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten.

Utbetaling til de regionale helseforetakene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- Antall behandlinger
- Gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- Enhetspris
- ISF-andel

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall ISF-poeng. Antallet ISF-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med 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.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2019 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2020, inkludert ev. justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget. Ev. mer- eller mindreutgifter i 2019 vil på vanlig måte bli motregnet mot a-kontoutbetalingene til de regionale helseforetakene for 2020.

#### *Status 2020*

Saldert budsjett 2020 legger til rette for et aktivitetsnivå som ligger om lag 1,4 pst. over anslått nivå for 2019, basert på aktivitet per første tertial 2019. Foreløpig avregning for 2019 indikerer at budsjettet legger til rette for aktivitetsvekst som forutsatt.

Koronautbruddet 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. Aktivitetstall for mars, april og mai viser at aktiviteten var betydelig lavere enn budsjettet i disse månedene.

Prognosen for 2020 er i større grad enn tidligere beheftet med usikkerhet. Prognosen oppgis derfor i et intervall, der det er forutsatt at aktivitetsnivået i perioden juni til og med desember 2020 blir mellom 90 og 95 pst. av budsjettet nivå. Med denne forutsetningen anslås det, basert på aktivitetstall per første tertial 2020 og foreløpige aktivitetstall for mai, at aktiviteten vil bli mellom 10,9 og 7,9 pst. lavere i 2020 enn lagt til grunn i saldert budsjett 2020. Det er i foretaksmøte i juni 2020 signalisert til de regionale helseforetakene at sykehusøkonomien i 2020 skal kompenseres for tapte aktivitetsbaserte inntekter til og med mai måned og at regjeringen vil følge utviklingen i de regionale helseforetakenes utgifter og inntekter nøye videre.

#### *Mål 2021*

For 2021 foreslås det bevilget 41 696 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2021 som ligger om lag 2,2 pst. over saldert budsjett 2020. Det vises til begrunnelse for å ta utgangspunkt i saldert budsjett 2020 i omtalen under Hovedtrekk i forslag 2021.

Enhetsprisen for somatiske fagområder foreslås satt til 46 765 kroner, mens enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foreslås satt til 3226 kroner. I forslaget er det hensyntatt 199,8 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 skal justeres i fm. årsavregning dersom aktivitetsgrunnlaget avviker fra det som er lagt til grunn ved fastsettelse av ISF-regelverket. Ev. endring i kodepraksis forutsettes ivaretatt gjennom Helsedirektoratets ordinære kontrollarbeid, herunder også arbeidet i avregningsutvalget.

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 2021. Dekningsgradanalyser for 2019 og 2020 vil kunne avdekke i hvilken grad ordningen har hatt effekt på dekningsgraden i kvalitetsregistrene.

I forbindelse med endringene av bioteknologiloven (assistert befruktning til enslige og eggdonasjon) foreslås posten økt med 2,3 mill. kroner.

Fra 1. juli 2020 ble refusjonene for telefonkonsultasjoner i innsatsstyrt finansiering harmonisert med refusjonene for video- og fysiske konsultasjoner. Endringen vil håndteres innenfor rammene av ISF-ordningen 2021.

### **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 2021 foreslås det bevilget 3 284 mill. kroner, tilsvarende en vekst på om lag 3,2 pst. fra saldert budsjett 2020. Det vises til begrunnelse for å ta utgangspunkt i saldert budsjett 2020 i omtalen under Hovedtrekk i forslag 2021.

For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med vel 27 mill. kroner utover ABE-reformen. Refusjons-satsene for radiologi og laboratorievirksomhet øker i gjennomsnitt med 1,1 pst. i 2021.

Gjennom behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020) ble det bevilget 0,3 mill. kroner til å dekke egenandelsfritak for kvinner i fertil alder i LAR. Det foreslås 0,2 mill. kroner til formålet på kap. 732, post 77. Det vises for øvrig til omtale under kap. 2711, post 70 og kap. 2755, post 70.

### Status 2020

I saldert budsjett 2020 ble det samlet sett lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 2,2 pst. utover anslått nivå i 2019. Dette var basert på regnskapstall per juni 2019, jf. Prop. 1 S (2019–2020). Basert på regnskapstall for perioden januar til mai 2020, er samlede utbetalinger i 2020 anslått til å bli mellom 3 090 og 3 400 mill. kroner eller 140 mill. kroner under til 170 mill. kroner over saldert budsjett. Anslagene er svært usikre. Det er i foretaks-møte i juni 2020 signalisert til de regionale helseforetakene at sykehusøkonomien i 2020 skal kompenseres for tapte aktivitetsbaserte inntekter til og med mai måned og at regjeringen vil følge utviklingen i de regionale helseforetakenes utgifter og inntekter nøye videre.

Refusjonssatsene for radiologi og laboratorievirksomhet økte i gjennomsnitt med 1,6 pst. fra 1. januar 2020. Finansieringssystemet for laboratorieanalyser ble lagt om fra 2018. Ikke alle fagområder og prosedyrer var omfattet av omleggingen. Det er tidligere varslet at fagområdet patologi skulle inkluderes fra 2021, men dette må utsettes til 2022. Fra 2020 er refusjon for klinisk nevrofysiologi og terapeutisk blodtapping overført til ISF-ordningen.

Refusjonssatsen for laboratorieanalyser av SARS-CoV-2 ble økt fra mars. Normalt ville denne først bli økt fra 1. januar 2021.

Fra 1. juli 2020 er det innført egenandelsfritak for kvinner i LAR i forbindelse med prevensjon.

### Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås å øke bevilgningen i 2021 med:

- 30 mill. kroner til etablering og drift av NorTrials som partnerskapsmodell for kliniske studier. NorTrials skal fungere som én vei inn for kliniske studier for tjenesten og næringslivet.

Det foreslås å flytte:

- 0,8 mill. kroner til Kunnskapsdepartementets kap. 273, post 50 for dekning av Units kostnader i forbindelse med rapportering på indikator for kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning skal være et økonomisk bidrag og insentiv for forskning i helseforetakene. Alle helseforetak skal ha forskning integrert i pasientbehandling og i sin virksomhet.

Basisdelen (30 pst.) fordeles likt. Den resultatbaserte delen (70 pst.) fordeles etter et gjennomsnitt av forskningsresultater de siste tre år.

- Program for klinisk behandlingsforskning eies og følges opp av de fire regionale helseforetakene og skal imøtekomme behovet for større nasjonale kliniske studier som svarer på identifiserte kunnskapsbehov i tjenesten.
- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester skal gi et økonomisk bidrag til drift av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å utvikle og heve kvaliteten på de leverte tjenestene i hele utrednings- og behandlingsforløpet.

### Resultat 2019

Samlet bevilgning var 1 216,1 mill. kroner i 2019. Tilskudd til forskning utgjorde 723,7 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 492,4 mill. kroner, herunder 216,4 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

### Status 2020

#### Forskning

Tilskudd til forskning i helseregionene utgjør 743,3 mill. kroner i 2020. Dette inkluderer 143 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning. Årlige målinger av forskningsaktiviteten i helseforetakene ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av tilskuddet. Cristin (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. Indikatorene 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 4.5 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 2019, 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	2017–2019 med KBS	2017–2019 (uten KBS)	2016–2018	2015–2017
Helse Sør-Øst RHF	62,17	62,7	62,7	63,0
Helse Vest RHF	18,48	18,7	18,7	18,8
Helse Midt-Norge RHF	11,67	10,8	10,9	10,5
Helse Nord RHF	7,68	7,8	7,7	7,8

### *Nasjonale kompetansetjenester*

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 491,2 mill. kroner i 2020, herunder 222,2 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 56 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord. Det er i alt godkjent 53 nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i 2020 etter forskrift. Gjennom etableringen av Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst ble Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse avviklet fra 2020.

### *Mål 2021*

Det foreslås bevilget 1 296,7 mill. kroner i 2021. I forslaget er det tatt hensyn til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

### *Forskning*

Det foreslås et tilskudd på 792,3 mill. kroner til forskning i 2021. Det inkluderer 146,8 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) og 30 mill.

til NorTrials. Det foreslås å flytte 0,8 mill. kroner til Kunnskapsdepartementets kap. 273, post 50, for dekning av Units kostnader i forbindelse med rapportering på indikator for kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.

Tilskuddet til KLINBEFORSK fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene.

Tilskuddet til NorTrials fordeles til Helse Midt-Norge som skal koordinere etablering av partnerskapet og håndtere midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene. NorTrials skal fungere som «én vei inn» for kliniske studier for næringslivet og tjenesten. Tilskuddet skal bl.a. benyttes til etablering av NorTrials-sentre innen terapiområder definert sammen med næringslivet, frikjøpsordninger for studiepersonell og markedsføring av Norge som utprøverland.

Tabell 4.5 Fordeling av resten av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten

	Basis (30 %)	Resultat (70 %)	Sum
Helse Sør-Øst RHF	46,2	267,8	314,0
Helse Vest RHF	46,2	79,6	125,8
Helse Midt-Norge RHF	46,2	50,3	96,43
Helse Nord RHF	46,2	33,1	79,2
Totalt	184,6	430,8	615,5

### Nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås 504,5 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 228,2 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 57,5 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord.

I 2018 ga Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag til de regionale helseforetakene og HelseDirektoratet om å evaluere nasjonale kompetansetjenester, i tråd med føringene i regelverket om en helhetlig gjennomgang om lag hvert femte år. Evalueringen omfattet bl.a. gjennomgang av styrings- og rapporteringskrav, om drift av tjenesten var i tråd med regelverket og formålet til tjenesten. Basert på evalueringen og en innspillsrunde, har departementet besluttet å gjennomføre endringer i organisering og videreføring av dagens nasjonale kompetansetjenester innenfor dagens regelverk. Endringene innebærer bl.a.:

- Tydeliggjøre krav om tidsbegrenset funksjon for nasjonale kompetansetjenester og kategorisering av tjenestene i to kategorier, hhv. funksjon opplæring på fem år og funksjon kompetanseoppbygging på ti år.
- 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.

Nasjonale kompetansetjenester som faller inn under de to kategoriene funksjon opplæring og funksjon kompetanseoppbygging skal videreføres innenfor styringssystemet for nasjonale tjenester med tilhørende regelverk. Øvrige nasjonale kompetansetjenester skal avvikles eller omorganiseres, f.eks. til nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk eller forskningssentre. Helse- og omsorgsdepartementet vil starte prosess høsten 2020 for å implementere disse endringene. Prosessene vil kunne gå over flere år. De enkelte nasjonale kompetansetjenester videreføres derfor som før inntil noe annet eventuelt er besluttet.

De regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø med regionale noder for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk etter modell fra medisinske kvalitetsregistre. Servicemiljøet skal på egnet måte være samordnet med nasjonale og regionale støttefunksjoner for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. De regionale helseforetakene skal holde av tilstrekkelige midler, anslagsvis 2–4 pst. av sine tilskudd over kap. 732, post 78, for å kunne etablere et slikt servicemiljø i løpet av 2021.

Tabell 4.6 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	353,3
Helse Vest RHF	36,2
Helse Midt-Norge RHF	40,2
Helse Nord RHF	74,8
Sum	504,5

### Post 80 Kompensasjon for merverdiavgift

Bevilgningen dekker kompensasjon for merverdiavgift til de regionale helseforetakene. Bevilgningen på posten skal dekke utbetaling av seks etter-skuddsvise kompensasjonskrav i budsjettåret. Det foreslås å flytte 365 mill. kroner fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift bevilges 73 mill. kroner av dette på kap. 732, post 80. Det foreslås 3 500 mill. kroner av dette til ekstraordinære kostnader i helseforetakene i 2021, inkludert innkjøp av

smittevernutstyr i spesialisthelsetjenesten i forbindelse med covid-19-pandemien for 2021. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift bevilges 280 mill. kroner av dette på kap. 732, post 80. Det foreslås en aktivitetsvekst på om lag 2,3 pst. fra saldert budsjett 2020. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift må deler av veksten bevilges på kap. 732, post 80. Det foreslås at 135,8 mill. kroner av økningen bevilges på kap. 732, post 80. Det vises til omtale under kap. 732, postene 70 og 72–75. Samlet foreslås det en bevilgning på posten på 8 115 mill. kroner.

### Post 81 Protonsenter

Bevilgningen dekker tilskudd til etablering av protonbehandling på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus og på Haukeland universitetssykehus ved 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 er i 2020 utbetalt 26 mill. kroner med en fordeling på hhv. 2 mill. kroner og 24 mill. kroner til prosjektene i Oslo og Bergen.

Det foreslås bevilget til sammen 176 mill. kroner på posten i 2021. Tilskuddet fordeles med 105 mill. kroner til prosjektet på Radiumhospitalet og 71 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 2019

I 2019 ble det totalt bevilget 5 212,4 mill. kroner. I tillegg ble det overført 123 mill. kroner i lån fra 2018 vedrørende prosjektene klinikkbygg og regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus. Midlene ble utbetalt i 2019 slik at samlet låneutbetaling ble 5 335,4 mill. kroner. Alle helse-regioner har investeringsprosjekter innenfor låneordningen.

Tabell 4.7 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2019 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner)

	Lånesaldo per 31.12.18	Låneopptak 2019	Påløpte byggelåns- renter 2019 jf. kap. 732, post 83	Innbetalte avdrag 2019 jf. kap. 3732, post 85, og 90	Lånesaldo per 31.12.19
Helse Sør-Øst RHF	9 594,0	2 928,1	60,7	556,7	12 026,1
Helse Vest RHF	3 408,2	1 569,3	24,9	164,5	4 837,9
Helse Midt-Norge RHF	2 762,4	682,0	5,8	244,1	3 206,1
Helse Nord RHF	3 704,1	156,0	0,6	202,3	3 658,4
Sum	19 468,7	5 335,4	92,0	1 167,7	23 728,5

Ved inngangen til 2020 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene om lag 23,7 mrd. kroner. Av dette er 15,1 mrd. kroner omgjort til langsiktige lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 8,6 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Saldert budsjett for 2020 utgjør 5 782,8 mill. kroner. Bevilgningen sikrer fortsatt framdrift av vedtatte investeringsprosjekter.

Nytt psykiatribygg ved Sykehuset i Vestfold ble ferdigstilt og tatt i bruk i 2019.

#### *Nye Oslo universitetssykehus – om utbyggingene av Nye Aker og Nye Rikshospitalet*

Stortinget godkjente ved behandling av statsbudsjettet 2020 lånerammen til utbyggingen på Aker

og Rikshospitalet. Det pågår nå forberedende aktiviteter og prosesser med sikte på oppstart av forprosjekt 1. november 2020. Styret i Helse Sør-Øst behandlet den 25. juni 2020 sak om *Oslo universitetssykehus – oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet*. Det gjennomføres nå utredninger og organisasjonsutvikling i Oslo universitetssykehus HF som blir vesentlige premisser for forprosjektet. Styret i Helse Sør-Øst la til grunn at rapportene fra følgende arbeid skal forelegges i forbindelse med oppstart av forprosjektet:

- konkretisering av løsning for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Nye Aker, som følge av samlet overføring av spesialisthelsetjenestansvaret for bydelene Alna, Grorud og Stovner i etappe 1
- konkretisering av løsninger for trykktank og høysmitteisolater



- utredning av trinnvis utbygging hvor bygningsmassen tas i bruk stegvis
- utarbeidelse av rapport som konkretiserer hvordan akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet, inkludert traumevirksomhet, planlegges organisert i Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Arbeidet har interregional og internasjonal representasjon.
- videre arbeid med reguleringsplanforslaget for Nye Aker og Nye Rikshospitalet
- utarbeidelse av rapport med erfaringer fra covid-19-pandemien som del av samlet konsept for smittevern ved Oslo universitetssykehus HF
- organisasjonsutviklingsprosjekt – Nye Oslo universitetssykehus

Styret i Helse Sør-Øst RHF opprettholdt tidligere styrings- og kostnadsramme. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil behandle saken høsten 2020.

#### *Budsjettforslag 2021*

Det foreslås en bevilgning på 7 859,5 mill. kroner i 2021. Det foreslås vedtatt lånerammer til to nye investeringsprosjekter i 2021. Prosjektene er ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus og E-bygget ved nytt sykehus i Stavanger.

#### *Nye Oslo universitetssykehus – regional sikkerhetsavdeling*

Dagens bygningsmasse ved Dikemark, hvor nåværende regional sikkerhetsavdeling holder til,

er i svært dårlig tilstand og har dårlig funksjonalitet. I Prop. 1 S (2019–2020) er det omtalt at det tas sikte på å fremme forslag om låneramme til etablering av regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus på Ila i Bærum kommune i statsbudsjettet for 2021, dersom tomtespørsmålet er avklart. Gjennom budsjettforliket for 2018-budsjettet ble det vedtatt å bevilge 33 mill. kroner til forprosjektering av ny regional sikkerhetsavdeling. Bærum kommune har planlagt å behandle reguleringsaken høsten 2020. En lokalisering på Ila forutsetter en justering av markagrensen, og søknad om dette må sendes til Klima- og miljødepartementet. Det foreslås at det settes av en bevilgning på 24 mill. kroner og en samlet låneramme på 830 mill. 2021-kroner til ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus på Ila, tilsvarende 70 pst. av kostnadsrammen P85.

#### *Nytt behandlingsbygg ved nytt sykehus i Stavanger*

Helse Vest RHF har bedt om at prosjektet nytt sykehus i Stavanger utvides med låneramme til et nytt behandlingsbygg, E-bygget. Dette innebærer at en kan ferdigstille et samlet byggetrinn 1 med samling av den somatiske virksomheten på Ullandhaug, i stedet for en delt løsning mellom Ullandhaug og Våland som tidligere planlagt. Dette vil gi bedre pasientflyt og utnyttelse av ressursene. Det foreslås derfor at Helse Vest RHF får lån til nytt behandlingsbygg (E-bygget) ved det nye sykehuset i Stavanger med en bevilgning på 255 mill. kroner i 2021 og en låneramme på 1 295 mill. 2021-kroner, tilsvarende 70 pst. av kostnadsrammen P85.

Tabell 4.8 Investeringsslån 2019–2021

Prosjekt	Låneramme	Regnskap 2019	Bevilgning 2020	Forslag 2021
E-bygget Stavanger	1 295 mill. 2021-kr			255,00
Regional sikkerhetsavdeling OUS	830 mill. 2021-kr	33,00		24,00
Nye Oslo universitetssykehus	29 073 mill. 2020-kr		100,00	102,00
Helseplattformen	2 140 mill. 2019-kr	465,00	400,00	733,00
Nytt sykehus i Narvik	1 716 mill. 2019-kr	118,00	139,00	434,00
Nytt sykehus i Hammerfest	1 893 mill. 2019-kr	38,00	173,00	553,00
Protonsenter Haukeland	907 mill. 2018-kr	100,00	56,00	163,00
Protonsenter Radiumhospitalet	1 198 mill. 2018-kr	163,00	70,00	258,00
Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2 713 mill. 2018-kr	395,00	570,00	603,00
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal	3 554 mill. 2018-kr	217,00	420,00	578,00
Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus	1 350 mill. 2018-kr	154,00	625,00	615,67
Nytt sykehus i Drammen	8 460 mill. 2017-kr	1 270,00	480,00	1 020,00
Nytt sykehus i Stavanger	5 930 mill. 2017-kr	700,00	1 430,00	1 708,00
Nytt sykehus i Stavanger – universitetsarealer UiB	53 mill. 2019-kr		28,00	27,55
Nytt sykehus i Stavanger – universitetsarealer UiS	60 mill. 2020-kr		30,00	30,96
Oppgradering og modernisering i Helse Førde	1 125 mill. 2017-kr	124,00	174,41	165,00
Oppgradering av sentralblokk på Haukeland universitetssjukehus	370 mill. 2017-kr	100,00	102,35	0
Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus	567 mill. 2017-kr	260,00	0	0
Vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus	1 300 mill. 2016-kr	367,08	0	0
Byggetrinn II av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus	2 084 mill. 2014-kr	391,30	340,00	402,00
Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold	1 870 mill. 2014-kr	440,00	645,00	187,27
Sum		5 335,38	5 782,76	7 859,45

### Post 83 Byggelånsrenter

I perioden fram til ferdigstillelse av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt låneporteføljene til de

regionale helseforetakene. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartementets budsjett (kap. 5605, post 84). I 2019 utgjorde byggelånsrenter på denne posten 92 mill. kroner. Anslag for byggelånsrenter i 2021 utgjør 339 mill. kroner.

### Post 86 Driftskreditter

Bevilgningen på posten benyttes til å håndtere svingninger i forholdet mellom pensjonskostnader og -premier. Det foreslås en bevilgning på 1 800 mill. kroner i 2021.

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 2019

Helseforetakenes samlede ramme for driftskreditt var per 1. januar 2019 på 1 133 mill. kroner. Ved behandling av Prop. 1 S (2018–2019) ble det lagt til grunn en samlet pensjonskostnad på 11 800 mill. kroner og pensjonspremier på 16 850 mill. kroner. Det ble lagt opp til at helseforetakene skulle benytte 1 482 mill. kroner fra premiefondet til premiebetaling i 2019. Gjennom økning av driftskredittrammen med 3 359 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 2019 på 13 000 mill. kroner, som var 1 200 mill. kroner høyere enn forutsatt i saldert budsjett. Basisbevilgningen til de regionale helseforetakene ble derfor økt med 1 200 mill. kroner og driftskredittrammen redusert tilsvarende, jf. Prop. 114 S (2018–2019) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2019.

Oppdaterte beregninger fra helseforetakenes pensjonsleverandører høsten 2019 viste en samlet pensjonskostnad for 2019 på 13 700 mill. kroner og en pensjonspremie på 16 350 mill. kroner, jf.

Prop. 19 S (2019–2020) Endringer i statsbudsjettet 2019 under Helse- og omsorgsdepartementet. Basisbevilgningen til de regionale helseforetakene ble derfor økt med 700 mill. kroner, mens driftskredittrammen ble redusert med 1 200 mill. kroner. Som følge av de endelige nivåene for pensjonskostnad og -premie og dertil hørende bevilgninger, ble endelig driftskredittramme for de regionale helseforetakene 2 092 mill. kroner ved utgangen av 2019.

#### Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2020

Saldert budsjett for 2020 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for helseforetakene på 13 000 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift og pensjonspremier på 18 600 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Anslag for pensjonspremie for 2020 ble utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 3,6 pst. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjorde 5 600 mill. kroner i saldert budsjett, som ble håndtert dels gjennom bruk av helseforetakenes premiefond og dels gjennom økning av driftskredittrammen. Det ble lagt opp til at helseforetakene skulle benytte 1 000 mill. kroner fra premiefondet til premiebetaling i 2020. Ved bruk av premiefond for å betale pensjonspremier svares det ikke arbeidsgiveravgift, og likviditetsbehovet ble følgelig redusert med 141 mill. kroner. Det resterende likviditetsbehovet på 4 459 mill. kroner ble dekket gjennom en tilsvarende økning av driftskredittrammen. Ny ramme for driftskreditt ble derfor justert fra 2 092 mill. kroner til 6 551 mill. kroner.

Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett ga et nytt anslag for pensjonskostnaden for 2020 på 9 900 mill. kroner, som er 3 100 mill. kroner lavere enn forutsatt i saldert budsjett. Dette skyldtes hovedsakelig endringer i de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for beregning av pensjonskostnaden, god avkastning på pensjonsmidlene i 2019 og lavere amortiseringskostnad som følge av håndteringen av planendringen i 2019. På denne bakgrunn ble basisbevilgningen til de regionale helseforetakene redusert med 3 100 mill. kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2020. Driftskredittrammen til de regionale helseforetakene ble samtidig økt med 1 959 mill. kroner fra 6 551 mill. kroner til 8 510 mill. kroner. For å dekke de regionale helseforetakenes likviditetsbehov, 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, noe som reduserer likviditetsbehovet med 141 mill. kroner. I sum ble dermed helseforetakenes reduserte likviditet som følge av reduksjonen i basisbevilgningen på 3 100 mill. kroner dekket.

Endelig informasjon om nivået på pensjonspremie for 2020 vil først være kjent høsten 2020 etter at effektene av årets lønnsoppgjør er kjent. Den ekstraordinære situasjonen landets økonomi er i som følge av koronautbruddet vil kunne innebære konsekvenser for både pensjonskostnad og pensjonspremie for 2020. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer som følge av dette.

#### Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2021

Budsjettforslaget 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 2020 er utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 1,6 pst. som er 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 utgjør 1 800 mill. kroner, som foreslås håndtert i sin helhet gjennom tilsvarende økning av driftskredittrammen. De regionale helseforetakenes driftskredittramme foreslås derfor økt med 1 800 mill. kroner fra 8 510 til 10 310 mill. kroner ved utgangen av 2021. Det leg-

ges ikke opp til at helseforetakene skal benytte midler fra premiefond til premiebetaling i 2021. Som følge av de økonomiske effektene av pandemien ble helseforetakenes premiefond tilført vesentlig mindre midler enn forespeilet våren 2020. En vedvarende svak avkastning i markedene i 2020 gir grunn til å anta at også tilføringen i 2021 vil være av begrenset størrelse.

Endelig informasjon om nivået på pensjonskostnad i 2021 vil tidligst være kjent ultimo januar 2021, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2021. 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 2020 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.

Tabell 4.9 Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kroner)

	Årsslutt 2018	Prop. 1 S. (2018– 2019)	Prop. 114 S (2018– 2019)	Prop. 19 S (2019– 2020)	Prop. 1 S (2019– 2020)	Prop. 117 S (2019– 2020)	Prop. 1 S (2020– 2021)
1. Anslått pensjonskostnad		11 800	13 000	13 700	13 000	9 900	13 100
2. Anslått pensjonspremie		16 850	16 850	16 350	18 600	18 600	14 900
3. Benyttet premiefond		1 482	1 482	1 482	1 000	2 000	0
4. Arbeidsgiveravgifteffekt		209	209	209	141	282	0
5. Sum endring i driftskredittramme		3 359	-1 200	-1 200	4 459	1 959	1 800
6. Endring driftskredit gjennom året (2–1–3–4)		3 359	2 159	959	4 459	6 418	1 800
7. Samlet driftskredittramme	1 133	4 492	3 292	2 092	6 551	8 510	10 310

**Kap. 3732 Regionale helseforetak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
80	Renter på investeringslån	282 534	264 000	284 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	535 405	580 000	621 000
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	632 265	632 000	632 200
	Sum kap. 3732	1 450 204	1 476 000	1 537 200

**Post 80 Renter på investeringslån**

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2019 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 282,5 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

Tabell 4.10 Oversikt over innbetalte renter i 2019 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	127,3
Helse Vest RHF	25,7
Helse Midt-Norge RHF	72,7
Helse Nord RHF	56,8
Sum	282,5

*Avdrag på investeringslån*

Avdrag knyttet til investeringslån er todelt, det som gjelder lån tatt opp før 2008 og det som gjel-

der opplåning i 2008 og årene etter. I 2019 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 1 167,7 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak.

**Post 85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008**

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. I 2019 utgjorde avdrag på denne posten 535,4 mill. kroner.

**Post 90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007**

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp før 2008. Avdrag på denne posten utgjorde 632,3 mill. kroner i 2019.

**Kap. 733 Habilitering og rehabilitering**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	22 131	12 755	12 773
70	Behandlingsreiser til utlandet	134 454	134 432	135 308
72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	1 100	1 245	
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	1 000	3 340	3 362
	Sum kap. 0733	158 685	151 772	151 443

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

- 1,3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til utfasing av livsstilsprosjektet ved Feiringklinikken

Det er et mål i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering at tjenestene skal styrkes og være koordinerte, tverrfaglige og målrettede, og tilbys og ytes nærmest mulig brukers vante miljø. Rehabilitering og rehabilitering skal gis til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte rehabiliteringstjenester og habiliteringstjenester til barn, unge og voksne med medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne. For å styrke det samlede tilbudet til barn, unge og voksne med habiliterings- og rehabiliteringsbehov, og samtidig sikre kontinuitet i tilbudet, er ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten et godt virkemiddel og arbeidsform. Omfanget av denne arbeidsformen bør økes og bruk av videoteknologi/telemedisin bør videreutvikles. I regelverket for innsatsstyrt finansiering er det opprettet en nasjonal særkode for registrering av ambulant virksomhet.

Det er behov for at pasienter/brukere med behov for tverrfaglige og koordinerte tjenester i større grad sikres gode forløp, herunder livsløpsoverganger hvor overgang fra ungdom til voksen er krevende for mange. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene om at helseforetakene utvikler rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste. Noen helseforetak har udekkede behov i habiliteringstjenestene for barn og voksne med sammensatte funksjonsnedsettelse, f.eks. bistand til barn med kroniske sykdommer og funksjonshemninger, og det er behov for å styrke den medisinske kompetansen i tjenestene.

Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator legges til grunn for utvikling av faglig gode tjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det arbeides med å utvikle kvalitetsindikatorer for lettere å kunne følge med på variasjon og kvalitetsutvikling innen habilitering og rehabilitering.

Helsedirektoratet og spesialisthelsetjenesten er i gang med pilotering av et elektronisk verktøy der pasientene rapporterer sin opplevelse av egen helse i tilknytning til rehabiliteringsopphold. Piloteringen skal legge til rette for at løsningen kan breddes nasjonalt. Innsamlede pasientopplysninger samles i et rehabiliteringsregister. Opplysningene benyttes til kvalitetsforbedringsarbeid både

lokalt og nasjonalt, og kan også benyttes i pasientbehandlingen. Løsningen er tilrettelagt for å kunne utvides til å inkludere data fra kommunehelsetjenesten og andre måleverktøy. Pasientene vil da kunne følges gjennom hele behandlings- og rehabiliteringsforløpet.

Helsedirektoratet har fulgt opp arbeidet med Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024), og har etablert et partnerskap med representasjon fra brukerorganisasjoner, Hjernerådet, de regionale helseforetakene, KS og Oslo kommune.

Helsedirektoratet har i samarbeid med kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste, brukerorganisasjoner og forskningsmiljøer utredet tilbudet til hørselshemmede. Den største gruppen hørselshemmede er eldre, og utredningen omhandler særlig aldersbetinget hørselshemming. Utredningen er til behandling i departementet.

Det er innført en nasjonal ordning med fritt rehabiliteringsvalg. Pasienter kan fritt velge mellom offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Rehabilitering ble i 2019 også tatt med i godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg. To rehabiliteringstjenester ble med i ordningen i 2019 og flere tjenester ble inkludert i 2020.

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Formålet med bevilgningen er å stimulere til utvikling av gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester og få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av fagfeltet. Dette skjer bl.a. gjennom prosjekter som skal styrke fagutvikling og kompetanse og øke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil prøve ut nye modeller for bedre behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Pilotprosjektet ParkinsonNet ble prøvd ut i Rogaland og Oslo, i nært samarbeid med pasientorganisasjonen Norges Parkinsonforbund. Prosjektet er evaluert og Helsedirektoratet anbefaler en videreføring av modellen for pasienter med parkinson. Modellen kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper med behov for støtte til å leve med og mestre sin kroniske sykdom. I 2020 ble ansvaret for videre arbeid med ParkinsonNet overført til de regionale helseforetakene.

### **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 egenandelstak 2. Behandlingsreiser har i 2019 sendt totalt 2429 pasienter og 208 ledsagere på en behandlingsreise til utlandet.

Ordningen ble utvidet til å omfatte pasienter med ALS fra 2019. Da det ikke er etablert noe tilbud om behandlingsreiser for denne pasientgruppen i Europa, var det ikke mulig å gi et konkret tilbud om behandlingsreise til utlandet for pasienter med ALS i 2019. Oslo universitetssykehus HF er i dialog med fagmiljøet og pasientorganisasjonene rundt etableringen av ordningen. For å sikre forsvarlige reiser som kan ha positiv effekt for denne pasientgruppen vurderes mulighetene for skredersydde opplegg. Oslo universitetssykehus HF har så langt mottatt to henvendelser om behandlingsreise ved ALS. Pga. koronapandemien har det siden 12. mars 2020 ikke vært mulig å sende pasienter til utlandet. Det er usikkert når dette igjen vil være mulig. Det arbeides videre med å etablere ordningen slik at reiser kan gjennomføres når koronasituasjonen er endret.

#### **Post 72 Kjøp av opptrening mv.**

Livsstilsprosjektet ved Feiringklinikken har som formål å bygge opp og spre kunnskap om forebyg-

ging av hjerte- og karsykdommer gjennom samhandling og livsstilsendring. Prosjektet skal etter planen avsluttes med endelige analyser og sluttrapport i 2020 og bevilgningen foreslås redusert med 1,3 mill. kroner. 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 og skal iverksettes i alle regioner. Forløpene skal omfatte tidligrehabilitering i sykehus og samarbeid med hjemkommune om videre rehabilitering, inkludert pedagogisk tilbud.

#### **Rehabiliteringstilbud til ryggmargsskadde**

Camp Spinal er et tiltak i regi av Sunnaasstiftelsen, som i flere år har gitt rehabiliteringstilbud til ryggmargsskadde. Det arrangeres årlig motivasjons- og treningsleire for ryggmargsskadde som har pådratt seg en alvorlig skade og har fått varig funksjonsnedsettelse. Idrett og annen aktivitet er virkemidler som gir økt selvstendighet, integritet og et innholdsrikt liv. Det foreslås et tilskudd på 1,3 mill. kroner til Sunnaasstiftelsen i 2021 til dette formålet.

### **Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	73 012	72 707	82 452
21	Spesielle driftsutgifter	34 396	57 335	59 936
70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	1 857	2 873	2 965
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	111 025	89 841	111 844
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	12 200	13 138	13 224
	Sum kap. 0734	232 490	235 894	270 421

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

- 19 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 734, post 71 for å styrke ordningen med tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede
- 10 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 734, post 01 for å styrke driftsutgiftene til kontrollkommisjonene under det psykiske helsevernet
- 2,5 mill. kroner i økt bevilgning til følgeevaluering av et prøveprosjekt med heroinassistert behandling

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser er omtalt under kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, kap. 732 Regionale helseforetak og del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Kapitlet dekker også drift av landets kontrollkommisjoner i psykisk helsevern, utgifter til hjemhenting av psykisk syke i utlandet og tilskudd til drift av fagenheten for tvungen omsorg som drives av Helse Midt-Norge. Utvikling av pakkeforløp er finansiert over kap. 781.

### Anmodningsvedtak

Tilbud og informasjon om LAR-behandling

Vedtaket nr. 628, 28. april 2016

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

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017 fremgår at de regionale helseforetakene skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR. Vedtaket er videre fulgt opp ved at Helsedirektora-

ret i 2019 ferdigstilte arbeidet med revidering av gjeldende retningslinje for gravide i LAR. Retningslinjen har vært utarbeidet gjennom en omfattende prosess der alle berørte fagmiljøer, brukerorganisasjoner og relevante profesjoner har vært involvert og der alle berørte parter har stilt seg bak alle anbefalingene.

Evaluering av LAR-ordningen

Vedtaket nr. 634, 24. april 2018

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

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet har revidert den nasjonale faglige retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Formålet er å sikre innhold, kvalitet og forbedringer i ordningen. Den reviderte retningslinjen vil etter planen bli sendt på høring innen utgangen av 2020. Helsedirektoratet har videre 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).

Regjeringen har vurdert om en ny finansieringsnøkkel kunne være hensiktsmessig og 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. Det vises til omtale av pakkeforløpene under kap. 781.



### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjøring og andre utgifter for kontrollkommisjonene innen det psykiske helsevernet. Det foreslås å øke bevilgningen på posten med 10 mill. kroner til dekning av økte driftsutgifter. Samlet foreslås det bevilget 82,5 mill. kroner.

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon. Landet har 54 kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonene ivaretar rettssikkerheten til pasienter i møte med det psykiske helsevernet. 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. Helsedirektoratet forbereder sakene for staten og har prosessansvar i om lag 50 saker årlig. Helsedirektoratet 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 lagd et e-læringsprogram 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. Helsedirektoratet 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

Posten dekker bl.a. utgifter til behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep, følgeevaluering av et prøveprosjekt med heroinassistert behandling, samt ivaretagelse av særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

#### *Behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep.*

I 2015 ble det satt i gang et prosjekt (BASIS) for kartlegging og behandling av denne gruppen, i samarbeid mellom HelseDirektoratet, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus, Kriminalomsorgen region sør og Helse Sør-Øst RHF. Prosjektets mål har vært å utvikle et helhetlig behandlingstilbud til personer som er dømt for seksuallovbrudd, bidra til økt kunnskap om seksuallovbruddsdømte gjennom systematisk kartlegging av kjente statistiske risikofaktorer, samt formidle erfaringer med den valgte behandlingstilnærmingen til relevante aktører og samarbeidspartnere (kriminalomsorgen, helsetjenesten i fengsel og spesialisthelsetjenesten). For 2020 ble det foreslått 38 mill. kroner til gjennomføring av behandlingstilbudet på landsbasis, med utgangspunkt i prosjekterfaringene.

#### *Heroinassistert behandling*

Et 5-årig prøveprosjekt med heroinassistert behandling ble igangsatt i 2020. Som en del av prosjektet gjennomføres en følgeevaluering i regi av HelseDirektoratet for å innhente mer kunnskap. Det foreslås et tilskudd på 5 mill. kroner til følgeevalueringen i 2021. 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. HelseDirektoratet skal utvikle et normerende produkt 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. Folkehelseinstituttets nasjonale brukererfaringsundersøkelser (PasOpp-undersøkelser) gir viktig informasjon om pasienterfaringer som grunnlag for bl.a. lokalt forbedringsarbeid. Det gjennomføres slike undersøkelser innen flere fagområder, og FHI har utarbeidet en 5-årlig plan for disse. FHI utvikler og etablerer system for løpende PasOpp-undersøkelser innen psykisk helsevern og TSB og bruk av elektroniske målinger. Brukererfaringsundersøkelsene innenfor psykisk helsevern og TSB har så langt blitt gjennomført som tverrsnittsmålinger. Løpende undersøkelser vil gi

kvalitativt bedre og sikrere resultater, inkludere flere pasienter, samtidig som det legges opp til hyppigere rapporteringer. FHI har startet arbeidet med å utvikle en nasjonal brukererfaringsundersøkelse innen BUP poliklinikk.

Helsedirektoratet har revidert den nasjonale faglige retningslinjen for LAR. Formålet er å sikre innhold, kvalitet og forbedringer i ordningen. Den reviderte retningslinjen vil etter planen bli sendt på høring innen utgangen av 2020.

Helsedirektoratet vil følge opp plan for oppdatering og videreutvikling av øvrige normerende produkter. Se også omtale av pakkeforløp psykisk helse og rus under kapittel 781.

Kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS) tas i bruk i 2020, og det er laget plan for innføring og utvikling av kvalitetsregistre innen psykisk helsevern. Kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer og helseatlas 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*

Regjeringen har som mål å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Selv om alle former for tvangsbruk er strengt regulert, er det mange pasienter som mottar helsehjelp under tvang i det psykiske helsevernet. Tallene for 2018 viste at tvangsinnleggelse, behandling uten eget samtykke, tvangsmidler og skjerming var noe økende. For tvangsmidler var veksten i antall vedtak noe redusert sammenlignet med tidligere år. Antall vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler ble redusert fra 2017 til 2018.

I 2018 ble det gjort nærmere 12 000 henvisninger til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Henvisers anmodning om tvungen tilbakeholdelse for observasjon eller psykisk helsevern ble tatt til følge for 62 pst. av henvisningene, og 5700 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 8100 ganger. En av tre tvangsinnleggelse var en innleggelse for tvungen observasjon der vilkårene for tvungent psykisk helsevern ikke ble vurdert å være oppfylt, og denne andelen har holdt seg stabil over tid. 31 pst. av de tvungne døgnoppholdene ble videreført som tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

I 2018 ble det truffet vedtak om behandling uten pasientens samtykke for nærmere 2000 pasienter. Det ble videre rapportert om 15 000 tvangsmiddelvedtak og 7500 skjermingsvedtak for døgnpasienter i psykisk helsevern. Om lag halvparten av tvangsmiddelvedtakene gjaldt kortvarig fast-

holding av pasienten, mens 4000 vedtak gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler.

I tredje tertial 2019 (årstall for 2019 foreligger ikke p.t.) hadde antallet pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak økt med 63 fra samme tertial i 2018, fra 2164 til 2227. I tredje tertial 2019 var andelen tvangsinnleggelse for landet 18,1 pst. (2741 tvangsinnleggelse). Dette er en svak økning fra samme periode i 2018, da andel tvangsinnleggelse var på 17,5 pst.

Helsedirektoratet utarbeider årlig statistikk over kontrollkommisjonenes virksomhet og behandling av klager på tvungent helsevern. Kontrollkommisjonene behandlet 1428 klager i 2018, en vekst på tre pst. fra 2017. Klager fikk medhold i 12 pst. av sakene. Både klageandelen og andelen som får medhold har vært relativt stabil i perioden 2013 til 2018.

Det er indikasjoner på endringer i praksis etter lovendringene som ble iverksatt i 2017, og dette knytter seg særlig til varigheten av det tvungne vernet. Nedgangen i bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og i antall årskontroller for tvungent vern indikerer at det tvungne vernet avsluttes tidligere. Redusert varighet observeres også for de lengste tvungne døgnoppholdene.

Et lovutvalg har gjennomgått alle tvangshjemler i helse- og omsorgssektoren og foreslått en ny, felles lov om bruk av tvang (NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten). Lovforslaget var på alminnelig høring høsten 2019 og det arbeides nå videre med dette i departementet.

#### **Post 70 Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.**

Bevilgningen på posten dekker utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere ved alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet.

#### **Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede**

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffelovens § 39a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet å etablere en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrutere.

Fra januar 2002 til juli 2020 er til sammen 29 personer dømt til tvungen omsorg. Dom er opphørt for 13 personer i perioden. Per juli 2020 var to personer innlagt i fagenhetens sengepost for gjennomføring av hhv. dom til tvungen omsorg etter straffelovens § 63 og etter straffeprosessloven § 188, varetektssurrogati. To personer er tiltalt med påstand om dom på overføring til tvungen omsorg, hvor hovedforhandlingene er berammet til høsten 2020. 15 personer befinner seg i eksterne tiltak under fagenhetens ansvar, for gjennomføring av dom til tvungen omsorg.

Ansvar for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes delvis over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. Posten foreslås styrket med 19 mill. kroner i 2021. I 2020 ble finansieringen av ordningen lagt om og de regionale helseforetakene dekker 20 pst. av utgiftene til ordningen, jf. omtale under kap. 732.

Posten foreslås styrket med 19 mill. kroner i 2021. 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 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 (Oslo, Bergen og Trondheim) har spesialkompetanse innen fagområdene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som overføres både til lokale sikkerhetsavdelinger og til allmennpsykiatriske avdelinger ved behov. Driften av kompetansesentrene er forankret i de regionale helseforetakene. De regionale kompetansesentrene har etablert et nasjonalt kompetansenettverk seg imellom for å styrke de nasjonale forsknings- og fagutviklingsprosjektene innenfor de tre fagområdene. Det foreslås å videreføre tilskuddet til kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

*Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)*

Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo (SERAF) har en omfattende virksomhet og er en viktig instans i å utvikle kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet, i særlig grad innen spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilskuddet til SERAF foreslås videreført i 2021.

## Kap. 737 Historiske pensjonskostnader

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
70	Tilskudd, <i>overslagsbevilgning</i>		94 944	131 006
	Sum kap. 0737		94 944	131 006

### 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 tjenstepen-

sjonsordning som har levert lovpålagte spesialisthelsetjenester 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.

Kompensasjon av kostnader som allerede er dekket av eksisterende avtaler er normalt i strid med reglene om offentlige anskaffelser. Tilskudd kan derfor ikke dekke slike kostnader før avtalene er reforhandlet eller avsluttet. På bakgrunn av

dette reduseres tilskuddet vesentlig i 2019 og 2020. Svært få avtaler utløper før 2021.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen, også for den delen som gjelder statlige barnevernstjenester. Forskrift og regelverk for tilskuddsordningen var først på plass høsten 2019. Arbeidet med å avklare hvilke organisasjoner som er tilskuddsberettiget er omfattende og ennå ikke

avsluttet. Om lag 50 organisasjoner søkte om tilskudd før 31. desember 2019. Det ble ikke utbetalt tilskudd i 2019, men de organisasjonene som er tilskuddberettiget vil få utbetalt tilskudd i 2020 også for 2019.

For 2021 foreslås det en bevilgning på 131 mill. kroner.

## Programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
740	Helsedirektoratet	1 408 812	1 401 233	1 516 915	8,3
741	Norsk pasientskadeerstatning	319 765	286 174	291 441	1,8
742	Nasjonalt klageorgan for helse- tjenesten	164 878	164 887	176 941	7,3
744	Direktoratet for e-helse	410 145	326 193	329 758	1,1
745	Folkehelseinstituttet	1 324 651	1 223 151	1 423 505	16,4
746	Statens legemiddelverk	349 356	339 080	354 613	4,6
747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	121 244	128 381	129 395	0,8
748	Statens helsetilsyn	152 717	161 466	161 669	0,1
749	Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten	33 275	40 092	40 174	0,2
Sum kategori 10.40		4 284 843	4 070 657	4 424 411	8,7

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
01-23	Statens egne driftsutgifter	4 050 998	3 833 899	4 180 232	9,0
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	21 128	17 395	17 882	2,8
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	88 105	84 529	87 149	3,1
70-89	Andre overføringer	124 612	134 834	139 148	3,2
Sum kategori 10.40		4 284 843	4 070 657	4 424 411	8,7

**Kap. 740 Helsedirektoratet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	1 276 428	1 222 348	1 311 448
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 300	27 441	49 262
60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	88 105	84 529	87 149
70	Helsetjenester i annet EØS-land	71 871	66 915	69 056
71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	-44 981		
72	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	-1 911		
	Sum kap. 0740	1 408 812	1 401 233	1 516 915

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 90,6 mill. kroner i økt midlertidig bevilgning til beredskapskostnader til koronapandemien
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til opprettelse av donorregister
- 3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til lavere administrasjonskostnader for tilskuddsordningen for historiske pensjonskostnader
- 5 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av ferdigstilling av arbeidet med å slå sammen tak 1 og 2

**Samfunnsoppdrag**

Helsedirektoratet skal bidra til at flere har god helse, at helseforskjellene blir mindre mellom folk og at flere får god og sikker behandling. Direktoratet understøtter også at pasienter og brukere skal få møte en samordnet tjeneste og tilrettelegger for økt samfunnsikkerhet og beredskap. Hovedaktivitetene er å:

- gi råd om kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse, tobakk, alkohol og andre rusmidler
- redusere helseforskjeller ved å samarbeide med helsesektoren og andre sektorer som skole, transport, nærmiljø og arbeidsliv
- sammen med helsepersonell og brukere utvikle tjenestene
- bidra til at pasientene får oppfylt sine rettigheter og påvirker behandling og tjenestetilbud
- videreutvikle og drifte finansieringsordningene for helsetjenestene og pasientene
- sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse

- ta ansvar for å koordinere helsetjenesten i en stor krise
- følge med på helseutviklingen og foreslå tiltak som skal gi folk bedre helse

**Roller**

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet utfører oppgaver innen tre ulike roller:

- Fagrollen; Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet. Direktoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, og sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende.
- Forvaltningsrollen; 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.
- Gjennomføre 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 styringssignalene fra departementet.

I helse- og omsorgstjenesteloven av 2011 og i spesialisthelsetjenesteloven av 1999 er Helsedirektoratets ansvar knyttet til nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer fastsatt. I folkehelseovngivningen er Helsedirektoratets ansvar innen folkehelsearbeid fastsatt.

## Folkehelse

Helsedirektoratet skal bidra til å nå regjeringens tre nasjonale mål for folkehelsepolitikken, WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) samt FNs bærekraftsmål om god helse, jf. Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga.

Arbeidet med ny folkehelsemelding 2023 starter opp i 2021 der Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet skal bidra med innspill. Videre skal Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet skal bidra til ny NCD-strategi som skal legges fram i 2021 og delta i oppfølgingen av denne.

Helsedirektoratet reviderte og videreutviklet i 2019 veilederen «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse». Helsedirektoratet startet i 2019 opp arbeidet med å oppdatere Veivisere i lokale folkehelseiltak. Utvikling og implementering av veiledere og verktøy videreutvikles i 2020.

En nasjonal undersøkelse av livskvalitet i befolkningen ble startet før de omfattende koronatiltakene trådte i kraft, og fortsatte inn i tiltaksperioden. Undersøkelsen vil derfor både kunne gi verdifull informasjon om livskvalitet under krisen, og mer generell informasjon om livskvalitet.

Strategi mot ensomhet (2019–2023) ble lagt fram som en del av Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga. Målet er å forebygge ensomhet i befolkningen generelt, og unge og eldre spesielt. Helsedirektoratet vil være sentral i oppfølgingen av strategien.

Helsedirektoratet samarbeider med Utdanningsdirektoratet om Partnerskap mot mobbing. Målet er et godt oppvekst- og læringsmiljø uten mobbing for alle barn. Partnerskapsavtalen går ut i 2021, og skal evalueres.

Helsedirektoratet arbeider med kommunikasjon for å hjelpe befolkningen til å ta gode selvstendige valg på levevaneområdet. Psykisk helse inngår i kommunikasjonssatsingen for å se levevaner og psykisk helse i sammenheng. Alle kampanjer relatert til levevaner ble imidlertid stoppet i mars 2020 på grunn covid-19-pandemien, og helsemyndighetenes behov for kommunikasjon om dette. Arbeidet med kommunikasjon på levevaneområdene skal gjenopptas og videreføres.

Helsedirektoratet etablerer Senter for et aldersvennlig Norge i Ålesund høsten 2020. Senteret vil være samlokalisert med det nye Eldreombudet, og skal ha ansvar for nasjonalt program for et aldersvennlig Norge, som er et av hovedområdene i eldreforhøvet Leve hele livet.

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) legger rammen for de fleste av Helsedirektoratets oppgaver på kostholdsområdet. Handlingsplanperioden er besluttet forlenget til 2023. Helsedirektoratet bistår Utdanningsdirektoratet i arbeidet med ny nasjonal rammeplan for SFO om bl.a. kosthold og fysisk aktivitet og tilhørende veiledere og støttemateriell, i tråd med Meld. St. 6 (2019–2020) Tett på - tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO, samt i etableringen av satsingen barn og unge i bevegelse.

Regjeringens handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv ble lagt fram våren 2020. Tiltakene i handlingsplanen er rettet inn mot fem innsatsområder: Gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer, fritids- og hverdagsarenaer, helse- og omsorgstjenester og kunnskapsutvikling og innovasjon. Helsedirektoratet vil ha en sentral rolle i oppfølging og koordinering av handlingsplanen. Helsedirektoratet skal bidra i formidling og etablering av samarbeidsarenaer, samt følge opp pågående tiltak og starte et arbeid for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer, herunder operasjonalisere fysisk aktivitet som nasjonalt hensyn på folkehelseområdet.

Registreringsordningen for tobakksalg, som trådte i kraft i 2018, gir Helsedirektoratet og kommunene en systematisk oversikt over tilsynsobjekter. Det er om lag 8000 registrerte salgssteder og grossister. Det arbeides kontinuerlig med videreutvikling og forbedring av registerløsningen. Helsedirektoratets oppgaver finansieres med gebyrinntekter over kap. 3740, post 04, som dekker drift av registeret og tilsyn.

Helsedirektoratet får i 2021 også ansvar for en ny bevillingsordning for import, eksport og produksjon av tobakksvarer samt et nytt system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer. Oppgavene vil finansieres av en sektoravgift, jf. kap. 5572, post 75, og søknadsgebyrer, jf. kap. 3740, post 04. Helsedirektoratet vil også få flere nye oppgaver som følge av gjennomføringen av EUs nye tobakksdirektiv. Oppgavene foreslås finansiert med 4,2 mill. kroner knyttet til gebyrinntekter, jf. kap. 3740, post 04.

Helsedirektoratet viderefører sitt rusforebyggende arbeid, og vil få en sentral rolle i oppfølgingen av nasjonal alkoholstrategi som etter planen skal legges fram høsten 2020.

Helsedirektoratet vil i 2021 vurdere hvordan den rusforebyggende innsatsen blant unge voksne kan styrkes, og vil gjennom en informasjonskampanje om cannabis øke oppmerksomheten om stoffets skadevirkninger.

### Styringsinformasjon

Helsedirektoratet har i oppdrag å analysere og følge med på utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og for kommunale helse- og omsorgstjenester, deriblant det lovpålagte kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp og grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Styringsinformasjon av god kvalitet er et viktig grunnlag for effektiv ressursutnyttelse og forbedringsarbeid i både spesialist- og primærhelsetjenesten. I 2019 gjennomførte Helsedirektoratet flere analyser og utarbeidet statistikk og styringsinformasjon for ulike tema for helse- og omsorgstjenester. I SAMDATA-prosjektene ble det gjennomført en helhetlig analyse av spesialisthelsetjenesten i lys av dimensjonene for tjenester av god kvalitet. Det ble videre gjennomført analyser av kostnads- og produktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten, samt utvikling og status for psykisk helsevern og TSB. Helsedirektoratet gjennomførte i 2019 en ny kartlegging av aktivitet og utnyttelse av de kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudene (ØHD). Fra 2017 til 2018 var det en økning i antall pasienter som ble innlagt ved øyeblikkelig hjelp døgntilbud, mens det var liten endring i antall liggedager. Dette betyr at det var flere pasienter med kortere liggetid som benyttet tilbudet. Helsedirektoratet utarbeider også tertialvise følge med-rapporter for Fritt behandlingsvalgordningen.

### 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. I 2019 ble det gjennomført fem publiseringer. Kvalitetsindikatorene inngår også som en av kildene i de årlige stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet.

I 2019 ble det utviklet seks nye nasjonale kvalitetsindikatorer, ni indikatorer ble faset ut, og 14 indikatorer ble revidert og publisert med nye tall. Det ble utviklet nye indikatorer innen områdene legemidler (antibiotika), somatikk (ventetider og tilstandskoder) og psykisk helsevern (pasient- og brukererfaringer). Ved utgangen av 2019 var det 174 publiserte kvalitetsindikatorer.

I 2018 ble det igangsatt arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorer for pakkeforløp psykisk helse og rus, pakkeforløp for hjerneslag, fastlege og legevakt. Det er et mål at de første indikatorene for pakkeforløp psykisk helse og rus og for fastlege skal publiseres i 2020. Det gjenstår imidlertid fortsatt en del utfordringer med datagrunnlag for de nye indikatorene, slik at publisering kan bli forskjøvet til 2021. Et oppfølgingspunkt i handlingsplan for bedre kosthold er å etablere nye kvalitetsindikatorer innen ernæring i spesialisthelsetjenesten. Det vil gi bedre grunnlag for å vurdere kvalitet enhetlig i helse- og omsorgstjenesten da ernæring er egen kvalitetsindikator i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

### Helseregistre

Helsedirektoratet leverer styringsinformasjon både gjennom utleveringer av data/statistikk og gjennom utvikling av nye publiseringsløsninger. Det ble i 2019 utført om lag 1411 utleveringer av data og statistikk. Det er økt bruk av statistikkvisninger på nett. I tillegg ble det utført 141 leveranser til forskningsformål.

Helsedirektoratet har årlig nærmere 1000 faste leveranser av styringsinformasjon til RHFene. Leveranser til kommunene er delvis etablert, og utvides fortløpende. Kommunene får regelmessig informasjon om innhold og kvalitet i innsendte opplysninger om kommunal helse- og omsorgstjeneste. Etaten arbeider med å utvikle ytterligere informasjon for kommunene. Det planlegges også utvikling av styringsinformasjon som er relevant for både primær og spesialisthelsetjenesten.

Norsk pasientregister (NPR) har en formell nøkkelregisterrolle overfor Hjerte- og karregisteret, Kreftregisteret, Mine pasientreiser og Kjernejournal. I samarbeid med Direktoratet for Atomsikkerhet og Strålevern (DSA) er det påbegynt et arbeid for leveranse av aktivitet og stråledosedata. NPR og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inneholder betydelige mengder helseinformasjon om hele landets befolkning. Opplysningene brukes av mange aktører til mange ulike formål. Dette stiller store krav til trygg håndtering av sensitive data, samtidig som brukernes forventninger om raske leveranser ivaretas.

### Helsedataprogrammet

Helsedataprogrammet har viktige milepæler de neste årene som krever betydelige leveranser fra



Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har en omfattende kontakt med Helsedataprogrammet på både ledelse-, juridisk og saksbehandlernivå for sikre at data fra både NPR og KPR gjøres tilgjengelig for Helsedataprogrammet innenfor de rammene som legges av forskriftene for registrene.

#### Det sentrale sædgifterregisteret

Dette registeret ble driftet av helse Fonna HF på vegne av Helsedirektoratet. Det har bl.a. vært utfordringer med å registrere opplysninger på utenlandske sæddonorer. Helsedirektoratet har utviklet en ny løsning. Registeret digitaliseres og skal nå driftes av Helsedirektoratet og NHN.

#### Covid-19 styringsdata

Helsedirektoratet startet i 2020 et prosjekt som skal etablere løsning for styringsdata til bruk i Helsedirektoratets krisestyring. 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 er tilgjengelig på en hensiktsmessig måte. Prosjektet jobber også med å tilgjengeliggjøre andre data som er tilgjengelig i Helsedirektoratet og som kan gi nytte i krisestyringen. Løsningen er i første omgang etablert for interne brukere, men publisering av deler av materialet skal vurderes etter hvert.

#### Innrapportering av NPR-data til beredskapsformål

Helsedirektoratet etablerte i mars 2020 prosjektet XPR beredskap som har som målsetning å etablere daglig rapportering av NPR-data fra sykehusene. Det er stor etterspørsel etter ferske data som kan brukes for å følge med på utviklingen av covid-19. Som et ledd i dette jobber Hdir, sammen med FHI, for å få til en løsning hvor data kan rapporteres til NPR hver dag, og hvor data tilgjengeliggjøres for FHI så raskt som mulig. Dette er data som f.eks. kan sammenstilles med MSIS og vil utgjøre verdifull styringsinformasjon i arbeidet med smittevern.

#### Fritt behandlingsvalg og Velg behandlingssted på helsenorge.no

Fritt behandlingsvalg har som formål å gi pasienter økt valgfrihet og kortere ventetid. Helsedirektoratet har ansvar for forvaltning av godkjennings-

ordningen i fritt behandlingsvalg og for informasjonstjenesten Velg behandlingssted. Tjenesten viser forventede ventetider til om lag 300 undersøkelser og behandlinger ved alle tilgjengelige behandlingssteder innen det offentlige, private med avtale og private med godkjenning.

Som oppfølging på oppdrag fra departementet i 2018 ble en ny tjeneste innen somatikk og fire nye tjenester innen rehabilitering fasett inn i fritt behandlingsvalgs godkjenningsordning fra 1. januar 2020. Helsedirektoratet vil vurdere om det er ytterligere tjenester som kan egne seg for godkjenningsordningen og da med innfasing fra 2021. Det har vært betydelig vekst innenfor godkjenningsordningen, både i antall pasienter, i behandlingsvolum og i utgifter. Det er utarbeidet tertialvise følge med-rapporter om godkjenningsordningen, og årsrapport for Fritt behandlingsvalg.

#### Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt velferdsteknologiprogram ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS. Programmet består av flere prosjekter: teknologi for trygghet- og mestring, digital hjemmeoppfølging av kronisk syke, arkitektur og infrastruktur, og sosial kontakt og verktøy for barn med nedsatt funksjonsevne. Programmet videreføres ut 2021. Se omtale av prosjektene under kap. 701, post 21, kap. 761, post 21 og 68, og kap. 762, post 21 og 63.

#### Personell, kompetanse, autorisasjon mv.

Godkjenning av helsepersonell er en viktig oppgave for Helsedirektoratet. Det er i 2019 behandlet om lag 20 200 søknader om autorisasjon og lisens. Det ble innvilget 16 217 autorisasjoner og 2504 lisenser, fordelt på 29 profesjoner. Det ble gitt 823 avslag og 159 avslag med praksisløp. Avslagene utgjør 4,9 pst. av de behandlede søknadene. Det er innvilget flest autorisasjoner innenfor profesjonene sykepleier (5383), helsefagarbeider (4305), lege (1590), vernepleier (866), helsesekretær (516) og psykolog (460). I 2018 var det en betydelig nedgang i antall autorisasjoner til leger (25 pst.), reseptarfarmasøyter (38 pst.) og helsefagarbeidere (11 pst.). Antall autorisasjoner til denne gruppen viser i 2019 liten økning fra 2018-tallene, noe som kan tyde på at flere gjennomfører kvalifiserende tiltak og tilleggskrav (språkstest, kurs i nasjonale fag og fagprøve).

Autorisasjoner – Helsepersonellregisteret (HPR)

Tabell 4.11 Oversikt over antall innvilgede autorisasjoner og lisenser i 2019 sammenliknet med 2018.

Yrkeskode	Norge		Norden		EU/EØS		Andre		Totalsum	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Ambulansearbeider (AA)	331	322	2	2	6	3	0	0	339	327
Apotektekniker (AT)	236	209	1	1	8	5	2	1	247	216
Audiograf (AU)	33	32	0	1	0	0	0	0	33	33
Bioingeniør (BI)	265	270	9	10	15	7	13	6	302	292
Ergoterapeut (ET)	253	251	10	9	1	9	0	0	264	269
Provisorfarmasøyt (FA1)	199	225	16	10	51	29	8	21	274	285
Reseptarfarmasøyt (FA2)	113	163	5	10	0	0	300	483	418	656
Fotterapeut (FO)	58	45	1	0	0	2	0	0	59	47
Fysioterapeut (FT)	576	601	67	68	95	77	9	8	747	754
Helsesekretær (HE)	533	511	0	0	2	4	0	1	535	516
Helsefagarbeider (HF)	3862	4063	241	216	25	23	12	4	4140	4306
Hjelpepleier (HP)	0	4	0	1	0	0	0	1	0	6
Jordmor (JO)	131	88	64	64	7	15	0	0	202	167
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	49	56	7	2	1	8	0	0	57	66
Kiropraktor (KI)	0	0	5	3	62	65	15	19	82	87
Lege (LE)	1266	1192	471	424	1204	1123	301	173	3242	2912
Ortopediingeniør (OI)	10	0	9	6	8	11	4	0	31	17
Optiker (OP)	71	71	14	8	14	15	1	1	100	95
Ortoptist (OR)	0	0	0	0	4	0	1	0	5	0
Perfusjonist (PE)	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Psykolog (PS)	271	308	168	227	29	51	5	9	473	595
Radiograf (RA)	157	180	6	3	9	3	3	0	175	186
Sykepleier (SP)	4074	4099	828	901	327	346	42	43	5271	5389
Tannhelsesekretær (TH)	198	193	2	1	12	10	0	0	212	204
Tannlege (TL)	128	134	36	35	138	114	35	44	337	327
Tannpleier (TP)	61	81	3	2	4	4	0	0	68	87
Tanntekniker (TT)	7	1	1	0	16	9	0	0	24	10
Vernepleier (VP)	864	868	0	0	0	3	0	0	864	871
<b>Totalsum</b>	<b>13746</b>	<b>13967</b>	<b>1967</b>	<b>2005</b>	<b>2038</b>	<b>1936</b>	<b>751</b>	<b>814</b>	<b>18502</b>	<b>18721</b>

Alle typer lisenser (2,3, 4 og 18. Lisenser utstedt av Statens helsetilsyn er ikke inkludert) og autorisasjon (1)

Fra 2019 er veterinærer og fiskehelsebiologer fjernet fra oversikten, da Helsedirektoratet ikke er godkjenningmyndighet selv om disse to gruppene registreres i HPR.

## Helfo

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo forvalter 35 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. Ved utgangen av 2019 hadde Helfo 493 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

## Servicetjenester – informasjon og veiledning

Servicetjenester til brukere og behandlere omfatter informasjon og veiledning på telefon, nett og øvrige kanaler og selvbetjeningsløsninger som bytte av fastlege og utstedelse av europeisk helsestrygdkort.

All informasjon til private brukere fra Helfo er samlet på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). Besøkstallene til [helsenorge.no](http://helsenorge.no) har økt betydelig og gjennomsnittlig besøk på nettsiden per måned var nær 3,2 millioner i 2019, mens tilsvarende tall for 2018 var 2,2 millioner. Bruken av selvbetjeningsløsningene på nett øker stadig. I 2019 ble vel 90 pst. av fastlegebyttene og nær 92 pst. av bestillingene av europeisk helsestrygdkort foretatt gjennom selvbetjeningsløsningene på [helsenorge.no](http://helsenorge.no).

Nettstedet [helfo.no](http://helfo.no) er etablert som informasjonssted for helseaktører. Portalen gir informasjon om forhold som avtaleinngåelse med Helfo, hvordan sende inn refusjonskrav og motta utbetaling og informasjon om regelverk, takster og refusjoner. I 2019 hadde [helfo.no](http://helfo.no) i alt 1,8 millioner nettbesøk fra helseaktører.

Helfo mottok i alt 486 500 telefonhenvendelser fra innbyggere (privatpersoner og helseaktører) i 2019, en økning på vel 2 pst. fra 2018. Veiledningstjenesten Helsenorge hadde alene 331 000 henvendelser.

Gjennomsnittlig ventetid på telefon var 168 sek, mens ventetiden i 2018 var 71 sek. Til tross for lange ventetider var brukertilfredsheten på hele 90 pst. Det betyr at kvaliteten på telefontjenesten er høy og ventetiden oppleves som akseptabel.

Veiledningstelefonen for helseaktørene hadde nær 80 000 henvendelser i både 2018 og 2019.

Gjennomsnittlig ventetid var på 248 sek, mens tilsvarende for 2018 var 99 sek. Andel fornøyde brukere var imidlertid på 88 pst. Helfo har igangsatt tiltak for å redusere ventetiden, noe som har resultert i bedre tilgjengelighet i starten av 2020. Etablering og drift av Koronatelefonen har hatt konsekvenser for tilgjengeligheten for øvrige veiledningstjenester i mars og april.

## Fritt behandlingsvalg

Helfo behandler søknader fra private behandlingstjenestestrukturer om å bli godkjent som helsetilbud innenfor ordningen Fritt behandlingsvalg. Helfo mottok 24 nye søknader til behandling i 2019 og det er per utgangen av året 50 godkjente leverandører. Krav til saksbehandlingstid er seks uker, men oppnås kun i 24 pst. av sakene. Hovedårsaken til manglende måloppnåelse er at mange av søknadene har utilstrekkelig dokumentasjon på søknadstidspunktet. Det gjelder særlig for vilkårene knyttet til bemanning og kompetanse. Helfo har en risikobasert oppfølging av de godkjente leverandørene. Om lag 15 000 pasienter fikk helsetjenester i form av utredning eller behandling.

Samarbeidet med andre relevante aktører som de regionale helseforetakene, Norsk pasientregister og fylkesmennene er videreutviklet i 2019.

## Fristbrudd

Helfo har i 2019 registrert 11 745 fristbrudd, en økning på 14 pst. fra 2018. De aller fleste saker (87 pst.) håndteres innen ti virkedager og gjennomsnittlig saksbehandlingstid er på i underkant av åtte dager. Det er utviklet en ny saksbehandlingsløsning som har gitt gode effekter i form av økt kvalitet og redusert tidsbruk. 95 pst. av fristbruddpasientene var fornøyde med Helfos håndtering av formidlingsprosessen.

Helfo har innhentet eksternt fagkompetanse vedrørende anskaffelse av spesialisthelsetjenester og har etablert en dynamisk innkjøpsordning for psykisk helsevern. Alle leverandører som har inngått avtale med Helfo har hatt oppstartsmøte innen tre måneder.

## Saksbehandlingstider

Helfo har i 2019 en måloppnåelse på saksbehandling av legemiddelsaker som er på nivå med resultatene for 2018. Helfo mottok 170 900 krav på legemiddelområdet i 2019, mot 162 600 krav i 2018, en økning på 13 pst. Per utgangen av året var 16 pst.

av legemiddelsakene gjenstand for automatisert saksbehandling.

I 2019 ble 98 pst. av de prioriterte sakene behandlet innen fire uker og med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under 5 dager. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for øvrige saker var 22 dager i første tertial og 26 dager i tredje tertial. Tilsvarende tall for tredje tertial i 2018 var 23 dager. 92 pst. av de uprioriterte sakene behandles innen saksbehandlingsfristen på åtte uker. Saksinngangen på legemiddelområdet fortsetter å øke i 2020, og Helfo har høyt fokus på nedbygging av restanser.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjon for tannhelsebehandling er økt fra 36 dager ved inngangen til året til vel 47 dager ved utgangen av året. Nær alle saker (99 pst.) ble behandlet innen 56 dager (8 uker) som er den ytre grensen på fagområdet.

Saksinngang for refusjonsordning for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdlovens § 5-24 a, har vært relativt stabil de siste fire år og var i 2019 på 12 561 krav. For forhåndstilsagn ble 75 pst. behandlet innen fristen på fire uker og 90 pst. av refusjonskravene ble behandlet innen fristen på 12 uker. Mer kompliserte saker og behov for innhenting av dokumentasjon er viktige årsaker til at saker går ut over fristen. Det er samtidig en tydelig nedgang i gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra 47 dager ved inngangen til 2019 til 24 dager ved slutten av året for refusjonskrav, og tilsvarende fra 34 dager til 19 dager for forhåndstilsagn. Resultatene i starten av 2020 viser fortsatt god kontroll på stønadsområdet.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker fra land utenom EØS (§ 5-24) har hatt en tydelig positiv utvikling i både 2018 og 2019. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var på 12 dager i slutten av 2019, og 99 pst. av sakene ble behandlet innen fristen på 12 uker.

#### Innsending av refusjonskrav og oppgjør

Helfo håndterte i 2019 i underkant av 980 000 oppgjørsmeldinger fra behandlere, en økning på 5,2 pst. sammenliknet med 2018. Andel unike helseaktører som i siste tertial 2019 fremmet krav elektronisk over linje utgjorde 89 pst. Tilsvarende sendte 84 pst. av helseaktørene sine krav elektronisk over linje ved utgangen av 2018. Økningen var størst for gruppen fysioterapeuter (fra 75 til 87 pst.).

#### Etterlevelse

Rett behandlingsrefusjon og ytelse og bedre etterlevelse av regelverket er sentrale mål for Helfos virksomhet. Helfo legger vekt på en kunnskapsdrevet kontrollvirksomhet med fortløpende effektvurderinger. Videre er strategien «riktig første gang» en effektiv tilnærming for økt etterlevelse av regelverket og for å forhindre urettmessige utbetalinger av helserefusjoner.

Helfo har en egen telefontjeneste for behandlere som ivaretar informasjon og veiledning, samt en pro-aktiv tjeneste som arbeider aktivt med rettleiding og informasjon ut mot behandlergruppen. Videre er det utviklet omfattende automatiserte kontroller i mottak og behandling av refusjonskrav og interne kontrolltiltak i saksbehandlingen av individuelle søknader.

Helfos arbeid 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 etter kontrollplaner utarbeidet på basis av årlige risikovurderinger. Behandlerne med størst risiko og økonomisk vesentlighet prioriteres. Analyser av praksisprofil og refusjonsutvikling ligger til grunn for utvalg av kontrollobjekter og Helfo har også en egen tipstelefon.

I 2019 utgjorde tilbakekrevd beløp nær 28 mill. kroner fordelt på 70 ulike saker, mens omfanget var 42 mill. kroner i 2018. Ti helseaktører ble fratatt retten til å praktisere for trygdens regning og Helfo gikk til anmeldelse i tre saker. I tillegg fikk ni helseaktører pålegg om endring av praksis, mens tilsvarende i 2018 var nær 200. Generelt er oppnådde resultater lavere i 2019 enn i 2018. Det skyldes at etterkontrollarbeidet i 2019 har vært rettet inn mot alvorlige saker, parallelt med etablering av ny kontor- og oppgavestruktur i Helfo. Utvikling av kompetanse, kontrollmetodikk og mer effektive arbeidsprosesser vil være viktig også i 2021. Refusjonsområdene lege/avtalespesialist og tannhelse har vært prioritert for etterkontroll, samt oppfølging av tips og funnsaker. Effektvurderinger tyder på at etterkontroll gir endret adferd hos helseaktørene.

Helfo har i 2019 gjennomført en kartleggingskontroll og 50 tannleger er kontrollert i henhold til et spesifikt innslagspunkt. Det er også gjennomført en rekke kontroller på kjeveortopediområdet med tema tilstedeværelse og pasientforløp. Satsingen på bedre innsikt og kontroll på tannhelsefeltet er videreført i 2020, og Helfo har styrket sin tannhelsefaglige kompetanse.

### Kontorstruktur og digitalisering

Helfo sin kontorstruktur er i endring. Helfo hadde opprinnelig 22 kontorsteder spredt rundt i Norge. Regjeringen besluttet våren 2018 følgende:

- Ny og endret kontorstruktur skal bestå av kontorene i Fredrikstad, Tønsberg, Sola, Ørsta og Mo i Rana.
- Kontoret i Kirkenes skal videreføres.
- Kontorene i Brumunddal og Orkdal skal videreføres i en omstillingsperiode på inntil fire år, kontoret i Vågå videreføres i inntil to år.
- Omorganisering gjennom endret kontorstruktur og investeringer i IKT skal iverksettes
- Ansatte som blir berørt av omorganiseringen skal ivaretas innenfor gjeldende lov og avtaleverk og i samsvar med Kommunal- og moderniseringsdepartementets retningslinjer for personalpolitikk ved omstillingsprosesser.

Innovasjon og digitalisering er essensielt for å oppnå en brukerrettet og effektiv offentlig sektor. Økt bruk av selvbetjening og automatisering i Helfo vil få konsekvenser for arbeidsprosesser og kompetansebehov. Færre enkle, manuelle prosesser reduserer behovet for ansatte. Samtidig vil de komplekse oppgavene som gjenstår kreve helsefaglig, juridisk, økonomisk og administrativ kompetanse. I tillegg vil investeringen i IKT øke behovet for kompetanse på utvikling og drift av digitale løsninger. For å kunne svare på eksisterende og nye samfunnsoppgaver må Helfo derfor ha en kontorstruktur med færre og større fagmiljø.

I perioden 2018–2022 gjennomføres det IKT-investeringer på Helfos tjenesteområder for om lag 150 mill. kroner. Gjennom investeringer i IKT og ny kontorstruktur vil antall ansatte bli redusert med nærmere 90 personer over fem år. Ved å satse på de største kontorene begrenser man antall personer som blir direkte berørt av ny kontorstruktur, samtidig som man bygger videre på de største kompetansemiljøene.

### Årsverk

Helsedirektoratet inkl. Pasient- og brukerombudene hadde 637 årsverk i 2019, mot 641 årsverk i 2018. Helfo hadde 493 årsverk i 2019, mot 503 årsverk i 2018.

### Post 01 Driftsutgifter

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

- Det foreslås 90,6 mill. kroner i økt bevilgning til beredskapskostnader til koronapandemien. Det er lagt til grunn behov for beredskapskostnader første halvår 2021. Beløpet omfatter bl.a. økt overtid, innleid bemanning, økte utgifter til større lokaler, og sikring av eksisterende datasystemer. Videre omfatter beløpet utvikling av Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister med sikte på bl.a. hyppigere oppdatering av data knyttet til aktivitet i tjenestene og smitteovervåking. I tillegg er det avsatt midler til utvikling av etatens beredskapsregister knyttet til krisehåndtering. Budsjettforslaget omfatter ressurser til informasjonstiltak og kampanjer rettet mot befolkningen og tjenestene på vegne av helsemyndighetene.
- Stortinget har vedtatt endringer i bioteknologiloven, og det skal etableres et register for registrering av eggdonors identitet. Det foreslås å øke bevilgningen til Helsedirektoratet med 2 mill. kroner til etablering og forvaltning av registeret.
- Det foreslås å flytte 6 mill. kroner fra kap. 761, post 21 i forbindelse med at faste oppgaver og utgifter til vedlikehold og støtte til det pseudonyme IPLOS-registeret utføres av Helsedirektoratet. Registeret implementeres som en del av det kommunale pasient- og brukerregister.
- Det foreslås å flytte 6,6 mill. kroner fra kap. 714, post 21 som følge av at varige driftsoppgaver innenfor områdene psykisk helse, livskvalitet, smittevern og miljø og helse har vært finansiert på fagkapittel. Dette gjelder også driftsmidler til tiltakene e-læringsprogram for fallforebygging og møteplass for folkehelse.
- Det foreslås å flytte 19,8 mill. kroner til kap. 740, post 21. I statsbudsjettet for 2020 ble det overført 19,8 mill. kroner fra Helsedirektoratet til Norsk Helsenett i forbindelse med at ansvaret for å forvalte digitale tjenester som Helsedirektoratet leverer på helsenorge.no ble tillagt Norsk Helsenett. Beløpet ble trukket fra feil budsjettpost. Dette må korrigeres i budsjettet for 2021.
- Det foreslås å flytte 0,14 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ, kap. 1605, post 01) til styrking av Statens innkjøpssenter.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

- Bevilgningen foreslås redusert med 3 mill. kroner knyttet til lavere administrasjonsutgifter for tilskuddsordning for historiske pensjonskostnader. Se omtale under kap. 737, post 70 for beskrivelse av ordningen.

- Bevilgningen foreslås økt med 19,8 mill. kroner. Det vises til omtale under kap. 740, post 01.
- Bevilgningen foreslås redusert med 5 mill. kroner som følge av ferdigstillelse av arbeidet med å slå sammen tak 1 og 2.

### **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. allmennlegetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen, spesialisthelsetjenester og fysioterapi føres på posten. Helfo sender krav om dekning av utgiftene til hhv. kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene, og disse inntektsføres på kap. 3740, post 03.

Det ble utbetalt refusjoner for 71,9 mill. kroner på posten i 2019. I tillegg ble det utbetalt 17,2 mill. kroner i 2019 over folketrygdens kap. 2756, post 70, for utgifter til behandling i utlandet for bl.a. kiropraktor, tannbehandling og blåreseptordningen. Samlet for de to postene var det sykehusbehandling, fysioterapi og tannbehandling som dominerte i 2019.

I 2019 ble det innvilget vel 1 600 refusjonskrav innen sykehusbehandling for til sammen 51,0 mill. kroner. Dette er en økning i utbetalinger fra 2018. 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. Det ble utbetalt 43,6 mill. kroner til forsikringselskap i ordningen i 2019. 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 2020 og 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 faktura for legemidlene til helseforetak. Nav vil belaste posten ved løpende utgiftsføring av utbetalinger til apotek. Helfo vil kreve refusjon fra helseforetakene og inntektsføre på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid. Som følge av at utbetalinger og innbetalinger ikke vil skje samtidig, vil det for posten kunne komme fram en regnskapsmessig saldo forskjellig fra null ved periodeavslutning.

### **Post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg**

Det vises til omtale av fritt behandlingsvalg under kap. 732 Regionale helseforetak. Fritt behandlingsvalg innebærer at private aktører som tilfredsstiller kravene, kan levere nærmere definerede helsetjenester til en fastsatt pris. Utgiftene til helsetjenester i fritt behandlingsvalg skal dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene. Forvaltningen av ordningen innebærer bl.a. at Helfo i samarbeid med Nav skal betale til de private aktørene. Det er derfor nødvendig med et påfølgende oppgjør mellom Helfo og de regionale helseforetakene. Nav belaster posten ved løpende utgiftsføring av utbetalinger til private aktører. 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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
02	Diverse inntekter	49 351	20 107	20 646
03	Helsetjenester i annet EØS-land	75 459	65 282	67 035
04	Gebyrinntekter	40 731	47 390	49 862
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	78 350	78 653	40 024
06	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	88 404	84 529	87 234
	Sum kap. 3740	332 295	295 961	264 801

**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. Bevilgningen på posten foreslås økt til 67,0 mill. kroner.

**Post 04 Gebyrinntekter**

3 mill. kroner av inntektene er knyttet til Helsedirektoratets drift av tobakkssalgsregisteret og tilsyn med grossister og utsalgssteder for tobakksvare, jf. kap. 740, post 01. Videre er 2,4 mill. kroner av inntektene knyttet til utgifter til den nye bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakksvare, jf. kap. 740, post 01. 6,4 mill. kroner av inntektene er knyttet til gjennomføringen av EUs nye tobakksdirektiv, jf. 4,2 mill. kroner over kap. 740, post 01 og 2,2 mill. kroner over kap. 745, post 01.

Helsedirektoratet har ansvar for å godkjenne enkeltsøknader om spesialistgodkjenning. Ordningen er gebyrbelagt og omfatter spesialistgodkjenning av leger, optikere og tannleger. Det fastsettes også gebyrer for resertifisering av allmennleger. Posten omfatter også inntekter til behandling av søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell.

**Post 05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.**

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

**Post 06 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger**

Gjesteinnbyggeroppjøret er et nullsum-oppgjør, fordi det for hver avgivende kommune skal være en mottakende kommune. I 2019 ble det regnskapsført 88,4 mill. kroner.

Det vises til omtale under kap. 740, post 60.

**Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	220 132	218 255	221 349
70	Advokatutgifter	38 853	47 285	48 798
71	Særskilte tilskudd	60 780	20 634	21 294
	Sum kap. 0741	319 765	286 174	291 441

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 2 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. Vilklårene som må være oppfylt for å få erstatning er nedfelt i pasientskadeloven. Ett av vilklårene er at det foreligger et ansvarsgrunnlag og lovens utgangspunkt er at skaden må skyldes svikt i ytelsen av helsehjelp. Det er ikke et vilkår for erstatningsansvar at den som har voldt skaden har opptrådt uaktsomt eller forsettlig, slik det er etter alminnelig erstatningsrett. Saksbehandlingen er gratis for pasienten. NPE skal innhente alle relevante opplysninger og sørge for at saken blir tilstrekkelig utredet, og har innenfor sitt saksområde en alminnelig veiledningsplikt. Utgangspunktet er at pasienten ikke skal trenge advokat for å søke erstatning. Dersom lovens vilkår for å få erstatning er oppfylt, skal NPE fastsette erstatningen etter alminnelige erstatningsrettslige regler. Erstatningsutmålingen er individuell, og skal først og fremst dekke tap eller utgifter man har fått som følge av skaden. Hvis skaden er varig og betydelig, kan man i tillegg ha rett til menerstatning.

**Myndighet**

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er et ordinært forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE sin myndighet følger av pasientskadeloven med forskrifter. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatssty-

ringsmøter. Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke instruere NPE om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelser av enkeltsaker. NPE forvalter finansieringssystemene innenfor pasientskadeordningen. Det er fastsatt egne instruksjoner for fondene for hhv offentlig helsetjeneste og privat helsetjeneste.

**Rapport 2019**

Totalt ble det utbetalt 1 074 mill. kroner i erstatning i 2019. Det er 60 mill. kroner mer enn i 2018. I overkant av 5 pst. av erstatningsbeløpet er knyttet til privat helsetjeneste. I gjennomsnitt ble det utbetalt 739 000 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 261 dager i 2019. Det er en reduksjon på 27 dager sammenliknet med 2018. For saker som ble ferdig beregnet i 2019 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra medhold til avsluttet erstatningsberegning 334 dager. Det er en reduksjon på 59 dager sammenliknet med 2018. NPE har et kontinuerlig fokus på å redusere saksbehandlingstiden, og arbeidet med dette fortsetter i 2020 og 2021.

Det er også en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Avviklingen i 2019 økte med drøyt 8 pst. fra 2018. Viktige elementer for å øke saksavviklingen er kompetansebygging og kontinuerlig arbeid med endringer i arbeidsmetodikken.

**Fagutvikling**

NPE har i 2019 jobbet med å følge opp strategien for virksomheten, der den strategiske hovedmålsettingen for årene 2019 – 2023 er at etaten skal redusere saksbehandlingstiden ved å forenkle måten den 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

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, ble lansert i 2019. Dette 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 2020 og 2021.

#### Årsverk

NPE hadde 146,6 årsverk i 2019, mot om lag 144 årsverk i 2018.

#### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Bevilgningen foreslås styrket med 2 mill. kroner til økt saksbehandlingsskapasitet, herunder dekning av økte utgifter til medisinsk sakkyndige.

### Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
02	Diverse inntekter	10 872	6 779	6 961
50	Premie fra private	34 764	17 713	17 624
	Sum kap. 3741	45 636	24 492	24 585

#### Post 02 Diverse inntekter

Inntektene på posten er relatert til en oppgjørssordning mellom Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Norsk pasientskadeerstatning har bl.a. 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 pasientskadeerstatning skal behandle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og eventuelle skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordningen.

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 pasientskade-

erstatning 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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	149 041	149 132	161 162
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	15 837	15 755	15 779
	Sum kap. 0742	164 878	164 887	176 941

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 12 mill. kroner i økt bevilgning til økt saksbehandlingskapasitet

### Samfunnsoppdrag

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) er sekretariat for fire uavhengige nemnder:

- Pasientskadenemnda
- Statens helsepersonellnemnd
- Klagenemnda for behandling i utlandet
- Apotekklagenemnda

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda ble avviklet fra 1. juli 2020 som følge av Stortingsvedtak.

Helseklage behandler også klagesaker fra Helfo, Helseinspektoratet, Fylkesmannen, de regionale helseforetakene, Oslo universitetssykehus og Luftfartstilsynet.

Helseklage skal sikre at pasienters rettigheter blir ivaretatt innenfor etatens myndighetsområde. Gjennom ansvarsområdet til helsepersonellnemndas skal etaten bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillitt til helsepersonell og helsetjenesten. Samtidig skal helsepersonellens rettssikkerhet ivaretas. Rask og god saksavvikling skal ha høyeste prioritet i Helseklage. Saksbehandling skal tilpasses de økonomiske rammer.

Omstillings- og flytteprosessen, som begynte i 2016, ble sluttført i 2019. Helseklage har vært på plass i permanente lokaler i Bergen siden 2018.

### Roller

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten utfører forvaltningsoppgaver.

### Myndighet

Helseklage er et ordinært forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatsstyrimøter.

### Generelt om saksbehandlingen i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Klager knyttet til pasientskadeerstatning, helsepersonell og behandling i utlandet behandles i all hovedsak i nemnd. Pasientskadesaker som ikke byr på vesentlig tvil, behandles av Helseklage som sekretariat etter delegasjon fra Pasientskadenemnda. Det foreligger ikke delegasjonsfullmakt fra de øvrige nemndene. Klagesakene fra Helfo, Helseinspektoratet og andre førsteinstanser behandles av Helseklage som klageorgan uten nemndbehandling.

Helseklage har bygget opp et robust og kompetent saksbehandlermiljø i Bergen, med bred kompetanse på erstatningsrett, helserett, og forvaltningsrett. Helseklage arbeider kontinuerlig for å redusere saksbehandlingstiden ved å sikre rask og god saksavvikling, samtidig som høy kvalitet opprettholdes. Innen pasientskadesaker og klagesaker fra Helfo er saksbehandlingstiden lengre enn ønskelig.

Saksavviklingen i Helseklage under koronapandemien har i hovedsak vært god i første del av 2020. Nemndmøtene har siden 16. mars 2020 blitt gjennomført som videomøter, som har fungert tilfredsstillende. Helseklage fikk delegert myndighet til å avgjøre klager på vedtak etter covid-19-forskriften om utreiseforbud for helsepersonell. Helseklage mottok ni klagesaker før forskriften ble opphevet. De ble behandlet raskt og fortløpende.

#### Pasientskadenemnda

I 2019 økte antall mottatte saker fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) til Helseklage. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for avviklede klagesaker var 21 måneder ved utgangen av 2019, mens forventet saksbehandlingstid for nye saker var 20 måneder. I første tertial i 2020 økte saksavviklingen med 14 pst. og lå litt over inngangen i samme periode. Antall klagesaker over to år har økt med i overkant av 100 saker. Restansesituasjonen på pasientskadeområdet er alvorlig. Det krever vedvarende økt saksavvikling å få saksbehandlingstiden ned til ønskelig nivå. I 2019 hadde etaten rekordhøy saksavvikling.

#### Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

I 2019 mottok Helseklage 255 klagesaker som skulle behandles av Statens helsepersonellnemnd, noe som er nært gjennomsnittet for de siste årene. I alt ble 406 saker avviklet, og restansene ble kraftig redusert. Det har ført til at det er behov for færre nemndmøter i 2020 enn i 2019. Etaten forventer å nå målet om åtte måneders saksbehandlingstid i 2020. Apotekklagenemnda mottok ingen saker i 2019.

#### Klagenemnda for behandling i utlandet

Både saksinngangen og saksavviklingen var i 2019 i overkant av 20 saker. Saksbehandlingstidsmålet på tre/fem måneder vil nås i 2020, som i 2019.

#### Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

Helseklage registrerte en dobling av antall mottatte søknader om preimplantasjonsdiagnostikk fra 2016 til 2018, en økning fra 34 til 68 saker. I 2019 ble det mottatt og behandlet om lag 60 saker. Det var i praksis ingen restanse hos Preimplantasjonsdiagnostikknemnda. Sakene ble behandlet fortløpende, og målet om at sakene skulle behandles innen fem måneder, ble nådd i 2020, som i 2019.

#### Klagesaker fra Helfo

Helseklage mottok om lag 1 300 klagesaker fra Helfo i 2019, som er en liten nedgang fra 2018. Antall behandlede saker økte markant i 2019, og restansene ble noe redusert. Hittil i 2020 er saksavviklingen på nivå med i 2019. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for de avsluttede sakene i 2019 var 15 måneder.

#### Andre klagesaker

Helseklage behandler klager på en rekke andre sakstyper fra flere førsteinstanser. Klagesaker som gjelder førerkortforskriftens helsekrav og klagesaker for behandlingsreiser til utlandet er de største saksområdene, mens de andre sakstypene har et begrenset omfang. I 2019 mottok Helseklage 107 førerkortsaker av totalt 139 «Andre klagesaker». Dette er på nivå med året før. 207 saker ble behandlet, hvorav 167 var førerkortsaker. Målet om seks måneders behandlingstid vil bli nådd.

#### Årsverk

Helseklage hadde om lag 109 årsverk i 2019, mot om lag 126 årsverk i 2018. Nedgangen skyldes bl.a. avviklingen av Oslo-kontoret.

#### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Bevilgningen foreslås styrket med 12 mill. kroner for å bygge ned antall restanser og redusere saksbehandlingstidene innenfor pasientskadeområdet.

Det foreslås flyttet 0,2 mill. kroner fra Samferdselsdepartementet i forbindelse med Helseklages ansvar for å behandle klagesaker fra Luftfartstilsynet knyttet til helse spørsmål for flygere.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Bevilgningen dekker utgifter til drift og forvaltning av IKT-tjenester i samarbeid med Norsk pasi-

entskadeerstatning, kjøp av konsulenttjenester og prosjekt for å øke saksavviklingen.

**Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
50	Premie fra private	5 150	2 406	2 394
	Sum kap. 3742	5 150	2 406	2 394

**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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	238 860	177 280	178 643
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	171 285	148 913	151 115
	Sum kap. 0744	410 145	326 193	329 758

Vesentlige endringsforslag, utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering foreslås det å flytte 5 mill. kroner fra kap. 701, post 70, knyttet til myndighetsoppgaver i arbeidet med informasjonssikkerhet og grunn-data.

Bevilgningen foreslås redusert i henhold til plan med 3 mill. kroner knyttet til bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk.

For å styrke det organisatoriske grunnlaget for å realisere målene for Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal etablerte Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 Direktoratet for e-helse.

OECD peker i rapporten Helse i det 21. århundre på at helse- og omsorgssektoren ligger 10–15 år bak andre ledende sektorer når det gjelder å utnytte potensialet i digitalisering. Rapporten peker på utfordringer departementet også ser i Norge. Leverandørene må forholde seg til mange

små aktører som hver for seg bestiller løsninger. Dette bidrar til et fragmentert IKT-landskap hvor informasjon om pasienten er lagret i mange ulike systemer hos mange ulike aktører. Helsepersonell og pasienter har ikke oversikt over viktige helseopplysninger. Dette går ut over pasientsikkerheten. OECD trekker fram strukturer som ble etablert i den «før-digitale tiden», som forklaring på at digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren går sakte. Lov, organisering, finansierings- og styringsmodeller er ikke tilpasset en digital virkelighet.

En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste forutsetter økt nasjonal koordinering, styring av e-helseutviklingen og felles innsats om nasjonale digitaliseringstiltak. Det er behov for nasjonal samordning for å sikre en e-helseutvikling som understøtter hele pasientforløpet i alle ledd av tjenesten. Alle som deltar i behandling og oppfølging av pasientene skal ha tilgang til nødvendig helseinformasjon. Helhetlige systemer gir

bedre kommunikasjon om pasientene, bedre mulighet til å forebygge og oppdage sykdom, og mer effektiv helsehjelp.

Helse- og omsorgsdepartementet har i Prop. 65 L (2019–2020) Lov om e-helse (e-helseloven) foreslått å regulere Direktoratet for e-helses rolle i det nasjonale digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal legge til rette for en samordnet og helhetlig e-helseutvikling det innebærer å sørge for en nasjonal konsensusbasert styringsmodell og en nasjonal oversikt over relevante e-helsetiltak (nasjonal e-helseportefølge). Se også omtale av lovforslaget under kapittel 701 E-helse, helseregistre mv.

#### 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 for-  
tolkningsansvar 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 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 innbefatter 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

Antall årsverk i direktoratet ble redusert ved overgang til 2020 grunnet ny organisering av e-helseområdet. Direktoratet for e-helse hadde 142,8 årsverk i januar 2020 mot 350,5 årsverk i desember 2019.

I 2019 utgjorde andelen konsulenter 31 pst., tilsvarende 157 årsverk. I perioden 2016–2019 har andelen innleide timeførende konsulenter utgjort fra om lag 20 til 30 pst.

#### Post 01 Driftsutgifter

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

#### Nasjonal koordinering og samordning på e-helseområdet

I 2019 har direktoratet videreutviklet den nasjonale styringsmodellen for e-helse med endringer i organisering av de nasjonale utvalgene og sterkere vekt på arkitekturstyring. For å tydeliggjøre direktoratets rolle som nasjonal myndighet på e-helseområdet ble oppgavene knyttet til de nasjonale e-helseløsningene overført fra direktoratet til Norsk Helsenet SF fra 1. januar 2020.

Direktoratet for e-helse skal som nasjonal myndighet ivareta helheten på e-helseområdet. Arbeidet med Én innbygger – én journal krever langsiktige investeringer. Parallelt må direktoratet bidra til at det gjennomføres tiltak som gir gevinster underveis. Det nasjonale e-helsearbeidet er nå i en fase der det er nødvendig å synliggjøre avhengigheter og forutsetninger mellom eksis-

terende og fremtidige journal- og samhandlingsløsninger. Direktoratet arbeider med å utarbeide et helhetlig veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i sektoren. Dette skal gi økt forutsigbarhet for aktørene i sektoren.

Direktoratet deltar på ulike arenaer og i flere samarbeidsprosjekter i regi av internasjonale organisasjoner som Nordisk Ministerråd, EU og WHO. Formålet er å følge med på og ivareta norske interesser i den internasjonale e-helseutviklingen. 2021 tar Norge over sekretariatsfunksjonen for Nordisk Ministerråds e-helsegruppe. Et viktig innsatsområde for denne gruppen er teknisk og semantisk standardisering på tvers av de nordiske landene. Videre vil Norge delta 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 IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten er et verktøy for å begrense uønsket variasjon og sikre enhetlig elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Departementet hadde høsten 2019 på høring forslag til endringer i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten for å styrke innføringen av felles standarder. Departementet arbeider med sikte på at forskriftsendringene kan vedtas i løpet av høsten, og at de ulike bestemmelsene kan tre i kraft til ulik tid. 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. Deling av dokumenter og data skal understøtte helhetlige og koordinerte pasientforløp. Et første steg er deling av journaldokumenter i kjernejournal. Dette skal etter planen prøves ut høsten 2020. I 2019 utarbeidet Direktoratet for e-helse grunnleggende nasjonale krav til arkitektur og standarder, og veiledere og retningslinjer for deling av data og dokumenter. Bruk av internasjonale standarder er et mål. 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.

Personvern og informasjonssikkerhet er en forutsetning for digitalisering. Direktoratet for e-helse utarbeidet i 2019 en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse innen IKT for helse- og omsorgssektoren og vil vurdere innretning på en mulig strategi for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren for å løfte sikkerhetsnivået i sektoren på kort og mellomlang sikt.

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (Normen) er en bransjenorm som er utarbeidet og forvaltes av organisasjoner og virksomheter i sektoren. Normen skal bidra til tilfredsstillende informasjonssikkerhet og godt personvern hos den enkelte virksomhet og i sektoren generelt. En ny versjon av Normen ble vedtatt i februar 2020 og det pågår oppdatering og revisjon av veiledningsmaterialet knyttet til Normen.

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra kap. 701, post 70, knyttet til myndighetsoppgaver i arbeidet med informasjonssikkerhet og grunndata.

Bevilgningen foreslås redusert i hendhold til plan med 3 mill. kroner knyttet til bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk.

#### Bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk

Arbeidet med standardisert språk foreslås videreført med en bevilgning på 81 mill. kroner. Inkludert bidrag fra aktørene i sektoren utgjør den totale satsingen 98 mill. kroner i 2021.

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. Dette bidrar til bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Direktoratet for e-helse leder arbeidet med å etablere et felles og enhetlig 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 2019 ble den første norske versjonen av nasjonal terminologi etablert. Innholdet videreutvikles kontinuerlig. Videre er standardisert språk prøvd ut i journalsystemer på tannhelseområdet. Utprøvingen viser at standardisert språk gir stor

verdi i sekundærbruk av data, eksempelvis for analyseformål. Programmet samarbeider tett med Helseplattformen i Midt-Norge som vil være først ut med å ta i bruk et felles og enhetlig språk i større omfang. Standardisert språk vil på sikt innføres i øvrige virksomheters journalsystemer og de nasjonale e-helseløsningene.

## Kap. 745 Folkehelseinstituttet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	1 111 198	1 065 075	1 259 971
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	198 741	145 287	150 387
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	14 712	12 789	13 147
Sum kap. 0745		1 324 651	1 223 151	1 423 505

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

- 94,1 mil. kroner i økt midlertidig bevilgning til beredskapskostnader til koronapandemien
- 30 mill. kroner knyttet til drift og distribusjon ved massevaksinasjon av vaksine mot covid-19
- 46 mill. kroner knyttet til utvidelse av Nasjonalt smittesporingsteam
- 14 mill. kroner knyttet til nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19
- 6,2 mill. kroner knyttet til legemiddelregister

### 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 kunnskaps-

basert praksis og offentlig debatt. Folkehelseinstituttet er faglig uavhengig.

### Roller

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i den nasjonale og internasjonale helseberedskapen, jf. helseberedskapsloven, smittevernloven og lov om folkehelsearbeid. Beredskapsarbeidet skjer i tett samarbeid med nasjonale og internasjonale myndigheter og fagmiljø. Samarbeidet med Helsedirektoratet er tett og bygger på en rolledeling med utgangspunkt i ansvarsprinsippet og samvirkeprinsippet. I definerte kriser koordinerer Helsedirektoratet håndteringen, mens Folkehelseinstituttet overvåker helsetilstanden og yter 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. Oppføl-

ging 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 vaksiner.

Folkehelseinstituttet produserer selv kunnskap gjennom forskning, utredninger og statistikk, men har også en rolle som forvalter av helsedata som nasjonal infrastruktur for andres kunnskapsproduksjon.

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 overvåkningen 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 folkehelseiltak, helse- og helsetjenesteanalyser, og samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenestene om psykisk helse, rus og vold og om smittevern og miljømedisin. Instituttet er også pådriver i arbeidet for bedre tilgang til helsedata og biobanker, persontilpasset medisin, innovasjon og utviklingen av et kunnskapssystem for bedre folkehelse i tråd med HelseOmsorg21-strategien.

#### Kommunikasjon

Folkehelseinstituttet skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Folkehelseinstituttet skal formidle kunnskap og 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 901 årsverk ved utgangen av 2019, mot 866 årsverk ved utgangen av 2018. I underkant av 20 pst. av årsverkene i 2019 var knyttet til eksternt finansierte oppdrag.

#### Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte:

- 5 mill. kroner fra kap. 745, post 21 knyttet til nettoføringsordningen



- 0,1 mill. kroner til kap. 1605, post 01 knyttet til styrking av Statens innkjøpscenter
- 0,4 mill. kroner til kap. 1605, post 01 knyttet avtale om tilgang til tilleggstjenester innen lønnsområdet.

#### Bevilgningen foreslås økt med

- 94,1 mill. kroner i økt bevilgning til beredskapskostnader til koronapandemien herunder til lønn, drift, infrastruktur, overvåking, prevalensstudier mv. Det er lagt til grunn behov for beredskapskostnader første halvår 2021.
- 46 mill. kroner knyttet til utvidelse av Nasjonalt smittesporingsteam som skal bistå kommunene i å håndtere lokale utbrudd av covid-19, sikre samordning av utbrudd som involverer flere kommuner og drive smittesporing knyttet til offentlig transport som ikke er knyttet til enkeltkommuner.
- 30 mill. kroner knyttet til drift og distribusjon ved massevaksinasjon av vaksine mot covid-19.
- 14 mill. kroner knyttet til nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19. Programmet skal dekke akutte kunnskapsbehov i forbindelse med koronaepidemien. Programmet skal sikre pålitelig kunnskap for rådgiving, pasientbehandling og sentrale beslutninger i håndteringen av covid-19-epidemien i Norge.

#### God kunnskap

Befolkningen og myndighetene trenger kunnskap om folkehelse og helsetjenester for å kunne ta gode avgjørelser. Folkehelseinstituttet står for overvåking og analyser av helsetilstanden i befolkningen og forhold som påvirker den, og produserer kunnskap som bidrar til bedre helse- og omsorgstjenester.

Folkehelseinstituttet skal bidra med 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 understøtte 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 2019 578 vitenskapelige artikler, og andelen artikler i nivå 2-tidsskrifter var på 27 pst. Det ble avlagt 15 doktorgrader ved instituttet i 2019. 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 2019 ble det etablert et 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. De neste fire årene vil det bli gjort tilgjengelig felles statistikk for kommunene, kalt oppvekstprofiler.

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 2021 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. I 2020 ble undersøkelsen utvidet til Trondheim, der innsamlingen pågikk frem til august 2020. Resultater fra undersøkelsen om utbredelsen av psykiske lidelser vil foreligge i 2021.

Folkehelseinstituttet leverte i 2019 en kunnskapsoppsummering om selvmordsforebyggende tiltak. Dette ble fulgt opp i 2020 med ytterligere to kunnskapsoppsummeringer, om henholdsvis menn og eldre. Oppsummeringene er viktige bidrag til arbeidet med en handlingsplan for forebygging av selvmord.

Fra 2020 er instituttet tillagt et samordningsansvar innen kunnskap om psykisk helse med hovedvekt på forebygging og folkehelse, her-

under etablere en gruppe med relevante fagmiljøer.

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. En viktig prioritering fremover er å vise 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 kunnskapsoppsummeringer lettere tilgjengelige og mer forståelige, samt øker befolkningens evne til kritisk vurdering av helsepåstander.

Folkehelseinstituttet leverte i 2020 rapport fra midtveiseevaluering av Handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021), gjennomført ved en eksternt ekspertgruppe. Som oppfølging av evalueringen skal Folkehelseinstituttet bidra til å sikre bedre tilgang på kostholdsdata. I 2020 ble resultatene fra en landsrepresentativ undersøkelse av kostholdet til barn på 6 og 12 måneder, Spedkost 3, presentert gjennom to rapporter.

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 skal Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet bidra til ny NCD-strategi som skal legges fram i 2021 og delta i oppfølgingen av denne.

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. Forskningen dreier seg overordnet om hvordan endringer i fruktbarhet og familiestruktur påvirker helse gjennom biologiske og sosiale mekanismer. Senteret leverte i

2020 en rapport til Barn- og familiedepartementet (BFD) om fallende fruktbarhet i Norge.

Antallet kjemiske stoffer som produseres og som befolkningen utsettes for øker sterkt og er en av de store folkehelseustruslene i dag og for fremtidige generasjoner. Folkehelseinstituttet arbeider for å identifisere, karakterisere og begrense helse-skadelige effekter av stoffer fra miljøet i forhold til ikke-smittsomme sykdommer. Instituttet utarbeider kunnskapsgrunnlag og risikovurderinger av kjemiske stoffer i miljøet for bruk i regulering, grenseverdisetting og tiltak gjennom nasjonale (bl.a. HOD, MDir, MT) og internasjonale fora, som bl.a. det europeiske mattrygghetsorganet EFSA og WHO, for å forebygge helseeffekter av kjemikalier generelt og luftforurensning fra ulike kilder. For å kunne bidra med ny kunnskap og evaluere eksisterende kunnskap deltar Folkehelseinstituttet i europeiske konsortier for forskning og overvåkning av human kjemikalieeksponering og senter for fremragende forskning CERAD hvor det undersøkes hvordan lave doser og blandinger av stoffer i miljøet påvirker helsen til befolkningen.

Enhet for migrasjonshelse ved instituttet arbeider med å se nærmere på migrasjonsvariabler i ulike registerdata. Folkehelseinstituttet vil fullføre en veiviser om helseinformasjonsarbeid og pasientopplæring for innvandrerbefolkningen.

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 skal gjennomføre en kunnskapsoppsummering/kartlegging om tilbudet innen lindrende behandling og omsorg i sykehjem og i eget hjem.

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. Folkehelse-

seinstitutttet følger utviklingen i de nasjonale NCD-målene og har bl.a. levert innspill til den kommende 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 tobakksdirektiv 2014/40/EU. Kostnadene for 2021 er estimert til 2,2 mill. kroner og vil dekkes inn gjennom gebyrinntekter fra tobakksindustrien, jf. kap. 3740, post 04. Systemene er under utarbeidelse, og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2021.

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. 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. Slik har forskningen blitt mer tilgjengelig både for beslutningstagere og for forskere som kan bygge videre på kunnskapen som allerede eksisterer.

Folkehelseinstituttet utarbeider kunnskapsoppsummeringer for å understøtte myndigheter, helsepersonell og andre i deres arbeid med covid-19. Flere av disse har blitt ferdigstilt på mindre enn 2-3 døgn fra bestilling. Oppsummeringene har blitt mye brukt, inkludert i den offentlige debatten.

Sammen med Helsedirektoratet og Intensiv- og pandemiregisteret har Folkehelseinstituttet etablert et registerbasert system for daglig oppdatert informasjon om innleggelser i og utskrivninger fra sykehus, både for covid-19 pasienter og andre. Informasjonen gjør det mulig daglig å overvåke og analysere sentrale forhold for håndteringen av epidemien, herunder å følge pasientene fra symptomdebut, via sykehuskontakt og innleggelse, til utskrivning og reinnleggelser eller død. Videre gir

beredskapsregisteret viktig informasjon om kjennetegn ved pasientene som kjønn, alder, smitte-land, fødeland, diagnoser og tidligere helsetjenestebruk. 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.

Folkehelseinstituttet har ved Enhet for migrasjonshelse utarbeidet informasjonsark på 42 språk og videoer på 16 språk. Spredning av oversatt materiell ble gjort gjennom sosiale medier, ulike nettverk for migrasjonshelse og gjennom innvandrersorganisasjoner fra 13. mars 2020. Enhet for migrasjonshelse har også bidratt i en arbeidsgruppe sammen med bl.a. Helsedirektoratet og IMDi for å koordinere informasjonsarbeidet overfor innvandrere.

#### 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 det nyopprettede 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. 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. 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, 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 saniteringsområdet videreføres i 2021.

Folkehelseinstituttet skal videreutvikle kapasiteten knyttet til miljø- og kjemikaliehendelser som kan skade mennesker. Døgnåpen varslingsordning for mottak og håndtering av varsler om hendelser iht. varslingsplikt for kommuner i forskrift om miljørettet helsevern er etablert ved instituttet. Folkehelseinstituttet bistår hvert år lokale helsemyndigheter og Mattilsynet ved en rekke utbrudd av smittsomme sykdommer. Folkehel-

seinstituttet gir råd og bistand for håndteringen og har også en feltepidemiologisk gruppe som rykker ut i snitt to til tre ganger i året for lokal bistand. Eksempelvis bistod Folkehelseinstituttet Askøy kommune under drikkevannshendelsen i 2019.

Folkehelseinstituttet laget i 2018 rapporten *Situasjonsbeskrivelse av smittevernet i Norge*. Dette dokumentet har dannet grunnlaget for departementets arbeid med *Handlingsplan for et bedre smittevern*. Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i implementeringen av denne handlingsplanen. Covid-19 har vist viktigheten av tiltak i denne planen og av å sikre et godt smittevern i alle deler av helsetjenesten. I forbindelse med Nasjonal strategi mot hepatitter (2018–2023) skal Folkehelseinstituttet styrke kunnskapen om forekomsten av hepatitt B og C i befolkningen generelt og spesielt blant personer som injiserer narkotiske stoff med sprøyte, og vurdere effekten av igangsatte tiltak.

Folkehelseinstituttet deltar i Joint Action for Vaccination (EU JAV) som startet i 2018 og avsluttes i 2021. EU JAV har som mål å styrke det europeiske samarbeidet på vaksinasjonsfeltet, bl.a. med å utvikle verktøy for å bedre vaksinasjonsdekningen i EU, utrede behov og mulighet for et felles beredskapslager for vaksiner i EU, bidra til prioriteringer knyttet til vaksineforskning i EU og kartlegge mekanismer for finansiering av forskningen, og belyse utfordringer i EU knyttet til holdninger til vaksinasjon.

Folkehelseinstituttet har videreført arbeidet med omlegging og modernisering av laboratorievirksomheten i 2019. Overgangen til ny teknologi muliggjør effektivisering av prosesser og gir nye muligheter innen smittevernsarbeidet. Bl.a. gir teknologien mer detaljert utbruddsetterretning og bedre muligheter for modellering av utfall av ulike folkehelseiltak. Mer detaljert informasjon om endringene er tilgjengelig bl.a. på Folkehelseinstituttets nettsider [www.fhi.no](http://www.fhi.no).

#### 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, utleve-

ring av data fra nasjonale helseregistre og helseundersøkelser, datainnsamling, biobanktjenester, bibliotekstjenester, herunder Helsebiblioteket, og nettbaserte tjenester som «Mine vaksiner». Instituttet legger til rette for bruk av digitale tjenester som skal bygge på tilgjengelige nasjonale felleskomponenter. 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 tilgangsforsvarer (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 2021. Folkehelseinstituttet bruker fellesløsninger for personverntjenester og innbyggertjenester for relevante helseregistre. Folkehelseinstituttet bidrar også med arbeid knyttet til selvrapporteringsløsningen på helsenorge.no i forbindelse med covid-19-epidemien, og vil ved behov fortsette dette arbeidet i 2021. Videre bidrar Folkehelseinstituttet til harmonisering og interoperabilitet mellom helseregistrene og helseundersøkelsene, slik at data i større grad skal kunne analyseres på en effektiv måte på tvers av datakilder. Se også omtale av Helsedataprogrammet under kap. 701 E-helse, helseregistre mv.

Folkehelseinstituttet følger opp arbeidet med helseundersøkelser, med særlig fokus på folkehelse i kommunene (fylkeshelseundersøkelser). Innsamling av nye data baseres i all hovedsak på web-løsninger. I 2020 har instituttet samarbeidet 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 2020 fortsatt å sikre at forvaltningen av Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) tillater størst mulig gjenbruk av data, inkludert genetiske data. Det arbeides videre med nødvendige tilpasninger i forbindelse med at barna i MoBa-undersøkelsen blir voksne, og dette arbeidet vil trolig fortsette inn i 2021.

Som ledd i arbeidet med covid-19 har det også i 2020 blitt igangsatt et arbeid for å samle inn nye helsedata og biologisk materiale fra hele eller deler av kohorten, et arbeid som vil fortsette i 2021.

Folkehelseinstituttet har i 2020 arbeidet med å utvikle Smittestopp, en applikasjon som brukes i forbindelse med smittesporing. Folkehelseinstituttet utreder i 2020 videre plan for arbeidet med Smittestopp, herunder spørsmål fra Stortinget i anmodningsvedtak nr. 711, 16. juni 2020, og vil basert på det videreutvikle og drifte applikasjonen videre i 2021.

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. Arbeidet fortsetter i 2021, og det er besluttet at alle covid-19-dødsfall skal meldes inn via eDÅR. Løsningen videreutvikles for tettere integrasjon med pasientjournalssystemene 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». Dette handler om hvordan vaksiner som helt eller delvis betales av det offentlige vurderes, anbefales og innføres. 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 metodevarslings- og metodevurdering, slik som for andre legemidler. Det er opprettet en faglig referansegruppe som skal støtte Folkehelseinstituttet i arbeidet med å identifisere behov for endringer i nasjonalt vaksinasjonsprogram. Referansegruppen består av representanter fra helsetjenesten, myndigheter og brukere, og skal gjenspeile bredden av de ulike funksjoner som berøres av vaksinasjonsspørsmål i landet.

SYSVAK har over 3000 elektroniske samhandlingspartnere som registrerer vaksiner eller gjør oppslag for å se pasienters vaksinasjonsstatus. Det er behov for en større modernisering av SYSVAK for å møte endrede behov og nye krav. Dette arbeidet må forsterkes pga. epidemien og behovet for mer spesifikk kunnskap knyttet til befolkningsgrupper.

#### 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 omsorgsde-

partementet 1. april 2018. Komiteen består av om lag 120 vitenskapelige eksperter fra en rekke fagfelt. Komiteen er avhengig av at kunnskapsinstitusjonene legger til rette for at deres ansatte kan delta i komiteens arbeid. VKM utfører uavhengige, vitenskapelige risikovurderinger, nytte- og risikovurderinger og kunnskapssynteser på mat og miljøområdet på oppdrag fra Mattilsynet og Miljødirektoratet. Sekretariatet er en egen organisatorisk enhet i Folkehelseinstituttet, er norsk kontaktpunkt for den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (EFSA), deltar i EFSA Advisory Forum og i EFSA's faglige nettverk.

### 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.

Det foreslås å:

- øke bevilgningen med 6,2 mill. kroner knyttet til legemiddelregister
- flytte 5 mill. kroner til kap. 745, post 01 knyttet til nettoføringsordningen

## Kap. 3745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
02	Diverse inntekter	262 542	189 747	194 840
	Sum kap. 3745	262 542	189 747	194 840

### 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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	320 798	308 275	322 981
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	28 558	30 805	31 632
	Sum kap. 0746	349 356	339 080	354 613

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i Del I, og generell prisjustering:

- 10 mill. kroner i økt midlertidig bevilgning til beredskapskostnader til koronapandemien
- 4 mill. kroner i økt bevilgning til styrking av arbeidet som fagmyndighet på området medisinsk utstyr
- 7,2 mill. kroner i økt bevilgning til dekning av økte pensjonsutgifter.

### Samfunnsoppdrag

Legemiddelverkets samfunnsoppdrag er å være nasjonalt forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og fagmyndighet for medisinsk utstyr. Legemiddelverket skal bidra til at de overordnede målene for legemiddelpolitikken blir oppfylt. Målene er å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, at legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive lege-

midler 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 spesiell myndighet for regulering av legemiddelmarkedet på produsent-, grossist- og detaljistnivå samt forvaltning av forhåndsgodkjent refusjon i blåreseptordningen. Legemiddelverket har fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr samt forvaltningsansvaret for produktregelverket for elektromedisinsk utstyr.

#### 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 grossistvirksomhet med legemidler, og de er tilsynsmyndighet overfor legemiddelprodusenter, grossister og apotek.

Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA), Heads of Medicines Agencies (HMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Legemiddelverket representerer Norge i europeiske fora på området medisinsk utstyr, herunder MDCG (Medical Device Coordination Group), CAMD (Competent Authority Medical Devices) og diverse arbeidsgrupper i EU-kommisjonen. Markedstilsyn, regelverksutvikling og fortolkning på området medisinsk utstyr er også Legemiddelverkets ansvar.

#### Forvaltningsoppgaver

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt og vurdering av nytte-risikoforholdet ved godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), godkjenning av produktinformasjon (preparatomtale, pakningsvedlegg og merking), fastsettelse av maksimalpris og trinnpris for reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse til mennesker, opptak på 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 legemiddelangel 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 legemiddelinformasjonsentre) og Vetlis (Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsenter).

Legemiddelverket forvalter bestemmelsene i lov og forskrift om medisinsk utstyr samt visse produktbestemmelser i forskrift om håndtering av medisinsk utstyr. Legemiddelverket fører tilsyn med at disse etterleves. Sentrale forvaltningsoppgaver er veiledning av aktørene og tilsyn med markedsaktørene og teknisk kontrollorgan. Legemiddelverket skal arbeide aktivt for at relevante aktører er kjent med EUs forordninger, og være en pådriver for å formidle viktig informasjon om sikkerhet ved medisinsk utstyr. Fra mars 2019 overtok Legemiddelverket forvaltningsansvaret for produktregelverket til elektromedisinsk utstyr. Legemiddelverket forvalter en ordning med registrering av homøopatiske legemidler, og fra 2018 har Legemiddelverket fått ansvar for å forberede og etter hvert forvalte en registreringsordning for elektroniske sigaretter.

#### Fagutvikling

Legemiddelverket skal følge med på forhold som påvirker målene for legemiddelpolitikken og gi råd og veiledning på legemiddelområdet. Legemiddelverket skal sammenstille kunnskap og erfaringer, og gjennomføre utredninger og situasjonsanalyser innenfor etatens ansvarsområder.

#### Kommunikasjon

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 kontakflate og bidra til gode helse- og omsorgstjenester.

#### Årsverk

Legemiddelverket hadde om lag 320 årsverk i 2019, mot om lag 287 årsverk i 2018. Legemiddelverket overtok ansvaret for området medisinsk utstyr fra Helsedirektoratet i 2018. Nye stillinger knyttet til saksbehandling av legemiddelmangel og saksbehandlerkapasitet på metodevurdering og medisinsk utstyr er årsaken til vekst i antall årsverk.

#### 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:

- 10 mill. kroner i økt bevilgning til beredskapskostnader knyttet til koronapandemien. Det er lagt til grunn behov for beredskapskostnader første halvår 2021.
- 4 mill. kroner i økt bevilgning til styrking av arbeidet som fagmyndighet på området medisinsk utstyr.
- 7,2 mill. kroner i økt bevilgning til dekning av økte pensjonsutgifter.

#### 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.

Innen veterinærmedisin er legemidler til fisk et spesielt viktig område siden tilgangen på effektive vaksiner og andre legemidler har stor betydning for oppdrettsnæringen.

Antall preparater med markedsføringstillatelse på det norske markedet er i løpet av de siste ti årene mer enn firedoblet. Samtidig er legemiddel-mangel en økende nasjonal og internasjonal utfordring, mye på bakgrunn av globale produksjons- og forsyningskjeder. Det skyldes derfor i stor grad forhold utenfor våre grenser og kontroll. Det kan dreie seg om stans i markedsføring eller redusert produksjon av et legemiddel pga. endringer i produksjonslinjen, redusert tilgang på råvarer, kvalitetssvikt i ferdigprodusert legemiddel, eller naturkatastrofer som kan resultere i plutselig skade på produksjonsanlegg. Legemiddelverket har opprettet samarbeid med Legemiddelindustrien (LMI), 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 rotårsakene til legemiddel-mangel. I 2019 innførte Legemiddelverket en mer brukervennlig web-basert oversikt over mangelsituasjoner, med mulighet for søk, sortering og lenke til aktuelle nyhetssaker.

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.

Bivirkningsregisterforskriften ble gjort gjeldende fra 1. januar 2020 og med dette er også meldeplikt for alvorlige og uventede bivirkninger utvidet til å gjelde alle typer helsepersonell. Gjennom prosjektet melde.no («Én vei inn») har helsepersonell kunnet melde bivirkninger elektronisk siden 1. november 2018. Det skal i løpet av 2020 etableres felles portal for melding av uønskede hendelser for pasienter og pårørende som del av prosjektet «Én vei inn».

Legemiddelverkets tilsynsaktivitet omfatter årlig om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg føres det tilsyn med kliniske legemiddelutprøvinger, systemer for bivirkningsrapportering, blodbanker og virksomheter som håndterer celler og vev. Som følge av Norges internasjonale forpliktelser på legemiddelområdet gjennomføres også inspeksjoner av lege-



middelprodusenter og kliniske utprøvinger i land utenfor EØS.

Nytt internasjonalt regelverk skal gjøre det vanskeligere å forfalske legemidler, og dette gjelder nå også i Norge. Dette omfatter skjerpede krav til aktørene i distribusjonsskjeden og til netthandel med legemidler. Legemiddelverkets tilsynsoppgaver har dermed økt. I 2019 er det innført krav til unik identifisering av hver enkelt legemiddelpakning i EU/EØS-området og Legemiddelverket følger opp at aktørene i Norge vil kunne ivareta dette.

Forfalskede legemidler er en trussel for folkehelsen. Legemiddelverket arbeider sammen med politi- og tolletaten samt internasjonalt i regi av EU og Europarådet for å redusere risikoen for at forfalskede legemidler når norske utsalgssteder.

For å avdekke nye stoffer og stoffgrupper som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripos, Toll- og avgiftsdirektoratet og Statens institutt for rusmiddelforskning. Før oppføring på listen vurderer Legemiddelverket hvor farlig og hvor vanedannende et stoff er.

Legemiddelverket informerer om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler. Informasjonsarbeidet er rettet mot både helsepersonell og publikum. For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet tjenesten Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (Fest), som en del av e-reseptløsningen. Fest muliggjør oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journalsystemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Dataene i Fest inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder også informasjon som gjør at legene i forskrivningsprosessen kan få informasjonsvarsler for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Varsler fra Legemiddelverket er også tatt i bruk av Felleskatalogen. Legemiddelverket jobber for bruk av varselfunksjonen også i andre informasjonskanaler. Gjennom SAFEST-prosjektet etableres og tilgjengeliggjøres en kilde til strukturert legemiddelinformasjon som understøtter behovene i sykehus. Prosjektet er et samarbeid mellom Legemiddelverket, de regionale helseforetakene, sykehusapotekene og Direktoratet for e-helse. Prosjektet omfatter fire informasjonsområder, herunder datakvalitet, virkestoffforskrivning, produktkoder og ernæringsprodukter. Løsningen skal etter planen være i drift i 2021. Løsningen

skal forvaltes av Legemiddelverket i samarbeid med overnevnte aktører.

#### Medisinsk utstyr

Rollen som fag- og tilsynsmyndighet innebærer å forvalte et produktregister og føre tilsyn med produkter, produsenter og andre omsettere, samt tekniske kontrollorgan. Legemiddelverket håndterer meldinger om svikt og uhell fra både helsetjenesten, pasienter og produsent/distributør av medisinsk utstyr. Legemiddelverket har ansvar for regelverksutvikling, fortolkning og markedstilsyn. I tillegg gir Legemiddelverket regulatorisk veiledning/innovasjonsveiledning om klinisk utprøving og ytelsesundersøkelse av medisinsk utstyr på det norske markedet. Det gis også veiledning knyttet til kravene om CE-merking, klassifisering, merking, informasjon og reklame, registrering, melding om hendelser og korrigerende tiltak samt sporbarhet av medisinsk utstyr.

Medisinsk utstyr dekker et stort spekter av produkter. Produktene blir stadig mer avanserte, og utviklingen går i retning av utvidet bruk av bio-, gen- og nanoteknologi. Samtidig kan utstyret inneholde bl.a. legemidler, celler/vev og derivater av blod. Software kan være medisinsk utstyr dersom utstyret har et tiltenkt medisinsk formål og oppfyller definisjonen på medisinsk utstyr i regelverket. Produktregelverket for medisinsk utstyr er harmonisert på EU-nivå. EUs gjeldende regelverk består av tre EU-direktiver. Fra mai 2021 kommer det nytt EU-regelverk om medisinsk utstyr. 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.

Lov om medisinsk utstyr regulerer produksjon, merking, markedsføring, omsetning og bruk av medisinsk utstyr. Forskrift om medisinsk utstyr retter seg mot enhver som produserer, markedsfører eller omsetter utstyr for bruk i Norge eller annen EØS-stat og mot tekniske kontrollorgan. Forskriften har som formål å sikre at medisinsk utstyr ikke medfører fare for pasienter, brukere og ev. andre personers sikkerhet i forbindelse med produksjon, konstruksjon, omsetning og bruk av slikt utstyr.

I tillegg har Legemiddelverket en begrenset tilsynsfunksjon i forskrift om håndtering av medisinsk utstyr. Dette gjelder visse former for egentilvirkning av medisinsk utstyr og gjenbruk av medisinsk engangsutstyr.

### 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 120 virkestoff. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen.

### Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler

Statens legemiddelverk har ansvar for å utføre hurtigmetodevurderinger av legemidlers kostnadseffektivitet bl.a. etter bestilling fra regionale helseforetak i nasjonalt system for metoder i spesialisthelsetjenesten. Statens legemiddelverk har også fått ansvaret for tidligvarsler om nye legemidler.

### Legge til rette for forskning og innovasjon

Ved utgangen av 2021 skal ny lovgiving for klinisk legemiddelutprøving tre i kraft i Europa. Vesentlige endringer er at søknader om studier som involverer flere land skal sendes inn i en felles europeisk portal og det skal gis ett svar tilbake fra myndighetene. Pasientene vil få mulighet til innsyn i hvilke studier som er planlagt eller pågår og resultater av avsluttede studier gjennom denne portalen. Legemiddelverket har fått ekstra oppgaver med hensyn til å koordinere den nasjonale delen av prosessen mellom Legemiddelverket og etiske komitéer. Legemiddelverket bistår og gir innovasjonsstøtte til bedrifter og akademia med veiledning og råd innen legemiddelutvikling, kli-

nisk forskning (legemidler og medisinsk utstyr) og helseøkonomi. Legemiddelverket veileder også apotek, grossister og tilvirkere på legemiddelområdet. Det forventes større satsing på innovasjon og bedriftsetablering innen helseområdet i årene som kommer. For å øke sannsynligheten for å lykkes med å ta fram et produkt som kan få markedsføringstillatelse, er det viktig med en god regulatorisk strategi. Veiledning i regi av legemiddelmyndigheter er et vesentlig bidrag til dette. Beslutningen om offentlig finansiering er i mange tilfeller avgjørende for når pasientene får reell tilgang. God og relevant dokumentasjon om kostnadseffektivitet er sentral for denne beslutningen, og det er derfor viktig med nasjonal rådgivning også på helseøkonomiområdet 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 tobakkskadeloven, vil Legemiddelverket få nye oppgaver. Etter flere forsinkelser er innlemmelsen av direktivet i EØS-avtalen ventet i løpet av 2020, med ikrafttredelse i 2021. 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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
02	Diverse inntekter	54 534	30 805	31 632
04	Registreringsgebyr	56 943	76 917	78 981
	Sum kap. 3746	111 477	107 722	110 613

**Post 02 Diverse inntekter**

Bevilgningen dekker gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner, godtgjørelse og refusjoner fra EMA samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

**Post 04 Registreringsgebyr**

Bevilgningen dekker gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillat-

telse eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel samt en registreringsordning for homøopatiske legemidler. Videre er 9,8 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 2021. Samlet er gebyringgang i 2021 over post 04 anslått til i størrelsesorden 79 mill. kroner.

**Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	100 487	110 648	111 181
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	14 341	13 127	13 479
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	6 416	4 606	4 735
	Sum kap. 0747	121 244	128 381	129 395

Det er ingen vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i Del I, og generell pris- og lønnsjustering.

**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 avvikling 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-risiko 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. DSA er fag- og forvaltningsmyndighet på områdene strålevern, atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall. DSA overvåker naturlig og kunstig stråling, leder den nasjonale tverrsektorielle atomberedskapen, og driver forsknings- og utviklingsvirksomhet og deltar i internasjonale prosjekter på strålevern- og atomsikkerhetsområdet. DSA er nasjonalt referanselaboratorium på vegne av Justervesenet for måleenheter innenfor stråling og radioaktivitet.

**Myndighetsfunksjoner**

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har selvstendig beslutningsmyndighet etter strålevernloven, atomenergiloven og forurensningsloven. DSA er Klima- og miljødepartementets direktorat på området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. DSA er direktorat for Utenriksdepartementet på områdene internasjonal atomsikkerhet, ikke-spredning, nedrustning og eksportkontroll. DSA er innstillende myndighet overfor Forsvarsdepartementet etter ato-

menergiloven når det gjelder anløp av militære reaktordrevne fartøy. DSA leder, har sekretariat og operasjonslokale for den nasjonale atomberedskapen.

#### Forvaltningsoppgaver

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har ansvar for forvaltning og tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning, med de to atomanleggene i Norge, ved anløp av reaktordrevne fartøyer og med radioaktive utslipp og 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 sine ansatte 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 protonterapibehandling. 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 DSA 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 115 årsverk i 2019, mot om lag 114 årsverk i 2018.

#### Post 01 Driftsutgifter

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

#### Oppfølging av Integrated Regulatory Review Service (IRRS).

DSA skal i 2021 fortsette å følge opp relevante forslag fra IAEAs Integrated Regulatory Review Service (IRRS), basert på utredningen og en tiltaksplan.

#### Medisinsk diagnostikk og behandling, nye utfordringer

Norge skal etablere 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 i 2023 og 2025. Flere nye sykehus skal etablere behandlingstilbud med stråleterapi med fotoner. Som en følge av etableringen av protonterapi og fotonterapi, har DSA fått en markant økning i forvaltningsoppgaver. DSA har gjennom 2020 startet bygging av 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.

I 2021 skal DSA fortsatt ha en tett dialog og samhandling med helseforetakene og Sykehusbygg i arbeidet med å sikre at strålevern blir ivare tatt i videre planlegging, bygging og drift av stråle-

behandling med protoner og fotoner. Videre skal DSA bygge nødvendig kompetanse på strålebiologiske effekter og risiko for pasienter som får protonterapi, for å kunne sikre en forsvarlig godkjenningsprosess av protonterapi. DSA deltar i samarbeidsfora, herunder for Beslutnings forum for nye metoder, samt videreutvikle arbeidsprosesser som sikrer at strålevern blir ivaretatt ved innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. I 2021 skal DSA føre tilsyn med ivaretagelse av strålevern av pasient og personell ved innføring av nye metoder.

DSA skal jobbe for å redusere antall uønskede, alvorlige strålerelaterte pasienthendelser i medisinsk strålebruk. I 2021 skal DSA videreføre arbeidet med å innhente kunnskap og analysere årsaker til uønskede hendelser i stråleterapi (KVIST), utvide dette til å omfatte radiologi og nukleærmedisin. DSA skal samarbeide med relevante aktører med mål om å knytte seg til den nasjonale meldeordningen for uønskede hendelser i helsetjenesten «En vei inn».

DSA har erfart at mange sykehus har omfattende strålebruk utenfor radiologiske avdelinger. I 2021 skal DSA kartlegge denne strålebruken og kontrollere strålevernet i ortopediske avdelinger i virksomhetene.

DSA og Helsedirektoratet samarbeider om å etablere og drifte nasjonalt system for overvåking av medisinsk strålebruk, basert på Norsk pasientregister (NPR) som nøkkelregister, og en samarbeidsavtale ble inngått i 2019. Systemet ble operativt til å motta data fra virksomhetene i 2020 og nødvendige krav i strålevernforskriften for å muliggjøre rapportering av data for overvåking av medisinsk strålebrukt trådte i kraft 1. januar 2020. Rapportering for stråleterapi er nå operativ, mens rapportering for bildediagnostikk, bildeveiledet intervensjon og nukleærmedisin ennå ikke er ferdigstilt hos samtlige virksomheter. Et viktig fokusområde for 2021 er etablering og ferdigstilling av løsninger for visning av aggregerte data. 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 2021 fortsette 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. DSA skal bidra med sin kompetanse for å få gjennomført de identifiserte sentrale tiltak som omfatter økt kommunikasjon mel-

lom henviser og bildediagnostisk enhet, felles bildeaggre og arkivsystemer, interaktiv henvisning med beslutningsstøtte, kvalitetssikre bruk av bildediagnostikk i nasjonale faglige retningslinjer og kliniske revisjoner. Arbeid med oppfølging av strategien ledes av Helsedirektoratet og skal gjøres i samarbeid med relevante aktører. Prosjektet skulle vært gjennomført i 2020, men ble kraftig forsinket grunnet korona-situasjonen.

#### 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 vedtas 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 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). Det er planlagt en gradvis ansvars- og oppgaveoverføring for atomanleggene fra IFE til NND. I den anledning må NND søke om nye konsesjoner for alle de nukleære anleggene, og dette medfører at DSA må revidere og gjennomgå sikkerhetsrapportene for anleggene det søkes for, og avgi innstillinger til konsesjon. NND vil bli et nytt tilsynsobjekt for DSA. DSA skal gi råd og veilede departementene og NND i arbeidet med oppfølging av konseptvalgutredningene knyttet til dekommisjonering og håndtering av brukt brensel og avfall fra atomanleggene.

DSA skal i 2021 utarbeide et forslag til en nasjonal strategi for radioaktivt avfall. Strategien vil bl.a. beskrive håndtering av avfall fra en framtidig dekommisjonering av atomanleggene, inkludert løsninger for det brukte brenselet fra reaktorene og etablering av nytt lager for radioaktivt avfall. Se også omtale i Prop. 1 S (2020–2021), kap. 1423.

#### Anløp reaktordrevne fartøy

Antallet anløp av reaktordrevne fartøy til norske farvann er økt. DSA skal i 2021 arbeide med å styrke sin rolle som forvaltning og tilsynsmyndighet for anløp og gjennomgå beredskapsplaner på både militær og sivil side, særlig gjelder dette ved etablering av ny anløpshavn i nord.

#### Nukleært og radioaktivt materiale, sikkerhet og ikke-spredning

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal i 2021 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 bl.a. med å følge opp med den nordiske-baltiske øvelsen/seminaret i «Global Initiative to Combat Nuclear Terrorism» i Oslo, oktober 2020. Styrket grensekontroll for å hindre smugling av nukleært og annet radioaktivt materiale er et viktig element i dette arbeidet.

I 2021 skal DSA videreføre arbeidet med å bidra til å redusere risikoen for hendelser i nær-områdene i Russland, Ukraina, Hviterussland, Eurasia og Øst-Europa og for å hindre at nukleært materiale kommer på 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. I 2021 skal DSA planlegge og bistå Utenriksdepartementet i oppfølgingen av resultater og anbefalinger fra den internasjonale konferansen i Oslo i 2018 og workshopen i januar 2019 om å minimere og eliminere bruken av høy-anriket uran i sivil sektor.

#### Radioaktive strålekilder til industriell strålebruk

I Norge er det registrert 4000 radioaktive strålekilder innenfor ulike typer industri og forskning. De 200 mest risikoutsatte virksomhetene har godkjenning fra DSA. I 2020 vurderte DSA strålevernregelverket og annet relevant regelverk med tanke på sikkerhet og sikring ved innførsel, transport, bruk og avhending av radioaktive kilder. DSA vurderer at det er behov for regelverksendringer på dette feltet 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, og styrke DSAs evne til å kontrollere og føre tilsyn med de involverte virksomhetene. I 2021 vil DSA følge opp eventuelle regelverksendringer med informasjon, veiledning og tilsyn.

#### 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 2021 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 2021 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 fôr. DSA skal også operasjonalisere og øve beredskapsplanverk innenfor miljøsektoren med fokus på roller og ansvar. DSA skal planlegge og gjennomføre en stor atomberedskapsøvelse i 2022 med internasjonal deltakelse. Målsetningen er forberede og å øve hele den norske atomberedskapsorganisasjonen, herunder alle berørte sektorer på alle nivåer. Formålet er å gi et best mulig grunnlag for videreutvikling av den norske atomberedskapen.

Ultrafiolett stråling (sol og solarier) og radon, nasjonale strategier

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 2021 følge opp tiltakene i hudkreftstrategien i samarbeid med den nasjonale koordineringsgruppen og andre relevante aktører. Spesielt fokus i 2021 vil være å øke kunnskapen i barnehage- og skolesektoren om forebygging av hudkreft ved å bistå med undervisningsmateriell og aktiviteter tilpasset de nye læreplanene. Overvåkning 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. Den nasjonale radonstrategien (2009–2020) har vært viktig for dette arbeidet, og Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga viser til behovet for en ny strategiperiode, hvilket også er i tråd anbefalingene fra Det internasjonale atomeenergibyrået sin gjennomgang av norsk strålevernforvaltning. DSA skal derfor, på bakgrunn av eva-

lueringen av radonstrategien, foreslå en ny strategi og fortsette arbeidet. Dette skal skje i samarbeid med den etablerte tverrsektorielle koordineringsgruppen for radonstrategien. DSA skal arbeide videre med å få flere til å måle radon og gjøre tiltak i boligene sine. Dette inkluderer å vurdere brukerrettede veiledninger og målrettede tiltak i særlig radonutsatte områder gjennom samarbeid med kommuner og primærhelsetjenesten, samt kartlegge og overvåke befolkningens eksponering.

Elektromagnetisk stråling

Deler av befolkningen er bekymret for, og hevder å få plager av, elektromagnetiske felt knyttet til f.eks. utbygging av 5G i Norge. DSA følger utbyggingen av 5G tett og samarbeider godt med Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (NKOM). NKOM gjør regelmessige målinger, slik at myndighetene til enhver tid har god oversikt over eksponering fra elektromagnetiske felt. DSA leder et nasjonalt samarbeidsforum mellom offentlige myndigheter om helserisiko, eksponering fra elektromagnetiske felt og oppfølging i helsetjenesten.

Veterinærmedisinsk strålebruk

Bruk av stråling til diagnostikk og behandling av dyr er 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 2020 foreslått konkrete endringer i regelverket, bl.a. å innføre godkjenningsplikt for avansert veterinærmedisinsk strålebruk. I 2021 vil DSA følge opp eventuelle regelverksendringer med informasjon, veiledning og tilsyn.

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 2021 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.

**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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
02	Diverse inntekter	17 397	17 463	17 932
04	Gebyrinntekter	11 551	14 966	15 368
	Sum kap. 3747	28 948	32 429	33 300

**Post 02 Diverse inntekter**

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til salg av tjenester og prosjektfinansiering, f.eks. doseovervåking, yrkeseksponerte og kalibrering av solariet og stråle kilder i sykehus. Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i Del I.

**Post 04 Gebyrinntekter**

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra tilsyn ved Institutt for energiteknikk (IFE). Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i Del I.

**Kap. 748 Statens helsetilsyn**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	152 717	161 466	161 669
	Sum kap. 0748	152 717	161 466	161 669

**Samfunnsoppdrag**

Statens helsetilsyn skal bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, barnevernet og de sosiale tjenestene i arbeids- og velferdsforvaltningen, og gjennom dette styrke befolkningens tillit til disse tjenestene.

Tilsynsmyndighetene er Statens helsetilsyn og fylkesmennene.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret for tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid. 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. Som overordnet myndighet er det også Statens helsetilsyns ansvar å ha god faglig styring av tilsynet med tjenestene. Det innebærer å koordinere og harmonisere gjennomføringen av tilsynet som utføres av fylkesmennene, og legge til rette for at tilsynsmyndighetene vedlikeholder og styrker sin kompetanse. Statens helsetilsyn har også ansvar for å utvikle effektiv tilsynsmetodikk og metoder for oppfølging av tilsyn, slik at nødvendige endringer skjer og forholdene bringes i tråd med kravene. Erfaringer og funn fra tilsyn aggregeres og analyseres, og formid-



les i form av rapporter og på annen måte. Statens helsetilsyn og fylkesmennene skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alt tilsyn for å forstå situasjoner og hendelsesforløp bedre.

Tilsynsmyndighetens klagebehandling, tilsyn og rådgivning skal medvirke til at:

- rettssikkerhet, pasientsikkerhet og befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenestene er forsvarlige og til barnas beste
- svikt i tjenestene avdekkes, følges opp og forebygges

#### Roller

Statens helsetilsyn:

- utøver overordnet faglig styring av fylkesmennenes tilsyn med tjenestene
- formidler tilsynserfaringer til nytte for samfunnet
- er en forvaltningsmyndighet i samsvar med gjeldende lover og forskrifter
- gir innspill til fagdepartementer og samarbeidspartnere

Fylkesmannen er utøvende klage- og tilsynsmyndighet og fører tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid, og er i gjennomføringen av tilsynsoppgavene direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn følger med på fylkesmennenes saksbehandling og rapporter, utarbeider veiledere og gir jevnlig tilbakemeldinger til embetene for å sikre at tilsyn og klagesaker blir utført hensiktsmessig, riktig og raskt i hele landet.

Statens helsetilsyn har det faglige ansvaret for å vurdere de helsemessige konsekvensene av lovlig arbeidskonflikter.

#### Myndighetsfunksjoner

Statens helsetilsyn har myndighet til å ilegge administrative reaksjoner overfor helsepersonell og virksomheter.

Statens helsetilsyn har myndighet til å gi pålegg om å rette forhold i helse- og omsorgstjenestene som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uforsvarlig. Dersom pålegg overfor spesialisthelsetjenesten ikke etterkommes, kan tvangsmulkt og stengning av institusjon brukes.

Som overordnet myndighet for fylkesmennenes utøvelse av tilsynsmyndighet og behandling av klager, har Statens helsetilsyn myndighet til å overprøve fylkesmannens avgjørelser av eget tiltak, herunder kontrollere om det foreligger feil ved faktum, saksbehandling og/eller rettsanvendelse.

#### Tilsynsoppgaver

Tilsynsoppgavene under samfunnsoppdraget deles inn i:

- planlagte, forebyggende tilsyn
- tilsynssaker
- varsler ved 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.

Statens helsetilsyn utvikler veiledere for fylkesmannens tilsyn og klagebehandling for å harmonisere praksis, øke effekt, tolke regelverk eller definere prioritering.

I 2019 etablerte Statens helsetilsyn et utviklingsprosjekt for å oppnå mer ressurseffektiv og målrettet håndtering av tilsynssaker. Hovedtemaene er å utdype tilsynsfaglige virkemidler og rettslige rammer for prioritering, håndtering og oppfølging av de sakene som har størst betydning for framtidig pasientsikkerhet og kvalitet. I 2020 og 2021 utvikler Statens helsetilsyn veiledere for ny praksis, og opplæring for å bistå i fylkesmennenes omlegging av tilsynssaksbehandlingen, slik at praksis blir harmonisert.

Det er viktig at tilsynene har effekt for brukerne. Statens helsetilsyn samarbeider derfor med forskere for å få mer innsikt i effekter av tilsyn. Et forskningsprosjekt om effekt av tilsyn med diagnostikk og behandling av sepsis ble gjennomført i 2016–2018. I 2021 vurderer Statens helsetilsyn iverksettelse av et treårig forskningsprosjekt for å få mer kunnskap om effekter av tilsyn på barnevernområdet.

Tvang på barnevernsinstitusjoner er et stort inngrep mot barn. Tilsynsmyndigheten trenger bedre oversikt over omfang av og begrunnelse for tvangsbruk for å kunne arbeide systematisk med forebygging. Statens helsetilsyn vil i 2021 videre-

utvikle risikoverktøyet for barneverninstitusjoner til dette formålet, i tråd med personvernregelverket. For at barn og unge som bor på institusjon lett kan komme i kontakt med og ha en dialog med fylkesmennene, skal det utvikles et digitalt verktøy i 2021.

Tilsynsskolen er et sammenhengende kvalifiseringsopplegg for ansatte hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. Det skal bidra til at tilsyn og klagebehandling holder et faglig høyt nivå og at praksis er lik over hele landet. I 2019 ble Revisjonslederforum reetablert, en møteplass for dialog, refleksjon, diskusjon og erfaringsutveksling. Skolen er i kontinuerlig utvikling for å svare ut behov for kompetanseoppbygging og vedlikehold.

Statens helsetilsyn gjennomfører i 2020 en risikovurdering på sosialtjenesteområdet sammen med bl.a. fylkesmennene, fag- og forskningsmiljøer og brukere for å identifisere og få kunnskap om områder hvor det er størst risiko for svikt i sosialtjenesten. Som en forlengelse av risikovurderingen skal det i 2021 utvikles et risikoverktøy slik at fylkesmennene har oversikt over risikoområder i kommunene og lett kan identifisere områder for tilsyn.

Når det gjelder oppgaver knyttet til bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming, er målet å bidra til mer enhetlig praksis hos fylkesmennene. Det er bl.a. laget et temakurs om tilsyn med tvang overfor personer med utviklingshemming, som skal være en del av Tilsynsskolens kompetansetilbud fra 2021. Et sentralt tema i kurset er samtaler med brukere ved tilsyn, for å ivareta brukernes rett til informasjon og medvirkning.

Tvungen somatisk helsehjelp er et særlig risikoområde fordi konsekvensene av de vurderinger og avgjørelser som tas, har stor betydning for pasientene. Statens helsetilsyn har derfor i 2019 forberedt landsomfattende tilsyn for 2020 som omhandler tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Statens helsetilsyn jobber for at brukere skal involveres i alle tilsynsaktiviteter for å opplyse tilsynsområdet eller saken på en best mulig måte, og har også etablert et brukerråd med representanter fra flere organisasjoner. I 2019 ga Statens helsetilsyn ut en rapport med praktiske råd om hvordan brukere kan involveres i tilsyn (Rapport fra Helsetilsynet 2/2019).

#### Kommunikasjon

Statens helsetilsyn skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om mål-

gruppene sine og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Statens helsetilsyn skal formidle kunnskap og innsikt om helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester og om barnevern, og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Tilsynet skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode velferdstjenester og godt folkehelsearbeid.

Tilsynserfaringer ble i 2019 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 rapporter med oppsummerte funn og risikovurderinger, heriblant eksempler og erfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser og oppsummering av landsomfattende tilsyn.

Tilsynsmeldingen 2019 og Statens helsetilsyns årsrapport 2019 gir en mer omfattende omtale av tilsynserfaringer.

#### Årsverk

Statens helsetilsyn hadde per 31. desember 2019, 121 medarbeidere. Det ble utført til sammen 104 årsverk i 2019.

#### 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 fylkesmennene 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 fylkesmennene om å justere sin prioritering og gjennomføring av tilsynsaktiviteter for et situasjonstilpasset tilsyn under pandemien. Pandemien vil strekke seg inn i 2021. Det er viktig å sikre tilstrekkelig omfang av tilsynsaktiviteter i 2021. 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. Statens helsetilsyn vil sørge for at det til enhver tid foreligger gjeldende retningslinjer for prioritering og gjennomføring av tilsyn i 2021.

Tilsynsskolens kurs og samlinger vil bli tilpasset fjernundervisning og digitale løsninger.

#### Varsler ved alvorlige hendelser

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å straks varsle Statens helsetil-

syn 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 er å avdekke og følge opp svikt, og å understøtte virksomhetenes eget arbeid med kvalitetsforbedring.

Statens helsetilsyn skal ta imot, opplyse og vurdere alle varslene. Den som har varslet, skal snarest mulig få svar på om, og i så fall hvilken oppfølging varselet fører til. Det skal gjennomføres stedlig tilsyn når det er nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst.

I 2019 mottok Statens helsetilsyn 869 varsler, hvorav 191 varsler fra virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fra pasienter og pårørende, som ordningen ble utvidet til å omfatte fra 1. juli 2019. Varslene følges opp på ulike måter avhengig av innhold og alvorlighetsgrad. Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn i 13 varsler. 474 saker ble avsluttet etter innledende undersøkelser og 372 saker ble avsluttet ved at de ble overført til fylkesmannen for vurdering og oppfølging.

Statens helsetilsyn vil i 2021 fortsette arbeidet med å videreutvikle tilsynsmetodikk for stedlige tilsyn, og bidra til at fylkesmennene i større grad tar i bruk stedlig tilsyn som metode, siden dette kan opplyse komplekse saker på en bedre måte enn skriftlig saksbehandling. Digitale løsninger for kommunikasjon med virksomhetene skal videreutvikles.

Statens helsetilsyn vil være særlig oppmerksomme på dødsfall eller pasient- eller brukerskade som kan være relatert til koronapandemien, enten direkte eller som følge av endringer i tjenesteytelsen.

#### Tilsynssaker

Tilsynssaker opprettes på grunnlag av klager fra brukere, pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenestene. Statens helsetilsyn har myndighet til å begrense eller tilbakekalle helsepersonells autorisasjon eller gi pålegg eller tvangsmulkt til virksomheter. Statens helsetilsyn kan begjære offentlig påtale mot helsepersonell eller virksomheter for brudd på helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Statens helsetilsyn behandlet 407 tilsynssaker i 2019. Det ble gitt 269 reaksjoner til helsepersonell og konkludert med brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 51 virksomheter. Til sammen 145 autorisasjoner ble tilbakekalt. Den hyppigste årsaken var misbruk av rusmidler og

atferd uforenlig med yrkesutøvelsen (eks. tyveri av legemidler, narkotikalovbrudd og vold).

Statens helsetilsyn ga tre pålegg med hjemmel i helseforskningsloven § 51 i 2019. Det gjaldt stans av forskningsprosjekter, nedleggelse av biobank, og sletting av personopplysninger. Det ble gitt varsel om tvangsmulkt med hjemmel i helseforskningsloven § 53 til en virksomhet som ikke hadde oppfylt pålegget innen den fastsatte fristen. Fem virksomheter som ikke hadde oppfylt opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 fikk varsel om tvangsmulkt.

Fylkesmennene har ansvaret for å avslutte hver enkelt tilsynssak innenfor barnevern og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. De fleste tilsynssakene mot helsepersonell og virksomheter i helsetjenestene blir avsluttet av fylkesmennene. Avgjørelsene er endelige og kan ikke påklages. Hvis fylkesmannen mener at det kan være grunnlag for administrative reaksjoner mot helsepersonell og/eller virksomhet, blir saken sendt til Statens helsetilsyn.

I 2019 avsluttet Fylkesmennene 3956 tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester, 702 tilsynssaker om tjenester og tiltak innen barnevernet og 62 tilsynssaker innen sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Statens helsetilsyns føring til fylkesmennene for behandling av tilsynssaker, er at saksbehandlingstid og oppfølging skal reflektere sakens alvorlighet. Saker hvor det er viktig å gripe inn raskt, der konsekvensene av svikt er alvorlige, skal ha høyest prioritet. Henvendelser som gjelder fare for liv, helse og overgrep skal alltid følges opp og prioriteres.

#### Planlagte, forebyggende tilsyn

Tilsynsressursene skal styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet der sannsynlighet for svikt er stor, der konsekvensene av svikt for barn og deres familie og andre tjenestemottakere er alvorlige, eller der de som trenger tjenester ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

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. Fylkesmennene gjennomfører i tillegg planlagte, forebyggende tilsyn ut fra lokale vurderinger av risiko og fare for svikt i tjenestene. Tilsyn skal understøtte virksomhetens ansvar for sikkerhet og kontinuerlig forbedring og tilsyns-

myndighetene følger opp funn fra planlagte tilsyn til forholdene er rettet.

Fylkesmennenes tilsyn innen Statens helsetilsyns områder inkluderte i 2019 følgende:

- 862 tilsyn med barneverninstitusjoner, hvorav 48 pst. av tilsynene var uanmeldte, og det ble gjennomført samtaler med 51 pst. av de registrerte barna.
- 35 systemrevisjoner med kommunalt barnevern og 56 systemrevisjoner med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, hvorav 33 var del av felles landsomfattende tilsynet med ettervern og samarbeid mellom barneverntjenesten og sosiale tjenester i Nav.
- 149 systemrevisjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hvorav 51 i det landsomfattende tilsynet med kommunens arbeid med tilsyn med miljørettet helsevern i barnehager og skoler.
- 14 systemrevisjoner med spesialisthelsetjenesten, hovedsakelig som del av det to-årige landsomfattende tilsynet med somatiske spesialisthelsetjenester til pasienter som er plassert på en annen sengepost enn den som har spesiell kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem.

I tillegg til systemrevisjonene gjennomførte fylkesmennene tilsyn med annen metodikk, som egenvurderinger og stikkprøver.

I 2021 skal fylkesmennene videreføre det landsomfattende tilsynet med undersøkelser i barnevernet som startet i 2020 (to-årig tilsyn), og gjøre en landsomfattende undersøkelse med tilgjengeligheten til sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Alle fylkesmennene skal i 2021 føre tilsyn med helse- og omsorgstjenester til sårbare barn og unge og deres familier. Pga. pandemien har fylkesmennene fått gjennomført få tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i 2020. Dette landsomfattende tilsynet videreføres derfor første halvår 2021.

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av erfaringene med beredskap i kommunene i 2020, vurdere å videreutvikle tilsyn med helseberedskap i kommunen.

Pga. koronapandemien ble det landsomfattende tilsynet i spesialisthelsetjenesten avsluttet våren 2020. Det skal i 2021 og 2022 gjennomføres tilsyn med bruk av tvang i psykisk helsevern. Tilsynet blir innrettet mot hvordan bruk av tvang kan forebygges. Statens helsetilsyn fortsetter arbeidet med harmonisering mellom fylkesmannsembetene i tilsynet med spesialisthelsetjenesten.

Tilsyn som Statens helsetilsyn selv utfører

Statens helsetilsyn fører tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker. I 2019 har Statens helsetilsyn forberedt et egenvurderingstilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning som gjennomføres hos et utvalg helseforetak, universiteter og forskningsinstitusjoner i 2020.

Statens helsetilsyn er pålagt å føre jevnlige tilsyn med virksomheter som håndterer blod, blodkomponenter, celler, vev og organer. Bruk av humant materiale i pasientbehandlingen innebærer risiko for å overføre sykdom fra donor til mottaker via blod, celler, vev og organer. For å kunne gjennomføre målrettede tilsyn med effekt på pasientsikkerheten, utarbeider Statens helsetilsyn en risikoprofil for hver enkelt virksomhet ved planlegging og gjennomføring av tilsyn med håndtering av humant materiale.

I 2019 ble det gjennomført 16 tilsyn som omfattet 26 besøkte enheter og syv dokumenttilsyn innen ulike fagområder. Ved gjennomføring av tilsyn innenfor disse områdene i 2021 vil tema være i hvilken grad tilgjengeligheten av humant materiale er påvirket av koronapandemien, og eventuell økt risiko for donorer og mottakere av humant materiale under pandemien. Statens helsetilsyn vil legge vekt på samarbeid med andre nasjonale etater, og med tilsynsmyndigheter i andre europeiske land, for å kartlegge økt risiko som følge av koronautbruddet.

Som overordnet tilsynsmyndighet på helse- og omsorgsfeltet fører Statens helsetilsyn tilsyn med digitale løsninger i tjenestene.

Statens helsetilsyn etablerte i 2019 et prosjekt for å bygge opp nødvendig kapasitet og kompetanse til å føre tilsyn med digitale løsninger i tjenestene. I 2020 gjennomføres en spørreundersøkelse til utvalgte regionale helseforetak. Prosjektperioden varer ut 2020.

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 Fylkesmannen i Nordland og Fylkesmannen i Troms og Finnmark gjennomfører Statens helsetilsyn i 2020 tilsyn med om

befolkningen har fått og får forsvarlige luftambulansetjenester.

#### Fylkesmennenes klagesaksbehandling

I 2019 avsluttet fylkesmennene 727 klager innen barnevernet, hvorav hovedtyngden var klager på tvang i barneverninstitusjoner, 3733 klagesaker om sosiale tjenester og 6688 klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenester, hvorav klager på manglende refusjon av pasientreiser utgjorde 62 pst.

Fylkesmannen skal i 2021 prioritere saker hvor det er viktig å gripe inn raskt, og der konsekvensene av svikt er alvorlige.

Det er ikke anledning til å klage på fylkesmannens vedtak i en rettighetsklage. Statens helsetilsyn kan vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan. Statens helsetilsyn har i 2019 behandlet fem slike saker innen helse- og omsorgstjenester. Statens helsetilsyn fikk ingen klagesaker etter barnevernloven eller sosialtjenesteloven til overprøving i 2019.

#### Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt

Før kommunen kan sette i verk tvangstiltak for å avverge skade eller for å dekke grunnleggende behov overfor personer med utviklingshemning, skal fylkesmannen godkjenne vedtaket. I 2019 overprøvde fylkesmennene 4739 vedtak og godkjente 1534 av dem. Det ble gjennomført 156 stedlige tilsyn for å kontrollere tvangsbruk.

Når helsetjenesten fatter vedtak om bruk av tvungen somatisk helsehjelp overfor pasienter uten samtykkekompetanse, skal fylkesmannen gjennomgå vedtaket. Fylkesmennene gjennomgikk 4739 vedtak om tvungen helsehjelp i 2019 og opphevet eller endret 10 pst. av dem. 1871 vedtak ble etterkontrollert fordi de hadde varighet utover tre måneder, og 19 pst. ble da opphevet eller endret.

Statens helsetilsyn vil i 2021 utvikle system for oppfølging av rapporter og statistikk fra fylkesmennenes tilsyn med bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning.

### Kap. 3748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
02	Diverse inntekter	167	1 600	1 643
	Sum kap. 3748	167	1 600	1 643

#### Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er i all hovedsak knyttet til overføringer fra Forsvarsdepartementet i henhold til avtale

om tilsyn med helsetjenester til norsk personell i militære utenlandsoperasjoner.

### Kap. 749 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
01	Driftsutgifter	33 275	40 092	40 174
	Sum kap. 0749	33 275	40 092	40 174

### 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 i mot 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 loven gitt myndighet til å gjennomføre undersøkelser av alvorlige hendelser eller andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Ukom er et forvaltningsorgan administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, men skal utføre sine oppgaver uavhengig og selvstendig. Ukom kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

### Myndighetsfunksjoner

Ukom setter i gang undersøkelsessaker på grunnlag av varsler om alvorlige hendelser eller kunnskap fra andre kilder. Den avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller alvorlige forhold som skal undersøkes. Ukom skal utarbeide en rapport som skal redegjøre for hendelsesforløpet i saker som undersøkes, og 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 2020 var kommisjonen bemannet med 20 heltidsansatte og seks ansatte i 20 pst. stillinger. Ukom er fremdeles i en startfase der det blir brukt tid på å utvikle virksomhetsstrategi med interne systemer for drift og saksbehandling, og forbedring av allerede etablerte rutiner. Relasjonsbygging til eksterne aktører blir et prioritert arbeid også i 2021.

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. I 2020 har Ukom presentert sine første funn og anbefalinger.

Pga. koronapandemien er det vanskelig å gjennomføre planlagt utadrettet reise- og møtevirksomhet. Målet er likevel å gjennomføre undersøkelser og annen utadrettet aktivitet ved hjelp av videokonferanser og andre hjelpemidler slik at aktivitetsnivået blir noenlunde som planlagt.

### Gjennomførte og planlagte undersøkelser

Ukom har første halvår i 2020 publisert to rapporter og ett sikkerhetsvarsel. Rapportene «Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost» og «Tidlig diagnostikk og behandling av det febersyke barnet», samt sikkerhetsvarsel om «Fallsikring av vinduer og rekkverk» viser litt av det faglige spennet i Ukom sine undersøkelser og anbefalinger. Det vises til publiserte rapporter på [www.ukom.no](http://www.ukom.no).

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 rundt om i hele landet, og at det dette kan resultere i forbedring utover de virksomhetene hvor hendelsene har funnet sted.

Flere undersøkelser er igangsatt. Pga. koronapandemien ble kontakten ut mot helsetjenesten satt på vent fra mars og fram til sommeren 2020, men aktivitetsnivået er per august 2020 tilbake på normalt nivå igjen. Reiser og besøk ute hos helsetjenesten vil likevel begrenses, og møtevirksomhet blir i stedet gjennomført som elektroniske møter. Målet er derfor at det skal publiseres ytterligere et par rapporter i 2020, og at flere av rappor-

tene som nå er påbegynt skal ferdigstilles våren 2021.

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 2021 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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
761	Omsorgstjeneste	7 492 573	8 727 238	9 362 391	7,3
762	Primærhelsetjeneste	1 097 374	1 210 889	1 771 262	46,3
765	Psykisk helse, rus og vold	2 251 581	2 140 526	2 238 025	4,6
769	Utredningsvirksomhet mv.	12 518	16 495	16 569	0,4
	Sum kategori 10.60	10 854 046	12 095 148	13 388 247	10,7

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
01-23	Statens egne driftsutgifter	393 377	457 705	536 307	17,2
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	8 788 123	9 938 124	11 361 653	14,3
70-89	Andre overføringer	1 672 546	1 699 319	1 820 081	7,1
	Sum kategori 10.60	10 854 046	12 095 148	13 718 041	13,4

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 1 056 mill. kroner i økt bevilgning til forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenesten, hvorav bl.a. 16,9 mill. kroner til utvidelse av forsøket med seks nye kommuner og 983,1 mill. kroner som følge av at Indre Østfold kommune deltar i forsøkets finansieringsmodell fra 1. januar 2021.
- 539 mill. kroner til testing ved grenseoverganger.
- 92,7 mill. kroner i økt bevilgning til første års utbetaling av investeringstilskudd til om lag 1000 heldøgns omsorgsplasser.
- 80 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til videreføring av bevilgningsøknninger fra revidert budsjett 2020, jf. Innst. 360 S (2019–2020). Dette gjelder tilskuddsordningen Menn i helse (20 mill. kroner), Verdighetscenteret (10 mill. kroner), Desentraliserte studier for ansatte i omsorgstjenestene (20 mill. kroner) og tilskudd til etablering og drift av lindrende enheter (30 mill. kroner).
- 55 mill. kroner i økt bevilgning, som en del av samlet satsing på 60 mill. kroner til frivillige og ideelle organisasjoner som tilbyr tiltak for å legge til rette for økt aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap for eldre.
- 50 mill. kroner flyttet til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, kap. 571, post 60 rammetilskudd til kommunene, knyttet til grunntilskudd til fastleger.



- 30 mill. kroner til Alis-avtaler for kommuner med rekrutteringsutfordringer.
- 20 mill. kroner i økt bevilgning til handlingsplan for forebygging av selvmord.
- 15 mill. kroner i økt bevilgning til opptrappingsplan mot vold og overgrep.
- 15 mill. kroner til ulike tiltak innenfor barn og unges psykiske helse.
- 12 mill. kroner til kvalitetssystem i allmennlegetjenesten.
- 11,6 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til forventet utbetaling av gitte tilsagn om investeringstilskudd til lokalkjøkken fra tidligere år.
- 8 mill. kroner i økt bevilgning til gjennomføring og evaluering av handlingsplanen for allmennlegetjenesten.
- 3 mill. kroner i økt bevilgning til en tiårsmarkering for 22. juli-hendelsen.
- 564,4 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til tidligere års tilsagn om investeringstilskudd heldøgns omsorgsplasser, i takt med forventet ferdigstilling av prosjekter.
- 138 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av årlig reduksjon i gjenstående avdragskompensasjon og redusert rentesats.
- 36,3 mill. kroner i redusert bevilgning til vertskommuner pga. frafall av beboere.
- 14 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 4,1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til evalueringen av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering som ferdigstilles i 2020.
- 6 mill. kroner er flyttet fra kap. 783, post 61 gjeldende veiledning i spesialisering i allmennmedisin.
- 6 mill. kroner er flyttet til kap. 740, post 01, gjeldende faste kostnader for forvaltningen av Iplos.
- 4 mill. kroner er flyttet til Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 525, post 01, gjeldende tildeling til fylkesmennene som skal stå for den årlige oppfølgingen til kommunene knyttet til opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

Programkategorien omfatter bevilgninger til utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene under programkategorien bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 og 3.5 i FNs bærekraftsmål, jf. nærmere omtale under Del III 8 Internasjonalt samarbeid.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises til omtalen i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettproposi-

sjon. I tillegg finansieres disse tjenestene gjennom Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd, hovedsakelig under programkategori 10.60, samt gjennom brukerbetaling og egenandeler og ved statlige trygderefusjoner til bl.a. lege- og fysioterapi-tjenester, 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 helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Alle skal ha et likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Regjeringens mål er å skape pasientens 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 følger situasjonen i kommunene og kommuneøkonomien nøye.

De foreløpige anslagene av hvordan koronasituasjonen slår inn er usikre, og situasjonen kan endre seg raskt. Regjeringen har satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra staten og kommunesektoren for å kartlegge de økonomiske konsekvensene av virusutbruddet for sektoren i 2020. Arbeidsgruppen skal avgi en endelig rapport innen 1. april 2021, og den vil avgi en eller flere delrapporter underveis, bl.a. er det varslet en delrapport i oktober 2020.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har måttet øke kapasiteten som følge av virusutbruddet, og flere kommuner har merutgifter særlig til smittevernutstyr og til helsepersonell.

Regjeringen og Stortinget har reagert raskt på krisesituasjonen, og det er bevilget nærmere 16,5 mrd. kroner til kommunesektoren, inkludert både kompensasjon og tiltak for å få fart på økonomien i 2020. Utover en generell styrking av kommunenes frie inntekter er det bl.a. bevilget 400 mill. kroner som en engangsbevilgning til en tiltakspakke rettet mot sårbare eldre og 80 mill. kroner for å kompensere kommunene for merutgifter til dekning av inntektstap for fastleger som håndterer covid-19.

I tillegg er det gjort endringer i enkelte honorartakster til leger (både fastleger og legespesialis-

ter med driftsavtale), psykologspesialister med driftsavtale, fysioterapeuter, kiropraktorer, jordmødre og logoped/audiopedagoger. Endringene innebærer bl.a. utvidet bruk av telefon- og e-konsultasjon. Endringene var midlertidige og sluttdato ble stort sett fastsatt til 1. september 2020. Endringene er videreført til 1. november 2020.

Regjeringen har nylig og vil i tiden fremover legge fram følgende sentrale saker:

- Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg.
- Handlingsplan for allmennlegetjenesten
- Kompetanseløft 2025

- Lovproposisjon med oppfølging av Rusreformutvalget
- Demensplan 2025
- Pårørendestrategi
- Ernæringsstrategi
- Likeverdsreformen
- Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd
- Prioriteringsmelding med oppfølging av NOU 2018: 16 Det viktigste først

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 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	175 486	192 152	215 937
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	10 125	10 449	9 273
61	Vertskommuner	958 752	940 311	932 308
62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	361 246		
63	Investeringsstilskudd – rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	2 983 522	4 035 632	3 171 967
64	Kompensasjon for renter og avdrag	839 036	866 000	728 000
65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	1 393 565	1 518 382	2 622 971
67	Utviklingstiltak	70 921	66 602	75 269
68	Kompetanse og innovasjon	398 653	404 857	414 591
69	Investeringsstilskudd – netto tilvekst, <i>kan overføres</i>	22 742	403 300	806 835
71	Frivillig arbeid mv.	17 500	17 969	73 544
72	Landsbystiftelsen	81 007	83 181	85 843
73	Særlige omsorgsbehov	50 974	55 829	87 616
75	Andre kompetansetiltak	10 944	10 942	11 513
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	118 100	121 632	126 724
	Sum kap. 0761	7 492 573	8 727 238	9 362 391

Vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjett tiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering

- 1 056 mill. kroner i økt bevilgning til forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenesten, hvorav bl.a. 16,9 mill. kroner til utvidelse av forsøket med seks nye kommuner og 983,1 mill. kroner som følge av at Indre Østfold kommune deltar i forsøkets finansieringsmodell fra 1. januar 2021.
- 92,7 mill. kroner i økt bevilgning til første års utbetaling av investeringstilskudd til om lag 1000 heldøgns omsorgsplasser.
- 80 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til videreføring av bevilgningsøkninger fra revidert budsjett 2020, jf. Innst. 360 S (2019–2020). Dette gjelder tilskuddsordningen Menn i helse (20 mill. kroner), Verdighetssenteret (10 mill. kroner), Desentralisert studier for ansatte i omsorgstjenestene (20 mill. kroner) og tilskudd til etablering og drift av lindrende enheter (30 mill. kroner)
- 55 mill. kroner i økt bevilgning, som en del av samlet satsing på 60 mill. kroner til frivillige og ideelle organisasjoner som tilbyr tiltak for å legge til rette for økt aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap for eldre.
- 11,6 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til forventet utbetaling av gitte tilsagn om investeringstilskudd til lokalkjøkken fra tidligere år.
- 564,4 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til tidligere års tilsagn om investeringstilskudd heldøgns omsorgsplasser, i takt med forventet ferdigstillelse av prosjekter.
- 138 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjonsordningen for renter og avdrag, som følge av årlig reduksjon i gjenstående avdragskompensasjon og redusert rentesats.
- 36,3 mill. kroner i redusert bevilgning til vertskommuner pga. frafall av beboere.
- 14 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak
- 6 mill. kroner er flyttet til kap. 740, post 01, gjeldende faste kostnader for forvaltningen av IPLOS.

#### Leve hele livet

Regjeringen gjennomfører Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Målet med reformen er at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv og verdig alderdom. Reformen løfter fram fem innsatsområder og 25 utprøvde løsninger. Områdene er et alder-

svennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng.

Regjeringen legger opp til en prosess hvor kommunestyrene behandler og vedtar hvordan reformens innsatsområder og løsninger kan gjennomføres lokalt. Planprosesser i kommunene bør ha bred medvirkning fra eldrerådene. De kommunene som omstiller seg i tråd med reformen vil bli prioritert innenfor en rekke relevante tilskuddsordninger fra og med 2021.

Pga. covid-19-situasjonen vil det være en stor risiko for at mange kommuner vil kunne bli forsinket i sine planprosesser for lokal iverksetting av Leve hele livet. For å sikre at kommunene har tilstrekkelig tid, kompetanse og kapasitet til å utvikle planer og oppfylle kriteriene for å søke på tilskudd legges det til grunn følgende framdrift og plankrav i 2021:

- Kommunene skal enten ha vedtatt en plan eller beskrevet en prosess for hvordan og når de skal vedta en plan for gjennomføring av Leve hele livet, for å bli prioritert innenfor de ulike tilskuddsordningene. Det forventes at kommunene innen utgangen av 2021 kan vise til politisk vedtatte planer for hvordan reformens innsatsområder og løsninger skal gjennomføres lokalt.
- En plan innebærer at kommunestyrene har tatt stilling til innsatsområdene og løsningene i reformen og vedtatt hvordan reformen skal gjennomføres lokalt.
- Kommunene skal synliggjøre hvordan reformen er tenkt integrert i kommuneplanens samfunnsdel (etter § 11-2 i plan og bygningsloven)
- Kommunene må vise til deltakelse eller planlagt deltakelse i regionale nettverk for Leve hele livet for erfaringsdeling og gjensidig støtte og bistand med andre kommuner.

Alle kommuner skal fortsatt kunne søke på tilskuddsordningene, men kommuner som har beskrevet en planprosess eller utarbeidet og vedtatt en plan for hvordan reformens innsatsområder skal gjennomføres lokalt vil bli prioritert. Formål og målgruppe for tilskuddsordningene videreføres som i dag.

Følgende tilskuddsordninger inngår:

- Kap 761, post 63: Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, rehabilitering
- Kap 761, post 67: Kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt
- Kap 761, post 67: Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

- Kap 761, post 67: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
- Kap 761, post 68: Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd, med unntak av tilskudd til spredning av velferdsteknologi i kommunene
- Kap 761, post 68: Leve hele livet – økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet
- Kap 761, post 69: Investeringsstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, netto tilvekst
- Kap 761, post 79: Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver
- Kap 762, post 60: Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud
- Kap 762, post 63: Lønnstilskudd til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie

Tilskudd til ansatte som allerede har påbegynt et utdanningsløp med tilskudd fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet, fritas fra dette. Det innebærer at dette tilskuddet innføres gradvis i perioden 2021–2023.

Parallelt med innføring av et plankrav for Leve hele livet, innføres det også et plankrav for investeringstilskuddet. De to plankravene vil bli sett i sammenheng der dette er naturlig.

Målgruppen for Leve hele livet er eldre over 65 år og deres pårørende. Reformens områder angår imidlertid alle brukere i omsorgstjenesten uavhengig av alder og diagnose. Kommunene oppfordres derfor til å legge reformens satsingsområder til grunn for det generelle plan- og kvalitetsforbedringsarbeidet i omsorgssektoren. Kvalitetsreformen bør ses i sammenheng med langsiktig planlegging og dimensjonering både av kapasitet og kompetanse i tjenestene.

For å styrke grunnlaget for gjennomføring av Leve hele livet legger regjeringen fram en rekke nye satsinger gjeldende fra og med 2021, bl.a. Kompetanseløft 2025, Demensplan 2025, pårørendestrategi og nasjonal ernæringsstrategi for eldre. I tillegg videreføres arbeidet for å fornye og øke tilbudet om heldøgns omsorgsplasser og forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Disse satsingene skal sammen med de nye løsningene i reformen bidra til en ny og bærekraftig politikk som skal sikre innbyggerne et godt og trygt liv. Det innebærer både bedre tjenester og tilbud, men også et samfunn der alle får brukt sine ressurser.

#### *Økt aktivitet og deltakelse for eldre*

Mange eldre har vært sosialt isolert som følge av smitteverntiltakene knyttet covid-19. Det foreslås 60 mill. kroner som en engangsbevilgning til frivil-

lige og ideelle organisasjoner som tilbyr tiltak for å legge til rette for økt aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap for eldre. Bevilgningen ses i sammenheng med innsatsområdene i Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet, hvor regjeringen ønsker å legge til rette for økt aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap for eldre, bl.a. ved å legge bedre til rette for at frivillig sektor og sivilsamfunnet kan bidra til aktivisering og sosial deltakelse, skape gode måltidsopplevelser og gode støtte og avlastningstilbud.

Det foreslås 5 mill. kroner til styrking av Program for et aldersvennlig Norge. Videre foreslås det å opprette følgende tilskudd:

- Tilskudd til aktivitetstilbud for personer med demens
- Tilskudd til spisevenner
- Tilskudd til støtte og avlastning for pårørende

Tiltakene ses i sammenheng med Demensplan 2025, pårørendestrategien og ernæringsstrategien.

For nærmere omtale av tilskuddsordningene se kap. 714, post 21 og kap. 761, post 71.

#### Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorgsplasser. I budsjettforslaget for 2021 legges det til rette for å gi tilsagn om tilskudd til om lag 1000 plasser, hvorav 500 plasser som netto tilvekst av heldøgns plasser. For å stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger fra kommunene tas det sikte på å innføre et plankrav f.o.m. 2021. Det vises til nærmere omtale på post 63 og post 69.

#### Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

I forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene skal det prøves om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir riktigere behovsdekning og økt likebehandling på tvers av kommunegrensene. I følge følgeevalueringen ser det ut til at forsøket har medført økt likebehandling og riktigere behovsdekning for innbyggerne. Videre viser følgeevalueringen at forsøket har bidratt til økt brukermedvirkning, bedre samhandling i kommunene og hyppigere og bedre vedtak. Regjeringen foreslår å utvide forsøket med seks nye kommuner med sikte på oppstart 1. januar 2021. Totalt tas det sikte på at 11 kommuner deltar i forsøket ut 2022.

Det vises til nærmere omtale på post 21 og post 65.

#### 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 avsluttes ved utgangen av 2020. Om lag 120 000 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning med tilskudd fra Kompetanseløft 2020 i de fire første årene i planperioden 2016–2020.

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; og ledelse, samhandling og planlegging. Som del av Kompetanseløft 2025 foreslås det følgende styrkinger over kap. 761 i 2021 sammenlignet med saldert budsjett 2020:

- 20 mill. kroner til Menn i helse
- 20 mill. kroner til desentraliserte studier
- 10 mill. kroner til Verdighetscenteret

Det vises til nærmere omtale på post 21 og 68. Tiltakene under hvert område vil videreutvikles i kompetanseløftets planperiode. Se nærmere omtale av Kompetanseløft 2025 i del III, kapittel 7.

#### Demensplan 2025

Demensplan 2020 avsluttes ved utgangen av 2020. Helsedirektoratet har oppsummert erfaringer og resultater av planen. Denne viser at det har vært en positiv utvikling i planperioden, men det gjenstår fortsatt en rekke utfordringer, som å sikre tidlig diagnostisering, tilpassede tjeneste- og aktivitetstilbud og kunnskap og forståelsen om demens i befolkningen og hos helsepersonell mv. Regjeringen har besluttet at dagens demensplan skal følges opp med en ny demensplan – Demensplan 2025. Et sentralt mål i planen er at Norge skal være et demensvennlig samfunn, og at personer med demens skal kunne leve et trygt og aktivt liv. Tidligere demensplaner har i hovedsak rettet seg

mot kommunene. Demensplan 2025 vil også omfatte spesialisthelsetjenesten og øvrige samfunnssektorer. Demensplan 2025 vil ha fire hovedinnsatsområder med tilhørende tiltak:

1. Medbestemmelse og deltakelse
2. Forebygging og folkehelse
3. Gode og sammenhengende tjenester
4. Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling

Det tas sikte på å legge fram ny demensplan i løpet av høsten 2020. Det foreslås bevilget 45 mill. kroner til oppfølging av planen i 2021. Videre vil engangsbevilgningen på 60 mill. kroner til økt aktivitet og deltakelse for eldre ses i sammenheng med Demensplan 2025, herunder tilskudd til aktivitetstilbud for personer med demens, tilskudd til støtte og avlastning for pårørende og tilskudd til spisevenner, på hhv. 20, 15 og 20 mill. kroner. Det vises til nærmere omtale på post 71.

#### Pårørendestrategi

Pårørende er en viktig ressurs – både for sine nære, for helse- og omsorgstjenestene og for samfunnet. Regjeringen tar sikte på å legge fram en samlet pårørendestrategi og handlingsplan i løpet av 2020. Strategien følger opp pårørendeprogrammet som går ut 2020. Se egen omtale under post 21. Strategien vil definere og omfatte pårørende i vid forstand, og rette oppmerksomhet mot at pårørende kan ha flere roller, både som avlastere, omsorgspersoner og beslutningstakere for behandlingstilbudet. Et mål med strategien er å anerkjenne pårørende som en ressurs og sikre god og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende, slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid. Et viktig tiltak i strategien vil være tilskudd til å opprette og teste modeller for fleksible kommunale avlastningstilbud på 5 mill. kroner. Det vises til nærmere omtale på post 68. Videre vil engangsbevilgningen på 60 mill. kroner til økt aktivitet og deltakelse for eldre ses i sammenheng med pårørendestrategien, herunder tilskudd til aktivitetstilbud for personer med demens og støtte og avlastning for pårørende, på hhv. 20 og 15 mill. kroner. Det vises til nærmere omtale på post 71.

#### Ernæringsstrategi

Som en del av oppfølgingen av Leve hele livet utarbeider regjeringen en nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre på sykehjem og i hjemmetjenesten, med forslag til konkrete, mål-

rettede tiltak. Strategien skal bidra til å understøtte og forsterke gjennomføringen av innsatsområdet Mat og måltider i Leve hele livet. Formålet med strategien er å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring blant eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Den nasjonale ernæringsstrategien skal danne utgangspunkt for utvikling av lokale ernæringsstrategier eller handlingsplaner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og strategien vil inngå i veiledningsmaterialet for oppfølging av Leve hele livet. Det tas sikte på å legge fram ernæringsstrategien i løpet av høsten 2020.

For å bidra til å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og sikre tilstrekkelig ernæringskompetanse foreslås det bevilget 5 mill. kroner til et modellutviklingsprogram. Modellutviklingsprogrammet skal bl.a. 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. Det vises til nærmere omtale på post 68. Videre vil engangsbevilgningen på 60 mill. kroner til økt aktivitet og deltakelse for eldre ses i sammenheng med ernæringsstrategien, herunder tilskudd til spisevenner på 20 mill. kroner. Ordningen rettes mot frivillige og ideelle organisasjoner som bidrar til gode mat- og måltidsopplevelser for eldre. Det vises til nærmere omtale på post 71.

#### Lindrende behandling og omsorg

Regjeringen la våren 2020 fram Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Regjeringen vil 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. Det skal legges til rette for best mulig livskvalitet og valgfrihet i lindrende behandling og omsorg. Målet er økt valgfrihet til å bestemme hvor man ønsker å dø, også om man ønsker å dø hjemme. Lindrende behandling og omsorg til barn og unge og deres familier løftes fram spesielt fordi denne gruppen trenger særskilt tilrettelegging og ivaretagelse.

Det foreslås å øke det søkbare tilskuddet til lindrende enheter som drives etter hospicefilosofien med 30 mill. kroner. Tilbud til barn og unge skal prioriteres. I tillegg skal aktører som har etablert/etablerer tilbud prioriteres. I tillegg foreslås det bevilget 3 mill. kroner til et tre-årig program for utvikling av ulike modeller for mer hjemmetid og hjemmedød for personer i livet siste fase, som

en del av stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg. Det vises til postene 21, 67 og 73 for nærmere omtale. Det vises videre til kap. 732 for omtale av barnepalliasjon og barnepalliative team i spesialisthelsetjenesten.

#### Anmodningsvedtak

Oppfølging av NOU 2017:16 På liv og død

Vedtaket nr. 31, 20. november 2018

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

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

Vedtaket anses som utkvittert gjennom framleggelse av Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.

#### Likeverdsreformen

Regjeringen har startet arbeidet med en likeverdsreform. Reformen vil omhandle barn og familier som har eller venter barn med behov for sammensatte tjenester. Formålet er å gjøre livet og hverdagen enklere for disse familiene. Et sentralt mål med likeverdsreformen er at barn og familier med barn med behov for sammensatte tjenester skal motta sammenhengende og gode tjenester, og at pårørende skal oppleve ivaretagelse og inkludering. Våren 2020 er det gjennomført regionale dialogkonferanser i ulike deler av landet. Oppsummeringen av møtene er publisert på [www.likeverdsreformen.no](http://www.likeverdsreformen.no). Det tas sikte på å presentere helheten i reformen for Stortinget våren 2021.

Smitteverntiltakene i forbindelse med utbruddet av covid-19 har rammet mange barn og unge og deres familier. Som en følge av dette har pårørendes belastninger økt og det er behov for pårørendestøtte og avlastning. Regjeringen foreslår som en engangsbevilgning 100 mill. kroner til styrking av kommunenes rammetilskudd til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Midlene skal gå til habiliterings- og avlastningstilbud til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Midlene gis som en særskilt fordeling (tabell c). For nærmere informasjon se Kommunal- og moderniseringsdepartements budsjettproposisjon.

Stortingsmeldingen om utviklingshemmedes menneskerettigheter og likeverd

Regjeringen vil følge opp NOU 2016:17 På lik linje, Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming, med en egen stortingsmelding om utviklingshemmedes menneskerettigheter. Kulturdepartementet leder det interdepartementale arbeidet. Meldingen var planlagt fremlagt i 2020, men grunnet covid-19 er fremleggelse utsatt til våren 2021.

Helsedirektoratet jobber med å utarbeide en nasjonal veileder om kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Veilederen skal tydelig formulere hva som er forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming, og hva som skal til for at tjenestene er individuelt tilrettelagt der brukerne medvirker i utvikling og gjennomføring av eget tilbud. Pga.covid-19 er veilederen noe forsinket. Plan for ferdigstilling er innen første kvartal 2021.

Offentlig utredning om autisme

Autisme- og touretteutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 22. juni 2018. Utvalgets oppdrag var å kartlegge og vurdere dagens situasjon. Videre skulle utvalget foreslå tiltak for å bedre det samlede tjenestetilbudet til personer med autismespekterforstyrrelser og Tourettes syndrom og deres pårørende. NOU 2020: 1 Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 6. februar 2020. Utredningen var på alminnelig høring våren 2020. Regjeringen vil følge opp utredningen og høringsinnspillene på en egnet måte.

*Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*

Regjeringen vil at brukerstyrt personlig assistanse skal være et verktøy for å fremme likestilling og sikre brukerne mulighet for selvstendighet og aktivitet i hverdagen, uavhengig av funksjonsnivå. Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal oppsummere erfaringene med BPA-ordningen med utgangspunkt i gjennomførte evalueringer. Utvalget skal utrede hvordan man kan sikre at ordningen fungerer etter hensikten, herunder utrede hvordan ordningen kan innrettes for å sikre deltagelse i arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Ordningen skal være reelt brukerstyrt. Fra 1. juli 2020 ble retten til brukerstyrt personlig

assistanse utvidet til også å omfatte personer over 67 år som har fått innvilget ordningen før fylte 67 år.

### **Anmodningsvedtak**

Samboergaranti for omsorgstjenester

*Vedtak nr. 623, 19. april 2018*

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

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

Anmodningsvedtak er fulgt opp ved at samboergaranti fra 1. juli 2020 er tatt inn i forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).

Andre saker

*Fribeløp og egenandeler på sykehjem*

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester ble i 2020 endret som følge av økningen i det generelle prisnivået. For å oppdatere fribeløpet ved langtidsopphold i institusjon i samsvar med den generelle kostnadsøkningen, foreslår departementet at dette justeres fra 8 700 kroner til 9 000 kroner med virkning fra 1. januar 2021. Samtidig foreslås det å beholde maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G på 215 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, foreslås det å endre maksimal egenandel fra 170 kroner til 175 kroner per døgn. Satsen for dag/ nattopphold foreslås endret fra 90 kroner til 95 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 41 600 kroner til 42 900 kroner med virkning fra 1. januar 2021. 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 primært somatiske sykehjem (jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon §1 bokstav c) og d)). Det er etablert et system for kartlegging og oppfølging av antallet personer mellom 18 og 49 år som er innskrevet på langtidsopphold. Fylkesmennene rapporterer per 31. desember 2019 at 94 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. Fylkesmennenes oversikt viser at 24 av disse 94 personene ønsket et annet botilbud. Av disse hadde ti personer en konkret flytteplan.

Helsedirektoratet har for 2020 gitt fylkesmennene et tilleggsoppdrag med å rapportere antall barn under 18 år med langtidsopphold i institusjon (jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon §1 bokstav c) og d)). Rapporteringen inngår inntil videre som en del av det faste oppdraget med kartlegging av unge med opphold i institusjon. Helsedirektoratet rapporterer at det per 31. desember 2019 er ni barn under 18 år som har permanent opphold i en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon som definert over.

En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området.

### **Anmodningsvedtak**

Initiativ for å sikre at barn ikke skal måtte bo på sykehjem i strid med barnets beste og foreldrenes ønske

*Vedtaket nr. 508, 27. februar 2018*

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:67 S (2017–2018), jf. Innst. 125 S (2017–2018). Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtaket ved at Helsedirektoratet har gitt fylkesmennene et tilleggsoppdrag med å rapportere antall barn under 18 år med langtidsopphold i institusjon (jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon §1 bokstav c) og d)). Rapporteringen inngår

inntil videre som en del av det faste oppdraget med kartlegging av unge med opphold i institusjon. Helsedirektoratet rapporterer at det per 31.12.2019 er ni barn under 18 år som har permanent opphold i en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon som definert over. Av disse hadde tre et flytteønske. Alle de tre hadde konkret plan om flytting. Vedtaket anses som utkvittert.

### **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:

- 6 mill. kroner til kap. 740, post 01. Flyttingen er knyttet til kostnader til drift av IPLOS
- 0,5 mill. kroner til kap. 761, post 75, knyttet til at midler til Huntington-web prosjektet skal innlemmes i tilskuddet til Fagnettverket Huntington.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås det i tillegg å øke bevilgningen med til sammen 30 mill. kroner, hvorav 20 mill. kroner til økt tilskudd til Menn i helse og 10 mill. kroner i økt tilskudd til Verdighetssenteret.

### **Leve hele livet**

Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet* – En kvalitetsreform for eldre skal legge til rette for at kommuner, helseforetak og andre kan lære av hverandre og implementere gode løsninger innen reformens fem innsatsområder. Gjennomføringen av *Leve hele livet* startet 1. januar 2019 og varer ut 2023.

For å bistå kommunesektoren i planlegging, omstillings- og endringsarbeid, er det etablert et nasjonalt og regionalt støtteapparat. Helsedirektoratet, sammen med KS og Senter for omsorgsforskning utgjør det nasjonale støtteapparatet. Fylkesmennene koordinerer støtteapparatet regionalt som består av fylkesmannen, KS regionalt og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Det ble i 2020 bevilget til sammen 48 mill. kroner til gjennomføring av reformen. Av det samlede tilskuddet ble det bevilget 26 mill. kroner til regionalt gjennomføringsapparat for reformen, herunder 10 mill. kroner til fylkesmennene, 10 mill. kroner til KS og 6 mill. kroner til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Videre



ble det avsatt 5 mill. kroner til å gjennomføre program for et aldersvennlig Norge, 5 mill. kroner til følgeevaluering av reformen og 2 mill. kroner til Fylkesmannen i Trøndelag for tilgjengeliggjøring av Ressursportalen til alle kommuner i landet. De øvrige midlene ble bevilget til Helsedirektoratet, som har det nasjonale gjennomføringsansvaret med styringslinje til fylkesmennene.

En viktig oppgave i program for et aldersvennlig Norge er etablering av nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner. KS har fått ansvar for å drifte nettverket i to år. Så langt har om lag 75 kommuner og fylkeskommuner deltatt i arbeidet. I august 2020 har KS lagt fram en håndbok for aldersvennlige kommuner hvor det vises hvordan kommunene kan arbeide med medvirkning, planlegging og tilrettelegging av forhold som lokalmiljø, bolig, transport og frivillighet slik at eldre kan delta i lokalsamfunnet.

Regjeringen har etablert Rådet for et aldersvennlig Norge for å være en pådriver, gi retning og forankre arbeidet i sentrale organisasjoner. Helsedirektoratet etablerer høsten 2020 Senter for et aldersvennlig Norge som skal være sekretariat for arbeidet med aldersvennlig Norge. Senteret skal bl.a. samarbeide med nasjonalt og regionalt støtteapparat for gjennomføringen av Leve hele livet i reformperioden. Senteret vil bli samlokalisert med det nye Eldreombudet i Ålesund, jf. kap. 708, post 01. I 2020 ble det totalt bevilget 10 mill. kroner til programmet. Det vises til omtale på kap. 714, post 21.

Ressursportal.no er et viktig verktøy i arbeidet med analyse og planlegging, og brukes aktivt av det regionale støtteapparatet i dialogmøter med kommunene. Et viktig mål med ressursportal.no er å bidra til en økt forståelse av egne styringsdata og bidra til å øke den analysefaglige kompetansen i kommuner som grunnlag for å utvikle lokale planer. Oslo Met har ansvar for følgeevaluering av reformen og vil levere en midtveisevaluering i 2021.

I 2019 hadde alle landets kommuner har fått tilbud om dialogmøter fra støtteapparatet, og de fleste kommuner har deltatt eller planlegger å delta på slike møter. Mange kommuner deltar også i nettverk for erfaringsdeling og gjensidig faglig støtte og bistand med andre kommuner.

Det vises også til videreføring av læringsnettverkene 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. Det vises til omtale på kap. 761, post 21 og kap. 765, post 21.

Rapporteringen fra fylkesmennene våren 2020 viser at mange av aktivitetene i forbindelse med gjennomføringen av Leve hele livet har blitt satt på vent pga. covid-19. Reformarbeidet er derfor noe forsinket. Mange kommuner har i denne perioden måtte omprioritere ressurser til planlegging og håndtering av koronapandemien, og nøkkelpersonell i de regionale støtteapparatene har vært omdirigert til andre oppgaver. Samtidig har det vært jobbet aktivt på andre måter gjennom videreutvikling av metode- og veiledningsmaterieell og digital samhandling. Det utvikles konkrete metode, veilednings- og støttematerieell på alle fem innsatsområder pluss tre områdeovergripende områder; frivillighet, brukermedvirkning og implementering. Regjeringen legger til grunn at aktivitetene i forbindelse med gjennomføring av Leve hele livet lokalt skal kunne gjenopptas og utføres som planlagt innen reformperioden.

Bevilgningen foreslås videreført med 48 mill. kroner i 2021.

#### Fylkesmennene

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak knyttet til fylkesmennenes oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, Demensplan 2025 og Kompetanseløft 2025, samt investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser. Fylkesmennene har blandt annet forvaltningsansvaret for det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

Fylkesmennene skal ha oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser, samt følge opp tiltak for å forbedre kvaliteten i omsorgstjenestene. Videre har fylkesmennene utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling.

Utgifter til faglige kurs og konferanser som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen.

Bevilgningen var 16,6 mill. kroner i 2020. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. Særskilt bevilgning på 10 mill. kroner til Fylkesmannens rolle i regionalt støtteapparat for Leve hele livet, jf. omtale over, kommer i tillegg.

#### Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Bevilgningen dekker utrednings- og gjennomføringskostnader, samt utgifter til revisjon og følge-

evaluering av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Det foreslås å bevilge 7,5 mill. kroner til formålet i 2021.

Forsøket startet opp i 2016 og er gjennomført i henhold til plan. Evalueringsrapporten, som omhandler første forsøksperiode, ble offentliggjort i januar 2020. Alle kommunene som deltar i forsøket har gjennomført de prosesser som det er lagt opp til. Det er bl.a. jobbet med løsninger for elektronisk pasientjournal (EPJ), arbeidsrutiner og klart språk. HelseDirektoratet har ansvaret for gjennomføring av forsøket. I 2019 brukte HelseDirektoratet 7,2 mill. kroner til gjennomføring, revisjon og evaluering av forsøket. Enkelte kommunale administrasjonskostnader dekkes også over post 65. Se for øvrig omtale under post 65.

### Pårørendeprogrammet

Formålet med Program for en aktiv og framtidigrettet pårørendepolitikk 2014–2020 er å forbedre vilkårene for den uformelle omsorgen, samt å bidra til å forbedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen.

Tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver er et av hovedtiltakene under programmet og skal bidra til å utvikle kommunale modeller for å bedre pårørendes situasjon, synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver. Tilskuddsordningen stimulerer til mye lokal aktivitet på pårørendeområdet.

I 2019 mottok HelseDirektoratet 50 søknader og innvilget 25 av disse helt eller delvis. Mange av prosjektene går over 2–3 år. De fleste prosjektene rapporterte om høy måloppnåelse for 2019, sett opp mot egen prosjektplan. Det er stor bredde i prosjektene og mange innhenter erfaringer fra andre kommuner for å lære. De fleste prosjektene har samarbeid med frivillige organisasjoner og pårørende. Eksempler på prosjekter er utvikling av kommunal pårørendestrategi, kommunalt pårørendesenter med lavterskeltiltak for pårørende (mestringskurs, 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. I følge nettstatistikken er veilederen relativt mye brukt. I 2019 jobbet HelseDirektoratet med mindre oppdateringer av veilederen og med å implementere veilederens anbefa-

linger i annet arbeid, f.eks. pakkeforløp. I 2019 ferdigstilte kompetansenettverket BarnsBeste (Sørlandet sykehus) et e-læringskurs om barn som pårørende for ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, på oppdrag fra HelseDirektoratet. E-læringen er basert på veilederen. Fra høsten 2019 har kurset vært fritt tilgjengelig for alle. BarnsBeste jobber i 2020 med systematisk utprøving av e-læringen i noen utvalgte kommuner.

Det ble i 2020 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 benyttes til drift av programmet og tilskuddsordningen, oppfølging og oppdatering av veilederen, utvikling og utprøving av e-læringskurs, m.m. Regjeringen tar sikte på å legge fram en samlet pårørendestrategi og handlingsplan i løpet av 2020. Arbeidet med strategien viser at mange pårørende trenger mer støtte og avlastning enn de får i dag. Tiltakene under pårørendeprogrammet vil stå sentralt i den kommende pårørendestrategien og handlingsplanen og bevilgningen til pårørendeprogrammet foreslås derfor videreført som del av pårørendestrategien i 2021. 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 tillegg fått i oppdrag å bidra til arbeidet med å utvikle en egen nasjonal pårørendeundersøkelse, som ledd i regjeringens arbeid med å utarbeide en samlet pårørendestrategi og handlingsplan. Det er bevilget 3,8 mill. kroner til dette formålet i 2020. Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

### Demensplan

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. I

2020 ble det bevilget om lag 45 mill. kroner til oppfølging av Demensplan 2020.

Gjennom Demensplan 2020 er det gitt tilskudd til kommuner for å arrangere pårørendeskoler og samtalegrupper for personer med demens. Det er Aldring og helse som forvalter tilskuddet på vegne av Helsedirektoratet, og i 2019 ble det gitt tilskudd til gjennomføring av 372 slike tilbud, herav 173 pårørendeskoler og 199 samtalegrupper i 307 kommuner. Kursene evalueres av deltakerne og erfaringene viser at kursene er av stor betydning for å kunne mestre en krevende hverdag som nære pårørende til personer med demens. Det foreslås å videreføre tiltaket i ny demensplan.

Nasjonal faglig retningslinje om demens ble publisert i 2017 og har i 2019 blitt omarbeidet til Helsedirektoratets nye elektroniske retningslinjema. Videre er det i 2019 utarbeidet diverse veiledningsmateriell knyttet til retningslinjen, som skjema for basal demensutredning, håndbok om utvidet demensutredning, og det er startet arbeid med veiledningsmateriell om vurdering av samtykkekompetanse. Det er videre utarbeidet veiledningsmateriell knyttet til grupper av personer med demens med særlige behov. Informasjon og materiell er lagt ut på egne nettsider hos Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Utviklingsprosjektene om systematisk oppfølging etter demensdiagnose og personer med demens som bør hjemme – og som har betydelig behov for hjelp, er sluttført, og evaluert i 2019. Arbeidet med veiledningsmateriell knyttet til utviklingsprosjektene er startet opp.

Helsedirektoratet har startet et arbeid med å innhente et bredere kunnskapsgrunnlag om behovene til personer med demens og deres pårørende. Det er publisert flere artikler fra undersøkelsen, og sluttrapport vil foreligge i 2020. Den innhentede kunnskapen danner grunnlag for å utvikle gode tiltak og tjenester til personer med demens og deres pårørende, samt verktøy som kan bidra til at personer med demens og deres pårørende kan involveres i beslutninger som angår dem. Arbeidet tas inn i ny demensplan.

Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i oppdrag å gjennomføre en undersøkelse av forekomsten av demens i Norge (prevalensundersøkelse). Datainnsamlingen er gjennomført sammen med den fjerde datainnsamlingen i befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 2017–2019 (HUNT4), og det er supplert med storbydata fra Trondheim. Datasamlingen er avsluttet og rapport vil foreligge i 2020.

Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen har mottatt 1 mill. kroner i tilskudd til lokalt informasjons- og veiledningsarbeid, og har bl.a. bidratt med informasjonstiltak, møteplasser og aktivitetstiltak for personer med demens og deres pårørende i 15 fylker. Det foreslås å videreføre støtten til Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Bevilgningen foreslås videreført til oppfølging av Demensplan 2025. I 2021 foreslås det at følgende tiltak prioriteres:

- Demensomsorgens ABC og annen kompetanseheving
- Pårørendeskoler og samtalegrupper, samt andre pårørendetiltak
- Utarbeide forløpsveiviser om demens med særlig oppmerksomhet på systematisk oppfølging etter diagnose og gode pasientforløp
- Tiltak for å øke utredning og diagnostisering av demens
- Undersøkelse av insidens og sykdomsvarighet for demens, samt agitasjon og voldshendelser i sykehjem

Videre foreslås det over kap. 761, post 71 å opprette nye tilskuddsordninger til frivillige og ideelle organisasjoner som stimulerer til tiltak som skal bidra til økt aktivitet og til å motvirke ensomhet blant eldre.

#### *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. Det ble bevilget 9,9 mill. kroner til formålet i 2020. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2021.

Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i de to ABC-programmene. For Demensomsorgens ABC er det i 2019 totalt gjennomført 141 fagseminarer med 5680 deltagere. For Eldreomsorgens ABC er det gjennomført 40 fagseminarer med til sammen 1239 deltagere. I 2019 ble det påbegynt 4333 nye permer for Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC, fordelt på 173 kommuner. Det er i planperioden arbeidet med revidering av opplæringsmateriellet for Demensomsorgens ABC, slik at dette i større grad avspeiler nytt lovverk, føringer i nasjo-

nal faglig retningslinje om demens og andre nasjonale føringer.

Tiltaket vil inngå i Kompetanseløft 2025 og Demensplan 2025.

#### Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen har som mål å forebygge uønsket ensomhet i befolkningen og har derfor lagt fram en egen ensomhetsstrategi. Formålet er 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 2021:

#### *Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy*

Formålet med tilskuddsordningen er å legge til rette for møteplasser og samhandling mellom generasjoner gjennom utvikling og utprøving av teknologiske verktøy. Målgruppen for tilskuddet er landsdekkende frivillige og ideelle organisasjoner og stiftelser. Pensjonistforbundet, Blindeforbundet, Røde Kors, SeniorSmart og Mental helse fikk støtte over ordningen i 2019.

Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det ble bevilget 6 mill. kroner til tiltaket i 2020. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologi-program. Se kap. 701, post 21 for en helhetlig omtale av programmet.

#### *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.

Ordningen ble evaluert i 2018 og viser at ordningen er godt kjent, attraktiv og verdifull for søkergruppen. Aktivitetene synes egnet for å nå formålet og det er relativt god deltakelse. Måloppnåelsen vurderes samlet sett som tilfredsstillende.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddet. I 2019 mottok direktoratet 199 søknader. Totalt 50 prosjekter fikk tilskudd.

I saldert budsjett for 2020 ble det bevilget om lag 19 mill. kroner til formålet. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2021.

#### Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Stiftelsen Livsglede for eldre har siden 2013 drevet en nasjonal sertifiseringsordning av Livsglede-

hjem. 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 i perioden 2013–2020. Ved utgangen av 2019 var det totalt 116 sertifiserte sykehjem. Ved utgangen av 2020 er det forventet at totalt 17 pst. av landets sykehjem er sertifiserte.

Bevilgningen i 2020 var totalt 9,5 mill. kroner, inkludert 0,5 mill. kroner til evaluering. Evalueringen viser at ordningen bidrar til økt livsglede, men årsakssammenhengen er noe uklar. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

#### Teknologier for trygghet og mestring

Formålet med bevilgningen er å bidra til å gjennomføre prosjektet teknologier for trygghet og mestring. Målet med prosjektet er at velferdsteknologi innen trygghet og mestring skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Målgruppen for prosjektet er den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I 2019 var prosjektet i sprednings- og implementeringsfasen. Samlet sett har nærmere 90 pst. av kommunene vært med i velferdsteknologi-programmets spredningsprosjekt knyttet til trygghet og mestring. I overkant av 60 pst. av kommunene i programmet tilbyr velferdsteknologi på lik linje med andre tjenester. Dette gjelder særskilt områdene medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi (GPS), pasientvarsling og digitalt tilsyn.

I 2020 ble det bevilget 18,3 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2021. Prosjektet inngår i Nasjonalt velferdsteknologi-program. For samlet omtale av Nasjonalt velferdsteknologi-program se kap. 701, kap. 21 og kap. 740.

#### Teknologisk støtte i fritidsaktiviteter for barn med funksjonsnedsettelse og deres familier

Formålet med bevilgningen er å prøve ut velferdsteknologi som kan bidra til at barn og unge med funksjonsnedsettelse enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter. Siden 2015 er det gjennomført en utprøving av tiltaket i seks kommuner. Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse har også deltatt. Utprøvingen i disse kommunene viser at velferdsteknologi gir helsegevinst i form

av å fremme selvstendighet og mestring av daglige gjøremål, sosial deltakelse og språklige ferdigheter. I tillegg fremgår det at velferdsteknologi gir trygghet og avlastning for pårørende. Det er også opparbeidet kompetanse, metoder og tjenestemodeller som er nødvendig for at velferdsteknologiske løsninger skal bli en del av tjenestetilbudet til barn og unge. Erfaringene så langt viser også at tiltaket har overføringsverdi og kan spres til andre kommuner.

Nasjonalt senter for e-helseforskning har fulgt prosjektet og leverte i 2020 sin sluttrapport. Sluttrapporten bekrefter erfaringene fra prosjektet og trekker frem at velferdsteknologi til denne målgruppen har stor nytteverdi så lenge barnets behov settes i sentrum.

Det ble i 2020 bevilget 4 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2021 til spredning av satsingen. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. For samlet omtale av Nasjonalt velferdsteknologiprogram se kap. 701, post. 21 og kap. 740.

Nasjonalt prosjekt for behandling og oppfølging av kronisk syke på avstand ved hjelp av velferdsteknologi

Formålet med bevilgningen er å bidra til gjennomføringen av prosjekt medisinsk avstandsoppfølging. Betegnelsen medisinsk avstandsoppfølging endres i 2020 til digital hjemmeoppfølging. Ved prosjektets ferdigstilling i 2021 vil det utarbeides en anbefaling for fremtidige tjenestemodeller og overgang til drift, samt hvordan digital hjemmeoppfølging best kan skaleres.

I 2020 ble det bevilget 1,5 mill. kroner til ordningen. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2021. Det vises til nærmere omtale og bevilgning i kap. 762, post 63. Ordningen inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Tilskudd til personer med nevrologiske skader og sykdommer

Tilskuddsordningen skal styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid for og om personer med nevrologiske skader og sykdommer. Aktivitetene rettes mot helsepersonell, pårørende og de ulike brukergruppene. Tilskuddet går til landsdekkende tiltak som internettsider, chatte- og telefontilbud, samlinger og likepersonarbeid. Tiltakene bidrar til økt kunnskap som videre styrker dialog og brukermedvirkning i tjenestene. I 2019 var det 23 søkere og 14 tilskuddsmottakere over ordningen.

I 2020 ble det totalt bevilget 5 mill. kroner til denne tilskuddsordningen, hvorav 3 mill. kroner til veilednings- og informasjonsarbeid for personer med nevrologiske skader og sykdommer i regi av brukerorganisasjonene, samt 2 mill. kroner øremerket til Hjernerådet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2021.

Midlene knyttet til utvikling av Huntingtonweb på 0,5 mill. kroner foreslås flyttet til tilskuddsordningen til fagnettverk Huntington på kap. 761, post 75, da dette er ferdig utviklet i 2020.

Fallforebyggende arbeid

Formålet med tiltaket er å øke kompetansen om fallforebyggende trening blant eldre. Helsedirektoratet startet i 2018 et utviklingsarbeid og 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. I 2020 ble det bevilget 1 mill. kroner til implementering og spredning av programmet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2021. Tiltaket sees i sammenheng med oppfølging av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2029 og Nullvisjon for fallulykker i og ved hjemmet. Det vises til omtale under kap. 714, post 21.

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 2020 bevilget 8 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2021 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 kommunehelsetjeneste for pasienter med behov for barnepalliasjon. Fra 2019 kan videreutdanningen tas på masternivå for alle faggrupper med bachelor innenfor helsefag. I 2019 var det 80 søkere, hvorav 40 ble tatt inn med oppstart august 2019.
- 2,5 mill. kroner i øremerkede midler til Foreningen for barnepalliasjon. Foreningen for

barnepalliasjon har bl.a. formidlet og undervist eksterne og interne aktører og bidratt til å veilede, støtte og gi kunnskap til pasient, pårørende og helsepersonell.

Tiltakene følger opp Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.

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 i 2019 utbetalt tilskudd til Foreningen for barnepalliasjon, Sykehusklovnene og Stiftelsen Termik. Foreningen for barnepalliasjon har bl.a. bidratt til informasjons- og opplysningsarbeid. Sykehusklovnene har økt kompetansen til sykehusklovnere innen barnepalliasjon og delt kunnskap med tverrfaglige team om kommunikasjon med barn og unge. Stiftelsen Termik har bistått pårørende og ansatte i helsetjenesten i samarbeid med alvorlig syke og døende barn og unge. I 2020 ble det bevilget 2 mill. kroner til tilskuddsordningen. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2021.

Ønsketransporten

Formålet med bevilgningen er å legge til rette for individuell transport slik at syke og døende kan delta i ulike aktiviteter. Ønsketransportens gjennomfører oppdragene med kvalifisert personell og i samråd med et eventuelt behandlingsteam. Det ble bevilget 1 mill. kroner som et øremerket tilskudd til Ønsketransporten i 2020. Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

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 2019 videreført med tre kull i Oslo og Bergen. Deltakerne har som en del av utdanningen

utviklet prosjekt på egne arbeidsplasser. Siden oppstart har om lag 400 deltakere deltatt på utdanningen. 53 deltakere fullførte i 2019. Deltakerne kom fra 17 fylker og 126 kommuner (14 nye i 2019).

440 deltakere har gjennomført etterutdanningen i palliativ eldreomsorg, hvorav 48 var nye deltakere i 2019. Deltakerne har kommet fra alle landets fylker og totalt 106 kommuner (5 nye i 2019). Måloppnåelsen vurderes som høy i 2019, til tross for at evalueringen av tidligere år viser relativt lav måloppnåelse, og at tilbudet tidligere har vært noe skjevt geografisk fordelt og lite ledelsesforankret. For å følge opp evalueringen har det blitt satt i gang flere tiltak, bl.a. utvikling av nettbaserte alternativ for alle tre utdanninger. Verdighetssenteret vil lansere en nasjonal kampanje om de nye digitale tilbudene for å bidra til økt nasjonal spredning. De vil inngå samarbeidsavtaler med kommuner for å bidra til ledelsesforankring, og utvikle en prosjektbank på nett for å fremme erfaringsutveksling og deling av god praksis.

Det ble bevilget 12 mill. kroner til Verdighetssenteret i saldert budsjett 2020, jf. Innst. 11 S (2019–2020). I tillegg ble bevilgningen styrket med 10 mill. kroner i forbindelse med Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020). Styrkingen skal særskilt rettes inn mot kommunenes behov for veiledning og kompetanse knyttet til oppfølging av covid-19-pasienter. Det foreslås 22 mill. kroner til Verdighetssenteret i 2021.

## Anmodningsvedtak

Drift og oppfølging av Verdighetssenteret

Vedtak nr. 132, 9. desember 2019

*«Stortinget ber regjeringen sikre fortsatt videre drift og oppfølging av Verdighetssenteret som tilbyr etterutdanning av helsepersonell i akuttmedisinsk eldreomsorg, palliativ eldreomsorg og frivillighetskoordinator for å sørge for fortsatt kompetanse på dette området.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 1 S (2019–2020), jf. Innst. 11 S (2019–2020).

Vedtaket anses som utkvittert gjennom tiltak i Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve og gjennom foreslått styrking av tilskudd til Verdighetssenteret i Prop. 1 S (2020–2021).

### Ledelse, rekruttering og fagutvikling

Riktig kompetanse på riktig sted er avgjørende for at brukerne skal få gode helse- og omsorgstjenester. God ledelse er en forutsetning. For å bidra til dette foreslås det å bevilge midler til følgende tiltak:

#### *Styrking av ledelseskompetanse*

Nasjonale lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015 og er et tilbud ved Handelshøyskolen BI i perioden 2015–2021. Målgruppen 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 844 personer gjennomført utdanningen i perioden 2015–2020. Våren 2020 er en videreføring av utdanningen lagt ut på anbud. Ny avtale vil avløse dagens avtale med BI. Det ble i 2020 bevilget 16,2 mill. kroner til tiltaket over posten. Tiltaket finansieres i tillegg med 5,2 mill. kroner over kap. 765, post 21 og 1 mill. kroner over kap. 770, post 70. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

#### *Tiltak for rekruttering: Menn i helse*

Menn i helse skal bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren. Prosjektet ledes av KS, etter avtale med Helsedirektoratet. Modellen baserer seg på et samarbeid mellom kommunene og Nav lokalt. Deltakerne får tittelen helserekrutt og tilbys et komprimert utdanningsløp fram til fagbrev som helsefagarbeider. 92 pst. av de som har tatt fagbrev gjennom Menn i helse har fått relevant jobb.

Ved Stortingets behandling av Prop 1 S (2019–2020), jf. Innst. 11 S (2019–2020) ble det bevilget 6 mill. kroner til tiltaket over posten. I tillegg har Fylkesmannen gitt tilskudd fra post 68 til regionale koordinatorer. Totalt har 342 tidligere arbeidsledige menn tatt fagbrev som helsefagarbeider fra 2011 til og med 2019. 92 pst. av de som har tatt fagbrev gjennom Menn i helse, har en jobb i etterkant av fullført fagbrev og er ikke lenger avhengig av ytelse fra NAV. Tilbakemeldingene fra arbeidsgivere er at personell fra Menn i helse er svært attraktiv arbeidskraft. Det har i 2019 vært deltakere fra 65 kommuner fordelt på ni fylker.

Det ble forbindelse med behandlingen av Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020) bevilget ytterligere 20 mill. kroner til utvi-

delse av prosjektet. Forslaget var målrettet for økt kompetanse og omstilling som en del av regjeringens tiltak for norsk økonomi. Å bidra til at flere får den kompetansen dagens og morgendagens omsorgstjeneste trenger er en langsiktig utfordring. Det foreslås å videreføre denne bevilgningen, slik at det totalt bevilges 26 mill. kroner til prosjektet som en helhet i 2021, inkludert utgifter til fylkeskoordinatorer.

Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

#### *Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere*

Prosjektet Jobbvinner er et rekrutteringstiltak som skal bidra til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet er økt bemanning og god fagutvikling i tjenestene. KS leder prosjektet i samarbeid med Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Delta.

Gode opplevelser i praksis er avgjørende for at lærlinger og studenter skal ønske kommunen som en fremtidig arbeidsplass. Et av de sentrale tiltakene i prosjektet er å etablere samarbeid mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner for å utvikle tiltak som styrker praksisopplæringen.

Det er i 2019 gjennomført samarbeid om piloter for økt rekruttering i ni geografiske områder mot syv året før. Kommuner og utdanningsinstitusjoner samarbeider om praksisopplæringen, og flere studenter har valgt praksisstedet som arbeidsplass etter endt sykepleieutdanning. Trøndelag Forskning og utvikling har i oppdrag å levere evaluering og sluttrapport over tiltak i deler av Jobbvinner våren 2020.

I 2020 ble det bevilget 4 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. 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 HF 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:

Det ble bevilget 3 mill. kroner til tiltaket i 2020. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Nord Universitet på vegne av partnerskapet for Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg i 2021. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

#### *Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang*

Formålet med bevilgningen er å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i 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. I 2019 har 773 personer fra 15 fylker fått opplæring i Musikkbasert miljøbehandling. 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.

Kompetansesenteret for kultur i helse og omsorg har i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Nord universitet, og Bergen Røde Kors Sykehjem videreutviklet et nasjonalt opplæringsprogram i miljøbehandling med integrert bruk av musikk, sang og bevegelse (MMB) og har gjennomført programmet siden 2015.

Det ble i 2020 bevilget 5 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås at tilskuddet videreføres i 2021 og knyttes til nytt Kompetanseløft 2025. I forbindelse med overgang til ny planperiode for kompetanseløftet så må oppdraget lyses ut høsten 2020 for en ny kontraktperiode.

#### *Kompetansehevede tiltak i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming*

Nasjonale kompetansetjeneste Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet Mitt livs ABC – et kompetansehevede tiltak for ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Målet er å bidra til bedre livskvalitet, bedre tjenester og bedre rettssikkerhet for personer med utviklingshemming. Det er utviklet opplæringsmaterieell til helse- og omsorgspersonell. Mitt livs ABC skal implementeres i landets kommuner i samarbeid med lokale fagmiljøer.

Siden Mitt livs ABC startet opp er det registrert 4 922 personer i 204 kommuner som har fullført eller er i gang med kursrekken. Ved utgangen av 2019 har 2 343 personer fullført Mitt livs ABC. I

2019 var det pågående kursaktivitet i alle landets fylker. Måltall for nye ABC-deltakere i 2020 er 3000 aktive deltakere per 31.12.2020.

I 2020 er det ferdigstilt en e-læringsmodul for «Dette må jeg kunne – gode tjenester til personer med utviklingshemming».

Nettsiden abc.aldringoghelse.no ble lansert januar 2018. Den fungerer som en opplæringsportal for alle ABC-ene som administreres av Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse. I perioden 20.02.2018 – 31.12.2019 har siden vært besøkt 21 066 ganger med over 66 tusen sidevisninger.

I 2020 ble det bevilget 6 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. 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. Det ble i 2020 bevilget 1,2 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås flyttet fra post 67 til post 79, jf. tilsvarende flytting i revidert budsjett 2020, jf. Innst. 360 S (2019–2020). Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

#### *Senter for omsorgsforskning*

Bevilgningen går til Senter for omsorgsforskning sitt arbeid med formidling av forskning og innovasjon og arbeidet opp mot Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Det ble i 2020 bevilget 4,6 mill. kroner til Senter for omsorgsforskning. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Det foreslås 1 mill. kroner til Senter for omsorgsforskning sitt arbeid med å formidle kunnskap om forskning og innovasjon i omsorgssektoren. Sentrene har siden 2015 bl.a. driftet et omsorgsbibliotek som samler dokumentasjon fra



innovasjonsprosjekter, utviklingsarbeid og resultater fra følgeforskning. I 2019 har antall lesninger økte fra 31 000 i 2018 til 58 000. Det generelle tilfanget av artikler har økt de siste årene. Ved avslutningen av 2019 hadde de 17 vitenskapelige artikler i prosess. Formidling av forskning og innovasjon må ses i sammenheng med sentrenes formaliserte samarbeid med USHTene i sin region, og deres oppdrag om å være et dokumentasjons-senter for forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i omsorgssektoren.

Videre foreslås det 3,6 mill. kroner for at sentrene skal bistå og samarbeide med USHTene i sin region, i arbeidet med å oppfylle sine samfunnsoppdrag. For nærmere omtale av USHTene vises det til post 67. For øvrig mottar Senter for omsorgsforskning driftstilskudd over kap. 780, post 50.

#### Senter for alders- og sykehjemsmedisin

Formålet med bevilgningen er å bidra til å løfte kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom forskning og undervisning. Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen (SEFAS) driver utstrakt undervisning og kursing for å implementere ny kunnskap i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. SEFAS har initiert og utviklet «Eldreboen» som ble utgitt i 2019. Det er forelest for og veiledet nær 500 studenter ved universitet/høyskole/fagskoler innen demens, lindring, omsorg og behandling ved livets slutt, eldre og søvn, smertevurdering og behandling, verdighet, forskningsdesign og metode. SEFAS har ansvar for emneundervisning i palliativ-, alders- og sykehjemsmedisin på medisinstudiet ved Universitetet i Bergen og arbeider med å tilby tverrprofesjonell praksis til studenter på helsefag. Nær 800 studenter får praksis på sykehjem, hjemmetjenester eller lignende. I 2019 sto sentret bak 18 vitenskapelige publikasjoner.

I 2020 ble det bevilget 3 mill. kroner i prosjektstøtte til Senter for alders- og sykehjemsmedisin. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2021.

#### Senter for medisinsk etikk

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME) jobber med medisinsk og helsefaglig etikk gjennom forskning, undervisning og formidling. SME skal bl.a. bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for beslutninger og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten og bidra til å styrke medvirkning i tjenestene. Senteret skal også koor-

dinere og kvalitetssikre kliniske etikkomiteer i helseforetakene og bistå kommuner som ønsker å etablere kliniske etikkomiteer. Senteret har hatt stor aktivitet i 2019, herunder bistått ved etableringen av etiske råd og kliniske etikkomiteer i kommunehelsetjenesten, gitt undervisning på seminarer og kurs i etikk for leger i alders- og sykehjemsmedisin, veiledet i etikkrefleksjon i kommunehelsetjenesten og arbeidet med ny lærebok i klinisk etikk. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Det ble i 2020 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 2021. Tilskuddet forvaltes av Helseledningsdirektoratet 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.

#### Evalueringsprogram 2020

Omsorg 2020 følges opp med et evalueringsprogram. Evalueringen skal være resultatorientert og vil bl.a. se på hvordan nybyggede sykehjem og omsorgsboliger fungerer for dem som bor der, arbeider der og for pårørende og lokalsamfunnet. Evalueringen finansieres gjennom Norges forskningsråd over kap. 780, post 50.

#### Noklus

Målet med bevilgningen er å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene i sykehjem og hjemmetjenesten. Kommuner skal tilbys tilslutning til Noklus og få opplæring.

Ved utgangen av 2019 deltok 907 sykehjem i Noklus, og i løpet av året fikk 506 av disse ett eller flere besøk. Det ble arrangert 326 kurs for 3412 sykehjemsansatte. Noklus startet i 2016 et prosjekt for å kvalitetsforbedre all laboratorievirkosomhet i hjemmetjenesten i tre fylker, og dette er blitt utvidet til åtte nye fylker i løpet av årene 2017–2019. Målet for prosjektet er gradvis å inkludere hjemmetjenesten i hele landet ved å tilby to års gratis deltakelse i Noklus, slik at all laboratorievirkosomhet i hjemmetjenesten blir kvalitetsforbedret. I 2019 ble det gjennomført 46 innledende møter og 69 besøk. Det ble arrangert 166 lokale kurs med til sammen 2114 deltakere hos deltakende enheter i prosjektet. Måloppnåelsen vurderes som høy.

I 2020 ble det bevilget 7,8 mill. kroner til Noklus. Det foreslås å videreføre tilskuddet i 2021.

### 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 deltakelse i arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Ordningen skal være reelt brukerstyrt. Utvalget skal levere i 2021.

### Iplos-data i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Iplos (individbasert statistikk for pleie og omsorgstjenestene) ble opprettet i 2006 og er per i dag et nasjonalt helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Registeret gir detaljert informasjon om tjenesteforbruk og utviklingstrekk. HelseDirektoratet er databehandlingsansvarlig og forvalter av det historiske Iplos. I 2019 overtok HelseDirektoratet mottak, kvalitetskontroll, innsamling, behandling, utlevering og lagring av opplysninger av data fra kommunale helse- og omsorgstjenester fra Statistisk sentralbyrå, og dette integreres i KPR. Registeret legger til rette for løpende oppdaterte data. I 2020 ble det bevilget 6 mill. kroner til forvaltning av IPLOS-registeret på posten.

Implementering av det pseudonyme IPLOS-registeret som en del av kommunalt pasient- og brukerregister har gitt faste forvaltningskostnader. Registeret har faste, bundne kostnader knyttet til innsending av data og tilbakemelding på datakvalitet, videreutvikling og oppdatering av løsninger for publisering av styringsinformasjon til kommunene.

Midlene foreslås flyttet til kap. 740, post 01. Se omtale av KPR under kap. 701, post 21 og programkategori 10.60.

### Antibiotikaresistens

Bevilgningen skal nyttes til arbeidet med antibiotikaforskrivning rettet mot leger i kommunale institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddsmottaker er Antibiotikasenter for primærmedisin. I 2020 ble det bevilget 3 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2021. Antibiotikasenter for primærmedisin mottar også tilskudd over kap. 762, post 70. Det vises til utvidet omtale på kap. 762, post 70.

### Post 60 Kommunale kompetansetiltak

Utover generell prisjustering foreslås bevilgningen redusert med 1,5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen i 2021 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 eller kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. Fra og med 2018 ble tilskuddsordningen til kvalifisering av fremmedspråklige innlemmet i kurspakke for ufaglærte. Dagens deltakere i kvalifisering av fremmedspråklige skal ivaretas innenfor ordningen kurspakke for ufaglærte.

I 2019 besto 57 deltakere fagprøven som helsefagarbeider. 25 av disse hadde norsk som andrespråk. Siden oppstart i 2012 har 416 personer bestått fagprøven. Det er 226 deltakere som har tatt vg3, men ikke tatt fagprøve ennå. I 2019 har 116 deltakere tatt tverrfaglig eksamen vg3, og av disse har 91 bestått.

Det er i 2019 blitt gjort endringer i fagplanen for å styrke oppfølging av deltakere med norsk som andrespråk. Deltakerne gir uttrykk for at kurset er et godt verktøy som kan hjelpe dem i opplæringen. Videre ble det i 2019, i samarbeid med læringsplattformen til KS Læring, startet et arbeid for å utvikle en e-læringsmodul for intensiv opplæring av personer uten helsefaglig utdanning som skal arbeide i helse- og omsorgstjenesten, som også er tilpasset deltakere med norsk som andrespråk.

Det ble i 2020 bevilget 8,9 mill. kroner til Kurspakke for ufaglærte. Bevilgningen foreslås videreført med 9,2 mill. kroner i 2021. Tiltaket inngår 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 33 vertskommunene for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen. Tilskudd er fordelt iht. antall gjenværende vertskommunebeboere. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektregnskap for tilskuddet. Kommunene må kunne legge dette fram for Helsedirektoratet på forespørsel.

En del av vertskommunene vil pga. frafall av beboere kunne få store endringer i inntekt fra ett år til et annet. Dette kan gi enkelte kommuner utfordringer i arbeidet med omstilling og nedbygging av tjenestetilbudet. For å sikre vertskommuner mot brått inntektsbortfall, er det innført en skjermingsordning slik at ingen kommuner ved frafall av beboere, trekkes mer enn et fastsatt beløp knyttet til antallet innbyggere i kommunen. Skjermingsbeløpet per innbygger skal svare til beløpet som gjelder for overgangsordningen i inntektssystemet. Uttrekk av midler vil bli foretatt uavhengig av øvrige uttrekk av rammetilskuddet til kommunene. Den delen av reduksjonen i tilskudd som den enkelte kommune ikke blir trukket pga. skjermingsordningen, hefter ved denne kommunen de påfølgende år. Når det gjelder tidligere Balestrand og Meldal kommune er det benyttet innbyggertall for 2019 for å beregne delvis tilbakebetaling av heftelsen. 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 36,3 mill. kroner i 2021 som følge av dette.

### **Post 62 Dagaktivitetstilbud**

Formålet med bevilgningen har fram til 2020 vært å stimulere til drift av eksisterende og etablering av nye, tilrettelagte dagaktivitetsplasser til hjemmeboende personer med demens i kommunene. Midlene ble innlemmet i rammetilskuddet til kommunene fra og med 2020.

Det har gjennom tilskuddsordningen vært gitt midler til i overkant av 4400 dagaktivitetsplasser. I 2019 mottok 346 kommuner tilskudd fra Helsedirektoratet til videreføring av allerede eksisterende dagplasser og til etablering av nye dagplasser. 18 kommuner hadde søkt om tilskudd til opprettelse av dagtilbudet for første gang.

### **Post 63 Investeringstilskudd – rehabilitering mv.**

Bevilgningen dekker investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser gitt i perioden fram til og med 2018, samt tilsagn om tilskudd fra og med 2019 til rehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Videre dekker bevilgningen investeringstilskuddet til lokalkjøkken med eget produksjonskjøkken.

Bevilgningen på posten foreslås samlet redusert med 863,7 mill. kroner:

- 46,34 mill. kroner i økt bevilgning som første års utbetaling av tilsagnsrammen for 2021.
- 11,6 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til forventet utbetaling av gitte tilsagn om investeringstilskudd til lokalkjøkken fra tidligere år.
- 921,6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forventet ferdigstilling av prosjekter med tilsagn fra tidligere år.

#### **Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser – rehabilitering**

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet har vært å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester.

Husbanken innvilger investeringstilskudd til prosjekter som kan ta flere år å fullføre. Posten har derfor et budsjetteringssystem med tilsagnsramme, tilsagnsfullmakt og bevilgning. Det vises til Prop. 1 S (2014–2015) for Helse- og omsorgsdepartementet, boks 4.2, for beskrivelse av budsjetteringssystem for poster med tilsagnsfullmakt. Av årlig tilsagnsramme legges det til grunn at 5 pst. kommer til utbetaling det første året, 15 pst. andre år, 30 pst. tredje år, 30 pst. fjerde år og 20 pst. femte år.

Det foreslås en bevilgning på 3 153,7 mill. kroner i 2021, hvorav 46,34 mill. kroner er knyttet til tilskudd som innvilges i 2021 og 3 107,4 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2021. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 4 069,2 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 926,7 mill. kroner i 2021. Rammen vil dekke tilskudd til rehabilitering/modernisering og utskifting av om lag 500 heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig. Den maksimale anleggskostnaden foreslås satt til 3,529 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og 4,036 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 2021 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per plass i 2021 (tusen kroner)	Pressområde- kommuner	Andre kommuner
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2220	1941
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1816	1588
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2018	1765
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	4036	3529

### Rapportering

I 2019 utbetalte Husbanken investeringstilskudd for 3456 mill. kroner, fordelt på post 63 og 69. Over post 63 ble det i 2019 innvilget tilsagn om tilskudd til 1038 heldøgns omsorgsplasser til rehabilitering mv., fordelt på 214 plasser i omsorgsbolig og 587 plasser i institusjon. I tillegg ble det gitt tilsagn til 505 plasser i kombinasjonsprosjekter med tilskudd både fra post 63 og 69. Samlet ble kommunene innvilget tilsagn om tilskudd til 2036 heldøgns omsorgsplasser over de to postene.

### Ny utbetalingsprofil

I Prop. 105 S (2019–2020) ble det varslet at Helse- og omsorgsdepartementet tok sikte på å innføre ny utbetalingsprofil f.o.m. budsjettåret 2021. Det er utfordrende å lage en konsistent utbetalingsprofil som treffer nøyaktig for det enkelte budsjettår. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor gitt Husbanken i oppdrag å utrede saken ytterligere.

### Plankrav

Formålet med investeringstilskuddet er å stimulere til utbygging og rehabilitering av heldøgns omsorgsplasser. Samtidig vet vi at det ikke vil være mulig eller hensiktsmessig å møte de demografiske utfordringene med heldøgnsstilbud alene. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at det innføres et plankrav for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser. Formålet med plankra-

vet er å stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger fra kommunene knyttet til de mest kostnadskrevende tilbudene, og dermed kunne få økt oppmerksomhet omkring tilbud på et lavere trinn i omsorgstrappen og gjennom økt innsats på forebygging, aldersvennlig samfunn mv.

Det legges ikke opp til detaljerte krav i plankravet, slik at planene best kan tilpasses lokale forhold og implementeres i kommunenes pågående prosesser og planer. Som et minimum skal planene inneholde betraktninger omkring kommunens helhetlige bo- og omsorgstilbud, standard på omsorgsbygg, demografisk utvikling og hvilke investerings- og driftskostnader ulike strategier vil utløse. Arbeidet med planer ses i sammenheng med planene som utarbeides i arbeidet med *Leve hele livet*, jf. omtale på kap. 761.

Det tas sikte på å innføre plankravet fra og med budsjettåret 2021, men endelig innførings-tidspunkt tilpasses tilsagnsrammen og situasjonen knyttet til covid-19.

### 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 konsulta-

sjonsordningen mellom regjeringen og KS. Plan-samarbeidet har også bl.a. 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. Tilsagnet er gitt til bygging av et nytt lokalt produksjonskjøkken ved Veteleflaten sykehjem i Voss kommune. Dette omfatter 137 personer med et heldøgns tjenestetilbud som enten bor på sykehjemmet eller i omsorgsboliger eller eget hjem i umiddelbar nærhet til det lokale produksjonskjøkkenet.

Det vises videre til krav om kjøkkenløsninger i fremtidige prosjekter til heldøgns omsorgsplasser, jf. omtale av investeringsstilskudd til heldøgns omsorgsplasser på post 63 og 69.

I budsjettet for 2020 er det vedtatt en tilsagnsramme på 96,9 mill. kroner. Bevilgningen i 2021 foreslås økt med 11,6 mill. kroner til 18,3 mill. kroner for å dekke utbetalingen av tidligere gitte tilsagn, i tråd med gjeldende utbetalingsprofil. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 83,8 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

#### Post 64 Kompensasjon for renter og avdrag

Bevilgningen dekker renter og avdrag for oppstartstilskudd som ble gitt under handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2003 og opptrappingsplanen for psykisk helse 1994–2004.

Bevilgningen foreslås redusert med 138 mill. kroner som følge av årlig reduksjon i gjenstående avdragskompensasjon. Rentesatsen for 2021 er 0,0 pst. For omtale av tildelingskriterier vises det til Prop. 1 S (2009–2010) Kommunal- og regionaldepartementet.

Ordningen forvaltes av Husbanken. I 2019 ble det utbetalt 839 mill. kroner i kompensasjons-

tilskudd. Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragskompensasjon.

Det foreslås bevilget 728 mill. kroner i 2021.

#### Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Bevilgningen dekker driftsutgifter og inntektspåslag til kommunene som inngår i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Posten har stikkordet overslagsbevilgning. Forsøket forvaltes av Helsedirektoratet og følgeevalueres, jf. omtale under kap. 761, post 21.

Bevilgningen på posten foreslås økt med 1 056 mill. kroner. Se nærmere omtale av endringene nedenfor.

Forsøket startet opp 1. mai 2016. Formålet med forsøket er å se om statlige kriterier for tjenestetildeling og statlig finansiering av omsorgstjenestene gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktiger behovsdekning. De kommunene som i dag deltar i forsøket har inngått avtale om videre deltakelse ut 2022. Disse er Selbu, Stjørdal, Bjørnafjorden og Lillesand. I tillegg vil Indre Østfold kommune delta i forsøket finansieringsmodell fra 1. januar 2021. Det foreslås å utvide forsøket med seks nye kommuner med sikte på oppstart 1. januar 2021. Totalt tas det sikte på at 11 kommuner deltar i forsøket ut 2022.

Forsøket er hovedsakelig finansiert gjennom overførte midler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, svarende til netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i deltakerkommunene i året forut for forsøksoppstart. Pga. koronasituasjonen forventes at kommunenes utgifter i 2020 ikke vil gjenspeile et normalt driftsår. Uttrekk for de seks nye kommunene vil derfor baseres på regnskap for 2019. I og med at kommunene i forsøket får dekket utgifter til ressurskrevende tjenester samme år som de påløper, økes bevilgningen til forsøket tilsvarende. Deltakende kommuner mottar i tillegg et årlig inntektspåslag svarende til 4 pst. av netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i året før forsøksoppstart. Inntektspåslaget er per kommune begrenset oppad til 25 mill. kroner årlig (2016–priser) og øremerket omsorgstjenester. Taket utgjør 29 mill. kroner i 2021. For nærmere omtale av forsøket innretning vises det til omtale i Prop. 1 S (2015–2016) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Indre Østfold kommune vil delta i forsøkets finansieringsmodell fra 1. januar 2021. Det medfører at 901,3 mill. kroner overføres fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 571, post 60 Rammetilskudd til kommunene til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kap. 761, post 65. Videre økes bevilgningen med 81,8 mill. kroner knyttet til Indre Østfold kommunes utgifter til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester. Bevilgningen økes med 2,7 mill. kroner overført fra rammetilskuddet for å dekke demografijustering for de 4 kommunene som allerede deltar i forsøket. I tillegg økes bevilgningen med 4,3 mill. kroner, overført fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 571, post 60 Rammetilskudd til kommunene til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kap. 761, post 65, for å dekke opp forsøkskommunenes utgifter til dagaktivitetstilbud til personer med demens. 49 mill. kroner skal dekke økte utgifter i forsøket. Det foreslås videre å bevilge 16,9 mill. kroner for å dekke helårsvirkning av inntektspåslag til seks nye kommuner.

Det vises også til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2018–2019), Programkategori 13.70.

#### Rapportering

I 2019 ble det utbetalt 1 393,6 mill. kroner til forsøket.

Forsøket folgeevalueres. Fjerde evalueringsrapport ble publisert januar 2020. Dette er en sluttrapport for forsøkets første periode gjeldende fra 1.5.2016 til 1.5.2019. Rapporten beskriver følgende hovedfunn: Sett i forhold til forsøkets formål ser det ut til at forsøket har medført økt likebehandling og riktigere behovsdekning for innbyggerne. Kommunene har innført en mer likeartet måte å tildele tjenester på, og nærmer seg hverandre når det gjelder sammensetning og nivå på tjenestene. Det tas forbehold om at noe av effekten kan skyldes mer likeartet koding av tjenestene, heller enn endringer i selve tjenestene. Flere av funnene tyder på at forsøkskommunene har en grundigere og mer dialogbasert kartlegging av den enkelte brukers behov, og at tjenestene i større grad er tilpasset brukernes mål og behov. Selv om det ikke er funnet vesentlige endringer i brukernes og pårørendes opplevelse av tjenestene, er det likevel sannsynlig at forsøket gir riktigere behovsdekning. Alle kommunene har økt sin kompetanse gjennom deltakelsen i forsøket. Det har vært en betydelig utgiftsvekst i kommunene, men med store variasjoner mellom kom-

munene. 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. Det ser ut til at kompetanseheving, krav til tildelingsprosessen og økte økonomiske rammer har hatt større effekt enn selve finansieringsmodellen. Forsøket gjennomføres i henhold til plan. Finansieringsordningen med basis i aktivitetsdata sikrer at kommunene kontinuerlig gjennomgår og kvalitetssikrer egne data til KPR. Dette har gitt kommunene et bedre grunnlag for å forstå og styre omsorgstjenesten i kommunene.

#### Anmodningsvedtak

Forsøk med statlig finansiering av helse- og omsorgstjenestene – utvidelse av forsøket

Vedtak nr. 738, 19. juni 2020

*«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 2021 med utvidelsen med seks nye kommuner inn i forsøket med statlig finansiering av pleie- og omsorgstjenesten, slik at Stortinget kan ta stilling til hvilke seks kommuner som får tilbud om å være med i ordningen.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 117 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020). Det foreslås å bevilge 16,9 mill. kroner til å dekke helårsvirkning av inntektspåslag for seks nye kommuner med sikte på oppstart 1. januar 2021. Følgende kommuner har søkt og har gitt tilbakemelding om at søknaden opprettholdes: Lyngdal, Austevoll, Froland, Enebakk, Stord, Karmøy, Tvedestrand, Sveio, Askøy, Arendal, Våler (Viken), Bømlo, Lødingen og Flekkefjord.

Samlet er det avsatt 38,1 mill. kroner for å dekke utgifter til inntektspåslag til seks nye kommuner med til sammen om lag 45 000 innbyggere. Vedtaket anses som oppfylt gjennom framleggelse av Prop. 1 S (2020–2021).

#### 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 og tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.

Det foreslås å flytte 1,2 mill. kroner til kap. 761, post 79, knyttet til tilskudd til fagutvikling og kompetanseheving i omsorgstjenestene til samiske brukere. Bevilgningen foreslås økt med 9,5 mill. kroner knyttet til sekretariatsfunksjon for helsefelleskap.

#### 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 flere fylker flere sentre.

Sammen med fylkesmennene og KS utgjør USHTene fra 2019 det regionale støtteapparatet til oppfølgingen av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. 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.

Sentrene hadde i 2019 høy aktivitet når det gjelder kunnskapsutveksling og gjennomføring av læringsnettverk innenfor innsatsområdene i *Leve hele livet*, *Demensplan 2020*, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming.

Det foreslås å bevilge 43,6 mill. kroner til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i 2021. 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. Det ble flyttet 1,2 mill. kroner til post 79, knyttet til fagutvikling og kompetanseheving i omsorgstjenestene til samiske brukere, i revidert budsjett 2020, jf. Innst 360 S (2019–2020). Tilsvarende flytting foreslås i 2021.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene til Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. 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, uavhengig av diagnose, og bidra til kompetanseoppbygging i kommunene. I 2019 har fem fylkesmannsembeter, på oppdrag fra Helsedirektoratet, forvaltet tilskuddsmidler til lindrende behandling og omsorg, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. Det er bygget opp kompetanse om palliasjon gjennom et bredt spekter av tiltak. Mange av prosjektene er interkommunale og/eller i samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, samt i samarbeid med frivillige organisasjoner. Oversikt over prosjektene publiseres på nettsidene til de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling.

I 2020 ble det bevilget 14,5 mill. kroner til formålet. 0,5 mill. kroner av disse midlene ble avsatt til en evaluering av ordningen. Evalueringen ferdigstilles i oktober 2020. Midlene fra evalueringen vil fra 2021 inngå i tilskuddet. Det foreslås 14,6 mill. kroner i bevilgning i 2021.

Det foreslås at 3 mill. kroner av bevilgningen benyttes 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. Det foreslås at den resterende bevilgningen benyttes til den søkbare tilskuddsordningen i 2021.

I forvaltningen av tilskuddene skal de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen *Leve hele livet* bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

#### 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. I 2019 fikk 24 kommuner tilskudd over ordningen. Prosjektene hadde ulike tema som generell kompetanseheving, velferdsteknologi, positiv atferdsstøtte, ernæring og 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 tilskud-

det skal de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen Leve hele livet bli prioritert, jf. nærmere omtale under kap. 761.

Det ble bevilget 7,5 mill. kroner til tiltaket i 2020. Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

#### Sekretariatsfunksjoner i helsefelleskapene

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 lanserte innføring av 19 helsefelleskap mellom helseforetak og kommuner for å sammen planlegge og utvikle bedre helse- og omsorgstjenester. Regjeringen og KS deler målet om å skape mer sammenhengende og bærekraftige tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjeneste 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 sekretariatsfunksjon skal bidra til at kommunene blir mer samordnet, og dermed et mer likeverdig partnerskap i helsefelleskapet. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 9,5 mill. kroner i 2021.

#### **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 belønningsordning for fritt brukervalg.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås det 20 mill. kroner i økt bevilgning til tilskudd til desentraliserte studier for ansatte i omsorgstjenestene. Videre foreslås det 12,5 mill. kroner i redusert bevilgning i kompetanse- og innovasjonstilskuddet for å styrke andre prioriterte tiltak.

#### Kompetanse- og innovasjonstilskuddet

Formålet med kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtid utfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet. Posten skal bl.a. dekke tiltak til opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) som er et prioritert tiltak på posten.

Det ble bevilget 367,9 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2019–2020), jf. Innst. 11. S (2019–2020). I forbindelse med behandlingen av Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020), ble det bevilget 20 mill. kroner til desentraliserte studier til ansatte i omsorgstjenesten. Denne bevilgningsøkningen foreslås videreført i 2021. Det foreslås en samlet bevilgning på 372,4 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2021. Bevilgningen skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevede tiltak og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov. Midlene skal fordeles på tre hovedformål:

- Opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse.
- Midler til kompetanseheving, herunder tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte og kompetansetiltak om rus og psykiske lidelser.
- Innovasjonstiltak, bl.a. utvikling av nye tiltak og metoder for forebygging og tidlig innsats, egenmestring, aktivitet og kulturopplevelser, mat og måltidsfelleskap, ernæring, legemiddel-håndtering, rehabilitering og samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og i demensomsorgen spesielt.

Det ble bevilget midler til opplæring av i overkant 2300 assistenter, arbeidsledere og saksbehandlere for brukerstyrt personlig assistanse i 2018.

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, samt 116 mill. kroner som i 2018 ble flyttet til ny tilskuddsordning til fagskoleutdanning på kap. 240, post 60 på Kunnskapsdepartementets budsjett. Om lag 5 700 kandidater fullførte en grunn- eller videreutdanning med tilskudd fra de fire ordningene i 2019. I tillegg var om lag 10 500 personer under utdanning.

Om lag 36 000 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning i 2019 med midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Av disse fullførte om lag 500 personer en bachelorutdanning i helse- og sosialfag, om lag 1400 personer en utdanning på videregående nivå, om lag 1000 personer en fagskoleutdanning, om lag 2100 personer en videreutdanning eller mastergradsutdanning innenfor høyere utdanning, og om lag 31 000 personer kurs, internopplæring eller annen type etterutdanning. Om lag 2200 ansatte knyttet til rusfeltet og psykisk helse fullførte et kompetansetilskudd i 2019.

207,5 mill. kroner av ordningen øremerkes til grunn- og videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene i 2021. Tilskudd til etterutdanning begrenses primært til statlig initierte opplæringstilbud (ABC-opplæringen mv.). Det øremerkes i tillegg 20 mill. kroner til desentraliserte studier for ansatte i omsorgstjenestene, som en del av regjeringens strategi for Norges vei ut av koronakrisen. Fylkesmannsembetene skal i tilskuddsforvaltningen, der det er hensiktsmessig, bidra til etablering av desentraliserte og distriktsvennlige utdanningstilbud med kommunene som målgruppe.

Det ble i 2019 gitt tilskudd til 389 innovasjonsprosjekter. Dette er en økning på 25 innvilgede søknader fra 2018. Hoveddelen av prosjektene omhandler forebygging, tidlig innsats og egenmestring, velferdsteknologi, habilitering og rehabilitering, samt samspill med pårørende og frivillige. Videre er det bevilget midler til prosjekter innen bl.a. ernæring, legemiddelhåndtering, fritidsaktivitet med assistanse og kulturopplevelser.

Satsingen på teknologier for trygghet og mestring er i en sprednings- og innføringsfase, der det innenfor tilskuddsordningen gis midler til å spre velferdsteknologiske løsninger basert på erfaringene fra utviklingskommunene. Etter tildeling av tilskuddsmidler i 2019 er 80 pst. av kommunene med i velferdsteknologiprogrammets spredningsprosjekt, hvor målet er å implementere velferds-

teknologi som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten. Se post 21 for nærmere omtale. 20,7 mill. kroner av ordningen øremerkes til spredning av velferdsteknologi i kommunene i 2021. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Avlastning er viktig for at pårørende skal kunne bevare egen helse og stå i jobb. Som ledd i den varslede pårørendestrategien og handlingsplanen, foreslås det 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. Dette prioriteringskravet gjelder ikke de øremerkede midlene til spredning av velferdsteknologi.

Midlene forvaltes i hovedsak av fylkesmannsembetene. Tilskuddsordningen skal sikre bedre samordning med tilskudd som gis til andre kommunale tjenestoområder under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Innovasjons- og kompetansetilskuddet skal også ses i sammenheng med Kommunal- og moderniseringsdepartementets skjønnstilskudd, som også kan benyttes til kommunal innovasjon og utvikling. Tilskuddsordningen inngår i *Kompetanseløft 2025*.

#### 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 hovedområdene i *Leve hele livet*. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. 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 tre områder som følger nedenfor.

#### 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.

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 hel-tidsstillinger 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 vil få ansvar for modellutprøving og spredning av erfaringer og kunnskap til kommunene.

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 samlet bevilget 23 mill. kroner til tilskuddet i 2020. Bevilgningen foreslås videreført med 23,1 mill. kroner i 2021.

Modellutvikling Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten

Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til et nytt tilskudd til et treårig modellutviklingsprogram Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten. Formålet er å styrke det systematiske

ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten.

Tilskuddet skal bidra til å utvikle ulike modeller for hvordan klinisk ernæringsfysiolog kan benyttes som ressurs for omsorgstjenesten i det systematiske mat- og ernæringsarbeidet. Modellutviklingsprosjektet 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, bl.a. basert på erfaringene fra tidligere modellutviklingsprogram i demensplanarbeidet.

Tiltaket skal inngå i regjeringens nye ernæringsstrategi og er den del av oppfølgingen av Leve livet. Tiltaket inngår videre i Kompetanseløft 2025.

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 10,1 mill. kroner i 2021.

Belønningsordning fritt brukervalg

Ved stortingets behandling av Prop. 1 S (2019–2020) ble det besluttet å opprette en belønningsordning for kommuner som innfører fritt brukervalg på 4 mill. kroner, med 500 000 kroner per kommune, jf. Innst 11 S (2019–2020). Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

**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 403,5 mill. kroner, hvorav 46,34 mill. kroner til første års utbeta-

ling av tilskudd til om lag 500 heldøgns omsorgsplasser. Videre er 357,2 mill. kroner knyttet til tilsagn gitt tidligere år.

Med netto tilvekst menes at de plasser som får tilskudd kommer i tillegg til de plassene kommunen allerede har. Kommunen kan ikke avvikle eksisterende plasser i 10 år fra søknadstidspunktet når det søkes om tilskudd til plasser som gir netto tilvekst.

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.

Det foreslås en bevilgning på 806,8 mill. kroner i 2020, hvorav 46,34 mill. kroner er knyttet til tilskudd som innvilges i 2021 og 760,5 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2021. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 3 136,5 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 926,7 mill. kroner i 2021. Rammen vil kunne dekke tilskudd til netto tilvekst på om lag 500 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. 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.

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 2021. For nærmere omtale se kap. 761, post 63.

### Rapportering

I 2019 utbetalte Husbanken investeringstilskudd for 3456 mill. kroner, fordelt på post 63 og 69. Over post 69 ble det i 2019 innvilget tilsagn om tilskudd til 998 heldøgns omsorgsplasser til netto til-

vekst, fordelt på 415 plasser i omsorgsbolig og 315 plasser i institusjon. I tillegg ble det gitt tilsagn til 505 plasser i kombinasjonsprosjekter med tilskudd både fra post 63 og 69. Samlet ble kommunene innvilget tilsagn om tilskudd til 2036 heldøgns omsorgsplasser over de to postene.

### 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 øke bevilgningen med 55 mill. kroner til tre nye tilskuddsordninger:

- 20 mill. kroner til tilskudd til aktivitetstilbud for personer med demens
- 15 mill. kroner til tilskudd til støtte og avlastning for pårørende
- 20 mill. kroner til tilskudd til spisevenner

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 bl.a. brosjyrer, filmer, informasjonssamlinger og telefon- og chattetjenester.

Bevilgningen foreslås videreført med 18,5 mill. kroner i 2021. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til fem særskilte tiltak:

- 3 mill. kroner til Blindeforbundets likemannsarbeid
- 2 mill. kroner til Hørselshemmedes Landsforbunds likemannsarbeid, hørselshjelpsordningen
- 1,5 mill. kroner til Demenslinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Røde Kors besøkstjeneste
- Hjertelinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen

I tillegg foreslås det å videreføre 3 mill. kroner som tilskudd prioritert 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.

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.

Aktivitet og fellesskap er et av innsatsområdene i Leve hele livet, hvor målet er økt aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap for eldre. Et sentralt mål i Leve hele livet er å legge bedre til rette for at frivillig sektor og sivilsamfunnet kan bidra til aktivisering og sosial deltakelse, og at en tar i bruk den ressursen som eldre representerer. Aktivitetstilbud gir mening, mestring og gode opplevelser for den enkelte og avlastning for pårørende.

Fra 1. januar 2020 har kommunene fått en plikt til å tilby dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens. Regjeringen vurderer at frivillige og ideelle organisasjoner kan være et viktig supplement til kommunenes tilbud, og kan bidra til et mangfold av tilbud. Eksempler på slike tilbud kan være aktivitetsvenner, Inn på tunet eller lignende.

Det foreslås bevilget 20 mill. kroner som en engangsbevilgning til en søkbar tilskuddsordning rettet mot frivillige og ideelle organisasjoner i 2021.

Tiltaket inngår i Demensplan 2025 og den samlede pårørendestrategien og handlingsplanen.

Tilskudd til støtte og avlastning for pårørende

Formålet med tilskuddet er å mobilisere frivillig innsats rettet mot eldre pårørende til hjemmeboende.

Et sentralt mål i reformen Leve hele livet er at eldre og deres pårørende skal oppleve et mer sammenhengende tjenestetilbud, og at en tar vare på de som tar vare på sine nærmeste. Eldre pårørende med store omsorgsoppgaver kan oppleve ensomhet og stå i fare for å utvikle egne helseproblemer. Omsorgsinnsatsen kan også være svært omfattende for en del pårørende, spesielt i perioden rett før det tilbys institusjonsplass. Avlastning innebærer i mange tilfeller opphold på institusjon. Det er behov for mer innovative og fleksible former for avlastning i bruker og pårørendes felles hjem, slik at eldre pårørende kan leve egne gode liv – ivareta egen helse og andre interesser og forpliktelser. Avlastning i hjemmet bør basere seg på den enkelte pårørendes behov og kan innrettes på ulike måter.

Det foreslås bevilget 15 mill. kroner som en engangsbevilgning til en søkbar tilskuddsordning rettet mot frivillige og ideelle organisasjoner i 2021.

Tiltaket inngår i Demensplan 2025 og den samlede pårørendestrategien og handlingsplanen.

Tilskudd til spisevenner

Formålet med tilskuddet er å stimulere frivillige og ideelle organisasjoner til å bidra til gode mat- og måltidsopplevelser for eldre. Mat og måltider er ett av fem innsatsområder i reformen Leve hele livet. Det er et mål at eldre skal få gode mat- og måltidsopplevelser gjennom større grad av medvirkning og valgfrihet, tilbud om måltidsfellesskap og hjelp til selvstendighet i måltidsituasjoner. Hjemmeboende eldre som har behov for tilrettelagt mat- og ernæringsoppfølging, bør tilbys hjelp i form av ulike løsninger som hjemlevering av måltider, kostveiledning, matlaging, hjelp til å handle og måltidsfellesskap. Mat og måltider har ikke bare en fysiologisk funksjon, men også en viktig psykologisk, sosial og kulturell funksjon. Sosialt samvær og god atmosfære ved måltidene kan bidra til at den eldre både spiser bedre og får dekket psykososiale behov som tilhørighet og samhold. Det kan skje i samarbeid med pårørende eller frivillige, og gjerne på tvers av generasjoner. Med utvikling av god teknologi vil også digital samspising i større grad være mulig.

Det foreslås bevilget 20 mill. kroner som en engangsbevilgning til en søkbar tilskuddsordning rettet mot frivillige og ideelle organisasjoner i 2021, som en del av satsingen «Gyldne måltidsøyeblikk». Tiltaket må sees i sammenheng med andre tiltak som skal bidra til å motvirke ensomhet blant eldre.

Tiltaket inngår i Demensplan 2025 og i den kommende ernæringsstrategien.

### 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 133 heldøgns-plasser og 26 dagplasser. Beleggsprosenten i 2019 er på 92 pst. for begge tiltakstyper. Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til landsbyene. Helse-direktoratet følger virksomheten gjennom årsmel-

ding og årsregnskap. Kommuner som har personer med utviklingshemming ved landsbyene får ikke tildelt midler for disse gjennom inntektsystemet. Bevilgningen foreslås videreført med 85,8 mill. kroner i 2021.

### **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, Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter.

Bevilgningen foreslås økt med 30 mill. kroner til tilskudd til lindrende enheter. Utover prisjustering foreslås ingen andre endringer sammenliknet med saldert budsjett 2020.

#### Tilskudd til lindrende enheter

Formålet med tilskuddet er å styrke mangfoldet av tilbudet til mennesker 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. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Det ble bevilget 30,8 mill. kroner til ordningen ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2019–2020), jf. Innst. 11 S (2019–2020). Ved behandlingen av Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360. S 8 (2019–2020) ble det bevilget ytterligere 30 mill. kroner i et øremerket tilskudd til barnehospice i Kristiansand.

For å legge til rette for et mangfold av tilbud, foreslås det 62,3 mill. kroner i et søkbart tilskudd til drift og etablering av lindrende enheter i 2021. Aktører som har etablert/etablerer tilbud basert på tilskudd fra de to opprinnelige tilskuddene skal prioriteres i videre søknadsprosesser, så fremt alle vilkår for midlene ellers er oppfylt.

### **Anmodningsvedtak**

Etablering av barnehospice i Kristiansand

*Vedtak nr. 76, 3. desember 2018*

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

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

Vedtaket anses utkvittert gjennom Stortingets behandling av Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst 360 (2019–2020), der det ble bevilget 30 mill. kroner i et øremerket tilskudd til etablering av barnehospice i Kristiansand. Styrkingen i revidert budsjett 2020 foreslås videreført i 2021 som en del av søkbart tilskudd til etablering og drift av lindrende enheter.

#### Tilskudd til Signo Conrad Svendsen senter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving internt og eksternt. 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 16,3 mill. kroner til stiftelsen i 2021.

#### 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 overfor, kan anvendes overfor medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved tiltaket. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass, hjemmebesøk mv. Det foreslås å videreføre tilskuddet, samt opprettholde samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av tilskuddet mellom de to institusjonene i 2021. Til

sammen foreslås det å bevilge 9 mill. kroner i tilskudd til Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter. Helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midler gjennom årsmelding, budsjett og regnskap.

### **Post 75 Andre kompetansetiltak**

Bevilgningen dekker tilskudd til Fagnettverk Huntington og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU).

Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner fra kap. 761, post 21, knyttet til ferdigstilt arbeid med Huntington – web. Utover gjennomgående budsjetttiltak 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. I 2019 har fagnettverket gjennomført tiltak for å øke kompetanse og kunnskap om Huntington. Nettsiden fagnettverk Huntington er videreutviklet som et viktig verktøy i arbeidet.

Det foreslås å videreføre tilskuddet i 2021. Det er flyttet 0,5 mill. kroner fra kap. 761, post 21 til arbeidet med Huntington-web prosjektet som avsluttes i 2020. Det foreslås 5,3 mill. kroner til fagnettverket Huntington i 2021.

#### **Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, NAKU**

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) skal bidra til å utvikle og styrke det faglige grunnlaget i tjenestetilbudene til personer med utviklingshemming ved å forene forskning, utdanning og praksis. Med bakgrunn i det landsomfattende tilsynet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming i 2016, har NAKU gjennomført flere tiltak for å øke kompetanse og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ett av satsingsområdene til NAKU er å drifte Kunnskapsbanken, som helse- og omsorgspersonell kan bruke som støtte og veiledning i sitt daglige arbeid. I 2019 var prioriterte oppgaver drift og utvikling av Kunnskapsbanken, holde oversikt over kompetansebehovet i kommunene og drifte det nasjonale fagnettverket om utviklingshemming og psykisk helse. I samarbeid med landets fylkesmenn er det avholdt flere fagkonferanser og seminarer for kommunalt ansatte.

Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet med 6,2 mill. kroner i 2021.

### **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.

Utover pris- og lønnsjustering foreslås det å flytte 1,2 mill. kroner fra kap. 761, post 67, knyttet til tilskudd til fagutvikling og kompetanseheving i omsorgstjenestene til samiske brukere. Se post 21 for nærmere omtale.

Departementet garanterer for ev. inntektsbortfall ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern med 1 mill. kroner for inntil tre beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

**Kap. 762 Primærhelsetjeneste**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	95 465	121 061	172 241
60	Forebyggende helsetjenester	453 470	453 458	420 961
61	Fengselshelsetjeneste	164 688	181 184	188 963
63	Allmennlegetjenester	163 135	322 781	857 787
64	Opptrappingsplan habilitering og rehabilitering	85 660	4 018	
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	53 750	45 040	45 296
73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	56 637	58 119	59 979
74	Stiftelsen Amatheia	24 569	25 228	26 035
	Sum kap. 0762	1 097 374	1 210 889	1 771 262

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- 50 mill. kroner knyttet til grunntilskudd til fastleger foreslås flyttet fra kap. 762, post 63 til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, kap. 571, post 60 rammetilskudd til kommunene
- 30 mill. kroner til Alis-avtaler for kommuner med rekrutteringsutfordringer over kap. 762, post 63
- 12 mill. kroner til kvalitetssystem i allmennlegetjenesten over kap. 762, post 21
- 8 mill. kroner til gjennomføring og evaluering av handlingsplanen for allmennlegetjenesten i 2021 over kap. 762, post 21

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, 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 under kap. 762 Primærhelsetjeneste 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. Det er økende utfordringer med å rekruttere fastleger. Fastlegene opplever at arbeidsbelastningen er blitt for stor, mens innbyggerne opplever dårligere tilgjengelighet til tjenesten, og at kvaliteten ikke er like god for alle. Særlig er det brukere med kroniske sykdommer og omfattende behov som ikke alltid får den oppfølgingen de har behov for. Handlingsplanen for allmennlegetjenesten adresserer disse utfordringene.

Handlingsplanen gjelder for perioden 2020 og ut 2024. Enkelte av tiltakene i planen settes i verk raskt. På kort sikt er det viktigste målet å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i tjenesten. Basisfinansieringen ble derfor styrket og lagt om fra 1. mai 2020.

Andre tiltak i planen strekker seg over flere år og har som formål å sørge for gode allmennle-

getjenester til alle innbyggere fremover i tid. Arbeidet med å gjøre fastlegeordningen teambasert har startet gjennom forsøket med primærhelseteam.

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 foreslår regjeringen å styrke bevilgningen til tiltak i planen med 450 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2020.

Det inngår 17 tiltak i handlingsplanen som til sammen skal tilrettelegge for en bærekraftig og framtidsrettet 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.

#### *En attraktiv og trygg karrierevei for fastlegene*

Målområdet vil følges opp gjennom bl.a. følgende tiltak:

- endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen
- gjennomgå takstsystemet for å understøtte faglig riktig praksis
- øke antallet Alis-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer
- styrke Alis-kontorene
- tilrettelegge for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten
- avlaste fastlegene for oppgaver
- skaffe økt innsikt om legevaktarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt
- i 2020 styrke sykehjelps- og pensjonsordningen for leger og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- tilrettelegge for et hensiktsmessig antall Lis1-stillinger

Tiltakene skal bidra til å senke terskelen for å gå inn i allmennpraksis. De skal gjøre det attraktivt både å bli allmennlege og å forbli i allmennlegetjenesten.

For å senke terskelen for å etablere seg som fastlege og bidra til stabilitet i fastlegeordningen, er basistilskuddet til fastlegene lagt om fra 1. mai 2020. Satsen på per capita er fra 1. mai høyere under et knekkpunkt satt ved 1000 listeinnbyggere enn over knekkpunktet. I tillegg er det innført et grunntilskudd svarende til 500 listeinnbyggere på en fastleges liste. Tilskuddet kan mottas i

inntil to år fra en ny fastlegeliste opprettes, forutsatt at listetaket er på 500 eller flere innbyggere.

Det var i 2020 avsatt 58,1 mill. kroner til veiledning i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Som oppfølging av handlingsplanen vil Helse- og omsorgsdepartementet sende på høring forslag om å utvide det forskriftsfestede antallet timer til veiledning fra 2021.

Det er etablert en tilskuddsordning for fastleger 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. Det er avsatt 110,5 mill. kroner til formålet i 2021 og gir rom for tilskudd til 150 nye avtaler, og kommer i tillegg til Alis-avtalene i prosjektene Alis-Vest og Alis-Nord.

Det blir i 2020 opprettet fem Alis-kontorer, i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. De skal rådgi og bistå kommuner med tilrettelegging av Alis-avtaler. Kontorene skal også bistå kommunene i arbeidet med helhetlige utdanningsløp for fastlegene under spesialisering i allmennmedisin. Tilskuddet til Alis-kontorene økes i 2021.

Det foreslås økt antall Lis1-stillinger med 100 fra høsten 2021. Dette innebærer at det totale årlige antall Lis1-stillinger øker til om lag 1088 stillinger. Økningen sikrer at antall Lis1-stillinger er tilstrekkelig dimensjonert til å møte tjenestens nåværende og framtidige behov for legespesialister. Flere stillinger vil kunne bidra til å løse utfordringer som flere kommuner opplever med rekruttering av leger og legespesialister. Se omtale på kap. 732, post 70.

Legevakt har betydning for akuttberedskap og dermed befolkningens trygghet, men også for rekruttering av fastleger. Legevaktarbeid utgjør en stor del av arbeidsbelastningen for mange fastleger, spesielt i mindre kommuner. Et tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten er å skaffe økt innsikt om legevaktarbeid, fordeling av arbeidsbelastning og organisering av legevakt.

Helsedirektoratet har utarbeidet et forslag til en modell for organisering av det akuttmedisinske tilbudet i kommunene tilpasset befolkningsgrunnlag og geografi med fokus på en bedre ressursutnyttelse av personell. Modellen prøves ut i et treårig pilotprosjekt i Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt og Romsdalsregionen legevaktssamarbeid. Sentralt i modellen er en forsterket legevaktssentral der lege er tilgjengelig for medisinske avklaringer og beslutningsstøtte for



øvrige helsepersonell i deltakende kommuner, bl.a. i legevaktsatellitter bemannet av sykepleiere eller ambulansesarbeidere i ytterkant av distriktene. Legevakt-pilotene vil bli evaluert ved endt prosjektperiode.

#### *God kvalitet for alle*

Målområdet vil bl.a. følges opp gjennom følgende tiltak:

- bedring av kvaliteten på legetjenester til brukere med omfattende behov
- innføring av introduksjonsavtaler
- bedring i kvaliteten i allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

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, og det jobbes lite med systematisk kvalitetsarbeid. Det er behov for å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det er behov for mere kunnskap om kvaliteten på allmennlegetjenester. Planen har derfor tiltak for å styrke det systematiske kvalitetsarbeidet og måle kvalitet. Tiltak skal også bidra til bedre tilgjengelighet, særlig for brukerne med størst behov. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å vurdere hvordan et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrige allmennlegetjenester kan utformes. På sikt skal systemet utvides til hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En rekke tiltak vil inngå for å utvikle systemet. Det skal bl.a. arbeides videre med å utvikle datagrunnlag og kvalitetsindikatorer. Det skal utvikles egnet metode som legekantor kan bruke for å få feedback fra pasientene, og Norge skal delta i en OECD-ledet undersøkelse om pasientopplevd kvalitet. Det skal etableres en nettbasert lederutdanning for fastleger og øvrige leger i allmennlegetjenestene i kommunene. Utdannelsen skal bl.a. omhandle ledelse av arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Læringsmål i spesialistutdanningen i allmennmedisin skal også omhandle tematikken.

Regjering vil etablere introduksjonsavtaler. Avtalen 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.

#### *Fremtiden er teambasert*

Målområdet i handlingsplanen vil bl.a. følges opp gjennom følgende tiltak:

- skape en teambasert fastlegeordning
- utrede gruppeavtaler for fastlegekontor
- legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy
- øke bruken av e-konsultasjon
- gi flere leger mulighet for lederutdanning

Godt samarbeid mellom personellgrupper er viktig for å skape kvalitet og helhet i tjenestene. Det er også viktig å bruke de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten best mulig. Gjennom den igangsatte piloten for primærhelseteam vil det høstes erfaringer både fra teambaserte praksiser og utprøving av to ulike finansieringsmodeller. Så langt viser evalueringene at flere hjemmebesøk gjennomføres, diabetespasienter følges tettere opp og at tjenesten er noe mer proaktiv. Det pekes på at god ledelse har betydning for å lykkes med primærhelseteam. Sluttevaluering for forsøket vil foreligge ved utgangen av 2021. Evalueringen av piloten med primærhelseteam og andre erfaringer og innspill skal brukes til å finne gode modeller for å videreføre og utvikle en teambasert fastlegeordning.

Digitalisering i allmennpraksis er nødvendig for å møte brukernes forventninger om en moderne og tilgjengelig tjeneste. Det er også nødvendig for å skape kvalitet og bærekraft. Regjeringen vil legge til rette for økt bruk av e-konsultasjoner og nye arbeidsverktøy når dette fører til bedre oppfølging, bedre effektivitet eller økt kvalitet i tjenesten.

I 2021 avsluttes utprøvningsprosjektet av digital hjemmeoppfølging (tidligere kalt medisinsk avstandsoppfølging). Interessen for denne teknologien økte betraktelig som følge av koronapandemien. Dette arbeidet vil videreføres og videreutvikles.

#### *Gjennomføring av planen*

Det skal etableres et gjennomføringsapparat for å følge med på utviklingen og effekten av tiltakene. Helsedirektoratet vil ha en særlig viktig rolle i dette. Treparsamarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforeningen) vil fortsatt være en viktig arena. Tiltakene i planen skal evalueres. Basert på den samlede oppfølgingen vil departementet vurdere om det er behov for å justere kursen underveis i planperioden.

Oversikten nedenfor viser beløpene tiltak på allmennlegeområdet er foreslått budsjettert med i 2021, på kap. 762:

- 77,2 mill. kroner til pilot primærhelseteam
- 14 mill. kroner til pilot legevakt
- 8,5 mill. kroner til EPJ-utvikling gjennom EPJ-løftene
- 102 mill. kroner til Alis-avtaler
- 20 mill. kroner til Alis-kontor
- 83,6 mill. kroner til forskriftskrav om veiledning i spesialisering i allmennmedisin
- 12 mill. kroner til kvalitetssystem
- 2 mill. kroner til triageringsverktøy
- 34,8 mill. kroner til forskning og kompetanse (AFEene, NSDM og NKLM)

Totalt foreslås det 354,1 mill. kroner i 2021. I tillegg foreslås det en styrking på 400 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten.

Det foreslås 12,5 mill. kroner til pilot oppfølgingsteam og 22 mill. kroner til digital hjemmeoppfølging (tidligere kalt avstandsoppfølging). Dette er prosjekter som også bidrar til å utvikle allmennlegetjenesten.

#### Tiltak som følge av covid-19

Koronapandemien har skapt utfordringer for kommunene, behandlergruppene og brukerne. Kommuner har merutgifter særlig til smittevernutstyr og bruk av helsepersonell til nye og endrede oppgaver, bl.a. smittesporing. Det er opprettet luftveisklinikker og teststasjoner. Nedstegningen 12. mars 2020 medførte reduserte behandlingstilbud og lavere inntekter for næringsdrivende helsepersonell. Smitteverntiltak medfører fortsatt økte utgifter. Korona-situasjonen understreker verdien av og behovet for økt bruk av digital kontakt mellom tjenestene og pasient eller bruker. Antall videokonsultasjoner økte betydelig i vår. Tallene tyder på at bruk av e-konsultasjoner på ettersommeren er noe lavere enn de var i vår, men på et langt høyere nivå enn før pandemien. Det ble innført midlertidige takstendringer for en rekke behandlergrupper fra mars 2020. Disse endringene er videreført til og med 31. oktober 2020. Det ble bl.a. åpnet for økt bruk av e-konsultasjoner. Mange tjenester har tatt i bruk eller økt bruken av digitale løsninger.

I faser med kontroll på smitten skal kommunene ha så normal drift av tjenestene som mulig.

Det er satt i gang flere tiltak for å kompensere kommuner og behandlere for økte utgifter som

følge av covid-19. I 2020 ble det opprettet en tilskuddsordning som kommunene kan søke på med det formål å kunne kompensere fastleger som ikke har sykeforsikring dersom de som følge av legevirkosomhet blir syke med covid-19 eller satt i karantene. I tillegg er kommunene kompensert for smittevernutstyr i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2020. Regjeringen følger situasjonen tett.

Fra august 2020 yter staten tilskudd til kommuner som oppretter teststasjoner ved grenseovergang. Tiltaket foreslås videreført i 2021.

#### Barn, unge og familier

Bedre tjenester til barn og ungdom er et sentralt tema i Primærhelsetjenestemeldingen. Barn og unge skal oppleve god tilgjengelighet til hjelp når de trenger det. Koronapandemien har imidlertid medført at mange helse- og omsorgstjenester fikk redusert åpningstid 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 helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble redusert, både pga. smitteverntiltak og omdisponering av personell til bl.a. prøvetaking for covid-19. For å øke tilgjengeligheten i tjenesten ble 75 mill. kroner i økningen av kommunerammen i revidert nasjonalbudsjett for 2020 begrunnet med økt tilgjengelighet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er iverksatt en rekke tiltak for at de negative konsekvensene av pandemien for barn og unge skal reduseres så mye som mulig. I tillegg foreslås det at 100 mill. kroner av veksten i de frie inntektene til kommunene i 2021 begrunnes med regjeringens økte satsing på barn og ungens psykiske helse, se omtale under kap. 571, post 60.

God tilgjengelighet er viktig for at barn og unge skal oppsøke hjelpetilbud. På bakgrunn av ønsker fra barn og unge selv og koronapandemien foreslås det å legge til rette for utvikling og drift av digitale tjenester til barn og unge, herunder digitalisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Barn og unge har høy digital kompetanse, men mange opplever det som krevende å finne fram til helseinformasjon og vurdere kildene. Det arbeides derfor for å tilrettelegge for kvalitetssikret og relevant informasjon som er lett tilgjengelig for barn og unge. Se omtale under kap. 762, post 21.

Gode tjenester til barn og unge forutsetter bedre samarbeid mellom ulike hjelpetilbud. Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og fami-

liedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet sendte 30. juni 2020 på høring forslag om å lovfeste en barnekoordinatorordning og flere regelverksendringer som skal gi bedre samarbeid og samordning av velferdstjenester til barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud.

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 gjennom flere år satsset på å bygge opp et godt lavterskeltilbud i kommunene. Et særlig satsingsområde for regjeringen er arbeidet mot vold og overgrep. Gjennom å tydeliggjøre 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 avdekke og bekjempe vold og overgrep.

Regjeringen har over flere år styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Regjeringen sendte i 2019 på høring forslag om å tydeliggjøre i forskrift at tjenesten kan bidra til nødvendig behandling og oppfølging for lettere psykiske og somatiske tilstander. Hensikten med forslaget var å tydeliggjøre overfor kommunene at det er mulig å tilby dette i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forslaget var samtidig en presisering av aktivitet som allerede foregår i tjenesten. Svært mange høringsinstanser oppfattet imidlertid at den foreslåtte endringen vil medføre en dreining bort fra det forebyggende og helsefremmende til fordel for behandling. Helse- og omsorgsdepartementet har lyttet til høringsinstansene og besluttet at forslaget ikke følges videre opp. Gjeldende regelverk ivaretar muligheten til å kunne tilby behandling og oppfølging i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Regjeringen legger høsten 2020 fram en samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier. Å redusere sosial ulikhet i helse for barn og unge er en del av denne strategien. Viktige tiltak for å nå målsettingen er å videreføre fokuset på helsestasjons- og skolehelsetjenesten og å øke helsekompetansen i befolkningen.

0-24 samarbeidet er et femårig prosjekt hvor Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet jobber for å styrke arbeidet med utsatte barn og unge under 24 år. Satsingen startet i 2015 og skulle vare ut 2020. Pga. den ekstraordinære situasjonen med koronapandemien og iverksatte smitteverntiltak i 2020 vil

0-24-samarbeidet forlenges noe inn i 2021 før ny samarbeidsstruktur besluttes. For ytterligere omtale av 0-24 samarbeidet, se Kunnskapsdepartementets Prop. 1 S (2020–2021).

#### Habilitering og rehabilitering

Regjeringen la fram en treårig opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i Prop.1 S (2016–2017). Planen gikk ut i 2019. Planen rettet seg i hovedsak mot kommunale tjenester og mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Totalt ble det bevilget 300 mill. kroner til planen. Disse midlene er i hovedsak tilført kommunene via det kommunale rammetilskuddet. Formålet med opptrappingsplanen var å sette kommunene bedre i stand til å ivareta pasienter med habiliterings- og rehabiliteringsbehov på en god måte. Fra 2020 ble kommunene pålagt å ha ergoterapi- og psykologkompetanse i kommunen. Det er gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om å evaluere opptrappingsplanen i 2020. Evalueringen vil kunne gi departementet bedre grunnlag for å se hva kommunene har benyttet midlene til. Pga. koronasituasjonen har mange kommuner benyttet fastlønte ergoterapeuter og fysioterapeuter i arbeid med testing og smittesporing. Dette kan ha gått utover brukere med habiliterings- og rehabiliteringsbehov.

#### 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 ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Regjeringen har også innført spesialistgodkjenning for denne gruppen.

#### Seksuell helse

Regjeringen la i juni 2020 fram en handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020–2024). Handlingsplanen er forankret i strategien Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Målet med handlingsplanen er å bidra til å redusere antallet uønskede graviditeter og svangerskapsavbrudd. Hovedbudskapet i planen er at regjeringen viderefører sitt arbeid på

området seksuell helse. Noen av tiltakene er en videreføring av pågående innsatser, mens andre er målrettede tiltak for å forebygge svanerskapsavbrudd i utsatte grupper. Tiltakene fordeles seg på to innsatsområder a) enklere tilgang til prevensjon og b) informasjon og veiledning om prevensjon.

#### 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

Det vises til nærmere omtale i Del III 7 Kompetanseløft 2025. 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:

- det foreslås å styrke bevilgningen med 20 mill. kroner til opptrappingsplan for allmennlegetjenesten
- det foreslås å flytte 35 mill. kroner fra post 60 knyttet til digitale tjenester for barn og unge
- det foreslås å flytte 4 mill. kroner til Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 525, post 01 knyttet til opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

Innenfor tiltak på posten foreslås det å omdisponere inntil 5 mill. kroner til å utvikle pakkeforløp hjem for kreftspasienter, jf. omtale under.

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen primærhelsetjenester. Bevilgningen kan nyttes under post 70.

#### Pilot primærhelseteam

Det ble i 2020 bevilget 77,2 mill. kroner til pilotprosjektet med primærhelseteam. Dette inkluderer midler overført fra kap. 2755, post 70 (refusjoner til allmennlegene) for finansiering av driftstilskuddsmodellen. I dene modellen er legekantoret finansiert ved driftstilskudd i stedet for refusjoner. 51,9 mill. kroner av bevilgningen er innenfor rammen på kap. 762, post 63 og 25,3 mill. kroner på kap. 762, post 21.

I tillegg disponeres 3,5 mill. kroner av midler til digital hjemmeoppfølging (tidligere kalt medisinsk avstandsoppfølging) til dette formålet i piloten. Det foreslås å videreføre samme bevilgning og fordeling mellom postene i 2021. Det vises til nærmere omtale av piloten på kap. 762, post 63.

Tilskudd til pilot primærhelseteam inngikk i Kompetanseløft 2020, og vil inngå i det nye Kompetanseløft 2025, Del III 7 Kompetanseløft 2025.

#### Digital hjemmeoppfølging (tidligere kalt medisinsk avstandsoppfølging)

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 medisinsk avstandsoppfølging i 2020, 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 2021.

#### E-konsultasjon og triagering

Det ble i takstforhandlingene 2019 lagt til rette for økt og riktig bruk av e-konsultasjon. I forbindelse med koronapandemien var det i mars og april 2020 en kraftig økning i antall og andel e-konsultasjoner vs. konsultasjoner med fysisk oppmøte.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har sammen med Helsedirektoratet ferdigstilt utredning om bruk av e-konsultasjon ved sykmelding.

Helsedirektoratet utredet og foreslo i 2019 innretning for utprøving av triageringsverktøy ved e-konsultasjon hos fastlege. Helsedirektoratet og Norsk Helsenett SF (NHN) er i 2020 gitt i oppdrag å starte forberedelse til anskaffelse og utprøving av triageringsverktøy i fastlegekontor.

Det ble i 2020 omdisponert 7 mill. kroner til utprøving av triageringsverktøy på kap. 762, post 21. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til dette formålet i 2021 på post 21.

Det vises til omtale om digitalisering under kap. 701, post 21, kap. 740, kap. 761.

#### Pilot oppfølgingsteam

Pilot for tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam 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 omsorgstjenester og redusere unødvendige innleggelse i sykehus. Målgruppen for oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. Seks kommuner deltar i pilotprosjektet som skal pågå i tre år. 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 2020 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 samme bevilgning og fordeling mellom postene 21 og 63 i 2021. Pga. forsinkelser bl.a. som følge av covid-19, foreslås piloten videreført i to år til 2023. Tilskudd til pilot oppfølgingsteam inngikk i Kompetanseløft 2020, og vil inngå i det nye Kompetanseløft 2025, se Del III 7 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 2020. Midlene foreslås videreført i 2021. 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 forsvarelig lokal akuttmedisinsk beredskap i kommunene i framtiden. Drift av prosjektet startet 2. september 2019. Prosjektet skal evalueres. Det ble bevilget 3 mill. kroner til pilotprosjektet på denne

posten i 2020. Beløpet foreslås videreført i 2021. 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. Bevilgningen er 4 mill. kroner i 2020 og foreslås videreført i 2021.

#### Evaluering av fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble evaluert i 2018–2019. Rapporter ble levert 1. september 2019. Til sammen ble det bevilget 15 mill. kroner til evalueringen, hvorav 5 mill. kroner i 2019.

#### Gjennomføring av handlingsplanen for allmennlegetjenesten

Det foreslås å bevilge 8 mill. kroner til gjennomføring og evaluering av handlingsplanen for allmennlegetjenesten i 2021. 4 mill. kroner av disse foreslås bevilget til en ekstern følgeevaluering av handlingsplanen. 2 mill. kroner foreslås bevilget til gjennomføring og oppfølging av handlingsplanen i Helse- og omsorgsdepartementet og 2 mill. kroner til oppgaver knyttet til gjennomføring og oppfølging i Helsedirektoratet.

#### Anmodningsvedtak

##### Evaluering av fastlegeordningen

Vedtak nr. 2, 11. oktober 2017

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom evalueringen av fastlegeordningen, som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2019. Funnene i evalueringen begrunner tiltak i handlingsplan for allmennlegetjenesten for årene 2020–2024. Handlingsplanen ble lagt fram 11. mai 2020. Regjeringen har forpliktet seg til å foreslå å øke bevilgningen til allmennlegetjenesten med 1,6 mrd. i 2024 sammenlignet med saldert budsjett 2020. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget om oppfølgingen av planen i de årlige budsjett-

prosessene. Allerede i Prop. 117 S (2019–2020) foreslo regjeringen å innføre et midlertidig grunn-tilskudd og et knekkpunkt i basistilskuddet med virkning fra 1. mai 2020 for å bidra til økt rekruttering og stabilitet i ordningen.

Legedekning i primærhelsetjenesten

Vedtak nr. 464, 13. februar 2018

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble lagt fram 11. mai 2020. Planen inneholder flere tiltak som vil bidra til opptrapping av legedekningen i kommunene og i fastlegeordningen spesielt. I Prop. 117 S (2019–2020) foreslo regjeringen å innføre et tidsbegrenset grunntilskudd med virkning fra 1. mai 2020. Grunntilskuddet skal tilsvare basistilskuddet ved 500 innbyggere på listen. Fastleger med en listelengde på under 500 vil ha krav på dette grunntilskuddet i inntil to år fra de inngår avtale, dersom de har et listetak på 500 innbyggere eller flere. Regjeringen foreslo også med virkning fra 1. mai 2020 å innføre et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 listeinnbyggere med høyere per capitatilskudd under knekkpunkt enn over. Knekkpunktet bidrar til noe bedre basisfinansiering for listene med færre innbyggere. Dette vil gjøre det mer attraktivt for unge leger å gå inn i ordningen, siden de yngre legene ofte har færre innbyggere på listene enn sine eldre kolleger. I tillegg vil regjeringen i planperioden øke antallet Alis-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer, tilrettelegge for et hensiktsmessig antall Lis1-stillinger og innføre introduksjonsavtaler. Dette er alle tiltak som vil kunne gi bedre rekruttering og god legedekning.

Listelengde i fastlegeordningen

Vedtak nr. 465, 13. februar 2018

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble lagt fram 11. mai 2020. Ett av tiltakene i planen er å endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen. Regjeringen foreslo derfor i Prop. 117 S (2019–2020) å innføre et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 listeinnbyggere med virkning fra 1. mai 2020. Satsen på per capitatilskuddet er foreslått å være høyere under knekkpunkt enn over. Innføringen av knekkpunkt bidrar til bedre basisfinansiering og relativt bedre inntjening for listene med under 1000 innbyggere. Dette gir rom for at legene kan korte ned listene sine.

Utdanningsstillinger i allmenntjenestemedisin

Vedtak nr. 466, 13. februar 2018

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble lagt fram 11. mai 2020. Et tiltak i planen er å øke antallet Alis-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer. Alis-avtaler er avtaler mellom kommune og lege i spesialisering i allmenntjenestemedisin om særskilte tiltak som skal bidra til økt trygghet i tiden spesialistutdanningen pågår. Avtalene inneholder tiltak og oppfølging i spesialiseringsløpet som kommer i tillegg til det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. Avtalene kan eksempelvis inneholde avtale om mer veiledning enn kravet i forskriften tilsier, gjennomføring av læringsaktiviteter, nettverkssamlinger for leger i spesialisering, inntektsgaranti og/eller kompensasjon for kortere lister i en periode.

Det er inngått Alis-avtaler med både næringsdrivende fastleger og fastlønnede. I tillegg gjennomføres det to Alis-prosjekter i kommuner på

Vestlandet og i Nord-Norge. Til sammen inngår 56 leger i prosjektene.

Allmennlege i spesialisering (Alis)

Vedtak nr. 467, 13. februar 2018

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom tiltak i handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble lagt fram 11. mai 2020. Et tiltak i planen er å øke antallet Alis-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer.

Høsten 2017 ble et eget Alis-prosjekt startet opp i kommuner på Vestlandet. 26 leger med fastlønn inngår i prosjektet. Tilsvarende prosjekt ble startet opp i Nord-Norge i 2019. Alis-Nord er i en oppstartsfase og er planlagt å omfatte 32 leger i næring og med fastlønn.

På bakgrunn av erfaringene med rekrutteringstilskuddet for fastleger ble det i 2019 opprettet 86 Alis-avtaler i 44 kommuner, fordelt på 67 fastlønnede og 19 næringsdrivende fastleger. Det ble innvilget støtte til 65 av disse avtalene. Gjennom tilskuddsordningen til Alis-avtaler for næringsdrivende fastleger, som ble etablert høsten 2019, er det tildelt tilskudd til 54 Alis-avtaler, fordelt på 18 kommuner. Totalt var det 200 leger som hadde Alis-avtaler ved utgangen av 2019. Regjeringen vil i planperioden legge til rette for å øke antall Alis-avtaler over fire år.

I 2020 ble det opprettet fem Alis-kontorer i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. Kontorene skal rådgi kommunene i sine regioner om rekrutteringstiltak som kan inngå i Alis-avtaler, bistå med maler for Alis-avtaler, innhente og formidle erfaringer med de ulike tiltakene og bistå for øvrig i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Målet er gode og enhetlige utdanningsløp. Alle kommuner med Alis-kandidater skal kunne tilby forutsigbare utdanningsløp med veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter, og kommuner med behov for Alis-avtaler skal få bistand til dette. På denne måten kan slike avtaler breddes nasjonalt, ut fra behov.

Legevakt- og fastlegeordningen

Vedtak nr. 468, 13. februar 2018

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Et tiltak i planen er å øke innsikten om legevaksarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt på. For å få et bedre beslutningsgrunnlag vil departementet, sammen med partene, nedsette en ekspertgruppe som skal kartlegge hvor høy arbeidsbyrden er og hvordan den fordeler seg på leger i legevakt, og hvilke konsekvenser en eventuelt redusert belastning vil få for behovet for leger.

Legevaktspiloten vil også bli videreført for å få erfaring med alternative måter å organisere legevakt på.

Digitale tjenester til barn og unge

Det foreslås å omdisponere 35 mill. kroner fra kap. 762, post 60 til kap. 762, post 21 for å legge til rette for utvikling og drift av digitale tjenester til barn og unge. Midlene skal tildeles Helsedirektoratet og skal bl.a. disponeres til digitalisering av og dermed økt digital tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, herunder Digi-helsestasjonsprosjektet. 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 (digi-ung) i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Den pågående pandemien har ytterligere aktualisert behovet for digitale tjenester for barn og unge.

I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2019–2020), jf. Innst. 11 S (2019–2020) 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 (honorar til landsdekkende fagpanel av helsepersonell) og på ulike utviklings- og pro-

sjektarbeid knyttet til chat-tjenester, søk-funksjonalitet og sikker-dialog. Bevilgningen foreslås videreført.

Midlene skal i 2021 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*.

Som følge av beslutningen om å videreføre arbeidet med læringsnettverk, ble det i 2018 tildelt 9,5 mill. kroner over kap. 762, post 21. I tillegg tas det sikte på å videreføre årlige bevilgninger over kap. 762 og 765 til læringsnettverkene i samme periode.

Midlene skal benyttes i tråd med prosjektbeskrivelser og budsjett slik de er godkjent av styringsgruppen for læringsnettverk for gode pasientforløp.

Det foreslås å videreføre tilskudd til læringsnettverk for gode pasientforløp i 2021 med inntil 4 mill. kroner over kap. 762, post 21. Tilskuddet inngikk i *Kompetanseløft 2020*, og vil inngå i det nye *Kompetanseløft 2025*, Del III 7 *Kompetanseløft 2025*.

#### Seksuell helse

I Stortingets behandling av Prop. 1 S (2019–2020), jf. Innst. 11 S (2019–2020) ble det vedtatt å bevilge 13,3 mill. kroner i 2020 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. I 2019 distribuerte Helsedirektoratet om lag 5,3 millioner kondomer via helsestasjons- og skolehelsetjenesten, organisasjoner, utdanningsinstitusjoner, samt om lag 3 millioner via netjtjenesten [gratiskondomer.no](http://gratis-kondomer.no) (Helsenorge). Videre dekker midlene bl.a. annonsering, utvikling av [zanzu.no](http://zanzu.no) og gjennomgang av tilskuddene til seksuell helse (se kap. 762, post 73) og *Amathea* (se kap. 762, post 74). Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

#### 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).

Vedtaket er fulgt opp gjennom regjeringens handlingsplan for fortsatt reduksjon av antall svangerskapsavbrudd (2020–2024), som ble lagt frem juni 2020. I handlingsplanen fremkommer det at Helse- og omsorgsdepartementet vil sende på høring et forslag om å utvide rekvireringsretten slik at jordmødre og helsesykepleiere også gis rett til å rekvirere hormonell prevensjon til unge under 16 år. For rekvirering av langtidsvirkende prevensjon til de under 16 år, foreslås det fortsatt å kreve en medisinfaglig vurdering gjort av lege. Utvidelsen innebærer en endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. Høringsnotatet vil drøfte både faglige, etiske og juridiske problemstillinger.

#### Nasjonal diabetesplan

Nasjonal diabetesplan 2017–2021 ble lagt fram i desember 2017. Den har som mål å forbedre helse- og omsorgstjenestenes arbeid med å forebygge, følge opp og behandle personer med diabetes. Helsedirektoratet har, i samarbeid med Diabetesforbundet, fulgt opp og ferdigstilt flere av tiltakene omtalt i planen. Ytterligere tiltak er under oppfølging.

Sentralt i arbeidet videre med tiltak i Nasjonal diabetesplan, står implementeringen av *Anbefalt program for regelmessige netthinneundersøkelser for diabetisk retinopati*. I dette arbeidet understøtter Helsedirektoratet de regionale helseforetakene som har dannet en nasjonal prosjektgruppe, under ledelse av Helse Nord.

Et annet tiltak i planen er å utvikle et veiledningsprogram for bedre overgang fra barne- til voksenhelsetjeneste for unge med diabetes type 1. Det skriftlige innholdet er utviklet og piloteres ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS). Det er utarbeidet spørreskjemaer for innsamling av data underveis som vil inngå i en evaluering i 2021, og ev. påfølgende implementering nasjonalt. Diabetesplanen har også et tiltak om å utarbeide et foreldrevei-



ledningsprogram om samspillet mellom barn/ungdom og foreldre om behandlingen av diabetes type 1. Veiledningsheftet er ferdig, og det laget en manual til helsepersonell. Dette arbeidet ledes og driftes i all hovedsak av Diabetesforbundet.

I 2020 har Diabetesforbundet mottatt midler til arbeidet med å utvikle et e-læringsprogram for egenmestring. I samarbeid med Helsedirektoratet, arrangerer forbundet nasjonalt diabetesforum. Dette er en arena som er viktig for implementering av retningslinjer og ny kunnskap.

Parallelt med de nevnte tiltakene, arbeider Helsedirektoratet kontinuerlig med å implementere Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Som et ledd i dette, har de et økt fokus på fastlegenes oppfølging av diabetes type 2-pasienter, med å gjennomføre de anbefalte prosedyrer i årskontrollen og å øke innrapportering til Norsk diabetesregister for voksne (NDV). Retningslinjen har også blitt fortløpende evaluert og revidert.

Revisjonen av Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes har pågått i hele 2019 og 2020. Det gjenstår fortsatt noe arbeid med å innhente kunnskapsgrunnlag og samfunnsøkonomisk analyse.

De fleste av de pågående aktivitetene og tiltakene i diabetesplanen forventes videreført i 2020 og 2021, enten for slutføring eller som implementering og/eller evaluering. Det foreslås at bevilgningen på 4 mill. kroner til oppfølging av planen blir videreført i 2021.

#### Smittevern

Godt smittevern bidrar til bedre pasientsikkerhet og er en forutsetning for å begrense utbrudd og spredning av smittsomme sykdommer i helsetjenesten og samfunnet. Slik er godt smittevern også avgjørende for å håndtere utfordringen med antimikrobiell resistens (AMR). Smittevern både begrenser spredningen av resistente mikrober og forebygger infeksjoner. Dermed reduseres behovet for antibiotikabehandling. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor utarbeidet en nasjonal handlingsplan for et bedre smittevern med det formål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner (2019–2023).

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 i desember 2019, bidrar ikke bare til å begrense spredning av resistente bakterier, de 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. Dette målet vil man kunne nå, men det er viktig å fortsette arbeidet for å opprettholde fokus på antibiotikaresistens også etter 2020. Det ble i 2019 foretatt endringer i smittevernloven, og Helsedirektoratet arbeider med implementering både av handlingsplanen for et bedre smittevern, handlingsplanen mot antibiotikaresistens og endringene i relevante planverk. Det er også utarbeidet nasjonale faglige råd for pandemiplanlegging i kommunen og i sykehus. Det foreslås å videreføre midler til Helsedirektoratets arbeid med smittevern i 2021.

#### Anvendelse av helselovgivningen på Svalbard og Jan Mayen

Det foreslås å bevilge 0,2 mill. kroner til Fylkesmannen i Troms knyttet til beredskapsarbeid og tilsynsvirksomhet på Svalbard og Jan Mayen.

#### Beslutningsstøttesystem for sykmeldere

Prosjektet med å utvikle 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 2021.

#### Fylkesmennene

Det er siden 2017 bevilget 4 mill. kroner til fylkesmennene til oppfølging av kommunene i forbindelse med opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Fylkesmennene skal fortsatt bistå og veilede kommunene i utvikling av habilitering- og rehabiliteringstjenesten. Midlene foreslås overført fylkesmennenes budsjett kap. 525, post 01 på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

#### Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Helsedirektoratet arbeider med å utvikle pakkeforløp hjem for kreftpasienter og vil i løpet av 2021 gjennomføre et prøveforsøk i utvalgte kommuner og sykehus. Formålet med forsøket er å teste ut og få erfaringer med implementering av pakkeforløpet før en nasjonal implementering startes. Det foreslås inntil 5 mill. kroner til formålet i 2021.

## Post 60 Forebyggende helsetjenester

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å flytte 35 mill. kroner til post 21 knyttet til digitale tjenester til barn og unge

Forebygging, avdekking, veiledning og opplæring for å unngå sykdom eller mestre sykdom skjer i stor grad i regi av kommunene. Sentralt i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid er helsestasjons- og skolehelsetjenesten samt ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Finansieringen av forebyggende tjenester over denne posten går i hovedsak til disse tjenestene.

### Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den viktigste tjenesten rettet mot barn, unge og deres familier, gravide og barselkvinner. 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. Det mangler data av tilfredsstillende kvalitet for antall årsverk og sammensetningen av yrkesgrupper i de to deltjenestene. Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå (SSB) har hatt et samarbeid for å utvikle årsverksstatistikk i Kostra der deltjenestene splittes. Når datakvaliteten tilsier det, er det ønskelig at SSB publiserer slike data årlig.

Kostra-tall viser at 90 pst. av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk fra helsestasjonen av jordmor innen to uker etter hjemkomst i 2019. I 2017 ble det for første gang publisert tall for tidlig hjemmebesøk. 21 pst. mottok da hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter barnets hjemkomst fra føde-/barselavdeling. I 2019 var andelen steget til 45,6 pst. 98,9 pst. av nyfødte ble undersøkt ved helsestasjonen innen de var åtte uker gamle i 2019. Andelen barn som fikk gjennomført skolestartundersøkelsen innen utgangen av første skoleår var 90,6 pst. i 2019.

Kostra-tall viser også en betydelig årsverksutvikling i tjenesten. I 2015–2019 økte antall årsverk totalt med om lag 1400. Dette inkluderer en økning på om lag 513 årsverk for helsesykepleiere og 190 årsverk for jordmødre.

Regjeringen har gjennom flere år satset på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2020 fikk kommunene 904,6 mill. kroner i frie inntekter begrunnet i behovet for å styrke tjenesten. For 2021 foreslås det 929 mill. kroner i rammetilskudd. Det vises til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2020–2021). I forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2020 ble 75 mill. kroner i økningen av kommunerammen begrunnet med økt tilgjengelighet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Til sammen utgjorde tilskuddsordningen Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten 422,1 mill. kroner i 2020. Av dette var 40 mill. kroner øremerket jordmorkompetanse i kommunene. I 2020 ble tilskuddsmidlene i sin helhet fordelt. Det rapporteres for 2020 at midlene brukes etter hensikten, og er i hovedsak brukt til å styrke tjenesten gjennom årsverk. Det var per august 2020 totalt 304 søknader på ordningen, fordelt på 267 kommuner. 75 pst. av landets kommuner har i 2020 søkt om midler over tilskuddsordningen. Dette er en økning fra 2019 hvor 70 pst. av kommunene søkte.

Innretningen på tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten endres fra 2021 for å øke måloppnåelsen og gjøre tildeling av midler enklere og mer forutsigbar for kommunene. Det foreslås å omgjøre tilskuddet fra 2021 til et rent lønntilskudd til årsverk for tjenestens kjernekompetanse, definert som lege, jordmor, fysioterapeut, psykolog og helsesykepleier. I tillegg kan det gis støtte til administrativt støttepersonell. Det foreslås videre å gjøre tilskuddet tre-årig under forutsetning av Stortingets tilslutning til Prop. 1 S. Det foreslås også å øke øremerket beløp til jordmorårsverk innenfor tilskuddsordningen til 60 mill. kroner i 2021 for å ytterligere styrke jordmorkompetansen i kommunene. For å sikre at jordmorutdanningen møter behovet til kompetanse så skal utdanningen inkluderes og revideres i RETHOS.

Det foreslås å omdisponere 35 mill. kroner av tilskuddet til utvikling og drift av digitale tjenester til barn og unge til kap. 762, post 21. Det vises til nærmere omtale under kap. 762, post 21. Det foreslås 389,4 mill. kroner til tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngikk i Kompetanseløft 2020, og vil inngå i det nye Kompetanseløft 2025, se Del III 7 Kompetanseløft 2025.

## Anmodningsvedtak

Helsestasjoner og bekymringsmeldinger

Vedtak nr. 620, 25. april 2017

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

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

Helse- og omsorgskomiteen viser i Innst. 11 S (2019–2020) og Kontroll- og konstitusjonskomiteen viser i Innst. 373 S (2019–2020) at anmodningsvedtaket ikke kan ansees for utkvittert. Kontroll- og konstitusjonskomiteen påpeker i Innst. 373 S (2019–2020) at manglende deltakelse fra familien skal føre til at helsestasjonene melder bekymring til barnevernet. Ved valg av virkemidler er det viktig å være oppmerksom på mulige negative eller utilsiktede konsekvenser av tilsynelatende effektive tiltak. Det gjelder særlig spørsmålet knyttet til bruk av juridiske virkemidler for å oppnå at barn og foresatte møter på helsestasjonen og konsekvenser av ikke å møte til konsultasjon. Rettslig regulering bør vurderes først dersom ønsket effekt ikke kan oppnås bedre eller enklere ved bruk av andre virkemidler. Helse- og omsorgsdepartementet mener at vedtaket er tilstrekkelig utkvittert gjennom tiltak som er beskrevet under, og at dette ivaretar at alle undersøkelser og all helsehjelp også i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er basert på tilbud og frivillighet.

Vedtaket er fulgt opp gjennom tydeliggjøring av ansvaret for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester i alle relevante helseover, i forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt ved endringer i bestemmelser om opplysningsplikt til barnevernet. Videre er vedtaket fulgt opp gjennom arbeidet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Regjeringen har styrket denne tjenesten betydelig de senere år, også gjennom bruk av rettslige virkemidler. Det er i forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som nevnt, fastsatt at tjenestens formål skal omfatte å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt. Nasjonal faglig retningslinje for tjenesten gir en sterk anbefaling om hvordan helsestasjonen i praksis bør følge opp dette, bl.a. med å ha rutiner

for å følge opp foreldre og barn som uteblir fra helsekontroller og foreldre som avbestiller eller endrer avtalte timer gjentatte ganger. Helsepersonell kan etter en individuell vurdering informere foreldrene om at det kan bli aktuelt å sende bekymringsmelding til barnevernet hvis de ikke sørger for at barnet kommer til kontroller. Samme retningslinje har også sterke anbefalinger om at vold, overgrep og omsorgssvikt bør tas opp ved kontroller. Samtidig er det utviklet systemer for å nå utsatte familier og familier som ikke møter når de blir innkalt. Helsepersonell har plikt til å melde til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet eller utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Det ble foretatt endringer i lovverket om opplysningsplikt til barnevernet som trådte i kraft i 2018. Formålet med endringene var å klargjøre og forenkle bestemmelsene slik at de blir lettere å forstå og anvende. I tillegg til at det enkelte helsepersonell har en selvstendig plikt til å handle, ble det i 2018 lovfestet en plikt for de regionale helseforetakene, kommunene og fylkeskommunene til å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Bestemmelsene innebærer ansvar for ledelsen på alle nivå, herunder at ledelsen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, til å ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Fylkesmennene er i tildelingsbrevet for 2020 bedt om å bidra til at alle kommuner får informasjon om opptappingsplan mot vold og overgrep og aktuelle lovbestemmelser, samt veiledning i systematisk arbeid mot vold i kommunale planer. Helseledelse er bedt om, i samarbeid med utvalgte fylkesmenn, om å skaffe en nærmere oversikt over eksisterende tall for deltakelse ved kontroller fra SSB, samt se på hva kommunene gjør for å få tak i barna som ikke møter til aldersbestemte helsekonsultasjoner, og om de følger anbefalingene i nasjonal faglig retningslinje.

Jordmortjenesten

Vedtak nr. 748, 24. mai 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselom-

sorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Representantforslag 168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2019 ble gitt i oppdrag å vurdere finansiering av tjenester ytt av jordmor til gravide og barselkvinner i kommunene og sammenlikne denne med finansiering av tjenester til samme målgruppe ytt av andre yrkesgrupper som lege og helsesykepleier. I sitt svar på oppdraget, jf. også omtale i Prop. 1 S (2019–2020), skisserer Helsedirektoratet tre mulige modeller for fremtidig finansiering, men anbefaler ikke noen konkret modell. Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert Helsedirektoratets rapport og konkludert med at det ikke gjøres endringer i finansiering av tjenester ytt av jordmødre.

Vedtaket er videre fulgt opp gjennom en betydelig styrking av jordmorkapasiteten gjennom tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For 2021 foreslås det å øremerke 60 mill. kroner til jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

#### Områdesatsinger i og utenfor Oslo

Stortinget vedtok i behandling av Prop. 1 S (2019–2020), jf. Innst. 11 S (2019–2020) 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 2020 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 2020–2021.

#### Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Mange trenger veiledning for å endre levevaner og lære å leve med sykdom og kroniske plager. Det er etablert en tilskuddsordning til etablering og utvikling av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene. Formålet med ordningen er å stimulere til utvikling av kommunale helse- og omsorgstilbud som støtter opp under og realiserer målene i samhandlingsreformen, NCD-strate-

gien, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn og Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv. Målgruppen for frisklivstilbud er personer med kronisk sykdom eller sammensatte helseplager som står i fare for eller er i ferd med å utvikle sykdom og har behov for å endre livsstil. 31. desember 2019 hadde 251 kommuner frisklivssentral. Dette er en liten nedgang fra året før, men enkelte store kommuner har etablert flere sentraler. Utviklingen går mot at flere av sentralene er mer robuste, har flere tilbud til brukerne og større tverrfaglighet enn tidligere. Enkelte kommuner har inngått interkommunalt samarbeid med nabokommuner og andre har utviklet ulike tilbud uten å ha egen sentral. Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp, ikke bare til å endre levevaner, men også til å mestre livet med sykdom. Disse leve- med tilbudene er ikke et alternativ til, men bør komme i tillegg til de diagnosespesifikke opplæringstilbudene i spesialisthelsetjenesten. I disse tilbudene må kommunene spille på lag med brukerorganisasjonene og andre.

Det er igangsatt et forprosjekt i 2020 med formål å kartlegge lærings- og mestringstilbudene i spesialisthelsetjenesten og i kommunene og samhandlingen mellom de to nivåene. Kartleggingen i kommunene er forankret i Helsedirektoratet.

Tilskuddsordningen ble fra 2020 forvaltet av fylkeskommunen. Det foreslås videreføring av 18,2 mill. kroner til ordningen. 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 er fra 2017 til og med 2020 bevilget 5 mill. kroner til et nasjonalt forsøk med rehabilitering i regi av Helsehuset Askim. Etter kommunesammenslåingen er det tre kommuner i Indre Østfold som inngår i prosjektet. Tiltakene skal bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene i samsvar med de politiske målene om større ansvar i kommunene. Prosjektet avsluttes i 2020.

#### Post 61 Fengselshelsetjeneste

Det går fram av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., at i kommuner hvor det ligger fengsler, skal kommunene ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte. Fylkeskommunene skal tilby tannhelsetjenester til inn-

satte etter Rundskriv IK28/89. De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel.

Tilskuddsordningen skal bidra til at kommunene og fylkeskommunene yter nødvendige helse- og omsorgstjenester til innsatte. Kommunene og fylkeskommunene må selv vurdere behov for å bevilge midler ut over det årlige tilskuddet, for å ivareta sitt sørge-for ansvar. Kommunene og fylkeskommunene står fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres, men Helsedirektoratet anbefaler at helsepersonell er til stede i fengselet til faste tider.

Det foreslås å øke bevilgningen med 0,41 mill. kroner knyttet til driftskostnader i Arendal fengsel, avdeling Evje. Det foreslås til sammen 184,4 mill. kroner i tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsler for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i 2021. Videre foreslås det 4,5 mill. kroner til å videreføre ordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).

Som en del av Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) ble det bevilget til sammen 15 mill. kroner som skal bidra til at kommunene kan gi et nødvendig tjenestetilbud til innsatte personer med rusproblemer og psykiske lidelser.

Fengselshelsetjenesten må bidra til at arbeidet med individuell plan (IP) for innsatte med behov for langvarige og koordinerte tjenester, igangsettes før løslatelse, jf. veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

For 2019 ble det gitt i tilskudd 154 mill. kroner til kommuner med fengsel og 20 mill. kroner til fylkeskommuner med fengsel.

1. oktober 2020 hadde kriminalomsorgen en ordinær kapasitet på 3844 soningsplasser fordelt på 33 fengsler, hvorav 2742 plasser på høyt sikkerhetsnivå og 1020 plasser på lavere sikkerhetsnivå.

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 tildele tilskuddsbeløpet etter antall plasser og type soning to ganger årlig.

For å motvirke innsattes levekårsutfordringer og bedre samordningen mellom kriminalomsorgen, ulike forvaltningssamarbeidspartnere og kommuner har regjeringen lagt fram en Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021. Tiltakene i strategien dreier seg primært om å tette 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 fast tverrdepartementalt tilbakeføringsutvalg i samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Det vises til omtale av strategien i Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

Helsedirektoratet har i 2020 fått i oppdrag å revidere veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler samt og å kartlegge hvordan oppholdsprinsippet kan oppfylles for innsatte i fengsel.

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.

### Post 63 Allmennlegetjenester

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å bevilge 539 mill. kroner til testing ved grenseoverganger
- det foreslås å bevilge 30 mill. kroner til tilskudd til Alis-avtaler i forbindelse med handlingsplanen for allmennlegetjenesten
- det foreslås å flytte 50 mill. kroner til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 571, post 60 knyttet til grunntilskudd til fastleger
- det foreslås å flytte 6 mill. kroner fra kap. 783, post 61 knyttet til spesialisering i allmennmedisin

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklings tiltak innen allmennlegetjenester.

### Rekruttering av fastleger

Det har i flere år blitt ytt tilskudd til rekruttering av fastleger. De siste par årene er ordningen utformet sammen med partene. Den har dekket etableringstilskudd ved inngåelse av fastlegeavtale, tilskudd til Alis-avtaler i de tilfeller rekruttering til fastlegeavtale med spesialiseringsløp betinger

særlig tilrettelegging, og tilskudd til andre tiltak som kan bidra til stabilitet blant allmennleger.

Det er igangsatt to egne Alis-prosjekter, Alis-Vest og Alis-Nord. Alis-Vest er forankret i Bergen og omfatter kommuner i Vestland fylke. Prosjektet har som mål å rekruttere og utdanne spesialister i allmennmedisin gjennom å opprette fastlønte stillinger. Alis-Vest del 1 startet opp i 2017 og går over fem år. Prosjektet har fått delfinansiering fra staten på totalt 25 mill. kroner for hele prosjektperioden. Alis-Vest del 2 er et femårig prosjekt som startet opp i 2019. Dette delprosjektet er tildelt 12 mill. kroner i stønad for hele prosjektperioden. Alis-Nord går over fem år og har blitt tildelt 39 mill. kroner for hele prosjektperioden. I Alis-Nord skal ordningen også prøves ut for næringsdrivende fastleger. Per juni 2020 var det 24 allmennleger som deltok i Alis-Vest og 23 i Alis-Nord.

I tillegg er det etablert tilskuddsordning for fastleger 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 2020 ble det bevilget 66 mill. kroner til Alis-avtaler. Dette omfatter avtaler opprinnelig finansiert gjennom rekrutteringstilskuddet i 2019 og ved takstforhandlingene 2019. Det er per juli 2020 gitt tilskudd til 152 Alis-avtaler. Medregnet deltagende leger i Alis-Vest og Alis-Nord per juli 2020 er det gitt tilskudd til 199 Alis-avtaler. I tillegg er det rapportert om 20 avtaler som er inngått uten tilskudd. Antall eksisterende avtaler vil variere ved ulike rapporteringstidspunkt både pga. at leger slutter og nye avtaler inngås. Det foreslås bevilget 102 mill. kroner til Alis-avtaler i 2021. Det gir rom for totalt 425 løpende Alis-avtaler.

I 2020 ble det opprettet fem Alis-kontorer i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. Kontorene skal rådgi kommunene i sine regioner om rekrutteringstiltak som kan inngå i Alis-avtaler, bistå med maler for Alis-avtaler, innhente og formidle erfaringer med de ulike tiltakene og bistå for øvrig i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Målet er gode og enhetlige utdanningsløp. Alle kommuner med Alis-kandidater skal kunne tilby forutsigbare utdanningsløp med veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter og Alis-kontorene skal understøtte dette. De ble bevilget 10 mill. kroner til Alis-kontor i 2020. Det foreslås 20 mill. kroner til formålet i 2021.

#### Styrket og endret basisfinansiering

I forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2020 ble basistilskuddet i fastlegeordningen lagt om med virkning fra 1. mai 2020. Det ble innført et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 listeinnbyggere. Satsen under knekkpunktet er høyere enn satsen over knekkpunktet. Satsen for de første 1000 listeinnbyggerne ble økt med 78 kroner, fra 499 kroner til 577 kroner. For listeinnbygger 1001 og oppover er satsen uendret på 499 kroner. Helårsvirkningen av forslaget er 350 mill. kroner. Det foreslås bevilget 350 mill. kroner til tiltaket over kommunenes rammetilskudd på kap. 571, post 60.

Fra 1. mai 2020 ble det innført et grunntilskudd til fastleger med færre enn 500 pasienter på listen, under forutsetning om at fastlegen har et listetak over 500. Grunntilskuddet kan gis i maksimalt to år fra en fastlegeliste opprettes. Grunntilskuddet knyttes til når listen opprettes, og ikke til når en fastlege trer inn i/overtar listen. Helårsvirkningen av forslaget er 50 mill. kroner. Kommunens rammetilskudd foreslås økt tilsvarende, jf. omtale under kap. 571, post 60 under Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Det foreslås derfor å flytte 50 mill. kroner fra kap. 762, post 21 til kap. 571, post 60.

#### Pilot primærhelseteam

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 av fastlege, sykepleier og helsesekretær og arbeider i henhold til fastlegeforskriften. I prosjektet piloteres to ulike finansieringsmodeller, driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen. Forsøket omfatter 13 fastlegepraksiser i ni kommuner. Pilotprosjektet ble, innenfor eksisterende budsjetttramme, i 2020 utvidet med fire nye fastlegepraksiser i tre av de samme kommunene. Tilsammen deltar nå 107 fastleger i pilotprosjektet. Det leveres årlige statusrapporter, sluttrapport leveres i 2021.

Følgeevalueringen levert 2019 viser at det så langt gjennomføres flere hjemmebesøk, at diabetespasienter følges tettere opp og at tjenestene er noe mer proaktiv. Evalueringen peker også på betydningen av god ledelse for å lykkes med primærhelseteam.

Midler og driftsform for legekantorene som deltar i piloten er forlenget frem til mars 2023, og

det vil gjennomføres følgeevaluering i hele perioden.

Tre kommuner og legepraksiser deltar i både forsøk med primærhelseteam og i utprøving av medisinsk avstandsoppfølging, nå omtalt som digital hjemmeoppfølging. En av kommunene deltar i både forsøk med primærhelseteam og pilotprosjekt oppfølgingsteam.

Det ble i 2020 bevilget 77,2 mill. kroner til pilotprosjektet med primærhelseteam, hvorav 51,9 mill. kroner innenfor rammen på kap. 762, post 63 og 25,3 mill. kroner på kap. 762, post 21. Det foreslås å videreføre samme bevilgning og fordeling mellom postene i 2021.

Tilskudd til pilot primærhelseteam inngikk i Kompetanseløft 2020, og vil inngå i det nye Kompetanseløft 2025, se Del III 7 Kompetanseløft 2025. I tillegg disponeres 3,5 mill. kroner av midler til digital hjemmeoppfølging (tidligere kalt medisinsk avstandsoppfølging) til dette formålet i piloten.

Digital hjemmeoppfølging (tidligere kalt medisinsk avstandsoppfølging)

Digital hjemmeoppfølging er et prosjekt under Nasjonalt velferdsteknologiprogram ledet av Helseledelse og kvalitetssikring. Prosjektet ble startet i 2018 og avsluttes i 2021. Formålet er å få mer kunnskap om organisering av tjenestene og gevinster for aktørene. Utprøvingen gjennomføres i seks kommuner/kommunesamarbeid i ulike deler av landet og gjennomføres som et randomisert kontrollert studie (RCT) der målet er å oppnå en sammenlignbar kontrollgruppe til tiltaket. Målet var å inkludere minimum 600 pasienter i de seks prosjektene som deltar, inklusjonen ble startet i 2019. Selv om inklusjon til kontrollgruppen ble stoppet 18. mars 2020 pga. koronapandemien, har over 200 fastleger inkludert tilsammen 730 pasienter per 1. juli 2020. Ved prosjektets ferdigstillelse i 2021 vil det utarbeides en anbefaling for fremtidige tjenestemodeller og overgang til drift, samt hvordan digital hjemmeoppfølging best kan skaleres. Interessen for digital hjemmeoppfølging økte betraktelig som følge av korona-situasjonen og mange kommuner ser god effekt. Prosjektets virkemidler for å sikre en god utprøving er tilskudd til deltakende kommuner, kompetansenettverk mellom prosjektene, felles informasjonsmateriell og prosessveiledning knyttet til prosjekt- og endringsledelse, innsiktsarbeid, gevinstrealisering og tjenesteinnovasjon.

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 (tidligere kalt medisinsk avstandsoppfølging) i 2020, 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 2021.

Pilot oppfølgingsteam

Piloten startet opp høsten 2018 og skal pågå i tre år. Pga. forsinkelser bl.a. som følge av koronasituasjonen, foreslås piloten videreført ut over planlagt periode. Det ble i 2020 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 samme bevilgning og fordeling mellom postene i 2021. Tilskudd til pilot oppfølgingsteam inngikk i Kompetanseløft 2020, og vil inngå i det nye Kompetanseløft 2025, se Del III 7 Kompetanseløft 2025.

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Departementet vil sende på høring forslag om å utvide antall forskriftfestede timer til veiledning for leger som spesialiserer seg i allmennmedisin. Det avsettes totalt 83,6 mill. kroner til veiledning til leger som er under spesialisering i allmennmedisin hvorav 6 mill. kroner er flyttet fra kap. 783, post 60. Det vises til omtale der.

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 ny 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. Helseledelse og kvalitetssikring forvalter ordningen. Målgruppen er sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. De som søker må ha minst to års relevant yrkeserfaring. Utdanningen må omfatte veiledet klinisk praksis, som

retter seg mot funksjonen som avansert klinisk sykepleier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og vil inngå i det nye Kompetanseløft 2025.

I 2020 ble det bevilget 10 mill. kroner i tilskudd. Det er gitt tilskudd til 98 kandidater fordelt på 42 kommuner. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. 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.

#### Legevakttjenesten, herunder pilotprosjekt

Det er foretatt endringer i akuttmedisinforskriften som trådte i kraft 1. januar 2020. Endringene innebærer at det ikke er et generelt krav til utrykningsplikt for bakvakten. Videre er bestemmelsene om fylkesmannens adgang til å gjøre unntak fra kompetansekravene opphevet. Det er også igangsatt andre tiltak på legevaktfeltet. Helsedirektoratet har utarbeidet veileder for legevakttjenesten som ble publisert 28. februar 2020 og utreder kvalitetsmål for legevakttjenesten som vil inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitaltjenestene. Disse skal etter planen publiseres i 2021.

Det ble bevilget 12 mill. kroner til oppfølging av akuttmedisinforskriften i 2020 for å dekke kommunenes utgifter til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering og til å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktssentraler. Tiltaket kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i vakt inngår i Kompetanseløft 2020. 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 2021 da overgangsordningen for krav til kurs utgår. Koronautbruddet våren 2020 førte imidlertid til at planlagte kurs i akuttmedisin ikke ble arrangert. Kurs vil derfor bli tilbudt til leger og helsepersonell i legevakt ut 2021. Det videreføres tilskudd til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering i 2021.

Det ble bevilget totalt 11 mill. kroner til legevakt, herunder pilotprosjekt på legevaktfeltet på kap. 762, post 63 i 2020. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. Pilotprosjektet ble tildelt Sogn og Fjordane ved Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt og Romsdalsregionen legevaktsamarbeid ved Molde kommune. Første pilot startet opp 2. september 2019 i Balestrand i Sogn og Fjordane, og ved utgangen av 2019 var alle pilotene i Sogn og Fjordane operative. I Møre og

Romsdal er det rapportert om oppstartsproblemer, noe som ble forsterket av koronasituasjonen våren 2020. Dette har ført til en forsinket oppstart for piloten og tilhørende legevaktssatelitter. Legevaktspiloten i Romsdalsregionen skal etter planen være fullt operativ i september 2020. I tilknytning til følgeevaluering av prosjektet er det bl.a. igangsatt en brukerundersøkelse og innsamling av lokale data.

#### Testing ved grenseoverganger

Det foreslås bevilget 539 mill. kroner til testing ved grenseoverganger over kap. 762, post 63. Midlene på posten benyttes til å etablere en øremerket tilskuddsordning for å dekke kommunenes kostnader til etablering og drift av teststasjoner ved relevante grenseoverganger. Tilskuddsordningen skal forvaltes av Helsedirektoratet. Til sammen foreslås det 650 mill. kroner til formålet i 2021.

Etter at grensene ble åpnet har vi sett økning i antall personer som har blitt smittet i andre land enn Norge. For å legge til rette for at personer som har vært på reise og som har symptomer eller som mistenker at de kan ha vært utsatt for smitte skal teste seg, er det etablert teststasjoner ved relevante grenseoverganger. Etablering av slike teststasjoner er en del av den nasjonale TISK-strategien. Det er etablert 21 teststasjoner i 17 kommuner i 2020. Disse er Ullensaker (fly), Sandefjord (fly), Stjørdal (fly), Bodø (fly), Tromsø (fly), Karmøy (fly), Giske (fly), Bergen (fly og ferge), Sola (fly og ferge), Kristiansand (fly og ferge), Oslo (ferge), Larvik (ferge), Bamble (ferge), Halden (veg), Marker (veg), Eidskog (veg), Sør-Varanger (veg).

Kostnadsanslaget er beheftet med stor usikkerhet. Bevilgningen er midlertidig, og bevilgningsbehovet vil evalueres fram mot framleggelsen av revidert nasjonalbudsjett for 2021. Det vises til omtale under kap. 2711, post 76 og kap. 2755, post 70.

#### Post 64 Opptappingsplan habilitering og rehabilitering

- det foreslås å redusere posten med 4,1 mill. kroner i 2021 etter ferdigstilling av evalueringen av opptappingsplan habilitering og rehabilitering

Det ble i planperioden 2017–2019 bevilget 300 mill. kroner til opptappingsplan habilitering og rehabilitering som i hovedsak ble tildelt kom-



munene. I 2020 ble det øremerkede stimulerings-tilskuddet på 87 mill. kroner overført til kommunenes rammetilskudd. Det er gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om å evaluere opptrappingsplanen i 2020.

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd knyttet til formålet for kapittelet.

#### Samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen 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 derfor 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.

#### Forskning på kiropraktikk

Kiropraktikk er et forskningssvakt område. Det er derfor 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 2021.

#### Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Per 1. januar 2020 var det registrert 790 497 innvandrere i Norge og 188 757 norskfødte med innvandrerforeldre. Dette utgjør om lag 19 pst. av Norges befolkning. Innvandreres helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer, etter landbak-

grunn 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. Det er helseutfordringer i enkelte innvandrergrupper. I 2018 la regjeringen fram strategien Integrering gjennom kunnskap (2019–2022). Formålet med strategien er å øke deltagelsen for innvandrere i arbeids- og samfunns- liv 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 2021.

#### Forskning og fagutvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til fagutvikling, kompetanseutvikling og forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er etablert 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 kompetansmiljøer.

For 2020 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 2021.

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).

Til sammen ble det bevilget 13,4 mill. kroner til NKLM i 2020. Av dette er 2 mill. kroner til finansiering av prosjekt Akuttmedisinsk eldreomsorg i regi av NKLM. Prosjektet avsluttes våren 2021. Det ordinære tilskuddet på 11,4 mill. kroner til NKLM videreføres. I tillegg tildeles midler til å fullføre prosjektet Akuttmedisinsk eldreomsorg. Det vises også til omtale under kap. 765, post 75.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (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 distriktsmedisinske 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. Det ble bevilget 4,9 mill. kroner i 2020. Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

For AFEene, NKLM og NSDM tar departementet sikte på å overføre forskningsmidler fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet. Dette skal skje som en gradvis overgang over flere år fra fast bevilgning til at en større andel av forskningsmidlene styres mot resultatbasert finansiering.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger, forum for helsestasjonsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. Innretning på midlene skal vurderes i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Finnmark har som målsetting å bedre rekrutteringen og stabilisere legedekningen i de samisktalende kommunene i Finnmark. Innretning på midlene skal vurderes i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

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. Innretning på midlene skal vurderes i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

Tilskudd til AFEene, NKLM og NSDM vil inngå i det nye Kompetanseløft 2025, se Del III 7 Kompetanseløft 2025.

#### Antibiotikasenter for primærmedisin

Antibiotikasenter for primærmedisin (ASP) er et kompetansesenter og har som formål å fremme

rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten, og på den måten redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. 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.

Innsatsen mot publikum er økt, og antibiotikafri resept er oversatt til samisk. Den norske versjonen er sendt til landets fastleger. I løpet av våren 2019 lanserte antibiotikasenteret læringsprogrammet e-Bug. Det er oversatt fra engelsk til norsk og retter seg mot barne- og ungdomsskolen. Målet med prosjektet er å utdanne elever over hele verden i mikrobiologi, hygiene og spredning, behandling og forebygging av sykdom. I tillegg arbeider antibiotikasenteret med annen formidling mot publikum gjennom sosiale kanaler som Facebook, Instagram og Twitter.

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. Undervisningsopplegg har blitt testet i 2020. Videre har senteret undervist norske medisinstudenter i Budapest i nasjonale faglige retningslinjer sammen med KAS. Det ble i 2020 bevilget 4 mill. kroner til kompetansesenteret over denne posten, og det foreslås å videreføre samme sum i 2021. I tillegg ble det bevilget 3 mill. kroner over kap. 761, post 21 i 2020, som også foreslås videreført. Midlene sees i sammenheng med midler foreslått til smittevern på kap. 762, post 21.

#### Post 73 Seksuell helse

Bevilgningen dekker tilskudd til oppfølging av Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Total bevilgning på posten var i 2020 58,1 mill. kroner.

Tilskuddet til seksuell helse skal støtte oppunder mål og tiltak i handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020–2024), se kapittelomtalen, for omtale av planen. 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 overord-

nede mål er å sikre god seksuell helse i hele befolkningen.

Helsedirektoratet forvalter to tilskuddsordninger som er knyttet til oppfølging av strategien: Tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner og Tilskudd for seksuell helse.

I 2020 ble det totalt bevilget 23,2 mill. kroner til tilskudd innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Tilskuddsordningen har to overordnede mål: en helhetlig ivaretagelse av hivpositive, og å forebygge nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Tilskudd gis til tiltak rettet mot mennesker som lever med hiv og grupper som har økt risiko for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner, herunder migranter og menn som har sex med menn. Trenden med nedgang i meldte hiv-tilfeller fortsatte i 2019, særlig blant menn som har sex med menn. Blant menn som har sex med menn er det også en nedgang i antall tilfeller av gonore og syfilis i 2019, men blant heteroseksuelt smittede ser man en liten økning av gonore. Tilskuddet ble i 2020 fordelt på 12 tilskuddsmottakere. Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

Stiftelsen Kirkens Bymisjon mottok i 2020 4,1 mill. kroner til tiltaket Aksept. Aksept har lang erfaring med å arbeide med mennesker som lever med hiv i Norge og er et sentralt fag- og ressursmiljø for personer berørt av hiv. Bevilgningen til tiltaket forslås videreført.

I 2020 ble det totalt bevilget 34,9 mill. kroner til oppfølging av tilskuddsordningen for seksuell helse. Det ble bevilget tilskudd til 50 ulike tilskuddsmottakere i 2020. Måloppnåelse vurderes i hovedsak som høy. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. Øremerket tilskudd til organisasjonen Menneskeverd foreslås videreført.

I tillegg ble det bevilget 13,3 mill. kroner over kap. 762, post 21 til oppfølging av strategi for sek-

suell helse, jf. omtale under kap. 762, post 21. Tilskuddsordningene til seksuell helse vil bli gjennomgått i 2020.

### Post 74 Stiftelsen Amatheia

I 2020 ble det bevilget 25,2 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 tillegg til et kontor i Såpmi (Karasjøk). I 2019 hadde Amatheia 4629 unike brukere fordelt på 12 554 konsultasjoner, hvorav omtrent 33 pst. er personlig frammøte, 40 pst. er telefonkonsultasjoner og de øvrige foregår per chat, e-post eller annen kontaktmåte.

Amatheia tilbyr prevensjonsveiledning ved alle kontorene. I 2019 ga Amatheia 1905 brukere prevensjonsveiledning enten ved oppmøte, telefon eller chat.

Amatheia driver i tillegg en omfattende opplysnings- og undervisningsvirksomhet rettet til ulike grupper som studenter innen helse- og sosialfag, ungdom generelt, flyktinger og asylsøkere og andre migrantgrupper.

Tilskuddsordningen vil bli gjennomgått i 2020. Tilskuddsordningen skal i 2021 også bidra til oppfølgingen av Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet 2020–2024.

Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

**Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	111 858	129 598	186 879
60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	433 088	238 690	230 507
62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	449 520	492 460	455 178
71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	164 107	169 297	174 715
72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	402 468	415 935	469 245
73	Utviklingstiltak mv.	160 777	170 503	167 459
74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	306 723	308 898	308 912
75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	223 040	215 145	245 130
	Sum kap. 0765	2 251 581	2 140 526	2 238 025

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- det foreslås 20 mill. kroner i økt bevilgning til handlingsplan for forebygging av selvmord, over kap. 765, post 21 og 75
- det foreslås 15 mill. kroner i økt bevilgning til opptrappingsplan mot vold og overgrep, over kap. 765, post 21 (10 mill. kroner) og kap. 765, post 75 (5 mill. kroner)
- det foreslås 5 mill. kroner i økt bevilgning til pilotering av FACT ung-team, over kap. 765, post 21 og post 60
- det foreslås 9 mill. kroner i økt bevilgning til etablering av en lavterskeltjeneste og behandlingstilbud i alle helseregioner for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, over kap. 765, post 21
- det foreslås 10 mill. kroner i økt bevilgning til helsesatsingen i barnevernet, over kap. 765, post 21
- det foreslås 3 mill. kroner i økt bevilgning til organisering av samling for etterlatte og overlevende i forbindelse med tiårsmarkeringen etter 22. juli, over kap. 765, post 21
- det foreslås å flytte 10 mill. kroner fra kap. 765, post 60 til kap. 765, post 21, for en gradvis omlegging av Rask psykisk helsehjelp

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 brukere og pårørende 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 utprøving og evaluering av nye modeller, og understøtte kommunene i å implementere forskningsbaserte, effektive metoder.

Mennesker med psykiske lidelser og/eller 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. økt valgfrihet for den enkelte, reduserte ventetider, bedre oppfølging og et styrket lavterskeltilbud i kommunene. Dette inkluderer også utvikling av internettbaserte informasjons- og veiledningstilbud og digitale helsetjenester.

Brukernes og pasientenes behov må styre tjenesteutviklingen. På systemnivå er brukervirkning viktig for å sikre at tjenestene utvikler seg til det beste for brukerne, men medvirkning er minst like viktig på individnivå.

Arbeidet mot vold og overgrep er høyt prioritert av regjeringen. Bruk av vold er i strid med norsk lov og et angrep på grunnleggende menneskerettigheter. Dette gjelder både fysisk vold, psykisk vold, seksuell vold og økonomisk eller annen

materiell vold. Vold i nære relasjoner og overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge, og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak, samt hjelp fra krisesenter tilbud, 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 internt og med andre samarbeidsparter.

Regjeringen gjennomfører en rekke tiltak for å bedre sammenheng og forsvarlighet i behandlingsforløp. Fra 2017 er det tydeliggjort at øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunen også skal gjelde for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer. Det sikrer at personer med psykiske helse- og rusproblemer har tilgang til helsetjenester når det haster. Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling 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 etter at de er ferdig behandlet. Det er både uheldig for pasientens tilfriskning 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 615 psykologstillinger i 381 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.

Innføring av pakkeforløp innen psykisk helse og rusområdet fra 2019 skal bidra til gode, sammenhengende og tverrgående pasientforløp, økt

forutsigbarhet og mer likeverdige tilbud. Pakkeforløpet starter i kommunen hos fastlegen eller annen henviser, og ved samtidige tjenester skal kommunens kontaktperson være oppgitt i henvisningen. I 2019 inngikk regjeringen og KS en avtale om å etablere 19 helsefelleskap som skal få kommunene og sykehusene til å samarbeide bedre om pasientene. Representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere skal møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen for å finne gode lokale løsninger. Helsefelleskapene 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 helsefelleskap under kap. 732 og 761.

For en nærmere omtale av satsingen på det forebyggende arbeidet innenfor psykisk helse-, rus- og voldsfeltet, vises det til kap. 714. For satsingen innen spesialisthelsetjenesten vises det til kap. 732 og 734.

#### 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 i Del III 7 Kompetanseløft 2025.

#### Strategi for god psykisk helse og opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse

I august 2017 ble Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) lagt fram. Bakgrunnen for strategien var anmodningsvedtak nr. 840 (2015–2016) og 108.54 (2015–2016). Strategien skulle danne grunnlaget for en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Prop. 121 S (2018–2019) Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) ble behandlet i Stortinget 30. januar 2020, og inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og behandlingsrettede initiativ. Forebygging av selvskading inngår i planen.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp Prop. 121 S (2018–2019) Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024), og har utarbeidet en plan for gjennomføring. Blant tiltak som er påbegynt i 2020 er arbeid med en tverrfag-

lig veileder for barn og unges psykiske helse og tiltak knyttet til forebygging av selvskading.

Regjeringen vil trappe opp innsatsen for å styrke barn og unges psykiske helse gjennom planperioden, og regjeringen vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innfasing og prioritering av enkelttiltak i planen.

I 2020 satte regjeringen i gang en pilot for programfinansiering av enkelte tilskuddsordninger rettet mot barn og unge. Hensikten er å gjøre det enklere å utforme lokale tiltak på tvers av tjenester og sektorer, for å gi barn og unge den hjelpen de trenger. Piloten omfatter fem tilskuddsordninger i 12 kommuner i Trøndelag, Innlandet, Vestfold og Telemark. Piloten skal vare ut 2022. Regjeringen styrker også utviklingen av digitale tjenester for barn og unge, se omtale under kap. 762, post 21. Videre foreslås det 5 mill. kroner til pilotering og evaluering av oppsøkende og tverrfaglige team for unge (FACT-ung) i 2021.

For 2021 er 100 mill. kroner av den foreslåtte veksten i de frie inntektene til kommunene begrunnet med regjeringens økte satsing på barn og unges psykiske helse. Veksten må ses i sammenheng med Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse. Se omtale i Prop. 1 S Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2020–2021), kap. 571, post 60.

#### Bedre helsehjelp til barn i barnevernet

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet fikk i 2017 likelydende oppdrag i sine tildelingsbrev, om å styrke helsehjelp i barnevernet. Det har vært tett samarbeid mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet om tiltakene. De fleste tiltak er iverksatt og ferdigstilt. Direktoratene lanserer i 2020 Pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet. Direktoratene har også fått i oppdrag å vurdere helsekartlegging av barn som plasseres utenfor hjemmet. Arbeidet med dette oppdraget startet i 2020 og vil pågå også i 2021. Se omtale under kap. 765, post 21 og i Prop. 1 S, Barne- og familiedepartementet, kap. 855, post 01.

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 vil bl.a. se på omfang og innhold i funksjonen barnevernsansvarlig.

#### Opptappingsplanen for rusfeltet

Regjeringen har overoppfylt 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). Gjennom bruk av stimuleringsmidler og vekst i de frie inntektene har regjeringen ved hjelp av fem hovedmål og tiltak gjennomført en særlig innsats rettet mot kommunene. Innsatsen har rettet seg mot ordninger som bedrer tjenestene og oppfølgingsarbeidet for målgruppen, som f.eks. arbeidsrettede tiltak, bolig, brukerstyrte løsninger, fengselshelsetjeneste og oppsøkende behandling. Helsedirektoratet har i samarbeid med øvrige direktorater, Husbanken og Fylkesmannen vært sentrale i gjennomføringen av Prop. 15 S (2015–2016). Satsingen har hatt god måloppnåelse. For 2020 ble det bevilget 150 mill. kroner, som vekst i kommunenes frie inntekter for å fullføre den flerårige satsningen med å styrke tjenestene på rusfeltet. Rapporteringen viser at regjeringens innsats med opptappingsplanen har gitt resultater i økt tjenesteyting og flere årsverk. Sluttevalueringen av opptappingsplanen vil foreligge i 2021.

Tall fra IS-24/8 (Sintef og Sentio) viser at kommunene oppga 16 399 årsverk til psykisk helse- og rusarbeid i 2019. Det er om lag 2500 flere årsverk enn i 2016. Tall for 2020 er forsinket pga. koronapandemien og vil ikke foreligge før mot slutten av 2020.

44 pst. av landets kommuner svarer at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsearbeid. Hver tredje kommune oppgir at opptappingsplanen har ført til økt brukerinvolvering.

#### Arbeid mot vold og overgrep

I tråd med Stortingets anmodningsvedtak nr. 623 (2014–2015) fremmet regjeringen høsten 2016 Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) med 88 tiltak. Stortinget vedtok planen og 36 anmodningsvedtak våren 2017. Målet med opptappingsplanen er å redusere forekomsten av vold i nære relasjoner, med særlig vekt på å bekjempe vold og overgrep som rammer barn og unge. Planen inneholder bl.a. 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 mrd. kroner så langt i planperioden.

Oppfølgingen av opptrappingsplanen koordineres av Barne- og familiedepartementet, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen presenterer en samlet omtale av oppfølging av opptrappingsplanen i Prop. 1 S (2020–2021) for Barne- og familiedepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet har i hovedsak gitt Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomføre tiltakene i planen. Av planens tiltak som ligger under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde er alle tiltakene påbegynt eller ferdigstilt.

For 2021 foreslås det å bevilge ytterligere 87,3 mill. kroner til styrking av opptrappingsplan mot vold og overgrep. Av disse foreslås 24 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. 15 mill. kroner foreslås bevilget for å styrke behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA), se nærmere omtale under kap. 765, post 21 og 75. Det foreslås videre å øke bevilgningen med 9 mill. kroner, til etablering av en lavterskeltjeneste og behandlingstilbud i alle helseregioner for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, se omtale under kap. 765, post 21.

Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en ny nasjonal handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Handlingsplanen skal ha en egen del om vold og overgrep i samiske områder. Planen skal bidra til å imøtekomme forpliktelsene etter Europarådets konvensjon om å forebygge og bekjempe vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (Istanbul-konvensjonen). Handlingsplanen skal være bred og tverrdepartemental, og arbeidet koordineres av Justis- og beredskapsdepartementet.

#### Bolig for velferd

Den nasjonale strategien Bolig for velferd (2014–2020) gir retning for arbeidet med boliger og oppfølgingstjenester for vanskeligstilte på boligmarkedet. Strategien skal bidra til at kommunene møter en samordnet stat og får bedre rammebetingelser i arbeidet. For perioden 2018–2020 er det to prioriterte tiltak: 1) etablere arbeidsprosesser for helhetlig tilbud av boliger og bo- og oppfølgingstjenester for mennesker med rusrelaterte og/eller psykiske utfordringer som mangler eller risikerer å miste bolig, og 2) tilrettelegge for at vanskeligstilte barnefamilier bor i en egnet bolig. Bolig for velferd har sitt siste virkeår i 2020, og

strategien blir sluttevaluert i 2020. Regjeringen tar sikte på å legge fram en ny strategi om den boligsosiale politikken høsten 2020. Dette vil sikre kontinuitet i arbeidet etter at Bolig for velferd (2014–2020) avsluttes. Se nærmere i Prop. 1 S (2019–2020) Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

#### Rusreform

Strafforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til personlig 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. Regjeringen foreslår derfor å gjennomføre en rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjoner på bruk og besittelse av narkotika til personlig bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten – fra straff til hjelp, behandling og oppfølging. Regjeringen oppnevnte i 2018 et offentlig utvalg (Rusreformutvalget) som skulle utrede en modell for regjeringens rusreform. Utvalget leverte sin NOU 2019:26 Rusreform – fra straff til hjelp i desember 2019. Utvalget ser avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika til personlig bruk som en forutsetning for å realisere reformens formål, herunder å redusere stigma som hefter til narkotika- og avhengighet. Utvalget foreslår en modell der politiet, ved avdekking av bruk og besittelse av narkotika til personlig bruk, ilegger personen en møteplikt for videre oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalgets rapport har vært på høring og det er innkommet om lag 350 høringssvar. Regjeringen foreslår å gjennomføre rusreformen basert på mandatet og forslagene til Rusreformutvalget og vil ta endelig stilling til enkelte forslag etter en vurdering av høringssvar mv. Det tas sikte på å legge frem en sak for Stortinget til behandling våren 2021.

#### Handlingsplan mot selvmord

Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste ble lagt fram 10. september 2020, på Verdensdagen for selvmordsforebygging. Åtte departementer har vært med å utarbeide planen. Med denne planen innføres nullvisjon for selvmord i Norge. Det foreslås å følge opp planen gjennom å bevilge 20 mill. kroner over kap. 765 til ulike tiltak i planen. Se også kap. 762, post 21 om midler til å gjøre helsestasjons- og skolehelsetjenesten mer digitalt tilgjengelig, som også er tiltak i planen.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- å styrke bevilgningen med 13 mill. kroner til Handlingsplan for forebygging av selvmord
- å styrke bevilgningen med 10 mill. kroner til helsesatsingen i barnevernet
- å styrke bevilgningen med 10 mill. kroner til opptrappingsplan mot vold og overgrep, for å styrke tilbudet i spesialisthelsetjenesten til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd
- å styrke bevilgningen med 9 mill. kroner til etablering av en lavterskeltjeneste og behandlingstilbud i alle helseregioner for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn
- å styrke bevilgningen med 3 mill. kroner til organisering av samling for etterlatte og overlevende i forbindelse med tiårsmarkeringen etter 22. juli
- å styrke bevilgningen med 2 mill. kroner til opplæring og evaluering av FACT ung.
- å flytte 2,5 mill. kroner til evaluering av pilot for programfinansiering i 0-24 samarbeidet fra kap. 765, post 60
- å flytte 2 mill. kroner fra kap. 765, post 74 til evaluering av kompetansesentre
- å flytte 2,6 mill. kroner til los-funksjon for berørte av 22. juli ved RVT Sene til kap. 765, post 75
- å flytte 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 76 og 0,67 mill. kroner til kap. 2752, post 72 knyttet til opprettelse av behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet.

#### Rådgivere hos Fylkesmannen

Ved fylkesmannsembetene er det etablert egne stillinger med et særlig ansvar for å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene om psykisk helse, rus og vold. Fylkesmannen er en viktig ressurs som støtter opp under det kommunale psykisk helse-, rus- og voldsarbeidet. Belastningsfullmakten til Fylkesmannen bidrar til drift av tverrfaglige regionale fora og nettverk til iverksetting av ulike kompetanseutviklingstiltak, og samarbeid med de regionale kompetansesentrene innen fagfeltet.

Fylkesmannen bistår kommunene i planarbeid, understøtter lokal tjenesteutvikling og bidrar med implementering av pakkeforløp psykisk helse og rus. Fylkesmannen bidrar også til at alle kommuner får informasjon om Opptrappingsplanen mot vold og overgrep og gir veiledning i hvordan de kan nedfelle arbeidet mot vold i nære relasjoner i kommunale planer. Videre bidrar Fylkesmannen i kommunenes arbeid med selvmordspromblematikk.

Fylkesmannens rådgivere er sentrale samarbeidspartnere for Helsedirektoratet. Det er etablert et arbeidsutvalg bestående av representanter for embetene, for kompetansesentrene innen rus, psykisk helse og vold, samt regionale helseforetak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Arbeidsutvalget bistår og er bindeledd mellom Helsedirektoratet, embetene, kompetansesentrene og RHFene i arbeidet med å gjennomføre opptrappingsplanen på regionalt og lokalt nivå.

Fylkesmennene har hatt en sentral rolle i å bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med mål og tiltak i opptrappingsplanen på rusfeltet. Evaluering av planen viser at kommunene verdsetter fylkesmennenes- og kompetansesentrenes arbeid med å bidra til faglig utvikling og implementering av kunnskapsbaserte tiltak på rusfeltet.

Fylkesmennene forvalter også flere tilskuddsordninger som er sentrale virkemidler for å styrke kommunenes rusarbeid. Fylkesmennenes aktivitetsplaner for 2020 viser at innsatsen i stor grad videreføres.

I 2020 ble det bevilget 18 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 18 mill. kroner i 2021.

#### Nasjonal overdosestrategi

Overdoser er et globalt og nasjonalt folkehelseproblem. Med lanseringen av en ny nasjonal overdosestrategi i mars 2019 ble igangsatte tiltak videreført og forsterket. Strategien løfter frem viktige områder for å møte utfordringene i årene fremover. Den tar for seg nye utfordringer, nye rusmidler, vurdering av nye målgrupper og nye tiltak.

Overdosedødsfallene økte fra 247 i 2017 til 286 i 2018. Som i 2016 og 2017 var ikke heroin den hyppigste dødsårsaken for narkotikautløste dødsfall, men andre opioider som morfin, kodein og oxycodon. Arbeidet med å utvikle et pakkeforløp for oppfølging etter rusmiddeloverdose ble iverksett våren 2019. I tråd med anbefalinger fra arbeidsgruppen levert i mars 2020, er det ikke



utviklet et eget pakkeforløp, men i stedet et eget kapittel i Pakkeforløp for rusbehandling (TSB). I tillegg planlegges det et høringsmøte med bred deltakelse fra relevante aktører.

Det er satt ut et nytt oppdrag til KoRus Oslo, som har fokus på riktig ernæring i lavterskeltiltak. Dersom erfaringene er gode, vil tiltaket spres nasjonalt. I tillegg har strategiens kommunenettverk blitt utvidet fra 29 til 35 kommuner i 2019. Nalokson neseppray ble i løpet av 2019 utplassert i alle disse kommunene. Det er etablert en gruppe som skal se på hvordan utdeling av Nalokson neseppray kan spres til kommuner utenfor det allerede etablerte kommunenettverket. Gjennom overdosearbeidet har Norge blitt verdensledende når det gjelder utplassering av motgift mot opioidoverdose i form av Nalokson neseppray til brukere og nærstående. Norge har samtidig tatt initiativ til internasjonalt forskningssamarbeid på dette området.

Helsedirektoratet etablerte i 2020 en ekspertgruppe bestående av sentrale aktører med bred kompetanse på overdoseproblematikk. Ekspertgruppen skal møtes én gang i året. Første møte ble avholdt i februar 2020. Helsedirektoratet har i 2020 gitt midler til videre forskning på END (etterlatte etter narkotikadødsfall) og en konferanse knyttet til dette. Konferansen arrangeres i samarbeid med Bergen kommune. Tilskudd til overdosenettverket, med fokus på forebygging, er noe endret for 2020, for å fange opp kommuner som ikke er en del av nettverket. Bakgrunnen er at mange overdoser nå skjer i kommuner som ikke er tilknyttet det eksisterende kommunenettverket.

SERAF-Senter for klinisk rusmiddelforskning ved Universitetet i Oslo (UiO) har gjennom overdosestrategien fått i oppdrag å analysere overdosedødsfall for bl.a. å finne ut mer om personene, i hvilken grad de har mottatt helsehjelp, eller om de har fått ordinert opioidholdige legemidler til medisinsk bruk i forkant av overdosedødsfall.

I 2019 startet Regional legemiddelinformasjon (Relis) KUPP-kampanjen (kunnskapsbasert oppdateringsvisitt) med riktig bruk av opioider ved ikke-maligne smerter som ett tema. Kupp er den norske versjonen av undervisningsmetoden academic detailing (AD). I KUPP tilbys allmennleger en faglig oppdatering om et terapiområde i en-til-en møter på legens kontor. Hensikten er å gi legen en kunnskapsbasert, produsentuavhengig oppdatering på et tema som er direkte anvendbart i den kliniske hverdagen. I perioden 2015–2019 er det gjennomført 4600 legebesøk. Om lag 1000 fastleger mottok besøk om bruk av

opioider høsten 2019. Flere besøk var planlagt våren 2020, men ble avlyst pga. koronautbruddet. Relis har som mål å gjennomføre en ny kampanje med fysiske besøk, men samtidig prøve ut, evaluere og kvalitetssikre besøk ved bruk av videomøter.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til dette arbeidet i 2021. Det vises til nærmere omtale under kap. 717 Legemiddeltiltak.

### Vold og overgrep

Bevilgningen dekker arbeid med tiltak mot traumer, vold og overgrep, herunder tiltak i Opptrapingsplan mot vold og overgrep, Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, 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 besluttet at det skal utarbeides en ny nasjonal handlingsplan mot vold i nære relasjoner, med en egen del om vold og overgrep i samiske samfunn. Det er også besluttet at det skal utarbeides en ny handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold.

Folkehelseinstituttet (FHI) har i sitt arbeid med folkehelseprofiler for kommuner fått i oppdrag å gjennomgå datakilder med tanke på å utvikle indikator for vold og overgrep. Folkehelseinstituttet publiserte i september 2019 kommune- og fylkestall for anmeldte tilfeller av vold og mishandling i Kommunehelse statistikkbank. Arbeidet med vold og overgrep i folkehelseprofilene videreføres i 2021. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til dette arbeidet.

Redd Barna utarbeidet i 2017 en rapport om hjelpebehov for personer med seksuelle følelser for barn. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å følge dette opp og utrede faglige, juridiske og organisatoriske forhold ved etablering av et lavterskeltiltak til denne gruppen. I 2019 ble det bevilget 3 mill. kroner til utredningsarbeidet. Helsedirektoratet har utredet og utviklet en anonym lavterskeltjeneste og et behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Helsetilbudet består av kampanjer som starter opp i 2020, en felles nettside, en landsdekkende lavterskeltjeneste for generell veiledning og timebestilling, og behandlingstilbud i alle fire helseregioner.

Bevilgningen ble styrket med 12,5 mill. kroner i 2020, slik at den totale bevilgningen var på 15,6 millioner kroner. I budsjettet for 2021 foreslås det totalt 25 millioner kroner til gjennomføring av tilbudet på landsbasis. 23,1 millioner kroner foreslås over kap. 765, post 21. I forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2020 ble det flyttet midler fra kap. 765, post 21 til kap. 732, post 76 og kap. 2752, post 70 knyttet til opprettelse av behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Departementet anslo at ¼ av effekten ville inntreffe i 2020. Det foreslås flytting av helårsvirkning svarende til 1,87 millioner kroner i 2021. Det foreslås derfor å flytte 1,2 millioner kroner fra 765, post 21 til kap. 732, post 76 og 0,67 millioner kroner til kap. 2752, post 72.

#### *Barn og unge med skadelig seksuell atferd (SSA)*

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 2020 ble det bevilget 5,1 millioner kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2021 med 5,2 millioner kroner.

Det foreslås videre å styrke tilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd gjennom å etablere regionale spisskompetansemiljøer i spesialisthelsetjenesten i alle de fire helseregionene, samt å styrke 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 foreslås å bevilge 10 millioner kroner til formålet over kap. 765, post 21 og 5 millioner kroner til RVTSene over kap. 765, post 75. Det vises til videre omtale på post.

#### Beredskap og rådgivning om vold og traumatisk stress

Fra juli 2019 ble aksjene i Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress AS (NKVTS) overdratt fra Unirand til Norce. Eierskiftet innebærer at NKVTS ikke lenger direkte kan tildeles

oppdrag i medhold av unntaket i anskaffelsesregelverket om utvidet egenregi. For å sikre at sentrale rådgivnings- og beredskapsoppgaver om vold og traumatisk stress kan håndteres også i framtiden, ble det i budsjettet for 2020 trukket ut 7,2 millioner kroner av NVKTS sin grunnbevilgning for å gjennomføre en anskaffelse av en rammeavtale innenfor rådgivning og beredskap på volds- og traumefeltet. En rammeavtale om kjøp av forsknings- og kunnskapsbasert rådgivning ble inngått mellom Helsedirektoratet og NKVTS med virkning fra 1. januar 2020. Avtalen har i 2020 bl.a. sikret løpende rådgivning om psykososiale forhold for tjenester og befolkning i forbindelse med koronautbruddet i Norge.

I 2020 ble det bevilget 7,2 millioner kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført med 7,2 millioner kroner i 2021.

#### Oppfølging etter 22. juli

I 2021 vil det bli gjennomført en tiårsmarkering for 22. juli-hendelsen. Det foreslås å bevilge 3 millioner kroner til organisering av en egen samling for etterlatte og overlevende i forbindelse med markeringen.

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. Los-funksjonen ble lagt til de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene). Det ble i 2020 bevilget 2,6 millioner kroner til RVTS for dette formålet. Bevilgningen foreslås videreført med 2,6 millioner kroner for 2021, og foreslås flyttet fra kap. 765, post 21 til kap. 765, post 75.

#### Læringsnettverk

Etterspørselen etter støtte til utviklingsarbeid av tjenestetilbudet til personer med psykiske vansker og rusmiddelproblemer er stor i kommunene, som både driver forebygging, tidlig innsats, behandling og samhandling på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste. Læringsnettverkene er ment å gi støtte til å utvikle tjenestene i tråd med samhandlingsreformen og prinsipper for pasientens helsetjeneste. Arbeidet ledes av KS og utføres i samarbeid med Kunnskapssentret gjennom opprettelse av læringsnettverk i kommunene.

I 2020 ble det bevilget 4,3 millioner kroner til KS til læringsnettverkene for gode pasientforløp og god samhandling på psykisk helse og rusområdet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med inntil

4,3 mill. kroner i 2021. Se kap. 762, post 21 for en samlet omtale av læringsnettverkene. Tiltaket inngikk i kompetanseløft 2020, og inngår i Kompetanseløft 2025.

#### Styrke ledelseskompetanse

Nasjonale lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert på Handelshøyskolen BI i 2015. Målgruppen er ledere i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Underveisevalueringen fra Rambøll viser at deltakerne er svært godt fornøyde med utdanningen, både på tvers av utdanningssteder og profesjoner. Erfaringer fra de første kullene tyder på at utdanningen treffer godt og oppleves som nyttig. Hittil har 844 ledere gjennomført utdanningen. I 2019 var det 471 søkere til totalt 216 studieplasser. Utdanningen er under evaluering og tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025. Se omtale under kap. 761, post 21.

I 2020 ble det bevilget 5,2 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,2 mill. kroner i 2021. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

#### Statistikkutvikling

Helsedirektoratet har iverksatt flere tiltak for å følge med på utviklingen og skaffe økt kunnskap om helse- og omsorgstjenestene til personer med rus og/eller psykiske problemer.

Gjennom årlig rapportering innhenter Helsedirektoratet betydelig informasjon fra kommunene om status og utvikling innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8-rapporteringen som utføres av Sintef). De siste tre årene (2017–2019) har samtlige kommuner rapportert på skjema IS-24/8. Statistikken dekker kommunenes årsverksinnsats, kompetanse og tjenesteorganisering. Tall fra IS-24/8 viser at 16 399 årsverk var knyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2019. For 2020 er rapporteringen forsinket pga. pandemisituasjonen.

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakter av rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer blant brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og velferdstjenester. I 2019 kartla 258 kommuner i alt 22 404 voksne med rusproblematikk med eller uten psykiske helseproblemer. Av disse er 4272 registrert med egne barn som de enten har omsorg, samvær eller ingen kontakt med. Totalt er det registrert 6704 barn for disse. 248 kommu-

ner kartla 36 386 brukere over 18 år med psykiske helseproblemer. Av disse er 8788 registrert med egne barn som bruker enten har omsorg, samvær eller ingen kontakt med. Totalt er det registrert 15 982 barn for disse. I 2019 ble det kartlagt i alt 920 personer under 18 år, hvorav 253 personer mottok kommunale tjenester for rusproblemer og 667 personer for psykiske helseproblemer.

Helse Stavanger HF har i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål (KoRus) og Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (NAPHA) arbeidet systematisk med opplæring og tilrettelegging av BrukerPlan-kartlegging blant landets kommuner. Resultatene fra kartleggingen gir grunnlag for planlegging, kvalitetsutvikling og tiltak i kommunene i nært samarbeid med de regionale KoRusene og fylkesmannsembetene. BrukerPlan-kartlegging foreslås videreført med fornyet oppdrag til Helse Stavanger HF.

#### 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 høyskoleutdannet personell. Utdanningen skal kunne gjennomføres som en selvstendig videreutdanning, og inngå som en del av en mastergrad i helsefag eller psykisk helsearbeid. Det faglige innholdet i utdanningen knyttes til kunnskap- og kompetanseheving i kommunenes tverrfaglige psykososiale arbeid overfor barn og unge i alderen 0-23 år og deres familie. 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. Utdanningen retter seg i hovedsak mot kommunalt ansatte med helse- og sosialfaglig eller pedagogisk utdanning med relevante arbeidsoppgaver inn mot fagområdet. Studentevalueringene viser stor tilfredshet blant studenter som gjennomfører. Det meldes om en dreining i studentpopulasjonen hvor få kommuner nå sender større grupper studenter samtidig, og det er færre studenter med pedagogisk grunnutdanning som søker studiet. Utdanningene påpeker at mindre justeringer og endringer i kravspesifikasjonens emneinndeling, krav om arbeidstilknytning og innretning på utviklingsprosjektene, vil bidra til en bedre tilpassning av utdanningen til de praktiske og overordnede krav som ligger til universitet og høyskolene.

I 2020 ble det bevilget 20,5 mill. kroner til videreutdanningen. Bevilgningen foreslås videreført med 20,5 mill. kroner i 2021. Det foreslås også at det, innenfor rammen av bevilgningen, kan gjennomføres en evaluering av utdanningen. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

#### Rask psykisk helsehjelp

Evalueringen av Rask psykisk helsehjelp viser at tilbudet både er etterspurt og effektivt, og at det når målgruppen med milde til moderate angst- og depresjonslidelser. Å videreutvikle og spre denne modellen forutsetter videre arbeid med å utvikle relevante terapiutdanninger, erfaringsutveksling og utvikling av selvhjelpsmateriell og digitale verktøy.

For å stimulere til at flere kommuner etablerer Rask psykisk helsehjelp, foreslås det å gradvis legge om tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp, kap. 765, post 60, til en implementerings- og utdanningsstøtte. For 2021 foreslås det derfor å flytte 10 mill. kroner fra kap. 765, post 60 til post 21 for å øke kapasiteten i opplærings- og utdanningspakken for Rask psykisk helsehjelp. Kommuner som er inne i tilskuddsordningen vil få støtte i sin treårige tilskuddsperiode. Se nærmere omtale under kap. 765, post 60.

Det ble i 2020 bevilget 2,1 mill. kroner til utvikling av Rask psykisk helsehjelp over kap. 765, post 21. Det foreslås å bevilge 12,1 mill. kroner til dette formålet i 2021.

#### Mestringsverktøy for angst og depresjon

I tildelingsbrev 2015 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til 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 behandlingen innenfor psykisk helse. Det er kunngjort en offentlig anskaffelse for å levere innhold til løsningen med frist for å levere tilbud. Løsningen skal piloteres i inntil 15 norske kommuner. Oppstart av pilot er forventet i november 2020. Det ble i 2020 bevilget 3 mill. kroner til utvikling av digitalt mestringsverktøy for angst og depresjon. Det foreslås 3 mill. kroner til formålet i 2021.

#### Utvikling av ambulante tjenester for barn og unge

I Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse er behovet for mer helhetlige og koordinerte tjenester løftet fram. Mange barn og ungdom med alvorlig og langvarig problematikk har behov for samtidige tjenester fra flere sektorer og nivåer. En del barn og unge mangler den nødvendige strukturen rundt seg for å dra nytte av eksisterende tilbud, og risikerer derfor mangelfull utredning, oppfølging og behandling. Det er igangsatt et arbeid for å utvikle tverrfaglige og oppsøkende team for barn og unge med sammensatte hjelpebehov, herunder FACT ung. FACT ung piloteres i bydelene Grünerløkka og St. Hanshaugen i Oslo, samt Nesodden og Kristiansund kommuner. Ytterligere fem forprosjekter er i igangsatt andre steder i landet. Det ble i 2020 bevilget 1,5 mill. kroner til dette arbeidet. Bevilgningen foreslås videreført med 1,5 mill. kroner i 2021. Det foreslås i tillegg 2 mill. kroner til opplæring (herunder utvikling av digitale virkemidler som elektronisk FACT-tavle) og evaluering av FACT ung. Det foreslås videre 3 mill. kroner til å utvide piloteringen med flere team over kap. 765, post 60, se nærmere omtale der.

#### Programfinansiering 0-24

Det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner fra kap. 765, post 60 til kap. 765, post 21 for 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.

#### Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern

Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å styrke helsesatsingen i barnevernet med 30 mill. kroner i 2021.

Det foreslås 2 mill. kroner til evaluering og utarbeidelse av veiledende materiale til prosjektet Stillasbyggerne ved Akershus Universitetssykehus. Dette er en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) spesielt innrettet mot å følge opp barn i barnevernet. Stillasbyggerne foretar utredning og behandling, samtidig som kommunene gis støtte. For å kunne hente ut de elementene i denne prosjektmodellen som kan være til nytte for de ordinære tjenestene, er det behov for en grundigere evaluering.

Det foreslås også 3 mill. kroner til implementering av pakkeforløp for kartlegging og behandling

av somatisk og psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet. Pakkeforløpet innebærer nye rutiner der gode rutiner har manglet. Målet med pakkeforløpet er at barn og unge i barnevernet blir kartlagt, utredet og fulgt opp for eventuelle helse- og rusmiddelproblemer i helse- og omsorgstjenesten, slik at de kan få nødvendig helsehjelp ved behov.

Til utprøving av rutinemessig, tverrfaglig helsekartlegging av barn som vurderes flyttet ut av hjemmet, foreslås det å bevilge 20 mill. kroner i 2021 over Barne- og familiedepartementets budsjett og 5 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, til utvikling av arbeidsmåter og/eller utvidede forsøk i regi av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Grunnlaget for beregningen er kartlegging av 1600 barn per år. Se nærmere omtale i Prop. 1 S (2020–2021) Barne- og familiedepartementet, kap. 855, post 01.

#### Riktig medikamentbruk blant barn og unge

I 2019 iverksatte Helsedirektoratet etter dialog med departementet tre tiltak for riktig medikamentbruk blant barn og unge. Norsk legemiddelhandbok 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 vil Helsedirektoratet utarbeide veiledning for helsepersonell, samt iverksette ytterligere tiltak for å bidra til riktigere legemiddelbruk og mer kunnskap om bruken.

I 2020 ble det bevilget 3,1 mill. kroner til dette arbeidet. Bevilgningen foreslås videreført med 3,1 mill. kroner i 2021.

#### Anmodningsvedtak

Behandlingstilbud til barn og unge

*Vedtaket 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 konstitusjonskomiteen til at tilbudet om medika-

mentfri behandling for barn og unge ikke er på plass, selv om faglige anbefalinger tilsier dette. Der vises det også Helse- og omsorgskomiteens merknader til anmodningsvedtaket i Innst. 11 S (2019–2020), der komiteen vil avvende utkwittering 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 ordnering 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 legemiddelhandbok 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 vil Helsedirektoratet utarbeide veiledning for helsepersonell, samt iverksette ytterligere tiltak for å bidra til riktigere legemiddelbruk og mer kunnskap om bruken.

#### Evaluerer tilskuddsordninger

Hensikten med statlige tilskuddsordninger er å legge til rette for å nå prioriterte mål for samfunnet. For å sikre at tilskudd er innrettet slik at de bidrar til måloppnåelse bør de evalueres. For tilskudd over kap. 765 er mange av programmene 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: rullerende fireårs evalueringsplan, intern veileder for evaluering av tilskuddsordninger og kunnskapsbank.

Evaluering av ordningen Bruker- og pårørendearbeid innen psykisk helse og rus ble startet i 2018 og slutført i 2019. Funnene fra evalueringen har ført til flere justeringer av regelverk og forvaltningen av ordningen. Ordningene Aktivitetstilbud rettet mot personer med psykiske problemer, rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring og Grunntilskudd institusjonsbaserte tiltak for personer med rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring skal evalueres samlet. Evalueringen ble satt i gang i 2019 og slutført sommeren 2020. Evalueringsrapporten ble

publisert i august. Evalueringens overordnede konklusjon er at ordningene er av vesentlig betydning både for tiltakenes eksistens og aktivitetsnivå, og målet om at tilskuddsordningene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen synes langt på vei å være innfridd. Evalueringen inneholder mange viktige funn og flere konkrete anbefalinger til videreutvikling av tilskuddsordningene, og revidering av regelverk vil være en naturlig prioritering i den forbindelse. Det vil være et mål å oppdatere regelverk før utlysningen av tilskudd for 2021 kunngjøres.

Helsedirektoratet vil i løpet av 2020 ferdigstille en intern veileder for evaluering av tilskuddsordninger. Som i 2018 og 2019 har direktoratet utarbeidet en rullerende fire-års evalueringsplan for tilskuddsordninger. Tilskuddsordningene Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp – Selvhjelp Norge og Drift av Fontenehus og Fontenehus Norge skal evalueres med leveranse av ferdigstilte evalueringsrapporter i løpet av desember 2020.

For mer informasjon om evalueringsresultatene se omtale under den enkelte tilskuddsordning.

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjennomgå alle nasjonale kompetansetjenester og foreta en gjennomgang av nasjonale og regionale funksjoner innenfor områdene psykisk helse og rus. I den sammenheng er det naturlig å evaluere tilskuddet til kompetansesentrene over dette kapittelet. Det foreslås derfor å flytte 2 mill. kroner fra kap. 765, post 74 til evaluering av kompetansesentre innen psykisk helse og rus. I 2020 ble det bevilget 1 mill. kroner til det øvrige evalueringsarbeidet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1 mill. kroner i 2021.

#### Handlingsplan for forebygging av selvmord

Selvmord er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem, og i 2018 ble det registrert 674 selvmord i Norge. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord ble lagt frem 10. september 2020. Som et ledd i oppfølgingen av planen foreslås det å bevilge 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 og depresjon, 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.

Videre foreslås det 2 mill. kroner til pilot for en systematisk arbeidsmetode for å gjennomgå alle selvmord både innenfor og utenfor helsetjenesten, for å kunne iverksette tiltak som kan bidra til å forebygge nye selvmord. Det foreslås også å bevilge 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 opplæringsmateriell i hvordan oppdage, avdekke og intervensere ved selvmordsfare til nord-, sør- og lulesamisk. Samlet foreslås det 13 mill. kroner over kap. 765, post 21 til oppfølging av tiltak i handlingsplanen.

#### 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).

Vedtaket er fulgt opp gjennom regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord som ble lagt fram 10. september 2020. Handlingsplanen har både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv. Åtte departementer har vært med å utarbeide planen. Forebygging av selvskading er omhandlet i Prop. 121 S (2018–2019). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024). I tillegg er det tiltak som omhandler både selvmord og selvskading i handlingsplanen.

#### Utvikling av UNODCs evalueringsmodell

Det foreslås 0,5 mill. kroner til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) til utvikling av modell for evaluering av forebyggingsinnsatsen. I tillegg foreslås det 0,6 mill. over kap. 714, post 21 til samme tiltak, jf. omtale der.

Norge har tidligere tatt initiativ til og bidratt med finansiering av internasjonale forebyggingstandarder (International Standards on Drug Use Prevention) i regi av UNODC. Standardene gir

en sammenstilling og vurdering av forebyggingsprogrammer- og metoder som er evaluert internasjonalt. Med bakgrunn i de internasjonale forebyggingsstandardene ønsker UNODC å utvikle en kunnskapsbasert, komparativ metode for evaluering av ulike lands forebyggingsinnsats. UNODC har tilbudt seg å pilotere en slik modell i Norge. Metoden vil primært omfatte narkotika, men evalueringen vil også kunne gi verdifull kunnskap om forebyggingsinnsatsen på alkoholområdet.

Modellen vil kunne bli et viktig verktøy i det internasjonale narkotikaarbeidet i regi av UNODC, og en evaluering av den norske forebyggingsinnsatsen vil også gi et godt kunnskapsgrunnlag for utviklingen av rusmiddelpolitikken framover. En evaluering bør også ses i lys av at perioden for Opptappingsplanen for rusfeltet utløper inneværende år.

### Post 60 Kommunale tjenester

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- bevilgningen foreslås styrket med 3 mill. kroner til pilotering av flere FACT ung-team
- det foreslås å flytte 10 mill. kroner fra tilskuddsordningen Rask psykisk helsehjelp til kap. 765, post 21 for en gradvis omlegging av tilskuddsordningen til opplærings- og utdanningsstøtte
- det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner til kap. 765, post 21 for evaluering av pilot for programfinansiering i 0-24-samarbeidet

Bevilgningen dekker tilskudd til utviklingstiltak og kvalitetsforbedring i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Videre er formålet med bevilgningen å stimulere til utvikling av samhandlingsprosjekter mellom kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), herunder også private og ideelle behandlingstjenester.

Rekruttering av psykologer til kommunene

Tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer i kommunene ble avvirket da lovkrav om psykologkompetanse trådte i kraft fra 1. januar 2020. I 2020 ble 211,6 mill. kroner overført i kommunenes frie inntekter over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

I 2019 ble det gitt tilskudd til rekruttering av 617 psykologstillinger i 384 kommuner og

bydel. 92,5 pst. av psykologene ble ansatt i 100 pst. stilling og nær 89 pst. oppgis å være i fast stilling. Fra 1. januar 2020 ble antall kommuner redusert fra 422 til 356. Om lag 15 av kommunene som ikke mottok tilskudd i 2019 er nå slått sammen med kommuner som mottar tilskudd. Flere kommuner som ikke har mottatt tilskudd har planer om å inngå interkommunalt samarbeid med kommuner som har psykologer og/eller kjøpe private psykologtjenester.

Tilbud til voksne med langvarige og/eller sammensatte tjenestebehov

Formålet med ordningen er å styrke tilbudet til brukere med store og sammensatte tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer. Tjenester og hjelpetiltak må innrettes slik at den enkelte møter et sammenhengende, helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud. Etablering av flere oppsøkende behandlingsteam vil bli prioritert, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan og Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse.

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 et tilskudd til tjenesteutvikling for voksne og ett for barn og unge.

Gjennom ordningen for voksne med langvarige og/eller sammensatte behov gis det tilskudd til:

- etablering av allerede utprøvde kunnskapsbaserte og kostnadseffektive modeller på psykisk helse- og rusfeltet
- utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse- og rusfeltet

Resultatrapporteringen viser at 179 tiltak fikk midler over ordningen i 2019. Tildelingene i 2019 gikk i hovedsak til følgende formål:

- aktivt oppsøkende behandlingsteam, inkl. assertive community treatment (ACT) og fleksible ACT-team (FACT-team) (93 tiltak)
- mottakssentre (MO-sentre), Housing First, behandlingsforberedende tiltak og lavterskel substitusjonsbehandling (30 tiltak)
- Housing-first tiltak

Resultatrapporteringen viser at det stadig blir færre MO-sentre og Lasso-tiltak i ordningen, mens antallet FACT-team som opprettes gjennom tilskuddordningen øker: I 2019 er det gitt tilskudd

til 52 FACT-team, ni forprosjekter og to ACT-team. Det er i dag etablert omtrent 80 ACT- og/FACT-team i Norge.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) har evaluert de første FACT-teamene og rapporten 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.

Helsedirektoratet ga i 2016 NKROP i oppdrag å utrede potensialet for ACT- og FACT-team i Norge, samt vurdere en eventuell tilpasning av modellene til rurale områder med store avstander og lav befolkningstetthet. I rapporten som kom i 2017 beregnes et potensial for 120 team: 35 ACT-team og 83 FACT-team, subsidiært modifiserte FACT-team ved lavere befolkningsgrunnlag.

For å understøtte god måloppnåelse gjennom implementering og videreføring av de to modellene, har Helsedirektoratet i 2019 fortsatt lagt til rette for opplæring av teamansatte og drift av ledernetverk.

Ordningen er tidsavgrenset til maksimum fire år med tilskudd med gradvis nedtrapping, jf. tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid. Økt grad av egenfinansiering kan bidra til at gode modeller i større grad videreføres etter prosjektperioden.

**Tilbud til barn og unge med behov for langvarig og sammensatt oppfølging**

Formålet med ordningen er å styrke tilbudet til barn og unge med store tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer.

Det gis tilskudd til:

- etablering av allerede utprøvde kunnskapsbaserte og kostnadseffektive modeller på psykisk helse- og rusfeltet
- utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse- og rusfeltet

Tiltak som inngår i Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse vil bli prioritert. I tilknytning til dette foreslås det å utvide Helsedirektoratets pilotering av FACT ung, gjennom etablering av flere team for oppsøkende og tverrfaglig hjelp til sårbare barn og unge med sammensatte hjelpe-

behov. Det foreslås 3 mill. kroner til dette formålet over kap. 765, post 60. Se også kap. 765, post 21 for forslag om 2 mill. kroner til opplæring (herunder utvikling av digitale virkemidler som elektronisk FACT-tavle) og evaluering av FACT ung over kap. 765, post 21. Tilskuddsordningen er tidsavgrenset til maksimum fire år med tilskudd med gradvis nedtrapping.

Det foreslås videre å flytte 2,5 mill. kroner til kap. 765, post 21 for evaluering av pilot for programfinansiering innenfor 0-24-samarbeidet, for tiltak som omfatter utsatte barn og unge. Programfinansieringen innebærer en sammenslåing av statlige tilskudd fra deler av eksisterende tilskuddsordninger rettet mot barn og unge, under Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Piloten omfatter 12 kommuner innenfor tre av landets regioner, Trøndelag, Innlandet og Vestfold og Telemark. Forsøket starter i 2020 og skal gå ut 2022.

I 2020 ble det bevilget 210 mill. kroner til utvikling av tilbud til mennesker med behov for langvarig og sammensatt oppfølging. Det foreslås å bevilge om lag 215 mill. kroner til dette formålet i 2021. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025. I tillegg foreslås det bevilget 3 mill. kroner til å utvide piloteringen av FACT ung for etablering av flere team.

**Rask psykisk helsehjelp**

Rask psykisk helsehjelp er et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for personer over 16 år med lettere og moderat angst og depresjon. Tilbudet skal være gratis for brukerne, det skal gi direkte hjelp uten henvisning, det skal være tilgjengelig for alle i målgruppen og inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål. Se også omtale under kap. 765, post 21. 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.

Det ble i 2019 gitt tilskudd til drift av Rask psykisk helsehjelp (RPH) i 33 kommuner og bydeler, og tilbudet var i 2019 etablert i 62 kommuner/bydeler. Dette er syv flere enn i 2018. 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. Mange har tatt i bruk nett-



assistert selvhjelpsbehandling og kurstilbud som ivaretar mange brukere samtidig. Samarbeid både interkommunalt og med tjenestetilbud som Nav, skoler, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastleger og frisklivssentralene er godt dekket.

I tråd med omtalen i Prop. 1 S (2016–2017) ble ordningen fra 2018 gjort om til et etablerings-tilskudd. Det er ønskelig å få breddet ut lavterskeltilbudet til langt flere kommuner, men de siste årene har flere kommuner fått avslag på gode søknader om tilskudd pga. budsjettammen.

Det foreslås derfor at etableringstilskuddet til Rask psykisk helsehjelp gradvis legges om i løpet av de neste tre årene, for å legge til rette for raske implementering av tilbudet gjennom opplæringstilbud, utarbeidelse av veiledningsmaterieell og andre kompetansebyggende tiltak. Målet er å stimulere til at flere kommuner oppretter tilbudet enn det rammene for tilskuddsordningen muliggjør i dag. Forslaget ble varslet i kommune-proposisjonen for 2020, Prop. 105 S, (2019–2020). Det foreslås å flytte 10 mill. kroner til kap. 765, post 21 i 2021, for å forberede en gradvis omlegging av etableringstilskuddet til opplærings- og implementeringsstøtte. Kommuner som er inne i tilskuddsordningen får tilskudd ut sin treårige periode. Det foreslås å bevilge 12 mill. kroner over kap. 765, post 60 til kommuner som er inne i tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp i 2021.

### Post 62 Rusarbeid

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å flytte 40 mill. kroner til kap. 765, post 72 for å styrke tilskuddet til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitet for personer med rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring

Formålet med tilskuddet er å bidra til kapasitetsvekst i det samlede kommunale tilbudet til personer med rusproblemer for å gi et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Stillningene kan benyttes til å styrke innsatsområdene fra Opptappingsplanen for rusfeltet, i form av stillinger til oppfølgingstjenester i bolig, tidlig innsats for aldersgruppen 0-17 år, skadereuserende tiltak, styrking av flerfaglige oppsøkende team, samt arbeid og aktivitet.

Sintefs kartlegging viser at med bl.a. Opptappingsplanen for rusfeltet sørget regjeringen for om lag 2500 flere årsverk til rus og psykisk helse-

arbeid i perioden 2016–2020. Rapportering fra Fylkesmannsembetene viser at det i 2019 ble gitt tilskudd til om lag 950 stillinger fordelt på 285 kommuner/bydeler, men kommuner som deltar i interkommunalt samarbeid inngår ikke i dette antallet. Det har vært en gradvis stagnasjon i søknadsgrunnlaget de siste årene, både når det gjelder antall kommuner og antall stillinger det søkes om. Flere kommuner rapporterer at de har bygget opp kapasitet og kompetanse som de vurderer er tilstrekkelig, og at de ønsker å jobbe godt med å organisere og utvikle de ressursene de nå har fått, fremfor å søke om mer midler. Det er en utfordring at små kommuner ikke søker tilskudd.

Det er en økning i antall erfaringskonsulenter/ansatte med brukererfaring som finansieres over ordningen. I 2019 er det rapportert 174 stillinger, mot 116 i 2018. Det kan være flere med erfaringskompetanse som arbeider innen rusfeltet, uten at de har formelle stillingstitler som erfaringskonsulenter eller som fremkommer i tilgjengelig statistikk og annet kunnskapsgrunnlag. Brukertilfredshetsevalueringen blant personer med rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester (2019), viser at nær halvparten av brukerne opplever at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utforming av tjenestetilbudet, og over halvparten rapporterer nå at de opplever at tjenestene de mottar har vært tilpasset deres behov. Det er en positiv utvikling fra forrige undersøkelse i 2017.

Det er et vedvarende trekk at kommunene i langt større grad benytter årsverksinnsatsen inn mot aldersgruppen 18-66 år, enn mot de under 18 år og over 67 år. Langt flere stillinger går til tjenester rettet mot voksne personer med etablert rusmiddelproblematikk og sammensatt problematikk (ROP-lidelser), enn mot tidlig innsats overfor barn og unge med begynnende rusmiddelproblematikk. Stillingene benyttes nå i størst grad til flerfaglige oppsøkende team. Deretter kommer oppfølgingstjenester i bolig, arbeid og aktivitetsrettede tiltak og lavterskel helsetjenester/skadereuserende tiltak. Det rapporteres videre at ordningen i stor eller svært stor grad har bidratt til å styrke brukermedvirkning på individnivå og på systemnivå. Videre vurderer kommunene at tilskuddsordningen i stor eller svært stor grad bidrar til å styrke det kommunale rusarbeidet og bidrar til mer helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede tjenester.

Pga. lavere antall søknader fra kommunene på tilskuddsordningen, ble posten redusert med 40 mill. kroner i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2020 for å styrke til-

skuddet til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitet for personer med rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring, over kap. 765, post 72. For å øke måloppnåelse og kommunenes interesse for tilskuddsordningen, vil det bli vurdert å endre innretningen på tilskuddsordningen. Det ble i 2020 bevilget 492,5 mill. kroner til ordningen. Det foreslås bevilget om lag 455 mill. kroner i tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2021.

### Post 71 Brukere og pårørende

Bevilgningen dekker tilskudd til styrking av bruker- og pårørendearbeid, og videreutvikling av selvorganisert selvhjelp på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet.

#### Tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner

Formålet med tilskuddet er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet, slik at de kan fremme økt brukermedvirkning i utformingen av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske lidelser, rusproblemer og voldsutfordringer, både individuelt og på systemnivå. Diagnose- og gruppenøytrale paraplyorganisasjoner for pårørende kan også motta støtte gjennom ordningen.

Ordningen er en viktig finansieringskilde og av stor betydning for mange organisasjoner, men grad av måloppnåelse er i mange tilfeller utilstrekkelig dokumentert. Evaluering av ordningen ble slutført i 2019 og evalueringens overordnede konklusjon er at tilskuddsordningen gir viktige bidrag til å styrke driften til aktørene på feltet, samtidig som den støtter opp under viktige aktiviteter på individ-, tjeneste- og systemnivå. Evalueringen kan imidlertid ikke anslå omfanget av tilskuddsfinansiert aktivitet og det påpekes at det fremdeles er behov for å justere innretningen på ordningen for å tydeliggjøre mål og ønskede effekter. HelseDirektoratet har igangsatt et arbeid med tanke på å styrke kunnskapen om ordningens resultatoppnåelse og å forbedre tilskuddsordningens innretning.

I 2019 mottok HelseDirektoratet 68 søknader om tilskudd over ordningen med et samlet søknadsbeløp på om lag 196 mill. kroner. Det ble gitt tilskudd til 39 ulike nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner og/eller interesseorganisasjoner. Tilskuddsordningen genererer aktiviteter og resultater i tråd med regelverket og ordningens formål, men det er tydelige kvalitetsforskjeller mellom de ulike organisasjonene.

I 2020 ble det bevilget 108,5 mill. kroner til bruker- og pårørendearbeid. Det foreslås bevilget 111,4 mill. kroner til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner i 2021.

#### Tilskudd til lokale og regionale brukerdrevne tiltak og til brukerstyrte prosjekter

Formålet med tilskuddet er å understøtte lokale og regionale brukerstyrte tiltak, initiativ og prosjekter som fremmer brukermedvirkning – både individuelt og på systemnivå – i utviklingen av tilbud til mennesker med psykisk helse- og/eller rus- og voldsutfordringer. Tilskuddet dekker også støtte til de regionale brukerstyrte sentrene og selvhjelpsgrupper mv.

I 2019 mottok HelseDirektoratet totalt 27 søknader om tilskudd med et samlet søknadsbeløp på om lag 52 mill. kroner. Det ble gitt tilskudd til 11 ulike bruker- og pårørendeorganisasjoner til lokalt brukerarbeid og til prosjekter som bidrar positivt til å fremme brukermedvirkning. HelseDirektoratet har prioritert å innvilge så mange søknader som mulig innenfor rammene og regelverket for ordningen, og det innvilges kun unntaksvis utmåling av tilskudd i henhold til søknadsbeløp. HelseDirektoratet vurderer at ordningen i hovedsak oppfyller sitt formål om å understøtte lokale og regionale brukerstyrte tiltak, og at ordningen genererer aktiviteter og resultater i tråd med regelverket. Måloppnåelsen for ordningen som sådan vurderes som middels til høy.

I 2020 ble det bevilget 22 mill. kroner i tilskudd til lokale og regionale brukerdrevne tiltak og brukerstyrte prosjekter. Det foreslås bevilget 22,5 mill. kroner til formålet i 2021.

#### Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse arbeider for økt kunnskap om psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering, og er en paraplyorganisasjon med 30 medlemsorganisasjoner på tvers av bruker- og pårørendeorganisasjoner, humanitære organisasjoner, universiteter, høyskoler, profesjonsorganisasjoner og fagforbund. Rådet gir ut bladet Psykisk helse, arrangerer dialogkonferanser og initierer møteplasser og konferanser, driver utstrakt opplysningsarbeid. De var i 2019 representert i 30 ulike komiteer og utvalg.

Trafikken til organisasjonens nettsider har økt betraktelig etter lanseringen av nye sider i 2016. I 2019 har de hatt 319 163 brukere på nettsidene, og 18 000 følgere på Facebook.

Også antallet henvendelser til Rådet for psykisk helse har økt sterkt, noe som tilskrives økt synlighet i mediene og bruk av sosiale medier for å gjøre egne innsatsområder bedre kjent.

I 2020 ble det bevilget 4,2 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 4,3 mill. kroner i 2021.

#### Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS)

HBRS er en pasient- og brukerorganisasjon som arbeider for å informere og øke kunnskapen om kjønnsdysfori. HBRS har som mål å arbeide politisk og sosialt for at personer som går igjennom en kjønnskorrigerende behandling på Rikshospitalet skal kunne leve åpent, uten frykt for å bli sosialt utstøtt eller diskriminert.

Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS) er en landsdekkende pasient- og brukerorganisasjon med 532 medlemmer fordelt på fem regionale lag (Øst, Vest, Sør, Innlandet og Midt-Norge). HBRS har også en barne- og ungdomsforening (HBRSU) og en foreldre- og familieforening. De regionale lagene bidrar med informasjon/foredrag i sin region, og HBRS avholdt i 2019 over 50 kurs og foredrag til elever/foresatte/lærere i grunnskole, ungdomsskole, videregående skole og universitet/høyskole, i kommuner, til pasienter og fagpersoner innen helsevesenet, samt fem pårørendekurs for foreldre og familie. De regionale lagene og HBRSU driver også likemannsarbeid hvor det arrangeres sosiale aktiviteter som er viktige for nettverk, inkludering og psykisk helse. Det gjennomføres også sommerleir. Leiren arrangeres i samarbeid med Røde Kors og har årlig om lag 200 deltagere. Måloppnåelsen for tilskuddsordningen vurderes som høy.

I 2020 ble det bevilget 3,6 mill. kroner til HBRS. Bevilgningen foreslås videreført med 3,7 mill. kroner i 2020.

#### Pårørendesenteret i Stavanger

Pårørendesenteret i Stavanger tilbyr pårørendeveiledning, kurs og undervisning til både pårørende og fagfolk lokalt og nasjonalt. Senteret driver også pårørendesenteret.no, et landsdekkende nettsted for pårørende og pårørendeprogrammet.no, et læringsverktøy for ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Det ble bevilget 6,2 mill. kroner til Pårørendesenteret i Stavanger i 2020. Bevilgningen foreslås videreført med 6,3 mill. kroner i 2021.

#### Selvhjelp

Målet med bevilgningen er å styrke det selvorganiserte selvhjelpsarbeidet i Norge, gjennom å fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet. Selvhjelp Norge er koordinatoren for arbeidet med selvorganisert selvhjelp nasjonalt og regionalt, og består av et hovedkontor i Oslo og sju distriktskontorer. Gjennom distriktskontorene og hovedkontoret er det blitt avholdt 11 undervisningsoppdrag for høyskoler og universiteter og 165 kompetansehevende tiltak i form av temamøter, seminarer og opplæring. Selvorganisert selvhjelp er introdusert i videregående- og fagskoler, Nav (unge arbeidssøkere), fengsler på Østlandet, for kommunale tjenester (rask psykisk helsehjelp og frisklivssentraler) og foreldre til barn med skolevegring. Selvhjelp.no har i 2019 hatt 100 000 sidehenvisninger. Nasjonal plan for selvhjelp gikk ut i 2018, og arbeidet med revisjon av ny nasjonal plan og regelverk avsluttes i 2020.

I 2020 ble det bevilget 19 mill. kroner til Selvhjelp Norge. Tilskuddsordningen foreslås evaluert i 2020. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 19,4 mill. kroner i 2021.

#### Verdensdagen for psykisk helse

Verdensdagen for psykisk helse er en internasjonal FN-dag og markeres 10. oktober hvert år over hele verden. Målet er å øke befolkningens forståelse av egen psykisk helse, hva som bidrar til god og dårlig psykisk helse og å øke åpenheten om psykisk helse i samfunnet. Mental Helse koordinerer arrangementene som blir gjennomført i september og i oktober.

Temaet for kampanjen i 2019 var Gi tid. Målet med kampanjen var å oppfordre oss alle til å bruke tiden på å gjøre ting som er godt for den psykiske helsen. Gjennom kampanjeukene i 2019 ble det registrert 2200 markeringer over hele landet, en økning fra 1500 arrangementer i 2018. Det var også høy aktivitet på sosiale medier. Måloppnåelsen for tilskuddsordningen vurderes som høy.

I 2020 ble det bevilget 7 mill. kroner til Verdensdagen for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 7,1 mill. kroner i 2021.

#### Post 72 Frivillig arbeid mv.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å flytte 40 mill. kroner fra kap. 765, post 62 for å styrke tilskuddet til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud for personer med psykisk helse-, og/eller rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring

Målet med bevilgningen er å støtte opp om frivillige eller ideelle organisasjoner som driver institusjonsbaserte dag- og døgntiltak med oppfølging, rehabilitering og ettervern av personer med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring. Tiltakene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor personer i målgruppen.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester

Formålet med ordningen er å bidra til at kommunene har tilgang på institusjonsplasser slik at de kan oppfylle sitt sørge-for-ansvar etter Helse- og omsorgstjenesteloven. Rapporteringen viser at formålet med å styrke samarbeid med kommunene har noe lav måloppnåelse. I likhet med 2018 viser rapporteringen for 2019 at tilbudet med institusjonsplasser er lite etterspurt hos kommunene. Helsedirektoratet har mottatt fullstendig rapportering fra 12 av de 16 tiltakene som samlet har rapportert om lag 350 døgnplasser. Disse har produsert 80 671 liggedøgn. Det tilsvarer en kapasitetsutnyttelse på om lag 72 pst., en liten oppgang fra 2018. De tre største tilskuddsmottakerne var Frelsesarmeen, Evangeliesenteret og Stiftelsen P22.

Etableringen av et Gatehospital i Bergen følger av vedtak i Innst. 11 S (2015–2016), hvor det ble bevilget 20 mill. kroner til etablering av et gatehospital i Bergen etter mønster fra Oslo. Avdelingen i Bergen åpnet for full drift fra og med 2020 og mottok en øremerket bevilgning på 29 mill. kroner. Øremerking av tilskuddet foreslås videreført med 29,8 mill. kroner.

Helsedirektoratet rapporterer at kommunene har stilt dekningsgaranti for om lag 20 pst. av totalt forbrukte liggedøgn ved den type institusjoner som mottar tilskudd over ordningen. Den lave kommunale etterspørselen tyder på at det er en overkapasitet når det gjelder denne typen tilbud. Mange av tiltakene rapporterer også om lav andel ansatte med helse- og sosialfaglig kompetanse, og det brukes i utstrakt grad frivillige for å dekke driften. Helsedirektoratet understreker at det er et risikoelement som kan bidra til lavere kvalitet på oppfølgingen av den enkelte bruker.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud

Formålet med ordningen er å støtte opp om frivillige og ideelle virksomheter som driver aktivitets- og oppfølgingstilbud overfor personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og/eller prostitusjonserfaring. Tiltakene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Tiltakene skal som hovedregel komme i tillegg til de ordinære, lovpålagte oppgavene som utføres i regi av kommunene.

Rapporteringen viser at ordningen i hovedsak oppfyller sitt formål om å støtte opp om frivillige virksomheter og bidrar til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Tilskuddene bidrar til et variert tilbud om fysisk aktivitet, hvor gatefotball er den største, men også nye grener som hest, ski og sykkel er i gang. Andre sosiale aktiviteter og samlingsplasser, hvorav flere inkluderer arbeidskvalifiserende tiltak som sykkelverksted eller kafédrift, er en annen stor mottakergruppe. Det er imidlertid få søkere som vektlegger aktivitet og oppfølging av personer med prostitusjonserfaring.

Hovedtyngden av tiltak befinner seg i de store byene, og det kan være behov for å stimulere til etablering av frivillige tiltak også i mindre kommuner. Det er i relativt liten grad dokumentert samarbeid med kommunene i form av samarbeidsavtaler eller som en del av rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Så selv om flere av tiltakene rapporterer om overordnede samarbeidsavtaler, er det i liten grad dokumentert i hvilken grad tiltakene fyller kartlagte behov i kommunene. Imidlertid er det store frivillige bidrag, noe som som forteller om stort lokalt engasjement. Flere av søkerne har også samarbeid med lokalt næringsliv. Fra og med 2020 er reglementet for tilskuddsordningen endret og vil omfatte tiltak innen både rus og psykisk helse med krav til tilskuddsmottakerne om å ha system for brukerinvolvering og samarbeid med pårørende. I Innst. 11 S (2019–2020) vedtok Stortinget å øke tilskuddene til dette arbeidet med 3 mill. kroner. I forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett 2020 ble tilskuddsordningen ytterligere styrket med 40 mill. kroner for å øke kapasiteten i arbeidet med frivillig og ideell aktivitet på rusfeltet. I 2020 ble det bevilget om lag 385 mill. kroner til disse to ordningene. Det foreslås å videreføre bevilgningen med om lag 412 mill. kroner i 2021, med følgende øremerking:

- Frelsesarmeen Gatehospitalet Oslo 47,7 mill. kroner

- Frelsesarmeens Gatehospital i Bergen 29,8 mill. kroner
- Evangeliesenteret 34,9 mill. kroner
- Stiftelsen P22 Oslo med 23 mill. kroner
- Karmsund ABR 1,5 mill. kroner
- Stiftelsen Kraft 3,2 mill. kroner
- Sammen om nøden 6,4 mill. kroner
- Retretten 4,2 mill. kroner
- No Limitation 6,4 mill. kroner
- PitStop Hordaland 1,5 mill. kroner
- Rio Restart/Blå Kors recovery med 1,6 mill. kroner
- Fjordhagen behandlingssted med 2,1 mill. kroner

### Evaluering

De to tilskuddsordningene ble evaluert av Deloitte høsten 2019 og våren 2020. Evalueringens overordnede konklusjon er at ordningene er av vesentlig betydning både for tiltakenes eksistens og aktivitetsnivå. Det fremkommer av evalueringen at det totale tilbudet til brukergruppen blir større og mer variert som følge av støtten i form av tilskudd. Målet om at tilskuddsordningene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen synes langt på vei å være innfridd. Mange av tiltakene som får støtte gjennom tilskuddsordningene vurderes også å være viktige supplementer til det offentlige tjenestetilbudet. Sett opp mot ønskede mål og effekter definert i Opptappingsplanen for rusfeltet bidrar ordningene bl.a. til å sikre et mer tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud, og bidrar også til at brukere kan få en mer aktiv og meningsfull tilværelse og bedre helse. Resultatene av tiltakene som finansieres av tilskuddsmidlene synes med andre ord å være innenfor målsetningene som per i dag er definert for tilskuddsordningene, men må kunne anses å være relativt vide og generelle. Hensikten med en tilskuddsordning er å skape resultater av samfunnsmessig verdi som ikke kan forventes å bli realisert uten tilskuddet, og evalueringen som er gjennomført viser at dette langt på vei er tilfellet for aktivitetstilskudd- og grunntilskuddordningen.

Evalueringen inneholder mange viktige funn og flere konkrete anbefalinger til videreutvikling av tilskuddsordningene. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere om revidering av regelverk for tilskuddsordningen er nødvendig før ny utlysingsrunde av tilskudd i 2021.

### 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 2019 ble det mottatt 161 582 henvendelser med en svarprosent på 63. Dette er en økning på 5 pst. fra 2018. SOS-chat gjennomførte 14 398 samtaler. Mottatte SOS-meldinger økte med 21 pst. og antall svar sendt med 27 pst.

11 lokalkontor bidrar med kurs for lag og foreninger, undervisning på universiteter og høyskoler, samarbeid med idrettslag og faglig samarbeid med kommuner og fylkeskommuner med mer.

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. I 2019 besvarte hjelpetelefonen 55 822 av 174 360 anrop, 5 pst. flere anrop enn i 2018. I gjennomsnitt får hjelpetelefonen med sine 23 årsverk 153 samtaler pr. døgn. Det gir en svarprosent på 35 pst. Romjulen 2019 ga en tredobling i antall henvendelser gjennom døgnet. Chat-tjenesten Sidetmedord.no gjennomgikk en nødvendig oppgradering i 2019. Veiledningsmelding og chat mottok 12 820 henvendelser (opp 16 pst.). I 2019 hadde forumet 9569 poster (opp 4 pst.). Mental helse drifter også Arbeidslivstelefonen.

Kirkens SOS og Mental helses hjelpetelefon ble styrket med 5 mill. kroner hver i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2020. Det forventes at den økte bevilgningen vil bidra til en høyere kapasitet og svarprosent hos tjenestene.

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 2019 har Snakk om mobbing hatt 7443 anonyme henvendelser og svarprosenten har vært på 80 pst. 71 pst. av henvendelsene har kommet fra førstegangsbbrukere. Høsten 2018 ble egen YouTube-kanal lansert. Flere selvhjelpsfilmer (Kort Fortalt) er produsert i samarbeid med bl.a. Mental helse og NRK. Selvhjelpsprogram rettet mot 13-16 åringer er utviklet og tilgjengeliggjort på nettsiden.

Vern for eldre er en nasjonal kontakttelefon som gir støtte, informasjon, råd og veiledning til voldsutsatte eldre (over 62 år), pårørende, ansatte i det offentlige tjenesteapparatet og andre som har mistanke om overgrep mot eldre. Målet er også å bidra til at temaet vold mot eldre synliggjøres. Kontakttelefonen mottok 133 meldinger i 2019. Det er noen flere henvendelser enn året før, men fremdeles en betydelig nedgang siden 2015. Hoveddelen av henvendelsene gjaldt kvinner, og i 90 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 2020 ble det bevilget 55,5 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 57 mill. kroner i 2021 fordelt på 25,8 mill. kroner til Kirkens SOS krisetjeneste, 25,5 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 flytte 8,5 mill. kroner til kap. 765, post 75, knyttet til radikalisering og voldelig ekstremisme, for å samle bevilgningene til RVTSene og NKVTS på samme post

Formålet med bevilgningen på posten er å styrke befolkningens kunnskap om psykisk helse, rus- og voldsproblematikk, øke den samlede kompetansen i helsetjenestene og bidra til utviklingsarbeid på særskilte satsningsområder. Kommunal sektor skal prioriteres.

#### **Forandringsfabrikken**

Et hovedsatsningsområde for PsykiskhelseProfessene og Forandringsfabrikken i 2019 var det store fagutviklingsarbeidet – Mitt liv psykisk helse i kommunen. Åtte storbyer deltok, tre nasjonale treff og flere besøk ble gjennomført for kunnskapsformidling, dialog og erfaringsutveksling med ledere fra tjenestene i byene. En viktig milepæl var lansering av boka Fra oss som kjenner det med råd til psykisk helsevern. BUPene som deltok i prosjektet Mitt liv psykisk helse i spesialisthelsetjenesten tok i bruk anbefalingene utarbeidet av fagfolk og professorer. Anbefalingene er også brukt i proffenes kunn-

skapsformidling i møter og arrangementer med tilhørere fra spesialisthelsetjenesten og myndigheter. Den nasjonale undersøkelsen om tvang i psykisk helsevern ble ferdigstilt og lansert februar 2019. Proffene har også holdt foredrag og formidlet kunnskap på universiteter, høyskoler og spesialistutdanninger.

To nasjonale undersøkelser ble gjennomført i 2019:

- 100 barn og unge som har fått medisiner som del av psykisk helsehjelp har delt erfaringer og gitt råd. Undersøkelsen har blitt gjennomført i samarbeid med Rådet for psykisk helse.
- barn og unge i alderen 11-20 år har gitt råd om hva som er god psykisk helsehjelp, med fokus på helsesykepleiere i skolehelsetjenesten. Målet er å gi viktig kunnskap om hva som skal til for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være til god hjelp for barn som har det vondt inni seg. Over 300 barn ga svar i klasseromsundersøkelser.

I 2020 ble det bevilget 6,9 mill. kroner til Forandringsfabrikken. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 7,1 mill. kroner i 2021.

#### **Stimuleringstiltak for psykologer**

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Dobbeltkompetanse i psykologi ble etablert for å bedre tilgangen på kvalifiserte søkere til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helsevesenet som krever både klinisk og forskningsmessig kompetanse. Prosjektet omfatter utdanningsløp for 30 stipendiater og spesialistkandidater. I 2019 var det bare to kandidater igjen, av disse bare en som har vært aktiv. Det er til nå avlagt i alt 26 doktorgrader i prosjektet. 29 kandidater er ferdige med spesialistutdanningen sin, og den siste som er igjen er ventet å bli ferdig i 2022. I alt 25 kandidater vil da være helt ferdig med dobbelkompetanseløpet sitt, og det ligger således an til en fullføringsdel på over 80 pst. for kandidatene i dette krevende rekrutteringsprogrammet.

Måloppnåelsen om å bedre tilgangen på psykologer med dokumentert forskningskompetanse (avlagt doktorgrad) og spesialistkompetanse (godkjent psykologspesialist gjennom Norsk Psykologforening) til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helsevesenet som krever eller har behov for dobbelkompetanse, anses dermed som høy.

Det ble bevilget 1,2 mill. kroner til formålet i 2020. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 0,4 mill. kroner i 2021.

### Institutt for sjelesorg ved Modum bad

Institutt for sjelesorg er en del av Modum bad, og tilbyr rekreasjonsopphold med sjelesorgsamtaler, veiledning og utdanning i sjelesorg. I 2019 mottok 424 personer sjelesorgsamtaler, og det ble gjennomført 11 kurs for 242 personer. Måloppnåelsen vurderes som noe høyere enn året før grunnet flere deltakere har fått tilgang til ordningen.

I 2020 ble det bevilget 1,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1,6 mill. kroner i 2021.

### 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 ble det bevilget 33,1 mill. kroner til institutter og foreninger som driver etter- og videreutdanning innen psykisk helse, hvorav om lag 5 mill. kroner gikk til individuell støtte for etter- og videreutdanning. Etter utfasing av den individuelle støtteordningen i 2020 og flytting av 5 mill. kroner til de regionale helseforetakene (RHF), foreslås det bevilget 28,7 mill. kroner over ordningen i 2021. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025, se nærmere omtale i del III, kap. 7.

### Arbeid og psykisk helse

Formålet med bevilgningen er å bidra til at mennesker med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, komme i ordinært lønnet arbeid og beholde tilknytningen til arbeidslivet. Angst- og depresjonslidelser ligger bak en stor andel av sykefraværet i Norge. Tilknytningen til arbeidslivet er både en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling. Et styrket samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og Nav vil være tjenlig både for den enkelte bruker og for samfunnet som helhet. Se også omtale under kap. 781, post 21, og i Prop. 1 (2020–2021) Arbeids- og sosialdepartementet.

Som ledd i regjeringens inkluderingsdugnad ble i 2020 arbeidet med å spre Individuell jobbstøtte (IPS) styrket. For nærmere omtale av inklu-

deringsdugnaden, se Prop. 1 S (2020–2021) Arbeids- og sosialdepartementet, kap. 634, post 01. Individuell jobbstøtte (IPS) bidrar til at mennesker med moderate og alvorlige psykiske helse- og ruslidelser kommer i ordinært lønnet arbeid.

I 2019 innvilget Helsedirektoratet tilskuddsmidler til 73 virksomheter, en økning fra 53 virksomheter i 2018. 23 av virksomhetene fikk innvilget tilskuddsmidler for første gang i 2019, og 22 av disse startet først opp IPS-arbeidet i 2020. Det betyr at antall aktive IPS-/JMO-virksomheter over denne ordningen i 2019 var 51, og 46 av virksomhetene tilbyr IPS. Kun en virksomhet tilbyr jobbmes-trende oppfølging (JMO) alene, mens fire virksomheter tilbyr en kombinasjon av JMO og IPS – betegnet som IPS+. Det er etablert IPS i alle landets fylker, men tilbudet har varierende kapasitet og utbredelse innad i det enkelte fylke. Av de 30 virksomhetene som ble kvalitetsevaluert i 2019, oppnådde 22 virksomheter godkjent kvalitet og fem virksomheter nivået over, dvs. høy kvalitet i sitt IPS-arbeid.

Det er en gjennomsnittlig ventetid på 18 dager for et IPS- og/eller JMO-tilbud fra henvisning til oppstart. Om lag 2 000 personer har gjennom de 51 aktive virksomhetene fått et tilbud i 2019, av disse har 39 pst. kommet i ordinært lønnet arbeid eller startet opp utdanning. Rapporteringen for 2019 viser at antallet kontakter med arbeidsgivere er om lag 10 040. Det er en betydelig økning fra 4500 i 2018. Tallgrunnlaget vurderes som usikkert, da enkelte tilskuddsmottakere har registrert flere kontakter med samme arbeidsgiver, mens andre registrerer samme arbeidsgiver kun en gang.

I 2019 utgjorde andelen av personer med psykoselidelse 16 pst. av det totale deltakerantallet, og omfattet 318 personer. Av disse er 131 personer kommet i ordinært arbeid eller utdanning, dvs. 41 pst. Andelen av personer med et rusmiddelproblem utgjorde 23 pst. av det totale deltakerantallet, og omfatter 458 personer. Av disse har 182 fått ansettelse i ordinært arbeidsliv, eller startet med utdanning (40 pst.). Det er ønskelig å få flere IPS-virksomheter til å gi et tilbud til personer med rusmiddelproblemer i 2021.

Alle ansatte i IPS-virksomhetene benytter seg i meget stor grad av det eksisterende kurs- og opplæringsstilbudet, som gjennomføres i et samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet, de fem ressursentrene for IPS i Nav, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene (NAPHA) og Helsedirektoratet.

I forbindelse med inkluderingsdugnaden legger Arbeids- og sosialdepartementet opp til å eta-

blere et forsøk med IPS ung. Målet er at flere unge med psykiske lidelser og/eller ruslidelser kommer over i ordinært lønnet arbeid. Styrking av individuell jobbstøtte kan dermed også gi et viktig tilbud til unge mottakere av arbeidsavklaringspenger. Arbeids- og sosialdepartementet har videre iverksatt en evaluering av samarbeidet om individuell jobbstøtte (IPS) mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenesten. Formålet med evalueringen er å gi et bedre kunnskapsgrunnlag og belyse erfaringer som kan bidra til kvalitetsforbedring av metoden, samt stimulere til videre bruk til beste for brukere og pasienter.

I 2020 ble det samlet bevilget 44 mill. kroner til arbeid og helse. Bevilgningen foreslås videreført med 42,9 mill. kroner i 2021. Bevilgningen til kunnskapsbaserte mestringskurs foreslås løftet ut av denne ordningen, se omtale under.

#### 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 2019 var det to av fem søkere som fikk tilskudd. De to tilskuddsmottakerne har ulike kurs. Fagakademiet gjennomførte femdagerskurset Kurs i mestring av depresjon sju ganger for til sammen 124 deltakere, og det todagers påbyggingskurset Kurs i mestring av belastning fem ganger for til sammen 73 deltakere. Brorson & Sande gjennomførte sitt dagskurs Tankevirus 11 ganger for til sammen 348 deltakere. Begge får gode tilbakemeldinger fra deltakerne, og bidrar til økt tilgang til mestringskompetanse i hele Norge.

I 2020 ble det bevilget 2,5 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført med 3,3 mill. kroner i 2021.

#### 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 2019 mottok Helsedirektoratet 21 søknader til et samlet søknadsbeløp på 50,2 mill. kroner. Tilskudd ble innvilget til 18 søkere (14 eksisterende fontenehus, midler til paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge og etablering av nye fontenehus i Ullensaker og Nordre Follo). Videre har det i 2019 vært jobbet for etablering av flere hus. Fredrikstad kommune har fattet positivt vedtak, og Oslo Kommune innvilget 600 000 kroner til et tredje fontenehus i Oslo. Videre jobbes det gjennom året for fontenehus i Ålesund, Senja og Tønsberg. 10 fontenehus er akkreditert, Rygge og Asker ble akkreditert for første gang i 2019. Alle nye fontenehus følger planen om å akkrediteres i løpet av de fire første årene og samtlige følger opp med nyakkrediteringer.

For tredje år på rad har det i 2019 vært gjennomført en arbeids- og studieundersøkelse, samt medlemstilfredsundersøkelsen for 2018. Undersøkelsene viste at:

- 46 pst. av medlemmene enten var i jobb eller studier i 2019 (økning fra 42 pst. i 2018)
- 93 pst. av medlemmene mener at deltakelse på fontenehusene har gitt dem bedre helse
- 63 pst. rapporterer om redusert behov for helsetjenester
- 60 pst. har redusert behov for innleggelse eller akutt hjelp
- 64 pst. mener at fontenehuset har gitt dem økt tro på at de kan komme tilbake til arbeidslivet

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. Rapport fra forskningsprosjektet forventes i 2020.

I 2020 ble det bevilget 48,5 mill. kroner til fontenehusene og Fontenehus Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 50 mill. kroner i 2021.

#### Studenters psykiske helse

Formålet med bevilgningen er å styrke studenters psykiske helse og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk, enten gjennom helsefremmende



og forebyggende tiltak eller gjennom utvikling av tjenestetilbud. Fra 2019 ses tilskuddet til rusforebyggende arbeid blant studenter og dette tilskuddet i sammenheng, jf. omtale under kap. 714, post 70.

Tilskuddet ble lyst ut som et treårig tilskudd i november 2019. Første rapportering er ventet 1. november 2020.

Det ble bevilget 15,5 mill. kroner til formålet i 2020. Bevilgningen foreslås videreført med 15,9 mill. kroner i 2021.

#### 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 kompetanseprosjektet til Fri.

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).

I 2019 hadde Rosa kompetanse 73 undervisningsoppdrag, en betydelig økning fra 2018. I løpet av 2019 kurset de 3083 ansatte i helse- og omsorgstjenesten, mot 2200 ansatte i 2018.

Ungdomstelefonen (Skeiv ungdom) arbeider med å informere om psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos seksuelle minoriteter. Ungdomstelefonen til Skeiv Ungdom hadde i 2019 i snitt 101 henvendelser (telefon, chat og melding) i måneden, fra 60 i 2018. Flertallet av henvendelsene kommer fra unge mellom 15-17 år, etterfulgt av unge mellom 12-14 år og 21-23 år. Grunnet kraftig økning i antall henvendelser og ressursituasjon valgte Skeiv Ungdom å dempe markedsføringen siste kvartal av 2019.

I 2020 ble det bevilget 2,6 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 2,7 mill. kroner til Skeiv Ungdom og Fri i 2021.

#### Post 74 Kompetansesentre

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å flytte 2 mill. kroner til kap. 765, post 21 til evaluering av tilskuddsordningene til kompetansesentrene som mottar tilskudd over dette kapittelet

Formålet med bevilgningen er drift av nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre innen psykisk helse- og rusområdet. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025 i del III, kap 7. Kunnskaps- og kompetansesentrene som mottar midler over denne posten driver viktig kunnskapsformidling til, og kompetanseheving i, ulike tjenester, og bidrar til å sikre god og lik tilgang på oppdatert kunnskap i tjenestene.

#### Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Senteret skal være en brobygger i møtet mellom erfarings- og fagkompetanse innen psykisk helsefeltet ved å samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendekunnskap.

Gjennom å bygge en kunnskapsbase for erfaringskompetanse skal senteret avdekke kunnskapsmangler og styrke forskernettverk rundt et brukerperspektiv. Videre skal senteret ivareta relasjoner til enkeltpersoner, brukerorganisasjoner, regionale brukerstyrte sentre, fag- og forskningsmiljøer, tjenesteapparat, politikere og samfunn.

Senteret har i 2019 videreført sine generelle oppgaver og iverksatt viktige tiltak innen kunnskapsutvikling og forskning. Bl.a. har senteret arrangert toppmøte med sentrale pårørende- og brukermiljø, ansatte i tjenestene, utdanningsinstitusjoner, forskningsmiljøer, utgitt et hefte om aktuelle lovverk og rettigheter for brukere og pårørende i møte med tjenestene (Tvang og frivillighet), gjennomført pilotundersøkelse og påbegynt analyser av helsepersonell sin egenerfaring med psykiske vansker og/eller rusproblem, samt undersøkt hvordan erfaringskonsulenter med ruserfaring opplever sin arbeidssituasjon. Senteret har også gjennomført den årlige erfaringskonsulentundersøkelsen som bl.a. belyser ansettelsesforhold, lønn og rolleutøvelse. Det er ikke foretatt evaluering av senteret.

I 2020 ble det bevilget 12 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 12 mill. kroner i 2021.

#### De regionale kompetansesentrene – Rus

De syv regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) skal bidra til å styrke kunnskapen og

kompetansen på rusfeltet. Virksomheten favner hele rusfeltet fra alkoholloven til tverrfaglig spesialisert behandling, og skal bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet, gjennom formidling og støtte til å implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier i de enkelte regionene. Kompetansesentrene retter seg mot kommunale og statlige tjenester, og har et særlig ansvar for innsatser i kommunene.

I tråd med samfunnsoppdraget jobber KoRus systematisk med samarbeid inn mot andre regionale kompetansesentre og relevante fagmiljøer. Stadig flere innsatser utvikles og gjennomføres i fellesskap regionalt og det samarbeides på tvers av kompetansesentrene i regionen om lederforankring og dialog med kommunene, fylkesmenn og ulike representanter for brukerne. I 2019 har KoRus videreført arbeidet overfor kommunene gjennom forankring av rusmiddelforebyggende arbeid og folkehelsearbeid. Rapporteringen for 2019 viser i gjennomsnitt at KoRus har kontakt med 89 pst. av landets kommuner og at mer enn halvparten av kommunene svarer at de har samarbeidstiltak med KoRus. Tall fra Sintef (IS-24/8) viser at det er svært høy brukertilfredshet blant kommunene knyttet til samarbeidet med KoRus.

Tilbakemeldingene antyder at måloppnåelsen er god når det gjelder omfang og kvaliteten på tilbudet fra KoRus. Sentrene har bistått et stort antall kommuner i kartleggings- og oversiktsarbeid, herunder standardiserte Ungdata- og Brukerplankartlegginger. Ungdata junior er en utvidelse av Ungdata med 5. til 7. trinn, og gjennomføres i flere kommuner i regi av KoRus. Resultatene fra Ungdata, Ungdata junior og BrukerPlan er et viktig grunnlag for kommunale planer, herunder folkehelsearbeid og rusmiddelpolitiske handlingsplaner. KoRus bidrar gjennom dette arbeidet til at kommunene ser rusmiddelbruk som en viktig del av folkehelseutfordringene gjennom faglig bistand til oversiktsarbeid og kartlegginger.

Sentrenes bistand til kommunenes arbeid med ansvarlig alkoholhåndtering (AAH) og tidlig innsats er videreført i 2019. Mer enn 100 kommuner har blitt fulgt opp for å utvikle og implementere Bedre tverrfaglig innsats (BTI). Sentrene beskriver høy aktivitet og deltakelse i lokale, regionale og nasjonale arbeidsgrupper, regionale og lokale nettverk. Rapportering fra sentrene viser at de arbeidet godt med Prop. 15 S (2015-2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), som en sentral del av sine mange innsatser knyttet til fag- og tjenesteutvikling. KoRus har fortsatt å styrke sitt samarbeid med brukerorganisasjonene for å utvikle sine tilbud.

I 2020 ble det bevilget 88 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene – Rus. Det foreslås 88 mill. kroner til formålet i 2021. I tillegg foreslås det 38,7 mill. kroner til kompetansesentrenes forebyggende arbeid, jf. kap. 714, post 70.

Samtidig rus- og voldsproblematikk er alvorlig og kan ha store konsekvenser, både for den voldsutsatte og voldsutøver, men også for tredjepart og samfunnet. Mange i behandling for rusproblemer har erfaring som voldsutsatte og/eller voldsutøvere.

KoRusene og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) fikk i 2017 i oppdrag å utvikle og implementere kunnskapsmoduler på området rus og vold. Oppdraget er en del av tiltakene i Opptrappingsplanen for rusfeltet. Arbeidet er organisert som det nasjonale samarbeidsprosjektet Kompetanseutvikling rus og vold ledet av KoRus Midt i samarbeid med RVTS Midt. To kunnskapsmoduler er ferdigstilt og fire er under utarbeiding.

I 2020 ble det bevilget 3,1 mill. kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 2,5 mill. kroner i 2021 til implementering og evaluering av kunnskapsmodulene. Kunnskapsmodulene skal etter planen lanseres høsten 2020.

#### Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Bevilgningen går til drift av Regionalt kunnskaps-senter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen, samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP) øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved RBUP øst og sør. Målet er å styrke kompetanse- og kunnskapsutvikling i arbeidet med barn og unge. Sentrene støtter kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling, og driver kompetansebygging, tjenesteutviklende forskning og kunnskapsformidling. Slik bidrar de til effektivt folkehelsearbeid, til kunnskapsbasert og brukero-riert praksis i tjenestene, og til at tjenestene oppnår bedre resultater blant sine målgrupper. Kunnskaps- og kompetansesentrene i regionene skal tilby tjenestene et differensiert og likeverdig tilbud. Tilbudet skal utvikles i partnerskap med tjenestene og brukerne.

I IS-24/8, Sintefs kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, fremkommer det at de fleste kommuner i 2019 kjenner til RKBU/RBUP sine tjenester og 62 pst. har vært i kontakt med/benyttet disse. Andelen som har brukt sentrene i 2019 har falt med 21 prosentpoeng fra

2018. Tjenestestøtte prioriteres i stadig større grad i form av langsiktige kompetansehevingstiltak og veiledning, i kombinasjon med støtte til implementering og organisasjonsutvikling. Dette medfører at ressursene brukes på nye måter og antallet ansatte/kommuner som nås pr. år reduseres. Store omstillinger i kommunal sektor i 2019 kan ha medført at kjennskapen til bruk av RKBU/RBUP i f.eks. avdeling for skole og omsorg, barn og oppvekst, ikke løftes i undersøkelsen på linje med tidligere år. Kommunene rapporterer at de i all hovedsak er fornøyd eller svært fornøyd med sentrenes tilbud og senter samarbeidet.

Sentrene har i 2019 jobbet med store prosjekter knyttet til barnevern, barnehager, skolehelse-tjeneste, og sped- og småbarns psykiske helse koordinert over hele landet. Prosjektene er viktige bidrag til umiddelbar kvalitetsheving i tjenestene, samtidig som de har langsiktige, generiske effekter for tjenestene i form av økt kunnskap om psykisk helse hos barn og unge og deres omsorgsbehov. I tillegg er det fokus på felles nasjonal formidling og videreformidling av regionale bidrag. Effekter kan ses i form av utstrakt bruk av de nettbaserte ressursene for kunnskapsbasert praksis, f.eks. Ungsinn, PsykTestBarn og BUP-håndboken. En annen effekt er betydelig etterspørsel om bistand fra læringsnettverk for barneverntjenesten. Etterspørselen er sannsynligvis også en effekt av økt samarbeid mellom RKBU/RBUP og Fylkesmannen.

I 2020 ble det bevilget totalt 181 mill. kroner til regionsentrene og sped- og småbarnsnettverket. I 2021 foreslås det å videreføre bevilgningen med 180,5 mill. kroner til RKBU i Midt-Norge, Vest og Nord, samt RBUP øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved RBUP øst og sør.

Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Bevilgningen går til drift av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA). Senteret ble opprettet for å øke forskning og styrke kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Prioriterte oppgaver for senteret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. Videre skal senteret samarbeide med relevante fag- og kompetansemiljøer og vurdere behov for kompetansehevende tiltak. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet. Kontakt med kommuner, ulike nettverk, brukerorganisasjoner og andre fagmiljøer er sentralt i NAPHAs arbeid

med innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. For å ivareta det lokale arbeidet har senteret organisert sitt arbeid i fem regionale team. Et nært samarbeid med fylkesmannembetene er etablert, og vurderes som meget viktig for nettverksarbeid, fag- og prosjektutvikling.

I 2019 har alle de regionale teamene styrket samarbeidet med de regionale kompetansesentrene KoRus, RVTS og RKBU/RBUP. 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 fylkesmannsembetene gir muligheter for å se fagfeltet i sammenheng.

I 2019 har NAPHA videre prioritert utviklingsarbeid innenfor brukerinvolvering, samhandling, BrukerPlan og folkehelse, og arbeid med pakkeforløp for psykisk helse og rus. De har i tillegg bidratt til implementering av ulike helsepolitiske satsinger som brukerinvolverte tjenester, bedre samhandling, ACT-/FACT-team, Housing First, Rask psykisk helsehjelp, Individuell jobbstøtte og psykologer i kommunene.

NAPHA har prioritert formidling via nettsiden NAPHA.no høyt over år. I 2019 publiserte de 228 saker, mot 191 året før. Statistikk fra Google Analytics viser at trafikken økte fra drøyt 700 000 besøk i 2018 til rundt 1 million i 2019.

Det ble bevilget 25,9 mill. kroner som øremerket tilskudd i 2020. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 25,9 mill. kroner i 2021.

### **Post 75 Vold og traumatisk stress**

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering:

- det foreslås å styrke bevilgningen med 7 mill. kroner knyttet til handlingsplanen for forebygging av selvmord, hvorav 2,5 mill. kroner til RVTSenes arbeid med å styrke kompetansen hos personell som møter barn og unge om selvskadings- og selvmordsinnhold på internett og hvordan de møter barn og unge og 4,5 mill. kroner for å styrke tilskuddet til forebygging av selvmord og selvskadning
- det foreslås å styrke de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) sitt arbeid med barn og unge med voldsproblematikk eller skadelig seksuell atferd med 5 mill. kroner
- det foreslås å flytte 2,6 mill. kroner fra kap. 765, post 21 for los-funksjon for etterlatte og berørte etter 22. juli

- det foreslås å flytte 8,5 mill kroner fra kap. 765, post 73, knyttet til radikaliserings og voldelig ekstremisme

Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i ulike deler av tjenesteapparatet om forebygging av vold, traumatisk stress og selvmord/selvskading, samt behandling av allerede oppståtte skader hos rammede. Tiltak for å styrke kompetansen og tilbudet overfor voldsutøvere 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, og Barne- og familiedepartementet koordinerer arbeidet.

Regjeringen foreslår for 2021 å øke den samlede bevilgning til opptappingsplanen med ytterligere 87,3 mill. kroner. Av dette er det under Helse- og omsorgsdepartementet foreslått bevilget 15 mill. kroner til å styrke behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og 9 mill. kroner i økt bevilgning til etablering av lavterskeltilbud og landsdekkende behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Se nærmere omtale under kap. 765, kap. 21.

Opptappingsplanens tiltak om å utrede kunnskapsgrunnlag for behandling og utrede forløp for voldsutsatte og voldsutøvere gjennomføres som et utviklingsprosjekt av NKVTS. Folkehelseinstituttet publiserte på oppdrag fra NKVTS rapport og elektronisk kart over eksisterende studier i mai 2019, om kunnskapsgrunnlag for behandlingstilbud til voldsutsatte og voldsutøvere. Rapporten peker på at det særlig mangler kunnskap om vold mot eldre, digital vold, rusrelatert vold, tidlige intervensjoner og parterapi, og NKVTS planlegger å undersøke noen av kunnskapshullene nærmere. Elektronisk veileder for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner ble publisert i 2018. NKVTS utreder 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 med delprosjektet er at kommunene skal få kompetanse til å tilby hjelp til flere utsatte barn, gi hjelp på et tidlig tidspunkt og at samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten skal bli bedre. Resultater fra utredningen vil foreligge i 2021. Bevilgningen foreslås videreført i 2021 med 6 mill. kroner.

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har i samarbeid med avdeling Brøset, Sinnemestring, ansvar for å bidra til at kommunene har kompetanse i sinnemestring og arbeid med voldsutøvere. Brøset fikk i 2019 midler til utvikling av en strategi, i samarbeid med RVTS, for videreutvikling av sentrenes arbeid med kompetanse om og tilbud til voldsutøvere. Det er behov for en overordnet strategi for helhetlig og planmessig utvikling av arbeidet rettet mot voldsutøvere og overgripere. Viktige bidragsytere til utvikling av en overordnet strategi vil bl.a. kunne være NKVTS og Alternativ til vold (ATV), i tillegg til Brøset og RVTS. Det ble i 2020 bevilget 1 mill. kroner til overordnet strategiarbeid. Arbeidet er forsinket som følge av koronasituasjonen. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1 mill. kroner i 2021.

I 2020 ble det bevilget 3,1 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. Det vises til omtale av folkehelseprogrammet under kap. 714, postene 21 og 60. Bevilgningen til folkehelseprogrammet over denne posten foreslås videreført i 2021 med 3,2 mill. kroner.

#### Arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme

Regjeringen vedtok i 2014 Handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. På helsefeltet er det tiltak knyttet både til forskning og til økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Planen ruller fortløpende og fra 2015 har det vært bevilget midler til å styrke kompetansen i kommunene og bedre traumebehandling av voksne innenfor spesialisthelsetjenesten. For 2021 foreslås det å flytte 8,8 mill. kroner fra kap. 765, post 73, for å samle bevilgningene til RVTSene og NKVTS på samme post.

I 2019 satte Justis- og beredskapsdepartementet i gang et større arbeid for å videreutvikle handlingsplanen. Den reviderte handlingsplanen ble lansert i juni 2020, og inneholder åtte nye tiltak. I

tillegg er flere av de eksisterende tiltakene videreutviklet eller justert.

#### Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Formålet med bevilgningen er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Videre er målet å bidra til internasjonalt samarbeid på feltet. Bevilgningen dekker Helse- og omsorgsdepartementets del av grunnbevilgningen til NKVTS, som ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. NKVTS er et frittstående og faglig uavhengig senter, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og familiedepartementet.

NKVTS har et tverrfaglig og interdisiplinært perspektiv og omfatter både biologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og rettslige forhold. Senteret legger særlig vekt på forhold rundt etnisitet og alders-/kjønnsdimensjoner.

Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold i nære relasjoner, katastrofer og stressmestring, herunder veteraners helse, traumatiserte flyktninger, mindreårige asylsøkere, seksuelle og fysiske overgrep mot barn, herunder kjønnslemlestelse, samt arbeid mot radikalisering og voldelig ekstremisme. Grunnbevilgningen dekker også senterets oppgaver knyttet til helsemyndighetenes tiltak i flere tverrdepartementale handlings- og opptrappingsplaner. NKVTS hadde ved utgangen av 2019 36 pågående forsknings- og utviklingsprosjekter, fordelt på de tre hovedområdene 1) vold og overgrep i nære relasjoner 2) katastrofer, terror og stressmestring og 3) tvungen migrasjon og flyktningehelse. En sentral publikasjon i 2019 var en rapport med funn fra en omfangsundersøkelse av volds- og overgrepserfaringer og omsorgssvikt blant ungdom i alderen 12-16 år (UEVO-studien). Studien viste bl.a. at omkring én av 20 har opplevd alvorlig fysisk vold som å bli sparket, slått med en hard gjenstand eller banket opp, og at én av fem har opplevd mindre alvorlig fysisk vold i oppveksten, som f.eks. lugging, klyping, eller klaps med flat hånd. Rapporten viser også at kun én av fem av ungdom utsatt for vold og overgrep oppgir at de har vært i kontakt med hjelpeapparatet (lege, psykolog, rådgiver eller helsesykepleier) knyttet til erfaringen.

Senterets rapportserie er viktig for formidling av resultater, og flere rapporter lastes ned i stort antall år etter år. NKVTS har i 2019 også arrangert

åtte frokostseminarer som ble streamet. Dette har bidratt til å spre forskningsresultatene bredt. Senteret rapporterer om en videre jevn vekst i sosiale medier, og NKVTS hadde 540 oppslag i media i 2019. Annet formidlingsarbeid via nettverksmøter, utdanninger, presentasjoner og foredrag har også stått sentralt.

I budsjettet for 2019 ble det bevilget 4,5 mill. kroner til NKVTS for å gjennomføre en fjerde datainnsamling blant overlevende, pårørende og etterlatte etter 22. juli. Forskningen basert på de tidligere innsamlingene har gitt uvurderlig kunnskap om tilstanden for de berørte, men har også vært helt avgjørende for å forbedre tjenestenes arbeid med kriser og katastrofer.

I 2020 ble det bevilget 35 mill. kroner til formålet. Samlet foreslås det 36 mill. kroner til NKVTS i 2021.

#### 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 senterenes primære oppgaver, som er å sørge for undervisning, veiledning, informasjon og nettverksbygging på volds- og traumeområdet. Sentrene skal understøtte og bistå den forebyggende virksomheten og være en tjeneste for tjenestene i kommunene, spesialisthelsetjenesten, det statlige barnevernet m.fl.

Det er siden opprettelsen av sentrene bevilget midler til særskilte satsninger og tiltak, bl.a. knyttet til statlige handlingsplaner, strategier og opptrappingsplaner. Midlene er videreført for å dekke finansiering av arbeid med spesifiserte temaer og tiltak. Fra og med 2017 er hvert RVTS styrket med midler for å gjennomføre tiltak i opptrappingsplan mot vold og overgrep, både for å øke helsepersonells kompetanse om vold mot barn og for å styrke helsetjenestens arbeid med personer som begår eller står i fare for å begå overgrep.

I 2019 hadde 83 pst. av norske kommuner/bydeler vært i kontakt med RVTSene. Nesten samtlige kommuner oppgir at å være svært fornøyd eller fornøyd med tilbudet de har fått. RVTS Øst rapporterer at 31 pst. av senterets 34 566 kursdeltakere kommer fra helsesektoren. Barnevern og sosiale tjenester følger som nest største sektor med 25 pst. av deltakerne. 61 pst. av deltakerne kom fra tjenester på kommunalt nivå. De øvrige RVTSene viser liknende resultater.

RVTSene har i 2019 hatt et tett og systematisk samarbeid seg imellom, med andre regionale og nasjonale sentre, med fylkesmenn, kommuner, ulike tjenester og brukerorganisasjoner. Etablering av nettressursene bli-innvolvert.no og godtjenestestøtte.no er eksempler på samordnet innsats

RVTSene har i 2019 hatt et tett og systematisk samarbeid seg imellom, med andre regionale og nasjonale sentre, med fylkesmenn, kommuner, ulike tjenester og brukerorganisasjoner. Etablering av nettressursene bli-innvolvert.no og godtjenestestøtte.no er eksempler på samordnet innsats. Det har også blitt samarbeidet om tiltak i opptrappingsplanene på volds- og rusområdet. Dette bidrar til at ulike fagområder ses i sammenheng. RVTSene og NKVTS har nettverkssamarbeid innen radikaliserings, veteraner, vold mot eldre, 22. juli-forskning/los-funksjon og opplæring av kommunale kriseteam, m.m.

RVTSene rapporterer om et særlig trykk på det langsiktige arbeidet med tjenestestøtte innen vold og overgrep, og forebygging av selvmord og traumelidelser i 2019. Flere alvorlige hendelser har påvirket arbeidet og RVTSene har støttet kommuner og tjenester i akutte utfordringer knyttet til bl.a. terror, bosetting av familier med migrasjons-traumer, oppfølging etter clustrene av selvmord, trusler om vold og drap. Besøkstallene på Flykting.net har vært store. Etter innføring av pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus opplever RVTS økt behov for sentrenes kompetanse, spesielt innen vurdering av voldsrisiko.

I arbeidet med å bedre behandlingstilbudet til personer som begår overgrep har det bl.a. blitt arrangert en nasjonal konferanse i samarbeid med Redd Barna, barnehusene og V27: De er alle barn. Kompetansehevingstilbud i utredning og behandling er gitt regionalt. Innen sinnemestring er det satset på å inkludere familievernet, kriminalomsorgen og rusinstitusjoner som deltakere sammen med kommunale tjenester.

Det foreslås å styrke RVTSene sitt arbeid med barn og unge med voldsproblematikk eller skadelig seksuell atferd med 5 mill. kroner i 2021.

RVTSene skal i 2021 bistå i arbeidet med den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord. Det foreslås 2,5 mill. kroner for at RVTSene skal styrke kompetansen hos personell som møter barn og unge om selvskadings- og selvmordsinnhold på internett og hvordan de møter barn og unge.

Sentrene har i 2019 arbeidet for økt kompetanse og samarbeid på veteranområdet gjennom de regionale fagnettverkene for innsatspersonell.

Det er også utviklet og undervist i nye kursmoduler for beslutningstakere, fastleger, kommunale veterankontakter, skoler og barnehager. Kurset i militærpsykiatri for leger og psykologer er videreutviklet i samarbeid med Institutt for militærpsykiatri og stressmestring, IMPS. Det ble i 2019 bevilget 0,15 mill. kroner for å styrke arbeidet med kursmoduler for oppfølging av veteraner. I 2020 ble midlene videreført og lagt inn i grunnbevilgningen. Bevilgningen til kurs og opplæring, i samarbeid med relevante veteranorganisasjoner, foreslås videreført i 2021 som del av grunnbevilgningen.

Fra og med 2019 er 3 mill. kroner lagt inn i sentrenes grunnbevilgning til arbeid mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. RVTSene skal bidra til oppfølgingen av Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020), Retten til å bestemme over eget liv, og ny handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold. Se omtale i Kunnskapsdepartementets Prop. 1 S (2020–2021).

RVTSene skal samarbeide med fylkesmannen om kompetansetiltak og veiledning.

RVTSene ble i 2020 tildelt 2,6 mill. kroner for å gjennomføre kompetansetiltak i regjeringens handlingsplan mot menneskehandel. Bevilgningen ble lagt inn i sentrenes grunnbevilgning i 2020.

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRusene) og RVTSene skal samarbeide om å utvikle og implementere kunnskapsmoduler på området rus og vold. Det vises til post 74 under dette kapittelet hvor det foreslås bevilget 2,5 mill. kroner til evaluering og implementering av kunnskapsmodulene.

Det ble i 2020 bevilget 2,9 mill. kroner til RVTSene for videre utvikling, opplæring og veiledning i arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. For å samle bevilgningene til RVTS, foreslås det å flytte bevilgningen fra kap. 765, post 73 og legge den inn i grunnbevilgningen til RVTSene.

I 2020 ble etablert en tverrfaglig ressurs- og veiledningsfunksjon på fagfeltet radikaliserings hos RVTS. Formålet er å styrke det lokale tjenesteparatets arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Veiledningsfunksjonen skal primært rettes mot relevante tjenester og direktører. Den kan også gi råd til privatpersoner om hvor de kan henvende seg lokalt med en bekymring. Funksjonen skal bidra til samordning og sektorovergripende samarbeid. Den skal støtte og styrke etablerte rutiner og retningslinjer, spre

kunnskap og veilede om tjenestenes avvergingsplikt, taushets- og opplysningsplikt. Funksjonen skal ta i bruk og spre tilgjengelig informasjon og rapporteringer, og inneha en oppdatert nasjonal oversikt over gode erfaringer og eksisterende tiltak. Den skal også bidra i videreutviklingen av nettsidene [radikalisering.no](http://radikalisering.no) og [utveier.no](http://utveier.no). Dette er en øremerket bevilgning på 0,9 mill. kroner som kommer i tillegg til grunnbevilgningen.

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 de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Berørte kan ta direkte kontakt med losene som tilbyr avklaringssamtaler for vurdering av behov, og konkret støtte og bistand med å finne frem 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 2019 bisto de fem RVTSene i til sammen 86 ulike losaker, med et større antall henvendelser mot slutten av året. Det ble i 2020 bevilget 2,6 mill. kroner til RVTS for dette formålet. Bevilgningen foreslås samlet i RVTSenes grunnbevilgning, og oppgaven foreslås tatt inn som del av RVTSenes primære oppgaver.

Det ble i 2020 bevilget 122,3 mill. kroner over denne posten til grunnbevilgning for RVTSene. Det foreslås å samlet bevilge 139,1 mill. kroner over kap. 765, post 75 til grunnbevilgning for de fem sentrene i 2021.

#### 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. Avdeling Brøset, Sinnemestring, har utviklet egne behandlingsmanualer. Utdanningsprogrammet er på 100 timer fordelt på seks samlinger og 100 timer over to semestre.

For 2020 medfører koronasituasjon at kullene i Bergen og Kristiansand med til sammen 60 terapeuter utsettes til høsten. Oppstart av nytt Oslo-kull som allerede er fulltegnet utsettes til 2021. Det pågår tverrfaglig utdanning av terapeuter i familievernkontor, i psykisk helsevern, kommunalt tjenesteapparat og i kriminalomsorgen.

Sinnemestringsmodellen har etablert behandlingstilbud til voldsutøvere i alle landets regioner. Modellen har hatt fokus på kommunale helse- og omsorgstjenester de siste årene. Det gjennomføres regionale nettverks-/veiledningssamlinger i samarbeid med de fem regionale RVTSene. Det er pågående følgeforskning av programmet.

Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til St. Olavs hospital, avdeling Brøset, Sinnemestring, i 2020. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1,6 mill. kroner i 2021.

#### Traumebehandling

Målet med bevilgningen er å spre traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), en kunnskapsbasert metode for traumebehandling i spesialisthelsetjenesten for barn og unge. NKVTS har forsket på TF-CBT for barn og unge, og har utviklet et opplæringsprogram for tjenestene. NKVTS implementerer metoden i psykisk helsevern for barn og unge i hele landet.

Om lag 450 aktive TF-CBT-terapeuter i 63 BUPer gir kunnskapsbasert behandling til barn som sliter med post-traumatisk stress. Om lag 200 TF-CBT-terapeuter under opplæring mottok ukentlig telefonveiledning i 2019. Samlet nås nå tre fjerdedeler av alle landets BUPer. Prosjektet er nå inne i andre implementeringsfase. Målet er å implementere/opprettholde TF-CBT i de klinikene som allerede er med i prosjektet, og å innlemme nye klinikker. Som ledd i dette får ledere ved nye klinikker opplæring i implementeringsledelse for å bli enda bedre rustet til å følge opp implementeringen, slik at tilbudet om TF-CBT opprettholdes over tid.

Prosjektet har i hele prosjektperioden utviklet kunnskap om implementering av evidensbaserte metoder. Denne kunnskapen legger grunnlaget for videreføringen av implementeringen av metoden i nye BUP-poliklinikker i hele landet. Resultatene brukes også som kunnskapsgrunnlag for nye prosjekter, som Stepped Care og arbeid med flyktninger.

Det ble bevilget 7,3 mill. kroner til spredning av TF-CBT i 2020. Bevilgningen foreslås videreført med 7,5 mill. kroner i 2021.

Fra 2016 har det vært bevilget midler over kap. 765, post 73 til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner for traumer for voksne. NKVTS har ansvar for gjennomføringen. 20 allmennpoliklinikker rundt om i landet har deltatt i senterets arbeid for implementering av kunnskapsbasert traumebehandling til voksne. 73 terapeuter har fått opplæring i Eye

Movement Desensitization Therapy (EMDR) og i kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD). 15 nye poliklinikker fra seks helseforetak er rekruttert til implementering 2020–2021.

Det ble i 2020 bevilget 5,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,8 mill. kroner i 2021, og å flytte bevilgningen fra kap. 765, post 73, til kap. 765, post 75, for å samle bevilgningene til NKVTS på samme post.

#### 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 overgrepsutsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). I 2017 ble både nettkurs for fastleger om vold og overgrep, og nettkurs i akuttmedisin for legevaktpersonell ferdigstilt. I 2019 hadde 3471 personer bestod nettkurset i volds- og overgrepshåndtering for legevaktpersonell, og 229 personer bestod kurset for fastleger/legevaktleger om vold i nære relasjoner.

Det ble i 2020 bevilget 3,2 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) for arbeid med vold og overgrep. Bevilgningen foreslås videreført med 3,3 mill. kroner for 2021. Det vises for øvrig 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 med fokus på omsorg, egenmestring, motivasjon og erfaringsutveksling. Senteret gir gratis helsehjelp til personer som selger eller har solgt sex. I 2019 fikk 665 personer tjenester ved Pro Senteret, mens senteret hadde 915 treff gjennom oppsøkende virksomhet. 160 personer fikk

gratis HPV-vaksine ved klinikken. I august 2019 ble arbeid rettet mot menn en del av Pro Sentrets ordinære drift, og antall mannlige brukere på Pro Sentret har økt betraktelig. Pro Senteret har også tilbud om individuell oppfølging og rådgivning samt juridisk bistand. I 2019 behandlet advokatene 52 ulike saker fordelt på 39 henvendelser.

Brukerundersøkelsen viste at 94 pst. av Pro Sentrets brukere var fornøyd med den bistanden de fikk fra Pro Sentret, hvorav 97 pst. var svært fornøyd.

I 2020 ble det bevilget 4,8 mill. kroner til Pro Sentret. Bevilgningen foreslås videreført med 4,9 mill. kroner i 2021.

#### Nasjonal støttegruppe etter 22. juli

Den nasjonale støttegruppen etter 22. juli jobber for å begrense helsemessige og sosiale konsekvenser av 22. juli-hendelsen, gjennom informasjonsarbeid, samlinger for de berørte, dialog med myndigheter og erfaringsformidling. Ved utgangen av 2018 hadde gruppen 1690 registrerte medlemmer.

Sorg- og støttegrupper utgjør et viktig supplement til det ordinære tjenestetilbudet for både etterlatte og overlevende etter individuelle kriser og større ulykker og katastrofer. Dette både for å bistå i bearbeidelsen av den potensielt traumatiserende hendelsen og for å gjenopprette funksjoner.

I 2020 ble det bevilget 5,2 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli. Bevilgningen foreslås videreført med 5,3 mill. kroner i 2021. 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 av etterlatte etter selvmord.

I 2019 var undervisningsprogrammet Vivat selvmordsforebygging hovedmottaker. De arrangerte ulike kurs med over 5 000 deltagere til sammen. BDO evaluerte Vivat selvmordsforebygging i 2019 med gode resultater. Røde Kors mottok også midler og besvarte totalt 15 857 henvendelser på chat, telefon og mail gjennom tilbudet Kors på halsen. Det ble også arrangert åtte grunnkurs for nye frivillige i 2019. Måloppnåelse for ordningen vurderes til høy. I 2020 ble det bevilget 5,7 mill. kroner til arbeid mot selvmord og selvskading. Vivat selvmordsforebygging og Røde Kors var mottakere.



Det foreslås at Vivat selvmordsforebygging løftes ut av ordningen, se omtale under. Videre foreslås det 4 mill. kroner til den søknadsbaserte tilskuddsordningen i 2021.

#### Vivat selvmordsforebygging

Vivat selvmordsforebygging har frem til 2020 mottatt tilskudd under ordningen Forebygging av selvmord og selvskading. Vivat selvmordsforebygging tilbyr opplæring i hvordan man kan bli mer oppmerksom, fange opp faresignaler og yte førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Vivat hadde over 5 000 deltakere på kursene sine i 2019. Det foreslås å løfte tilskudd til Vivat selvmordsforebygging ut av den søknadsbaserte tilskuddsordningen til forebygging av selvmord og selvskading, og å bevilge 7 mill. kroner til Vivat selvmordsforebygging i 2021.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) er et kompetansesenter tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. NSSFs primær-

oppgaver er kunnskaps- og kompetanseutvikling gjennom forskning, undervisning, utviklingsarbeid, veiledning og formidling- og informasjonsvirksomhet. NSSF skal samarbeide med RVTsene som har som oppdrag i det forebyggende selvmordsarbeidet å gi undervisning og veiledning regionalt.

I 2019 har NSSF hatt særlig fokus på å utvikle ny kunnskap om suicidal og selvskadende atferd blant barn og ungdom. Det nasjonale kartleggingssystemet for selvmord i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble tatt i bruk i 2019. Videre har NSSF bl.a. gjennomført ulike utdanningstiltak og opplæringsprosjekter, inkludert utdanning av DBT-terapeuter. Det er laget læremidler og nettressurser. NSSF har publisert flere studier og hatt en høy aktivitet i media. En nasjonal prosjektplan for gjennomføring av regionale folkeopplysningskampanjer er utviklet i samarbeid med andre aktører på området.

Måloppnåelse for ordningen vurderes til høy.

I 2020 fikk senteret tildelt 19 mill. kroner. Senteret skal i 2021 bistå i arbeidet med den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord.

Det foreslås å videreføre grunnbevilgningen i 2021 med 19,5 mill. kroner.

## Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	10 568	14 894	14 917
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	1 950	1 601	1 652
	Sum kap. 0769	12 518	16 495	16 569

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2020.

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre og andre tiltak for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt utredningsvirksomhet for å utvikle nye og innovative løsnings- og omsorgssektoren.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2021. Bevilgningen kan nyttes under post 70. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 70.

## Post 70 Tilskudd

### Leve hele livet

Det ble i 2020 bevilget 3,5 mill. kroner til arbeidet med oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Av disse er 2,5 mill. kroner benyttet til å spre og implementere reformen ved bl.a. informasjons- og kommunikasjonsarbeid og koordinering nasjonalt og regionalt gjennom dialog med Helsedirektoratet, KS og nasjonale og regionale aktører som har ansvar for å spre og gjennomføre reformen. Av de resterende midlene ble 1 mill. kroner bevilget til Norges Frivilligsentraler. Norges frivilligsentraler er en landsdekkende interesseorganisasjon for de lokale sentralene. Organisasjonen bidrar til koordinering og kompetansebygging av de over 460 frivilligsentralene i 309 kommuner. 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 2021. Det vises til innledningen under kap. 761 og kap. 761, post 21 for nærmere omtale av Leve hele livet.

### Kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem – trygghetsstandard

Trygghetsstandard skal være et konkret verktøy for å drive systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem. Det er i perioden 2016–2018 gjennomført et pilotprosjekt i fire kommuner. Det er utviklet en første versjon av trygghetsstandarden (web-basert verktøy). Verktøyet har særlig oppmerksomhet på konkretisering av de grunnleggende forutsetningene som må være på plass for at organisasjonen kan jobbe godt med kvalitet og kvalitetsforbedring. Evalueringen av piloten i 2019 viser positive resultater, bl.a. i form av økt oppmerksomhet og engasjement for kvalitetsarbeid lokalt. Evalueringen viser imidlertid at det er behov for et mer brukervennlig verktøy som gjør det enklere å finne fram til den informasjonen man ønsker seg. Arbeidet er derfor videreført og en prototype på trygghetsstandarden testes ut i utvalgte kommuner i 2020. Erfaringene fra piloten skal brukes til å gi en anbefaling om videre oppfølging og implementering. Arbeidet inngår som del

av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Det ble i 2020 bevilget 5 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2021.

### Satsing på etisk kompetanseheving

Formålet med satsingen er å bistå kommunene i deres etikkarbeid gjennom støtte til lokale veiledere gjennom en nasjonal koordinering og kvalitetssikring av satsingen. Den årlige etikkprisen videreføres. Fra 2020 skal satsingen også vektlegge etisk refleksjon om ulike dilemmaer knyttet til døden. KS og Senter for medisinsk etikk (SME) har etablert et formalisert samarbeid om etikksatsingen for å avklare oppgave- og rollefordeling. Dette omfatter kompetanseutvikling, regionale samlinger mv. Formålet med samarbeidet er at de samlede ressursene utnyttes til beste for kommunene.

Det foreslås å videreføre 2,6 mill. kroner i bevilgning til KS for Satsingen på etisk kompetanseheving i kommunene i 2021. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025. Satsingen inngår også som et tiltak i Meld. St. 24 (2019 – 2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.

Tiltaket må sees i sammenheng med omtale av Senter for medisinsk etikk (SME) på kap. 761, post 21.

### Teknologier for trygghet og mestring

Det er i 2020 bevilget 2 mill. kroner til Helsedirektoratets ivaretagelse av bl.a. prosessveiledning av kommuner, nettverkssamlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner, som del av satsingen på teknologier for trygghet og mestring. Se kap. 761, post 21 for nærmere omtale. Bevilgningen foreslås videreført i 2021. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Se kap. 740 for en helhetlig omtale av programmet.

### Kreativ skrivning for eldre

Det ble i 2016 etablert et søkbart tilskudd til prosjekter som skal bidra til utvikling og spredning av kreativt skrivearbeid blant eldre. Formålet har vært å bidra til økt mestring og livskvalitet for eldre. Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til formålet i 2019. Kirkens Bymisjon mottok tilskuddet. Tilskuddet ble avvirket i 2020.

Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Formålet med programmet er å bidra til innovative offentlige anskaffelser og verdiskapning. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet, som er initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS, med Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) som en sentral aktør fra statens side. Programmet har fokus på strategisk forankring, felles anskaffelser, formidling og veilednings- og spredningsaktivitet. Rapporteringen for 2019 viser bl.a. at det gjennom initiativ fra programmet hittil er initiert eller gjennomført 15 fellesanskaffelser, bl.a. innen velferdsteknologi, heldøgns omsorg, pasientforløp og oppfølging etter hjerneslag. Dagens programperiode er for 2020–2024. Tiltaket foreslås videreført i 2021.

Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Planlegging er et viktig virkemiddel for utbygging og omstilling av tjenestene. Fylkesmannen i Trøndelag har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet et nasjonalt planleggingsverktøy, [www.ressursportal.no](http://www.ressursportal.no). I ressursportalen finnes informasjon som vil være av relevans for kommuner og fylkesmannen for analyse og planlegging av *Leve hele livet*. Et viktig mål er å bidra til en økt forståelse av egne styringsdata og bidra til å øke den analysefaglige kompetansen i kommuner. På oppdrag fra Fylkesmannen i Trøndelag og Helsedirektoratet har KS Konsulent utviklet metode og veiledningsmaterieell til dette formålet.

Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til tiltaket i 2020. Midlene foreslås videreført i 2021. 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 bl.a. utdanningsprogrammet i samfunnsplanlegging, Sam-

plan, og den årlige Kommuneplankonferansen. Samplan hadde for studieåret 2018–2019 41 deltakere. Kommuneplankonferansen ble i 2019 gjennomført i Halden. 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 0,2 mill. kroner i 2021.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Det ble i 2020 bevilget midler til videreføring av arbeidet i det nasjonale programmet for pasientsikkerhet I trygge hender 24-7. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som ble publisert i 2019 viderefører overordnede mål fra programmet, viderefører pågående arbeid og igangsetting av nytt arbeid. Planen skal sikre en fortsatt samordnet og målrettet innsats for å redusere pasientskader, samt understøtte og legge til rette for at krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterlevs. Oppfølging av pasientsikkerhetsarbeidet skjer nå i den ordinære styringsdialogen og på relevante dialogarenaer. Nettsiden for pasientsikkerhetsprogrammet og merkevaren «*I trygge hender 24-7*» videreføres. Det er i 2019 startet et omfattende arbeid med å omarbeide tiltakspakkene på innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet til nasjonale faglige råd. Et nytt fagråd for pasientsikkerhet er under etablering.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til oppfølgingen av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring med 0,5 mill. kroner til tiltakene rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2021. 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 2021.

## Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

		(i 1 000 kr)			
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
770	Tannhelsetjenester	328 256	342 258	364 313	6,4
	Sum kategori 10.70	328 256	342 258	364 313	6,4

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

		(i 1 000 kr)			
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
01-23	Statens egne driftsutgifter	34 542	34 912	54 964	57,4
70-89	Andre overføringer	293 714	307 346	309 349	0,7
	Sum kategori 10.70	328 256	342 258	364 313	6,4

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 15 mill. kroner til styrking av tannhelsetjenestetilbudet rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi)
- 5 mill. kroner til utvikling av Forbrukerrådets prisportal på tannhelsetjenester

### Organisering av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tjenester til den øvrige befolkningen. Samlet ressursbruk i tannhelsetjenesten utgjorde om lag 18,5 mrd. kroner i 2019, ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) sitt helseregnskap.

Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av lov om tannhelsetjenesten og av lov om folketrygd og forskrifter til disse.

Fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, inkludert odontologiske spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for hele befolkningen i fylket.

Størstedelen av tannbehandling med stønad fra folketrygden blir utført i privat sektor. Det vises til omtale under kap. 2711, post 72.

Kostra-tall for 2019 fra SSB er kilden til omtalen av personell, fylkeskommunal tannhelsetjeneste og finansiering.

### Personell

Norge har høy tannlegedekning med 8,6 avtalte tannlegeårsværk per 10 000 innbyggere i 2019 (allmenn- og spesialisttannleger, privat og offentlig sektor). Samlet tannlegedekning per 10 000 innbyggere var høyest i Troms, fulgt av Oslo og Finnmark. Dekningen var lavest i Hedmark, fulgt av Akershus og Trøndelag.

De siste ti årene har tannlegedekningen vært stabil. Økningen i antall årsværk har langt på vei fulgt økningen i befolkningen når private og offentlig ansatte tannleger ses under ett.

Tannpleierdekningen var i 2019 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) hadde 1,6 ganger flere tannleger sammenliknet med fyl-ket med færrest allmenntannleger (Hedmark).

For tannlegespesialister er variasjonen større, hvor fylket med flest spesialister per 10 000 inn-byggere (Oslo) hadde 3,8 ganger flere spesialister sammenliknet med fylket med lavest dekning (Oppland).

For tannpleiere er det også fylkesvise forskjel-ler. Fylket med flest tannpleiere per 10 000 inn-byggere (Troms) hadde 3,3 ganger flere tannplei-ere enn fylket med færrest tannpleiere (Tele-mark).

I privat sektor er tannhelsetjenesten er omfat-tende, og står for størstedelen av all behandling av voksne. I tillegg kommer at tannregulering for barn og unge i hovedsak utføres i privat sektor. Den private tannlegedekningen i 2019 var 6,1

avtalte tannlegeårsverk per 10 000 innbyggere (allmenn- og spesialisttannleger). Oslo har tre ganger flere private tannleger per innbygger enn Finnmark. De tre fylkene med lavest privat tannle-gedekning i 2019 var Finnmark, fulgt av Sogn og Fjordane og Aust-Agder. De tre fylkene med høy-est privat tannlegedekning var Oslo, Akershus og Hordaland.

I fylkeskommunal tannhelsetjeneste var det på landsbasis 2,6 tannleger per 10 000 innbyggere (allmenn- og spesialisttannleger). I Troms, Finn-mark og Nordland var det flest offentlig ansatte tannleger per 10 000 innbygger, mens Oslo og Akershus hadde færrest. Troms hadde fem gan-ger så mange tannleger per 10 000 innbyggere som Oslo i 2019.

Andelen ubesatte tannlegestillinger i den fyl-keskommunale tannhelsetjenesten er redusert de siste 15 årene og utgjorde 3 pst. av antall årsverk i 2019. Fylker med høyest andel ubesatte offentlige tannlegestillinger i 2019 var Møre og Romsdal (23 pst.) etterfulgt av Oppland (6 pst.). I de nordnor-ske fylkene er ubesatte stillinger på et lavt nivå.

Tabell 4.13 Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2010	2012	2014	2016	2018	2019
Antall årsverk	9 931	10 467	10 634	11 017	11 349	11 516
herav:						
1 tannlegespesialister	386	519	466	470	486	506
2 allmenntannleger	3 703	3 961	4 019	4 000	4 082	4 125
3 tannpleiere	774	834	863	945	997	1 032
4 tannhelsesekretærer	3 854	4 000	4 108	4 505	4 666	4 726

#### Fylkeskommunal tannhelsetjeneste

I alt 26 pst. av befolkningen eller om lag 1,4 mill. personer var under tilsyn av den fylkeskommu-nale tannhelsetjenesten i 2019. 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. Tannhel-setjenesten i Finnmark hadde 39 pst. av fylkets befolkning under tilsyn i 2019, fulgt av Nordland med 37 pst. Lavest lå Oslo med 20 pst. og Oppland med 23 pst.

I alt var 1 370 000 personer under tilsyn av fylkeskommunal tannhelsetjeneste i 2019. Av disse hadde 1 169 000 personer rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Betalende voksne uten

lovfestede rettigheter utgjorde 201 000 perso-ner.

I 2019 ble 1 018 000 personer undersøkt/ behandlet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, dvs. om lag 20 pst. av landets befolkning. Om lag 12 000 færre personer med rettigheter ble under-søkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2019 sammenliknet med 2018. For betalende voksne har det i samme periode vært en nedgang på om lag 10 000 undersøkte/ behandlede personer i fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Andelen i de ulike gruppene med rettigheter som ble undersøkt/behandlet i den fylkeskommu-nale tannhelsetjenesten i 2019 var:

- 81 pst. for psykisk utviklingshemmede

- 76 pst. for beboere i institusjon (sykehjem)
- 69 pst. for barn og unge 3-18 år
- 40 pst. for ungdom 19-20 år
- 18 pst. for hjemmeboende med hjemmesykepleie

Mange pasienter blir innkalt sjeldnere enn hvert år til undersøkelse, avhengig av hvor god deres tannhelse er. På landsbasis ble 4,6 pst. av alle voksne uten rettigheter undersøkt/behandlet ved fylkeskommunale tannklinikker i 2019. Variasjonene er store. I tre fylker ble det behandlet færre enn 1 pst. av voksne uten rettigheter, dvs. Oslo, Østfold og Akershus. Tre fylker behandlet 10 pst. eller mer – Finnmark (15 pst.), Nordland (11 pst.) og Troms (10 pst.).

Brutto driftsutgifter i fylkeskommunal tannhelsetjeneste utgjorde 3,8 mrd. kroner i 2019, en økning med 1,7 pst. fra 2018. 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).

#### Konsekvenser av koronapandemien for tannhelsetjenesten

Pga. koronapandemien ble det utarbeidet nasjonale anbefalinger fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet som begrenset tilbudet i tannhelsetjenesten til å ta imot akutte tilstander. Mange tannklinikker hadde svært begrenset åpningstid og kapasitet, både i privat og offentlig sektor. Helsedirektoratet ga fylkeskommunene i oppdrag å etablere et akutttilbud til hele befolkningen. Mange fylkeskommuner etablerte egne klinikker som tok imot pasienter med konstatert smitte for akutt tannbehandling. Nasjonale, faglige råd ble gradvis myket opp, og fra slutten av mai 2020 ble det åpnet for alle pasienter. Strengt smittevernrutiner ble opprettholdt, og har hatt konsekvenser for driften i både privat og offentlig sektor.

Både privat og offentlig tannhelsetjeneste har tapt pasientinntekter som følge av nedsatt aktivitet pga. koronasituasjonen. Privat tannhelsetjeneste har vært omfattet av den særskilte støtteordningen som regjeringen etablerte for bedrifter med vesentlig fall i omsetningen, der staten dekker størstedelen av bedriftenes faste utgifter. I prakti-

seringen av støtteordningen er privat tannhelsetjeneste vurdert å inngå blant bedrifter som ble stengt etter statlig pålegg, fordi de nasjonale anbefalingene fra midten av mars i realiteten innebar tilnærmet full stans i aktiviteten ved mange tannklinikker.

Økonomiske virkninger for kommunesektoren av koronautbruddet ble vurdert i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett, jf. omtalen i Prop. 117 S (2019–2020). Beregningsteknisk ble det i denne proposisjonen lagt til grunn merutgifter i fylkeskommunene på om lag 100 mill. kroner knyttet til å etablere et akutttilbud til hele befolkningen fra midten av mars 2020.

Som omtalt i Prop. 117 S (2019–2020), har regjeringen nedsatt en arbeidsgruppe som skal vurdere de økonomiske virkningene for kommunesektoren av pandemien. Dokumentasjon fra fylkeskommunene inngår i departementets og arbeidsgruppens videre vurdering av virkninger av pandemien og eventuell økonomisk kompensasjon.

#### Oppfølging av Stortingets behandling av Prop. 71 L (2016–2017)

Våren 2017 fremmet regjeringen forslag til lovregulering av tannhelsetjenesten som et kommunalt ansvar, jf. Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). I proposisjonen foreslo regjeringen bl.a. endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og i pasient- og brukerrettighetsloven som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Lovforslaget ble vedtatt uten at ikrafttredelsestidspunktet ble fastsatt, jf. Innst. 378 L (2016–2017). Ved behandlingen av lovforslaget fattet Stortinget flere anmodningsvedtak. Oppfølging av anmodningsvedtakene blir forsinket pga. koronasituasjonens konsekvenser for kommuner og fylkeskommuner. Tidspunktet for forsøket hvor utvalgte kommuner overtar ansvaret for tannhelsetjeneste utsettes til 2022. Se nærmere omtale i del I.

#### Krav til regnskapsføring i fylkeskommunal tannhelsetjeneste

Etter avgjørelse i ESA, EFTAs overvåkingsorgan for EØS-avtalen, i 2014, ble Norge bedt om å innføre et nasjonalt regelverk for å utelukke kryssubsidiering innenfor deler av fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Som oppfølging av ESAs avgjørelse fremmet regjeringen Prop. 16 S (2014–2015) med

forslag til krav til føring av separate regnskaper mv. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2015. Lovbestemmelse og forskriften regulerer fylkeskommunenes plikter angående føring av atskilte regnskaper der det skilles mellom hhv. lovpålagte tjenester i henhold til tannhelsetjenesteloven og tjenester til voksne, betalende pasienter i områder med og uten et fungerende marked der private aktører inngår.

Forskriften innebærer ingen innsnevring av fylkeskommunens adgang til å yte tannhelsetjenester til voksne mot betaling i områder av fylket der tjenesteytingen foregår i konkurranse med private tjenesteytere. Når fylkeskommunen yter tjenester til voksne, betalende pasienter i konkurranse

med private tjenesteytere, er det imidlertid ikke adgang til å bruke offentlige midler til å finansiere denne delen av virksomheten.

Fylkeskommunene skal fortsatt yte tannhelsetjenester til voksne betalende pasienter i områder uten et fungerende marked i tråd med bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven. Forskriften legger til rette for at fylkeskommunen kan dekke underskuddet i denne virksomheten. Det ble i 2019 og 2020 gjennomført en evaluering av fylkeskommunenes regnskapsføring. Hovedfunnet er at fylkeskommunene har innført separate regnskap, men at det er rom for forbedringer og at praksis bør bli mer enhetlig og transparent. Departementet vil følge opp dette på egnet måte.

## Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	34 542	34 912	55 288
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	293 714	307 346	312 217
	Sum kap. 0770	328 256	342 258	367 505

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 15 mill. kroner til styrking av fylkeskommunenes tannhelsetjenestetilbud rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi)
- 5 mill. kroner til utvikling av Forbrukerrådets prisportal på tannhelsetjenester

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak på tannhelseområdet.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Siden 2012 er det bevilget tilskudd til regionale helseforetak til forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus. Sykehusene St. Olav (Trondheim), Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø), Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg sykehus (Oslo) og Haukeland Universitetssykehus (Bergen) har deltatt i forsøksordningen.

Forsøksordningen med tannhelsetjenester 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 og til hvem det er mest hensiktsmessig å gi orale helsetjenester i sykehus. En slik kartlegging ble igangsatt i 2020 med kliniske undersøkelser av pasienter i sykehus. Pga. koronapandemien har det oppstått forsinkelser, og resultatene fra arbeidet er ikke klare. Forsøksordningen med tannhelsetjenester i sykehus, foreslås videreført i 2021 med en bevilgning på 20 mill. kroner.

Helsedirektoratet har arbeidet med et oppdrag om reduksjon av sosial ulikhet i tannhelse blant barn og unge, ved å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år. Første del av retningslinjen ble publisert i oktober 2018. Andre del planlegges publisert høsten 2020. Et implementeringsarbeid er igangsatt og vil videreføres i 2021.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan søke om opptak til utdanningen, og flere har gjennomført utdanningen. Se nærmere omtale under kap. 762 og 765. Tilskuddet videreføres med 1 mill. kroner i 2021.

Bevilgningen dekker også Helse- og omsorgsdepartementets andel av nedbetaling av

lån som Troms fylkeskommune tok opp ved byggingen av Tannbygget i Tromsø. Tannbygget inneholder både arealer til utdanning av tannleger og tannpleiere, og fylkeskommunens odontologiske kompetansesenter, se omtalen av de regionale odontologiske kompetansesentre under post 70. Tilskuddet videreføres med 3 mill. kroner i 2021.

Bevilgningen omfatter tilskudd til videreføring av samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av tannbehandlingsmaterialet amalgam. Et delprosjekt fortsetter i 2021.

Bevilgningen omfatter tilskudd til evaluering av fylkeskommunenes tilbud til personer som har vært utsatt for tortur og/eller overgrep, og til personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi).

Det gis midler til forprosjekt for kommunal tannpleier. Folkehelseinstituttet er i gang med en kunnskapsoppsummering om kommunal tannpleie. Denne vil bli sentral for forprosjektet.

Det foreslås en styrking på 15 mill. kroner til fylkeskommunenes tannhelsetjenestetilbud rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi), se nærmere omtale av ordningen under post 70.

Forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Helsedirektoratet er, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, gitt i oppdrag å starte forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata i KPR. 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. Konseptet 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 lang tid. 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 en rapport med et mål-bilde for et nasjonalt tannhelsesregister. Utredningen og anbefalingene er fulgt opp i oppdraget til Helsedirektoratet. Det foreslås midler i 2021 til

forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata i KPR.

Prisportalen

Prisportalen ble etablert i 2013 som ledd i oppfølgingen av St.meld. 35 (2006–2007) Framtidas tannhelsetjenester. SSB anslår at egenbetaling på tannhelsetjenester utgjorde om lag 13,4 mrd. kroner i 2019. Prisportalen er det eneste informasjonskanalen innbyggerne har om prisnivået på tannhelsetjenester, og den eneste stedet der man kan sammenligne priser mellom tilbydere. Portalen er et viktig virkemiddel for å opprettholde konkurransen i tannhelsetjenestemarkedet.

I 2019 hadde prisportalen 235 000 brukere. På ukesbasis varierte antall brukere mellom 4 300 og 7 000. I mai 2020 var 1333 private tannklinikker registrert med sine priser på portalen.

Tilbydere av tannhelsetjenester i markedet har fri prissetting. Det gjelder både privat sektor og fylkeskommunene. Departementet antar at pandemien har medført økte priser og økt egenbetaling for pasientene. Som følge av innstramningen i folketrygdstønad til tannregulering, kan det også antas høyere prisnivå på tannregulering.

Forbrukerrådet stengte prisportalen 12. mai 2020 som følge av at stengninger og innskrenkninger i tannhelsetjenesten førte til manglende innrapportering av priser fra tannklinikkene i hele landet. Det er et mål å få portalen tilbake i ordinær drift, fornye tekniske løsninger og utvide portalen med priser på tannregulering. Det foreslås 5 mill. kroner til dette formålet.

### Post 70 Tilskudd

Formålet med bevilgningen er å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer og bedre tilgjengelighet til odontologiske spesialistjenester, spesielt i den offentlige tannhelsetjenesten. Videre er det et formål å bidra til økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving i den offentlige tannhelsetjenesten, og til heving av kvaliteten i tannbehandlingen generelt når det gjelder odontologiske biomaterialer som anvendes i tannhelsetjenesten, jf. Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027).

Tilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling

Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og til personer med alvorlig angst



for tannbehandling (odontofobi) (TOO), foreslås styrket med 15 mill. kroner. Det er i dag stor etterspørsel etter tilbudet og det er lange ventelister flere steder. TOO-tilbudet er bygget opp gradvis siden 2011. I 2020 ble tilbudet styrket med 15 mill. kroner, og samlet tilskudd i 2020 har vært omkring 85 mill. kroner. Antall årsverk i de tverrfaglige behandlerteamene utgjorde 56 årsverk i 2019, en økning fra 46 årsverk i 2018. Av de 56 årsverkene i 2019, var det 18 tannlegeårsverk og 18 psykologårsverk.

Om lag 1 000 personer sto på venteliste for første vurdering, ifølge fylkenes rapportering for 2019. I fem av 18 fylker var det mellom ett og to års ventetid i 2019 for nye pasienter for å komme inn til en første vurderingssamtale. Kun tre av 18 fylker innfridde målet om maksimalt åtte ukers ventetid for nye pasienter som ønsker å komme inn til vurdering. Dette viser at det 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. Det er behov for å bygge ut tilbudet ytterligere for at ventetiden skal være innenfor målsettingen. Etter første vurdering, er det ventetid på oppstart av tverrfaglig behandling med psykolog og tannlege. Denne ventetiden var kortere enn ventetiden for første vurdering.

Etter at den tverrfaglige behandlingen med psykolog er avsluttet, har alle fylkene kort ventetid til oppstart av tannbehandlingen. En evaluering av tilbudet blir igangsatt i 2020 og evalueringsarbeidet foreslås videreført i 2021.

#### 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 styrket med 0,4 mill. kroner til 6,4 mill. kroner i 2021.

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 2021 med om lag 6 mill. kroner.

Fra 2015 er det gitt tilskudd til videreutdanning for tannpleiere, organisert ved Universitetet i Sørøst-Norge, og til masterutdanning for tannpleiere. Videreutdanningen er tilrettelagt for senere

påbygning til master i helsefremmende arbeid. I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det behov for tannpleiere med både videreutdanning i det aktuelle fagområdet og med masterutdanning. Det er også behov for tannpleiere med forskerutdanning. Tilskuddet videreføres med om lag 4 mill. kroner til hhv. Universitetet i Sørøst-Norge til organisering av utdanningen, og til lønns-, reise- og oppholdsutgifter til tannpleiere ansatt i fylkeskommunene, de regionale odontologiske kompetansesentrene eller i sykehus, og som tar de aktuelle utdanningene.

De regionale odontologiske kompetansesentrene/tannhelsetjenestens kompetansesentre, organisert av fylkeskommunene, skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Dette gjelder særskilt overfor personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunene finansierer spesialisttannbehandlingen ved sentrene. Videre skal sentrene gi fagstøtte til tannklinikken, og bidra i forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet; Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027). I tillegg skal kompetansesentrene delta i organiseringen av klinisk trening i spesialistutdanningen av tannleger.

Det statlige tilskuddet til kompetansesentrene finansierer forskning og kunnskapsutvikling, fagstøtte til tannklinikken 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 101,5 mill. kroner i 2021. 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).

Evalueringen av tilbudet til tortur og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling samt andre kartlegginger vil bl.a. omhandle tannhelsetjenestens kompetansesentre. Når disse foreligger vil departementet gjennomføre en ekstern evaluering av tannhelsetjenestens kompetansesentrene.

Organisering av spesialistutdanning av tannleger og planer for videreutvikling av spesialistutdanningene er nærmere beskrevet i Prop. 1 S (2017–2018). Tilskuddet til universitetene i hhv. Bergen, Oslo og Tromsø, og til de odontologiske kompetansesentrene som deltar i praksisdelen av spesialistutdanningene samt lønnsstilskudd til

tannleger som tar spesialistutdanning som del av en dobbeltkompetanseutdanning, foreslås videreført i 2021 med om lag 60 mill. kroner. Tilskuddet omfattet 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 er behov for å tilpasse de aktuelle tilskuddsbeløpene basert på kartlagte merkostnader. Denne tilpasningen bør gjøres over tid. Tilskuddsbeløp per spesialistkandidat ble noe nedjustert i 2020 sammenliknet med tildelt beløp i 2019. Pga. pandemisituasjonen foreslås det å videreføre tilskudd til spesialistutdanning av tannleger til universitetene i 2021 tilsvarende 2020-nivå. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet vil samarbeide med lærestedene om videre tilpassing og informasjon om tilskuddsordningen fra 2022.

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 2021. 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 7 mill. kroner.

Tidsbegrenset tilskudd til fylkeskommunene til opprettelse av stillinger for spesialister i pedodonti videreføres med om lag 6,5 mill. kroner. Helse- og omsorgsdepartementets sluttrapport om utprøvingen av multidisiplinær odontologi planlegges ferdigstilt i løpet av 2021.

Flere av tiltakene i Kompetanseløft i tannhelsetjenesten er også en del av 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, se nærmere omtale i Del III 7 Kompetanseløft 2025.

#### 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 er Niom et datterselskap under Norwegian Research Center AS (NORCE AS). Formålet med oppgavene til Niom og prosessen med endring av eierforhold er beskrevet i hhv. Prop. 1 S (2017–2018) og Prop. 1 S (2018–2019), kap. 770, post 70. Nordisk Ministerråd (NMR) finansierer om lag 1/3 av Nioms budsjett, basert på treårige avtaler. Tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet utgjorde i 2020 27,5 mill. kroner. Tilskuddet foreslås økt med 0,5 mill. kroner i 2021.

Videre foreslås 5,5 mill. kroner til videreføring av aktivitetene ved Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG), organisert i NORCE AS. BVG har ledet et arbeid med å utrede et register for tannimplantat.

## Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
780	Forskning	338 212	252 167	130 419	-48,3
781	Forsøk og utvikling mv.	131 693	129 022	142 034	10,1
783	Personell	251 603	283 939	294 755	3,8
Sum kategori 10.80		721 508	665 128	567 208	-14,7

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
01-23	Statens egne driftsutgifter	172 501	178 664	160 027	-10,4
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	338 212	252 167	130 419	-48,3
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	133 533	132 508	160 416	21,1
70-89	Andre overføringer	77 262	101 789	116 346	14,3
Sum kategori 10.80		721 508	665 128	567 208	-14,7

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

- 28,5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppretting av 100 midlertidige LIS1-stillinger
- 5,7 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppretting av LIS1-stillinger i Helse Nord
- 0,5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppretting av nye LIS1-stillinger
- 20 mill. kroner i økt bevilgning til helhetlig virkemiddelkjede for helseinnovasjon, Pilot Helse
- 10 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet
- 10 mill. kroner til kontaktfamilieordning for foreldre som venter barn med spesielle behov
- 0,5 mill. kroner i økt bevilgning til dataanalyse, styringsinformasjon og statistikk i Helsedirektoratet
- 151,7 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til reduserte avsetninger i Norges forskningsråd
- 23 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kvalifikasjonsprogrammet for ELTE-studenter
- 6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av veiledet tjeneste

Forskning, utdanning, kompetanseutvikling og innovasjon er viktige virkemidler for å nå målettingen om å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet og gi befolkningen trygge, gode og effektive helse- og omsorgstjenester og for å nå de folkehelsepolitiske målene. Helse- og

omsorgstjenesten er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av den totale arbeidskraften. Tjenesten har viktige roller vis-a-vis utdanningssektoren som praksisarena, framtidig arbeidsgiver og avtalepart. For å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester er det avgjørende å ha tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og forskning med høy kvalitet og nytte. En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er derfor viktig for å legge til rette for en kunnskapsbasert, framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning og HelseOmsorg21-strategien er en del av den langsiktige satsingen innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon. Regjeringen har gjennom tverrdepartementalt samarbeid i stor grad oppfylt regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Politikken vil heretter utvikles videre gjennom andre strategier og meldinger. Programmene i Norges forskningsråd er viktige virkemidler for å følge opp flere av anbefalingene i strategien.

## Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
50	Norges forskningsråd mv.	338 212	252 167	130 419
	Sum kap. 0780	338 212	252 167	130 419

Bevilgningen til Norges forskningsråd foreslås redusert med 151,7 mill. kroner i 2021 for å redusere avsetningene til Forskningsrådet. Økning i avsetningene innenfor helseforskning skyldes særlig overgang til nye programmer. I 2020 ble bevilgningen redusert med 84,3 mill. kroner for å redusere avsetningene til Forskningsrådet. Samlet er bevilgningen redusert med vel 236 mill. kroner siden 2019. Det legges opp til at reduksjonen i bevilgningen ikke skal føre til redusert aktivitet i 2021 og at Forskningsrådet skal lyse ut midler på posten som om bevilgningen ikke var redusert. Forskningsrådet skal i 2021 legge opp til aktivitet med utgangspunkt i at disse midlene vil bli ført tilbake til posten i 2022. Som en del av regjeringens oppfølgingen av langtidsplanen for forskning og høyere utdanning styrkes kap. 701, post 21 med 35 mill. kroner til å realisere Helseanalyseplattformen.

### Forskning og driftstilskudd

Forskning og innovasjon er sentrale virkemidler i utviklingen av kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet i helse- og omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet. Sektorprinsippet for forskning betyr bl.a. at hvert departement har ansvar for forskning innenfor sin sektor.

Departementet finansierer i hovedsak forskning og oppbygging og drift av forskningsmiljøer gjennom tilskudd til Norges forsknings-

råd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale kompetanse- og forskningssentre utenfor spesialisthelsetjenesten.

Forskning og innovasjon i helseforetakene og Kreftregisteret er omtalt under kap. 732, post 70, postene 72–75 og post 78. Nasjonalt senter for e-helseforskning er omtalt under kap. 732, post 70 og kunnskapsbehov på e-helseområdet er omtalt under kap. 744. 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 og kap. 714 Folkehelse, post 79. 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 og 79. Det ble i 2020 etablert et nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst, jf. omtale under kap. 732, post 78.

### Forskning på covid-19

Det er tatt flere initiativ i Norge knyttet til å tilrettelegge for forskning på covid-19 i løpet av våren 2020, i tillegg er det satt i gang en rekke forskningsprosjekt. Helse Midt-Norge RHF har

koordinert helseforetakenes forskning på covid-19. Det er etablert en nasjonal oversikt over registrerte forskningsprosjekter i spesialisthelsetjenesten som gjelder pasienter med covid-19 på [norcrin.no](http://norcrin.no). Verdens helseorganisasjon WHO startet en stor internasjonal studie for å vurdere de mest lovende behandlingene for covid-19 under navnet Solidarity Trial. Den norske delen av studien ledes fra Oslo universitetssykehus. Det er planlagt at studien skal gjennomføres ved 22 sykehus over hele Norge. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Vest om å utvide dagens Intensivregister, slik at de får inn data om alle pasienter som legges inn på sykehus med covid-19. Formålet er å forbedre kvaliteten på behandlingen og å kunne følge pasientene i forskning, også etter at de er blitt friske igjen. De aktuelle fagmiljøene vil sammen få på plass et kjernedatasett basert på anbefalinger fra WHO. På eget initiativ har Folkehelseinstituttet utarbeidet en oversikt over all tilgjengelig forskning på covid-19, både nasjonalt og internasjonalt.

Forskningsrådet utlyste i samarbeid med helse-regionene midler til forskning på koronaviruset. I tillegg bidro Trond Mohn stiftelse og Kreftforeningen med finansiering. Gjennom nye prioriteringer i Forskningsrådet ble det åpnet for ytterligere midler til offentlig-privat samarbeid innenfor helse. Forskningsmidlene skal bl.a. bidra til at norske miljøer vil kunne delta i det internasjonale samarbeidet som er knyttet til å evaluere nye behandlinger. På den måten vil vi få dybdeinnsikt i hvordan vi som samfunn responderer på epidemien.

Vaksinekoalisjonen CEPI, The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, som har sitt hovedsete i Oslo, inngår avtaler om å utvikle vaksiner mot det nye koronaviruset. Norsk støtte til utvikling av nye vaksiner gjennom CEPI er foreslått styrket, med øremerking til covid-19-bekjempelse. Det vises til omtale under kap. 160, post 70 og kap. 161, post 71 i Utenriksdepartementets budsjettproposisjon.

### **Post 50 Norges forskningsråd mv.**

Det foreslås bevilget 130,4 mill. kroner i 2021. Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner til forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet og 20 mill. kroner til helhetlig virkemiddelkjede for helseinnovasjon (Pilot Helse), til sammen 30 mill. kroner. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å rammeoverføre 12,3 mill. kroner til kap. 288, post 73, på Kunnskapsdepartementets budsjett i 2021 for deltakelse i EUs nye rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont Europa.

Norges forskningsråd er en sentral aktør i det norske forsknings- og innovasjonssystemet og et viktig virkemiddel for å nå regjeringens forskningspolitiske mål. Regjeringen har fastsatt fem felles mål for Forskningsrådet:

- økt vitenskapelig kvalitet
- økt verdiskaping i næringslivet
- møte store samfunnsutfordringer
- et velfungerende forskningssystem
- god rådgiving

Hoveddelen av satsingen innenfor helseforskning og innovasjon finnes innenfor målet om å møte store samfunnsutfordringer konkretisert som 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 507 mill. kroner i 2019. Departementets andel av dette var 67 pst. I 2018 var de tilsvarende tallene 576,7 mill. kroner for samlet tildeling, hvorav 58 pst. var fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den viktigste årsaken til at samlet tildeling tilsynelatende er redusert, og Helse- og omsorgsdepartementets andel har økt, er at midlene som tildeles Gode og effektive helse-, velferds- og omsorgstjeneste fra Arbeids- og sosialdepartementet og Barne- og familiedepartementet ikke lenger vises i oversikten for 2019. Samlet måloppnåelse for Forskningsrådets virksomhet i 2019 er omtalt i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon for 2020. Bevilgninger til drift av Forskningsrådet er samlet på Kunnskapsdepartementets budsjett jf. Verksemdskostnader, kap. 285, post 55.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer Program for Gode og effektive helse-, omsorgs-, og velferdstjenester (Helsevel), Program for god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling), og Program for bedre helse og livskvalitet (Bedrehelse). Departementet har sammen med Utenriksdepartementet delfinansiert Program for Global helse- og vaksinasjonsforskning (Globvac). Et forslag til en videre satsning på norsk forskning på global helse etter 2020 er under utarbeidelse. 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. Forskningsrådet har i 2019 tatt initiativ til diskusjon om det

burde være en strategisk dialogarena med de regionale helseforetakene om klinisk pasientrettet forskning. Dialogen er videreført og konkretisert i 2020.

Basert på kategoriseringen av porteføljen i Forskningsrådet, etter helsekategori og forskningsaktivitet fra Health Research Classification System (HRCS), er forskning om psykisk helse og infeksjonssykdommer de største kategoriene. Dette er en endring fra tidligere år da det var mest forskning på kreft etter generell helserelevans. Psykisk helse har en andel på 21 pst., en økning fra 15 pst. året før. Det er fortsatt minst forskning på medfødte lidelser, øye og øre. Ved en sammenlikning av Forskningsrådets finansiering i 2019 med sykdomsbyrde (DALY) i Norge for en rekke sykdommer/helsekategorier for 2017, finner en at den største forskjellen mellom sykdomsbyrde og forskningsinnsats fortsatt er innenfor muskel-skjelettsykdommer, hjerneslag og skader/ulykker. Datagrunnlaget inkluderer imidlertid ikke forskningen som de regionale helseforetakene finansierer.

#### Programmer

Det er for tidlig å si noe om resultatene fra programmene som startet opp i 2015 og 2016, da prosjektene først kom i gang i 2018. Porteføljeanalyser viser at prosjektene reflekterer mål og prioriteringer i programmene, og i stor grad oppnår de resultater, virkninger og effekter formulert som mål og delmål i programplanene. Vitenskapelig publisering er på samme nivå eller har økt noe i forhold til tidligere år. Programmene har hatt en særlig oppmerksomhet på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder også den praksisnære tjenesteforskningen.

#### *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 hentet Norge tilbake 2 pst. av utlyste midler ved utgangen av 2019, returandelen har holdt seg stabil fra 2018. Økningen i returandel fra 2017 (1,5pst.) til 2018 skyldes at Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), som har sekretariat i Norge, fikk innvilget 36 mill. euro i 2018. Totalt har Norge 16 koordinatorene i helseprogrammet, to av disse er i CEPI. Norge har gått forbi Finland i andelen midler hentet

inn, men er bak Danmark og Sverige. For utlysningene i perioden 2014–2019 har norske miljøer totalt sendt flere søknader enn i forrige ramme-program. Av 649 søknader ble 92 innstilt for finansiering, noe som utgjør 92,2 mill. euro. Norske miljøer henter også tilbake helseforskningsmidler i de andre delene i Horisont 2020. Blant de 50 beste aktørene som har mottatt midler fra programmet er det fire innenfor helse. Disse var Folkehelseinstituttet og tre aktører fra næringslivet. Universitets- og høyskolesektoren har den største andelen innstilte prosjekter etterfulgt av helseforetak, instituttsektor og næringslivet.

De felleseuropeiske forskningsprogrammene Joint Programming Initiative er 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, og har målsetning om å drive kjernefysisk forskning- og kompetanseaktiviteter med en vekt på å bedre den kjernefysiske sikkerheten og sørge for bedre strålevernsbeskyttelse. Norske forskningsmiljøers innsats er primært rettet mot strålevern og håndtering av radioaktivt avfall. Nærings- og fiskeridepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet finansierer programmet fra norsk side. Finansieringen av norsk deltakelse i Euratoms strålevernprogram er økt til totalt 2 mill. kroner fra hvert av de fem ovenfor nevnte departementene i 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.

#### *Program for Bedre helse og livskvalitet (Bedrehelse)*

Programmet skal bidra til anvendt forskning for bedre helse, økt livskvalitet og redusert sosial ulikhet i helse. Dette inkluderer tverrfaglig og tverrsektoriell forskning innenfor bl.a. psykisk helse, fysisk aktivitet, rus og ernæring. Flest pro-

sjekter er ledet fra universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren. Det er samarbeid med helseforetak og næringsliv. I 2019 hadde programmet en portefølje på i alt 54 pågående prosjekter og 84 mill. kroner. De første utlysningene viser at konkurransen er høy og kvaliteten svært god. Tiltaksforskning er høyest prioritert, etterfulgt av årsaker og risikofaktorer til helse og uhelse. Dette gjenspeiles i porteføljeanalysen som viser størst forskningsaktivitet innenfor forebygging (43,3 pst.). Alle målgruppene for programmet er dekket i prosjektene, med hovedtyngde på barn og unge. Det var en liten oppgang i publisering fra prosjektene fra 2018 til 2019.

#### *Program for Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (Helsevel)*

Programmet skal bidra til forskning og innovasjon på god kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs-, og velferdstjenestene gjennom tjenesteforskning, og styrke grunnlaget for kunnskapsbasert utdanning og yrkesutøvelse på tvers av sektorer. Programmet finansieres av Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Kunnskapsdepartementet, med Helse- og omsorgsdepartementet som hovedfinansør. I 2019 hadde programmet 100 aktive prosjekter mot 98 i 2018. I 2018 og i 2019 mottok de kommunale helse- og omsorgstjeneste størst andel av midlene fra programmet, etterfulgt av spesialisthelsetjenesten. I 2019 ble det utarbeidet tre kunnskapsnotater for å styrke forskningssvake områder. Disse var (i) digitaliseringens konsekvenser for samhandling og kvalitet i tjenestene, (ii) forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov og (iii) omsorgstjenesteforskning. I 2019 ble det utlyst midler til forskerprosjekter og innovasjonsprosjekter i offentlig sektor sammen med relevante program. Samlet bevilget beløp til nye prosjekt i 2019 er på om lag 235 mill. kroner. Det er fra 2011 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 høyskoler og universitet med helse- og sosialutdanning, med NTNU Gjøvik som koordinator. Senteret har etablert praksisnære forskningsmiljøer, og lagt grunnlag for utvikling av et forskningssvakt felt. Programmet støtter norsk deltakelse i det europeiske forsknings- og innovasjonsprogrammet Active and Assisted Living og et europeisk nettverk for tjenesteforskning.

#### *Program for God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling)*

Programmet skal gjennom klinisk forskning bidra til god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering for å bedre klinisk praksis gjennom hele sykdomsforløpet. Forskningen skal være pasient- og tjenesterelevant. Forskning på sykdommer som representerer store samfunnsmessige utfordringer og forskning på underrepresenterte pasientgrupper i den kommunale helse- og omsorgssektoren er prioritert. 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.

#### *Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (Globvac)*

Programmets overordnede mål er å støtte forskning som kan bidra til bedringer i helsetilstanden og utjevning av helseulikheter for fattige mennesker i lav- og mellominntektsland. Programmet skal bidra med forskning om kvinners og barns helse og vaksinasjon for å sikre helse og sunne liv i lav- og lavere mellominntektsland som inngår i oppfølging av FNs bærekraftsmål. Programmet hadde i 2019 en portefølje på 33 prosjekter, mot 38 i 2018. Ved utgangen av 2019 ble 14 prosjekter avsluttet. Forskningsrådet har utarbeidet et kart som gir en global oversikt over forskerprosjekter som er finansiert gjennom Globvac. Det er mest forskning på infeksjoner og forplantning og fødsler. Programmet finansierer videreføringen av European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTPII) under Horisont 2020. Forskningsrådet deltar i generalforsamlingen i EDCTPII. I 2019 ble en norsk forsker for første gang tildelt midler som koordinator av et prosjekt gjennom EDCTPII.

#### *Strategiske satsinger*

Strategiske satsinger er aktiviteter som ikke organiseres gjennom eget program. Dette omfatter tverrgående temaer som f.eks. kvinners helse og kjønnsperspektivet, og temaer der bevilgningen er for liten til å forsvare egne programetableringer.

### *Kvinner 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, minoritetskvinner helse, unge kvinners psykiske helse samt forebygging, diagnostikk, behandling og mestring av sykdommer som fører til langvarige sykmeldinger og uførhet blant kvinner.

Kjønnsperspektivet skal ivaretas slik at dagens helseforskning i sterkere grad skal åpne for problemstillinger knyttet til ulikheter mellom kjønnene, jf. Likestillingsmeldingen (2015–2016). Det ble i 2017 utlyst 60 mill. kroner til satsingen. Fem av i alt 42 søknader ble innvilget. Det planlegges en ny stor utlysning i 2020.

I Stortingets behandling Prop. 127 S (2019–2020) Endringer i statsbudsjettet 2020 ble bevilgningen til formålet styrket med 5 mill. kroner. Satsingen foreslås videreført og styrket med 10 mill. kroner i 2021.

### *Forskningssentre for klinisk behandling*

Formålet med forskningssentrene er primært å gjennomføre kliniske studier, bidra til overføring av basale oppdagelser til klinisk anvendelse, øke nasjonalt og internasjonalt samarbeid og utdanne kompetente klinikere. Neuro-SysMed ved Helse Bergen HF vant den første utlysningen og ble offisielt åpnet i 2019. Målsetningen for senteret, som skal prioritere alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som bl.a. ALS, MS, Parkinson og demens, er å etablere en klinisk behandlingssenheter som skal legge til rette for at pasienter fra hele Norge med de nevnte sykdommene kan delta i utprøvede behandlingsstudier. Senteret er en del av oppfølgingen av HelseOmsorg21-arbeidet og Nasjonal hjerne-helsestrategi (2018–2024).

### *Evalueringer*

Følgeevalueringene på fritt behandlingsvalg, pakkeforløp for kreft, rituell omskjæring av gutter og Omsorg 2020 startet opp i 2017. De tre førstnevnte evalueringene skal gjennomføres innen utgangen av 2020, mens Omsorg 2020 avsluttes innen utgangen av 2021.

### *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 arbeider med å videreutvikle monitoren i 2020 og 2021.

### *Pilot Helse*

I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 127 S (2019–2020) Endringer i statsbudsjettet 2020 (økonomiske tiltak i møte med virusutbruddet) ble bevilgningen til Norges forskningsråd økt med 40 mill. kroner for å etablere en helhetlig virkemiddelkjede for helseinnovasjon (Pilot Helse). Det foreslås å videreføre satsningen med 20 mill. kroner i 2021. Utviklingsløp innenfor helse tar ofte lang tid, er kostnadskreven og komplekse. Det kreves god samhandling mellom næringslivet og det offentlige. Ordningen skal bidra til risikoavlastning for både privat og offentlig sektor og mer sømløse utviklingsløp.



**Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	70 470	52 978	53 557
79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	61 223	76 044	88 477
	Sum kap. 0781	131 693	129 022	142 034

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

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.

Det vises til nærmere omtale av arbeid og psykisk helse under kap 765, post 73 og om arbeid og helse i Prop. 1 S 2021 fra Arbeids- og sosialdepartementet, kap. 6.1.3.

**En vei inn**

«En vei inn» er en felles meldeportal for melde- og varselpplikter som er pålagt helse- og omsorgstjenesten. Målet er å gjøre det enklere å melde og å redusere underrapportering av hendelser som svekker pasientsikkerheten. En web-løsning for innmelding av hendelser ble tatt i bruk ved melding av bivirkninger av legemidler i november 2018. I 2019 ble løsningen videreutviklet til å inkludere bivirkningsordningen for kosmetikk og meldeordninger for medisinsk og elektromedisinsk utstyr. Man ble nesten ferdig med ny bivirkningsmelding (legemidler og vaksiner), og varselordningen til Helsetilsynet og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM). Dette ferdigstilles i 2020. Videre i 2020 prioriteres utvikling av felles funksjonalitet som toveis dialog, felles inngang til «En vei inn»-løsningen, samt meldinger fra pasienter og pårørende. Styringsdata inngår også som fellesfunksjon i «En vei inn».

Det er behov for å videreutvikle «En vei inn»-løsningen både ved å inkludere flere meldeordninger og å videreutvikle fellesfunksjonene i løsningen. Prosjektet har i prosjektperioden hatt en fast årlig bevilgning på en mill. kroner fra kap. 781,

post 21, mens aktørene som har aksjer i prosjektet bidrar med øvrig finansiering. Midlene på kap. 781, post 21 foreslås videreført for å videreutvikle fellesfunksjonene i «En vei inn»-løsningen i 2021. Norsk helsenett SF har ansvaret for videreutvikling, drift og forvaltning. Se også omtale under kap. 701.72.

#### I trygge hender 24-7

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 (2014–2018) ble avsluttet ved utgangen av 2018. I mars 2019 la Helsedirektoratet frem «Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring». Handlingsplanen 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. 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, og arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur.

Operasjonalisering og iverksetting av den nasjonale handlingsplanen har vært viktig i 2019 og 2020. Helsedirektoratet har det primære ansvaret for den nasjonale overbygningen og koordineringen, herunder utvikling av modell for å følge med på kvalitet. Arbeidet med innsatsområdene er videreført og tiltakspakker er gjort om til nasjonale faglige råd. I 2019 lanserte Helsedirektoratet «Snakk om forbedring», som er et digitalt dialogverktøy for å vurdere status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Videre er det arbeidet med å definere innhold og behov knyttet til nasjonalt kompetansemiljø for pasientsikkerhet og forbedring. Helsedirektoratet gjennomførte i 2019 og 2020 kurs, programmer og konferanser for å styrke forbedringskompetanse hos helsepersonell. Den årlige Pasientsikkerhetskongressen ble arrangert høsten 2019, med 1500 deltakere fra hele helse- og omsorgstjenesten. I 2020 utvikles det et spillbasert opplæringsprogram i grunnleggende forbedringsarbeid tilgjengelig på nett. Nettsiden og merkevaaren I trygge hender 24-7 er videreført.

I kommunal helse og omsorgstjeneste har arbeidet vært samordnet med større satsninger som Leve Hele livet. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste er sentrale i arbeidet

med spredning av kompetanse og veiledning i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet, og har også i 2019 hatt høy aktivitet når det gjelder gjennomføring av læringsnettverk innenfor pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. I 2018 ble satsingen pasient- og brukersikker kommune avsluttet. Erfaringer fra prosjektet samles i et eget erfaringsnotat.

Kartlegging av pasientskader ved metoden Global Trigger Tool (GTT), viser at det oppstod minst én pasientskade hos 11,9 pst. av pasienter innlagt ved norske sykehus i 2018. Dette er en nedgang fra 13,7 pst. i 2017, og den laveste andelen siden kartleggingen startet i 2010. I 2019 oppstod det pasientskader hos 12,4 pst. av pasienter innlagt i norske sykehus.

Undersøkelsen ForBedring inneholder 39 spørsmål som er kategorisert innenfor ni tema knyttet til arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Temaene sikkerhetsklima og samarbeidsklima er videreført fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen fra 2012 og 2014 i regi av pasientsikkerhetsprogrammet. Det pågår arbeid for å få på plass de nasjonale kvalitetsindikatorerne for pasientsikkerhetskultur (kartlagt gjennom sikkerhetsklima og samarbeidsklima). Dette vil ikke komme på plass i 2020 fordi koronasituasjonen medførte at ikke alle helseforetak fikk gjennomført ForBedring i henhold til plan.

#### Nasjonale kreftstrategi (2018–2022)

Nasjonale kreftstrategi «Leve med kreft» (2018–2022) legger grunnlaget for at norsk kreftomsorg skal bli enda bedre. Det skal fortsatt vært høyt nivå på diagnostikk og behandling. Men det skal være større oppmerksomhet på pasientenes psykososiale behov og behovet for oppfølging etter avsluttet kreftbehandling.

Det skal etableres et Pakkeforløp hjem som skal beskrive hvordan pasientenes behov kan ivaretas i overgangen fra sykehus til kommunen. For nærmere omtale av innholdet i kreftstrategien vises det til Prop. 1 S (2018–2019).

Det er viktig at pasienter med uhelbredelig kreftsykdom tilbys god palliativ behandling som lindrer plager og gjør den siste delen av livet så god som mulig. Men palliativ behandling bør ikke bare være et tilbud mot slutten av livet. For pasienter som har behov for det, skal palliativ behandling være en integrert del av hele forløpet. Regjeringen la fram en stortingsmelding om palliasjon i 2020. Det vises til nærmere omtale under kap. 761, post 21.

### Pakkeforløp psykisk helse og rus

Pakkeforløpene innen psykisk helse og rusområdet skal bidra til økt brukervedvirkning 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. I pakkeforløpene får alle pasienter sin egen forløpskoordinator som skal være pasientens og pårørendes kontaktperson.

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. Det betyr at store deler av psykisk helsevern og TSB nå er organisert som pakkeforløp.

Implementering, forbedring og videreutvikling av pakkeforløpene har høy prioritet. I 2020 og 2021 vil Helsedirektoratet utarbeide flere anbefalinger/moduler til pakkeforløpene. Pakkeforløp spiseforstyrrelser utvides fra 18 til 23 år, det lages en modul om utredning av ADHD hos barn og unge, det utarbeides anbefalinger om oppfølging etter rusmiddeloverdose, samtidige rus- og psykiske lidelser og om ivaretagelse av familier med ruslidelser, psykiske lidelser og somatiske sykdommer, og som samtidig har små barn.

Det er etablert indikatorer og et dashboard for å følge med på og måle resultatene av pakkeforløpene. I tillegg følger evalueringer SINTEF innføringen. Den første evalueringen viste at det fremkommer liten uenighet om det faglige innholdet i pakkeforløpene, men at ansatte opplever registreringen som belastende. Helsedirektoratet og RHF legger evalueringen til grunn i implementering og videreutvikling av arbeidet med registrering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene. 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.

Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren (InnoMed)

Målsettingen til InnoMed er å bidra til økt effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgssektoren gjen-

nom utvikling av nye produkter og tjenester. Bevilgningen på totalt 12,9 mill. kroner i 2021 går til videreføring av InnoMed som nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren. Siden 1. januar 2019 er ansvaret for InnoMed flyttet til de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF. Det legges opp til et tett samarbeid med KS.

### 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 2021.

### Post 79 Tilskudd

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings- og kompetansehevede tiltak innenfor enkelte områder av helsetjenesten. Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner i 2021 for å opprette en søkbar tilskuddsordning for pasientorganisasjoner som ønsker å etablere kontaktfamilieordning. Det vises til nærmere omtale av formålet under kap. 732, postene 72–75.

Følgende tiltak fra saldert budsjett 2020 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2021:

- Kliniske etikkomiteer. 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
- 25,8 mill. kroner til Blå Kors Kompasset. Blå Kors har utviklet modeller og tiltak som kan nå barn som er pårørende.
- 9,5 mill. kroner til Diabetesforbundet
- 7,4 mill. kroner til Norsk pasientforening og Landsforening for uventet barnedød
- 2,7 mill. kroner til Kreftlinjen
- 1,1 mill. kroner til onkologiske faggrupper

## Kap. 783 Personell

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	102 031	125 686	106 470
61	Tilskudd til kommuner	133 533	132 508	160 416
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	16 039	25 745	27 869
	Sum kap. 0783	251 603	283 939	294 755

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

Medisinstudenter i primærhelsetjenesten

*Vedtak nr. 363, 19. desember 2017*

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

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

Det er behov for at en større andel av praksisdelen i helsefaglige utdanninger, herunder også i medisinstudiet, gjennomføres i kommunale helse- og omsorgstjenester. Uprøvinger av mer desentraliserte utdanninger pågår flere steder, og tiltak som kan bidra til å stimulere til dette vil bli fortløpende vurdert. Kunnskapsdepartementet har i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet etablert et nytt styringssystem for helse- og sosialfaglige utdanninger på uni-

versitets- og høyskolenivået, RETHOS. Et sentralt prinsipp i det nye styringssystemet er at det er tjenestene og utdanningsinstitusjonene som har best forutsetninger for å vurdere innholdet og innretningen på utdanningene. Det har i 2020 blitt utarbeidet egne retningslinjer for medisinstudiet av representanter fra utdanningsinstitusjonen og kommunale helse- og omsorgstjenester- og spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene har blitt fastsatt av Kunnskapsdepartementet, og skal ligge til grunn for utdanningsinstitusjonenes studieplaner. Retningslinjene inneholder læringsutbyttebeskrivelser og krav til praksisperiodene som alle utdanningene må oppfylle. I retningslinjene for medisinstudiene har det blitt fastsatt at minst 10 uker av praksisstudiene bør finne sted i primærhelsetjenesten.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom Kunnskapsdepartementets fastsetting av Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudiet (kunngjort 13. januar 2020).

Spesialisering innen geriatri

*Vedtak nr. 642, 24. april 2018*

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018). I Innst. 11 S og 373 S (2019–2020) uttaler Stortinget at de avventer med å utkvittere vedtaket til slik bemanning er på plass ved samtlige store sykehus.

16 (av 19 aktuelle) helseforetak og tre private sykehus har søkt om godkjenning som utdanningsvirksomhet i geriatri. Forutsetningen for godkjenning som utdanningsvirksomhet er at foretaket/sykehuset har ansatt spesialister i geria-

tri. Av de tre helseforetakene som ikke har søkt godkjenning, har Helse Bergen ansatt spesialister i geriatri, mens Helse Førde og Nordlandssykehuset Bodø har indremedisiner med geriatrisk kompetanse uten formell spesialitet. I ny spesialistutdanning for leger er det læringsmål i spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin og i de indremedisinske spesialitetene som sikrer breddekompetanse innen behandling av eldre. Det vises for øvrig til omtale av legenes spesialistutdanning under post 79. I Innst. 11 S (2019–2020) påpeker komiteen at vedtaket presiserer at alle akuttssykehus skal ha spesialist i geriatri og vil avvente utkvittering inntil også Helse Førde og Nordlandssykehuset har fått dette. Vedtaket er fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i 2020 fikk i oppdrag å sikre at alle akuttssykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og at alle store akuttssykehus skal ha spesialist i geriatri. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

### 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. De første 19 nye LIS1-stillingene som er opprettet i Helse Nord og de 100 midlertidige LIS1-stillingene som opprettes i forbindelse med koronapandemien skal ut i kommunehelsetjeneste andre halvår 2021. Tilskuddet til disse stillingene foreslås økt med til sammen 29,8 mill. kroner. Det vises til nærmere omtale av ordningen under kap. 732, post 70.

Ordningen med veiledet tjeneste er erstattet av et krav om spesialisering i allmennmedisin. Fra 1. mars 2017 kom det ingen nye leger inn i ordningen med veiledet tjeneste, men de legene som enten var under veiledning per 1. mars 2017 eller som hadde inngått avtale med kommunen om å gjennomføre veiledet tjeneste, vil fortsatt kunne gjennomføre denne. I 2020 var det på denne posten budsjettet med 6 mill. kroner til veiledet tjeneste/spesialisering i allmennmedisin. Disse midlene foreslås flyttet til kap. 762, post 63 hvor øvrige midler til spesialisering i allmennmedisin er budsjettet.

### Post 79 Andre tilskudd

Helsepersonellregisteret og Legestillingsregisteret

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven. Legestillingsregisteret (LSR) gir en nasjonal oversikt over fordeling av legestillinger og skal omfatte alle leger i helsetjenesten. Helsedirektoratet er eier og faglig forvalter av HPR og LSR, mens Direktoratet for e-helse forvalter plattformen registeret benytter.

Helsepersonell utdannet i utlandet

Helsedirektoratet har ansvar for autorisasjon og godkjenning av helsepersonell som skal sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse. Det er i 2019 behandlet 20 200 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 er innført fra 2017 og 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. Helsedirektoratet har inngått avtaler med forskjellige utdanningsinstitusjoner om kurs i nasjonale fag og fagprøver. Språkkravet er Bergenstesten nivå B2. Gjennomføring av tilleggskravene gir søkerne økte kostnader for å oppnå autorisasjon. Etter innføring av nye krav har det vært betydelig nedgang i antall søknader fra leger og sykepleiere med utdanning fra utenfor EØS og Sveits. Blant de med utdanning fra Norden og EØS-land har det vært størst nedgang i søknader fra tannleger, helsefagarbeidere og leger.

Det stilles ikke spesifikke språkkrav til helsepersonell med utdanning fra EU/EØS-området. Med formål å understøtte kommuners og andre arbeidsgiveres ansvar for å sikre nødvendige språkkunnskaper er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å utarbeide en nasjonal veileder med eksempler på nødvendige språkkunnskaper i ulike type jobber og for forskjellige type helsepersonell.

Personell- og kompetansestatistikk

Statistikk og framskrivninger er viktig for arbeidet med å sikre helse- og omsorgstjenestene tilgang på tilstrekkelig personell med relevant kompetanse til å dekke behovene i årene framover. Sta-

tistisk sentralbyrås beregningsmodell Helsemod brukes til å fremskrive tjenestenes behov for og tilgangen på personell på nasjonalt nivå. Nye framskrivninger ble publisert våren 2019. Sammenliknet med tidligere er det gjennomført en grundigere vurdering av de viktigste faktorene som forklarer utviklingen i etterspørselen etter arbeidskraft og en grundigere drøfting av endringer i arbeidskraftens sammensetning i de ulike næringene. På oppdrag fra departementet jobber Statistisk sentralbyrå med analyser som skal forbedre framskrivningsmodellen ytterligere. 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

Helsedirektoratet arbeider med nasjonal standardisering i den nye ordningen for legenes spesialistutdanning i henhold til Stortingets vedtak (se omtale av Vedtak nr. 922, 12. juni 2018). Helsedirektoratet har anbefalt nasjonale læringsaktiviteter i form av kurs og praktiske prosedyrer for legespesialitetene. Utdanningsvirksomhetene har inkludert de anbefalte læringsaktivitetene i kompetanseportalen, hvor de er koblet opp mot konkrete læringsmål. Kompetansen legen i spesialisering har relatert til læringsmål og læringsaktiviteter blir vurdert underveis i utdanningsløpet. Helsedirektoratet har våren 2020 startet en prosess for å kvalitetssikre de nasjonalt anbefalte prosedyrelistene. De regionale helseforetakene og de private og ideelle utdanningsvirksomhetene har blitt bedt om å rapportere til Helsedirektoratet om det er utfordringer knyttet til prosedyrelistene. Dette gjelder om det er utdaterte prosedyrer, om det er flaskehals ved gjennomføringen, med mer. Ved eventuelle forslag til endringer i prosedyrelistene vil også Legeforeningen bli spurt om råd.

Direktoratet arbeider, i samarbeid med Legeforeningens spesialitetskomiteer, med å godkjenne søknader fra kommuner og helseforetak om hvordan utdanningen innen de ulike spesialitetene skal ivaretas.

Helse- og omsorgssektoren vil ha behov for økt kapasitet for å kunne håndtere både ordinær aktivitet og virusutbruddet. 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 fylkesmennene gis det tilskudd til kurs og veiledningsprogram for del 1 av spesialistutdanningen for leger og turnusfysioterapeuter, samt til veiledere for leger i del 1 og turnusfysioterapeuter. Disse kursene og veiledningstiltakene er viktige for begge grupper. 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. Tilskuddene foreslås økt med 4,9 mill. kroner knyttet til opprettelse av LIS1-stillinger omtalt under kap. 732, post 70.

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det var 42 kiropraktorkandidater i turnustjeneste i 2019. 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

Helsedirektoratet gjorde høsten 2016 en praksisendring som innebar avslag til et større antall søkere med mastergrad i psykologi fra ELTE-universitetet i Ungarn. Praksisendringen skjedde som følge av ny informasjon fra ungarske myndigheter om at utdanningen ikke ga adgang til å utøve regulert yrke som psykolog i Ungarn. Det er etablert et særskilt kvalifiseringsprogram for om lag 200 norske kandidater som ble berørt av praksisendringen, jf. Prop. 85 S (2017–2018) og Innst. 400 S (2017–2018). Programmet hadde oppstart høsten 2018 og løper fram til 2020 med gradvis innfasing av de aktuelle kandidatene over tre kull.

Kostnadene til programmet vil fluktuere noe fra år til år avhengig av hvor mange kandidater som til enhver tid gjennomfører programmet og kostnader forbundet med dette. Det er lagt opp til noe overlapp mellom puljene, slik at det på gitte tidspunkt vil være mer enn en pulje som gjennomfører programmet. Det foreslås å redusere bevilgningen med 23 mill. kroner til kvalifikasjonsprogrammet i 2021. Samlet foreslås det om lag 65 mill. kroner til formålet i 2021.

#### 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 et av to europeiske samarbeidssentre for tradisjonell medisin i Verdens helseorganisasjon med hovedansvar for kvalitet og sikkerhet innen alternativ behandling.

Finansdepartementet fremmer i statsbudsjettet for 2021, i samarbeid med Helse- og omsorgs-

departementet, forslag om å innføre merverdiavgiftsplikt på alternativ behandling. Innføring av merverdiavgift innebærer at alternativ behandling avgiftsbelegges på linje med andre varer og tjenester i samfunnet. Det foreslås ikke avgiftsplikt når alternativ behandling inngår som en integrert og sammenhengende del av helsehjelp som ytes av autorisert helsepersonell uten særskilt vederlag, og hvor helsehjelpen finansieres helt eller delvis av det offentlige. Forslaget har vært på høring.

## Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden

Folketrygdens stønad til helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad til helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regionale helseforetak for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

Folketrygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og 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 utgif-

tene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover.

Saksbehandlingen og utbetalingen av refusjoner foregår i Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Helfo er en egen organisatorisk og administrativ enhet underlagt Helsedirektoratet. Det vises til omtale under programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning.

Stortinget har fått til behandling Prop. 121 L (2019–2020) Forslag om endring i folketrygdloven kapitler 5 og 22 om direkte oppgjør som vilkår for rett til stønad og ny hjemmel til å gi forskrift om plikt til direkte oppgjør. Med direkte oppgjør menes at krav om stønad til helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5 fremsettes av, og utbetales direkte til, tjenesteyteren. Det foreslås som vilkår for rett til stønad at den som gir behandling eller yter tjenester, har direkte oppgjør etter folketrygdloven § 22-2. Det foreslås videre en ny bestemmelse i folketrygdloven som gir departementet hjemmel til å gi forskrift om plikt til å ha direkte oppgjør for leger som har fastlegeavtale med kommunen, fysioterapeuter som har avtale med kommunen om driftstilskudd, og lege- og psykologspesialister som har avtale med et regionalt helseforetak om driftstilskudd.

Fra 1. januar 2021 foreslås det å slå sammen egenandelstak 1 og egenandelstak 2 til et felles egenandelstak for alle egenandeler under dagens to takordninger. Et sammenslått egenandelstak er en forenkling for brukerne og gir lavere egenandelsutgifter til de som oppnår frikort ved begge takordningene i dag eller har høye egenandelsutgifter under begge takene. Det vises til kap. 2752 for nærmere omtale.



## Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	5 779 097	5 960 800	6 329 746	6,2
	Sum kategori 30.10	5 779 097	5 960 800	6 329 746	6,2

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
70-89	Andre overføringer	5 779 097	5 960 800	6 329 746	6,2
	Sum kategori 30.10	5 779 097	5 960 800	6 329 746	6,2

### Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
70	Spesialisthjelp	2 157 602	2 276 700	2 300 050
71	Psykologhjelp	325 482	336 100	345 000
72	Tannbehandling	2 223 512	2 200 500	2 320 022
76	Private laboratorier og røntgeninstitut	1 072 501	1 147 500	1 364 674
	Sum kap. 2711	5 779 097	5 960 800	6 329 746

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til spesialist- og psykologhjelp, tannbehandling og private laboratorier og røntgeninstitut etter folketrygdeloven kapittel 5.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- 83 mill. kroner til opprettelse av teststasjoner ved grenseoverganger og utgifter over folketrygden til analyser i laboratorier i den forbindelse

- å underregulere refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester med om lag 18 mill. kroner
- bevilgningen foreslås økt med 0,05 mill. kroner knyttet til egenandelsfritak for kvinner i LAR

#### Post 70 Spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak

(avtalespesialister). Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i medhold av folketrygdloven § 5-4, jf. omtale under kap. 2755, post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

Regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helse-regionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra regionale helseforetak, trygderefusjoner og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Det skal ikke betales egenandel ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- behandling av barn under 16 år og ved psyko-terapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år.
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette går fram av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

De regnskapsførte utgiftene økte med 150 mill. kroner fra 2018 til 2019, tilsvarende 7,5 pst. Utgiftsveksten kan forklares med aktivitetsøkning i form av flere konsultasjoner, endringer i takster og egenbetaling og endringer i takstbruket, f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Volumveksten forklarer 2,4 pst. av veksten i 2019. Volumveksten i 2020 anslås til 4 pst.

Bevilgningen foreslås økt med 0,05 mill. kroner knyttet til egenandelsfritak for kvinner i LAR. Det vises til omtale under kap. 732, post 77.

Tabell 4.14 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2018–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
Kap. 2711, post 70	2 008	2 158	2 290	2 300
Volumvekst (anslag) <sup>1</sup>	2,8 %	2,4 %	3 %	3 %

<sup>1</sup> Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Pga. koronasituasjonen er forhandlingene med Den norske legeförening utsatt til høsten 2020.

### 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 4.15 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2018–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Endring
Psykologer med avtale	261,9	293,3	1,2 %
Psykologer uten avtale	37,0	30,3	-18,1 %
Avsetning til fond	1,9	1,9	2,7 %
Sum kap. 2711, post 71	300,8	325,6	8,2 %

De regnskapsførte utgiftene til privatpraktiserende psykologer økte med 25 mill. kroner til 326 mill. kroner i 2019, eller med 8,2 pst.

Utgiftsveksten i 2019 skyldes bl.a. takstoppgjøret i 2019, som ga et påslag på trygdetakstene på 2,7 pst. og en anslått volumvekst på 4,1 pst.

Tabell 4.16 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2018–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
Kap. 2711, post 71	300,8	325,5	341	345
Volumvekst (anslag) <sup>1</sup>	1,6 %	4,1 %	3 %	3 %

<sup>1</sup> Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Pga. koronasituasjonen er forhandlingene med Norsk Psykologforening utsatt til høsten 2020.

### Post 72 Tannbehandling

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6 a og 5-25. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege eller tannpleier ved angitte diagnoser og/eller tilstander. De diagnosene og tilstandene som i dag gir rett til folketrygdstønad til tannbehandling, kan inndeles i følgende grupper:

- tilfeller der en bakenforliggende sykdom eller medisinsk tilstand eller behandlingen av denne gir store tannhelseproblemer
- tannregulering, hovedsaklig til barn og unge
- tann/kjevesykdommer som inntreffer uavhengig av andre somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander

Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71. Folketrygden gir stønad basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det gis også stønad til tannbehandling som faller inn under yrkesskade etter folketrygdloven § 13.

For 2021 foreslås takst økning på gjennomsnittlig 3,2 pst.

Tabell 4.17 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2018–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
Kap. 2711, post 72	2 196,8	2 224	2 200,5	2 320
Volumvekst (anslag) <sup>1</sup>	-6 %	1,1 %	-10 %	1 %

<sup>1</sup> Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Fra 2018 til 2019 økte folketrygdens utgifter til stønad til tannbehandling med 27 mill. kroner, fra 2 197 mill. kroner til 2 224 mill. kroner. Økningen utgjør 1,2 pst. og innebærer at utgiftsveksten samsvarer om lag med befolkningsveksten. De aller fleste ordningene innenfor stønad til tannbehandling fikk reduserte utgifter i 2019. Dette skyldes trolig en kombinasjon av underregulering av takstene og nedjustering av enkelttakster.

Innenfor behandling av den kroniske tannkjøtt-sykdommen periodontitt økte utgiftene samlet sett med 7,4 pst. i 2019 sammenlignet med 2018. Økningen er størst innenfor behandling av marginal periodontitt og lavest innenfor rehabilitering av periodontitt. Om lag 6 pst. av voksenbefolkningen mottar folketrygdstønad for periodontittbehandling, ifølge analyser Statistisk sentralbyrå (SSB) har utført på oppdrag fra departementet. Andelen stønadsmottakere er svært lav i yngre aldersklasser, mens om lag 13 pst. av alle voksne mellom 60 og 79 år mottar stønad for behandling av periodontitt. Om lag 60 pst. av mottakerne av stønad til periodontitt var 60 år eller eldre i 2017.

Tap av tannsubstans pga. attrisjon og erosjon er et annet område med økte utgifter i 2019. Refusjonsutgiftene til dette økte med 4,1 pst. i 2019 sammenlignet med 2018. De fleste mottakere av stønad pga. tap av tannsubstans er i aldersgruppen 50–59 år.

På øvrige områder innenfor stønad til tannbehandling var det enten en stabil utvikling eller nedgang. Det er en stabil utvikling innenfor stønad til tannbehandling til personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg som følge av varig somatisk eller psykisk sykdom, eller ved varig nedsatt funksjonsevne. Utbetalt stønad i denne ordningen gikk kraftig ned fra 2017 til 2018, men har stabilisert seg i 2019. Utgiftene var 51 mill. kroner i 2019, mot 55 mill. kroner i 2018. Det er stor aldersspredning blant mottakerne av stønad pga. nedsatt egenomsorg, men tyngden ligger i aldersgruppen 30–39 år.

#### Omlegging av stønad til tannregulering

1. januar 2020 ble det iverksatt en innstramming i vilkårene for å få folketrygdstønad til tannregulering (kjeveortopedi). Innstrammingen ble foreslått av regjeringen i statsbudsjettet for 2020, Prop. 1 S (2019–2020), og vedtatt i Stortingets budsjettbehandling, Innst. 11 S (2019–2020).

Flere års utredninger dannet bakgrunn for innstrammingen, som ble vedtatt på bakgrunn av en faglig vurdering fra Helsedirektoratet om at en

del tannregulering blir gjennomført på estetisk grunnlag, uten betydning for tannhelsen. Det ble også lagt vekt på at andelen barn og unge som mottok tannregulering, var høyere enn i våre naboland. I 2018 mottok 41 pst. av barna i aldersgruppen 13–14 år, stønad til tannregulering. I perioden 2012–2018 var det en økning i andelen barn og unge som mottok stønad til tannregulering.

Hovedprinsippet for omleggingen, som omtalt i Prop. 1 S (2019–2020), var å stramme inn vilkårene til de minst alvorlige tilstandene (daværende gruppe c) ved at stønad ble avvirket ved et flertall av tilstandene i denne gruppen, mens stønad ble beholdt for et fåtall av tilstandene. Gjennomføringen fulgte et annet spor enn foreslått i Prop. 1 S (2019–2020), som omtalt i skriftlig svar til Stortinget høsten 2020. Departementet hadde gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomgå stønadskriteriene ut fra prioriteringskriteriene, et arbeid som ble forsinket og først lagt fram i november 2019. I dette utredningsarbeidet oppnådde Helsedirektoratet enighet med fagmiljøene om nye kriterier for stønad til tannregulering. Den norske tannlegeforening og Norsk kjeveortopedisk forening deltok i dette arbeidet. Utredningen gjennomgikk alle tilstander i daværende gruppe 8c, de minst alvorlige tilstandene. I grove trekk ble det foreslått å beholde stønad for alle tilstandene, men innføre nye og strammere kriterier som legger vekt på om barnet har funksjonelle avvik, flere samtidige diagnostiserte bittfeil, og om tannstillingen gir pasienten store vansker med psykisk og sosial mestring.

Departementet tok utgangspunkt i denne utredningens anbefalinger og prinsipper for stønad, da endelig regelverk for stønad til kjeveortopedi fra 2021 ble utarbeidet. I det nye regelverket er stønad til de fleste tilstandene i gruppe c med de minst alvorlige tilstandene stort sett beholdt, men kriteriene er strammere enn tidligere. For å få rett til stønad for de minst alvorlige tilstandene i gruppe c, må bittavviket falle inn under vilkårene, og i tillegg må ett av følgende vilkår oppfylles:

- pasient har dokumenterte funksjonelle avvik
- pasient har store vansker med psykisk og sosial mestring
- pasient har kombinasjon av tilstander

Samtidig er tilstandene i gruppe c inndelt i et øvre og nedre prioriteringsnivå ut fra alvorlighet og behov for behandling. I første halvår 2020 var det ingen personer i nedre prioriteringsnivå blant dem som startet opp behandling i gruppe c.

Innstrammingen som ble gjennomført, har dermed en litt annen innretning enn departemen-

tets omtale i statsbudsjettet for 2020, Prop. 1 S (2019–2020).

Helsedirektoratets utredning av november 2019 foreslo å høyne stønadssatsen for tilstanden dypt bitt med påbiting av slimhinner. Slike tilstander hørte til gruppe c med minst alvorlige tilstander, men ble foreslått flyttet opp i gruppe b med høyere stønadssats fra 1. januar 2020. Høyere stønadssats gjelder kun barn og unge som har påbegynt behandling etter 1. januar 2020.

I 2019 ble det utbetalt 550 mill. kroner i stønad fra folketrygden til tannregulering. Av dette gjaldt 146 mill. kroner behandling av tilstander i behovsgruppen med minst behov (gruppe 8c).

Forutsetningen i Prop. 1 S (2019–2020) til grunn for innstrammingen i regelverket, var en innsparing i stønadutgiftene til kjeveortopedisk behandling på 50,5 mill. kroner i 2020. Innsparingseffekten av forslaget kommer gradvis over tid. Det ble antatt en samlet innsparing på sikt på om lag 130 mill. kroner.

I Prop. 1 S (2019–2020) ble det antatt at innstrammingen ville medføre en nedgang i antall personer som hvert år starter opp med kjeveortopedisk behandling, fra om lag 30 000 personer i 2019 til på sikt om lag 20 000 personer per år.

Tall fra første halvår 2020 tyder på en utgifts-nedgang på om lag 20 pst. sammenliknet med første halvår 2019, eller om lag 60 mill. reduksjon i stønad til undersøkelse og behandling. Lavere aktivitet i første halvår 2020 pga. pandemien har trolig medvirket til nedgangen. Utgiftsreduksjonen gjelder alle tilstander, både de mest alvorlige og de minst alvorlige.

Markant færre barn og unge har påbegynt behandling med tannregulering i første halvår 2020, sammenliknet med første halvår 2019. Det er nedgang i antall påbegynte behandlinger, både for de mest alvorlige tilstandene og de minst alvorlige tilstander. Prosentvis er nedgangen størst i gruppe c med de minst alvorlige tilstandene. I denne gruppen startet om lag 2500 barn og unge opp med behandling i første halvår 2020, mot 6950 i første halvår 2019.

Noe av nedgangen er trolig knyttet til generell aktivitetsnedgang knyttet til koronapandemien.

Det er vanskelig for foreldre å få oversikt over hva et behandlingsløp med tannregulering koster, og dessuten vanskelig å få innsikt i prisnivået hos ulike kjeveortopeder. Henvi-sning gis til én behandler som deretter undersøker og lager en behandlingsplan med kostnadsoversikt. Departementet ønsker å utvikle Forbrukerrådets prisportal [www.hvakoster.tannlegen.no](http://www.hvakoster.tannlegen.no) slik at det blir let-

tere for foreldre å undersøke prisvariasjoner på tannregulering mellom ulike spesialister, jf. kap. 770 Tannhelse.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå organisering og finansiering av kjeveortopedi (tannregulering). Formålet er å videreutvikle dagens finansiering av kjeveortopedi (tannregulering), forenkle dagens takstsystem og gå bort fra prosedyretakster og over mot betaling per pasient/ per behandlingsforløp. Et annet viktig formål er å vurdere omlegging av organisering og finansiering av tilstander med størst behandlingsbehov (tidligere gruppe a), slik at pasienter med slike tilstander i større grad skjermes mot egenbetaling. Departementet ønsker å få vurdert hvordan en omlegging av finansieringen kan gi gode insentiver og samtidig være prioriteringsnøytral. Finansieringen bør stimulere til nødvendig behandling, uten å stimulere til overbehandling eller unødvendige prosedyrer. Et viktig aspekt i en omlegging av finansieringen på kjeveortopedi er å sikre at personellens takstbruk skal være enkel å forvalte og kontrollere. For barn/ unge og foreldre/ foresatte er det et mål at det oppnås større transparens, slik at det blir enklere å forstå hvilke tjenester det er behov for til hvilken kostnad, hva de betaler i egenbetaling og hva de mottar i stønad fra folketrygden. Oppdraget er en oppfølging av Helsedirektoratets anbefalinger i rapporten Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomalier fra 2014, og utføres i samarbeid med fagmiljøene.

Høsten 2019 la Statistisk sentralbyrå fram en sosioøkonomisk analyse over barn og unge som mottar stønad til tannregulering, og deres foreldre. Analysen baserte seg på data fra seks årskull med barn og unge, og viste at omtrent halvparten av norske barn født etter år 2 000 har fått eller får tannregulering. Andelen barn og unge som mottar tannregulering, øker med foreldrenes inntekt. Dette gjelder for både de mest alvorlige tilstandene og de mindre alvorlige. Flere jenter enn gutter mottar tannregulering. I tillegg er andelen lavere blant barn med innvandrerbakgrunn. Det er også geografiske variasjoner, der Vestlandet har høyest andel barn og unge som mottar tannregulering, og Nord-Norge lavest. Faktorer samvarierer, slik at det er blant etnisk norske familier på Vestlandet med høy inntekt at det er høyest andel barn med tannregulering. Det antas imidlertid at forekomsten av tanntilstander som må behandles med kjeveortopedi, er lik i befolkningen.

### **Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitut**

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 økte med 94 mill. kroner eller 9,6 pst. i 2019. Refusjonene ble prisjustert med om lag 1,7 pst. i 2020, 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 18 mill. kroner i 2020. 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 1,7 pst. i 2020.

Finansieringssystemet for laboratorieanalyser ble lagt om fra 2018. Ikke alle fagområder og prosedyrer var omfattet av omleggingen. Det er tidligere varslet at fagområdet patologi skulle inkluderes fra 2021, men dette må utsettes til 2022. Fra 2020 ble klinisk nevrofysiologi overført til ISF-ordningen, jf. kap. 732, post 76.

Refusjonssatsen for laboratorieanalyser av SARS-CoV-2 ble økt fra mars. Normalt ville denne først bli økt fra 1. januar 2021.

Bevilgningen foreslås økt med 83 mill. kroner begrunnet i opprettelse av teststasjoner ved grenseoverganger og utgifter over folketrygden i den forbindelse. Se omtale under kap. 762, post 63.

Tabell 4.18 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitut 2018–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Endring
Laboratorium	663	754	13,7 %
Røntgen	315	318	0,95 %
Sum kap. 2711, post 76	978	1 072	9,6 %

## Programområde 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
2751	Legemidler mv.	11 763 337	12 450 000	13 169 948	5,8
2752	Refusjon av egenbetaling	6 196 901	6 490 874	6 636 170	2,2
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	7 336 030	7 588 111	7 459 229	-1,7
2756	Andre helsetjenester	786 956	667 000	434 968	-34,8
	Sum kategori 30.50	26 083 224	27 195 985	27 700 315	1,9

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	438 767	454 000	472 000	4,0
70-89	Andre overføringer	25 644 457	26 741 985	27 228 315	1,8
	Sum kategori 30.50	26 083 224	27 195 985	27 700 315	1,9

### Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
70	Legemidler	9 754 200	10 332 000	11 031 000
71	Legeerklæringer	7 540	8 000	8 988
72	Medisinsk forbruksmateriell	2 001 597	2 110 000	2 129 960
	Sum kap. 2751	11 763 337	12 450 000	13 169 948

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Bevilgningen dekker også honorar til

leger som fyller ut søknad om individuell stønad til legemidler på blå resept på vegne av pasienter.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- budsjettforslaget inkluderer underliggende vekst i utgiftene til refusjon av legemidler og forbruksmateriell i blåreseptordningen i 2021 over postene 70 og 72
- 290 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. september 2020, jf. Prop. 1 S (2019–2020) og Innst. 11 S (2019–2020)
- 75 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 732 Regionale helseforetak som følge av forslag om endret finansieringsansvar for legemidler til behandling av MS, narkolepsi, immunsvikt og sjeldne sykdommer. Overføringen skjer fra 1. februar 2021
- 35 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av innføring av bytte i apotek, samt opptak i trinnprissystemet, for biotilsvarende legemidler

### 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 Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen, jf. blåreseptforskriften § 3.

#### Egenandel

Pasienten betaler en egenandel i 2020 på 39 pst., men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept.

Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8.

Alderspensionister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt for å betale egenandel på blå resept hvis de får utbetalt en årlig pensjon som ikke overstiger minste pensjonsnivå. Også 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 2019 over kap. 2751, post 70, var 9,8 mrd. kroner, en reduksjon på 3,2 pst. fra 2018. Hvis egenandeler dekket av frikort tas med, var utgiftene 10,9 mrd. kroner i 2019.

Inkludert egenandeler dekket av frikortordningen, ble det i 2019 refundert legemidler på forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 2) for 8,9 mrd. kroner til over 2,6 millioner unike brukere. Det ble refundert 1,5 mrd. kroner til om lag 189 000 unike brukere etter individuell søknad (§ 3), og 16,7 mill. kroner til behandling av smittsomme sykdommer (§ 4) til rundt 30 000 brukere. Videre ble det gitt refusjon til næringsmidler (§ 6) på 514 mill. kroner til 47 000 brukere.

I perioden 2014–2019 ble finansieringsansvaret for en rekke legemidler overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Overføringene har bidratt til å redusere veksten under folketrygden.



Tabell 4.19 Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner)

År	Utgifter	Endring	Endring i pst.
2015	10 149	1 153	12,8 %
2016	10 011	-138	-1,4 %
2017	10 200	189	1,9 %
2018	10 073	-127	-1,2 %
2019	9 754	-319	-3,2 %

### Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2019 behandlet Legemiddelverket 87 saker om refusjon etter blåreseptforskriften, hvorav 85 fikk innvilget refusjon (etter § 2 eller § 3) eller endrede refusjonsbetingelser. 24 av sakene gjaldt nye virkestoff, ny indikasjon eller ny formulering. I 20 av disse sakene ble det innvilget forhåndsgodkjent refusjon, to saker ble avslått, mens to saker som gjaldt nye virkestoff (migrenelegemidler i klassen CGRP-hemmere) ble oversendt departementet pga. budsjettkonsekvenser over fullmaktsgrensen på 100 mill. kroner jf. omtale i Prop. 1 S (2019–2020). Etter prisforhandlinger med produsentene ble begge legemidlene fra desember 2019 tilgjengelig etter individuell søknad for pasienter med kronisk migrene.

### Overføring av legemidler til de regionale helseforetakene

Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor terapiområdene ALS, jernover-skudd, Cushings syndrom og immunoglobuliner blir overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. september 2020, jf. Prop. 1 S (2019–2020) og Innst. 11 S (2019–2020). I 2021 vil helseforetakene få helårskostnader knyttet til legemidlene. Det foreslås å flytte til sammen 290 mill. kroner fra folketrygdens kap. 2751, post 70 til kap. 732 som følge av dette.

Med henvisning til Prop. 117 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020), foreslås det videre at de regionale helseforetakene fra 1. februar 2021 får overført finansieringsansvaret for enkelte legemidler til behandling av MS, narkolepsi, immunsvikt og sjeldne sykdommer, jf. omtale under kap. 732. Utgiftene til legemidler under folketrygden reduseres som følge av dette med 75 mill. kroner i 2021, tilsvarende 11-måneders effekt, og midlene overføres fra kap. 2751, post 70 til kap. 732.

### Bytte av biotilsvarende legemidler

Helse- og omsorgsdepartementet har hatt på høring forslag til endringer i apotekloven § 6-6 slik at biotilsvarende legemidler kan omfattes av bytteordningen i apotek, med høringsfrist 30. september 2020.

Forslaget vil legge 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 er legemidler som tilsvarende, men ikke er identisk med et annet biologisk legemiddel. Et biotilsvarende legemiddel har samme virkestoff og samme ATC-kode (anatomisk-terapeutisk-kjemisk klassifisering) som et referanselegemiddel som allerede er godkjent i EØS. Godkjenningen av biotilsvarende legemidler bygger på at legemidlet er sammenlignet med det originale biologiske legemidlet (referanselegemidlet) og vurdert som så likt med hensyn til kvalitet og biologisk aktivitet, at det har tilsvarende sikkerhet og effekt.

Markedsføringstillatelsen av biotilsvarende legemidler i EU bygger på at disse er likeverdige til sin referanse når det gjelder kvalitet, sikkerhet og effekt. Legemiddelverket fastslår at det ikke er vitenskapelig dokumentasjon for at bytte mellom biotilsvarende legemidler i seg selv vil forårsake bivirkninger.

Internasjonale byttestudier har konkludert med at bytte av biotilsvarende legemidler er trygt, og at risikoen for immunreaksjon eller tap av effekt ser ut til å være uendret etter bytte fra et referanselegemiddel til et biotilsvarende legemiddel, samtidig som det pekes på at datagrunnlaget fra byttestudier fortsatt er begrenset.

Det er ingen automatikk i at generiske legemidler skal føres på byttelisten, og det samme må gjelde for biologiske og biotilsvarende legemidler. Legemiddelverket har et rettsanvendelsesskjønn som medfører at oppføring på byttelisten både

skal ivareta likeverdighet ved legemidlene, i tillegg til byttesituasjonen. Oppføring på byttelisten forutsetter at Legemiddelverket har gjort en konkret vurdering av legemidlene og funnet at de er byttbare i apotek.

Departementet mener på denne bakgrunn at det ikke foreligger faglige grunner for å utelukke bytte av biologiske legemidler på generell basis.

Biotilsvarende legemidler som anses som byttbare i apotek vil også kunne vurderes for opptak i trinnprissystemet. Legemiddelverket har tidligere vurdert at dersom biologiske legemidler blir byttbare i apotek, kan disse innlemmes i trinnprissystemet. Mange biologiske legemidler administreres av pasienten ved hjelp av utstyr som injeksjonspenn/-sprøyte.

Det foreslås at biotilsvarende legemidler tas inn i trinnprisordningen. En innføring av biologiske legemidler i trinnprissystemet vil gi en innsparing for folketrygden og pasienter. Størrelsen på en innsparing i 2021 vil være avhengig av hvor raskt en lovendring kommer på plass og hvor raskt Legemiddelverket får vurdert legemidler for bytte og trinnpris. De foreslåtte endringene er estimert av Legemiddelverket til å medføre en innsparing for folketrygden i 2021 på om lag 35 mill. kroner. Forutsatt at Stortingets vedtar lovforslaget, vil endringen kunne tre i kraft medio 2021.

#### Legemidler til behandling av erektil dysfunksjon

Legemiddelverket har metodevurdert aktuelle legemidler til bruk ved erektil dysfunksjon (ED) og anslått de budsjettmessige konsekvensene. Legemiddelverket mener at bruk av legemidler ved ED er kostnadseffektiv behandling, og de anslår folketrygdens årlige merutgifter knyttet til eventuell forhåndsgodkjent refusjon for Viagra (sildenafil), Caverject Dual (alprostadil) og Vitaros (alprostadil) til å være større enn fullmaktsgrensen på 100 mill. kroner i minst ett av de fem første årene med refusjon jf. omtale i Prop. 1 S (2018–2019) og Prop. 1 S (2019–2020). Regjeringen har ikke funnet å kunne prioritere forhåndsgodkjent refusjon av disse legemidlene i statsbudsjettet for 2021.

#### Legemidler til behandling av høyt kolesterol

Legemiddelverket har metodevurdert det kolesterolsenkende legemidlet Repatha (evolokumab) jf. omtale i Prop. 1 S (2019–2020). Vurderingen omfatter seks ulike pasientpopulasjoner som er

aktuelle for behandling. Disse omfatter i hovedsak samme pasientgrupper som i dag kan få dekket behandlingen etter individuell stønad, men med et lavere krav til kolesterolnivå som gjør at flere pasienter innenfor hver pasientgruppe blir omfattet. De samlede merkostnadene for folketrygdens legemiddelbudsjett er imidlertid beregnet til å overstige fullmaktsgrensen på 100 mill. kroner. Regjeringen har ikke funnet å kunne prioritere refusjon av dette legemidlet i statsbudsjettet for 2021.

Det er per i dag inngått refusjonskontrakter om individuell stønad for Repatha og konkurrenten Praluent. Disse avtalene videreføres inntil videre med de etablerte vilkårene for stønad.

#### 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 7,5 mill. kroner i 2019, mot 6,8 mill. kroner i 2018.

#### 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 (urinlekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir solgt gjennom apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislister for medisinsk forbruksmateriell er uttømmende og angir hvilke produkter det gis refusjon til, og pris for disse. Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) har ansvar for området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. 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, inntak og uttak i produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 2 001,6 mill. kroner i 2019, mot 1 967,6 mill. kroner i 2018.

### Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
70	Egenandelstak 1	5 216 812	5 451 274	
71	Egenandelstak 2	980 089	1 039 600	
72	Egenandelstak			6 636 170
	Sum kap. 2752	6 196 901	6 490 874	6 636 170

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- Egenandelstak 1 og tak 2 slås sammen til ett nytt egenandelstak fra 1. januar 2021.
- Det nye egenandelstaket settes til 3 183 kroner. Det gir en besparelse på 332,5 mill. kroner. Av dette disponeres 60 mill. kroner til skjerming av utsatte grupper. 50 mill. kroner av disse tilføres kommunenes rammetilskudd og 10 mill. kroner til Helsedirektoratet/Helfo til forvaltning og utredning av skjermingsordninger. 272,5 mill. kroner av innsparingen på takordningen benyttes til andre formål.
- Det foreslås å flytte 0,67 mill. kroner til kap. 2752, post 72 fra kap. 765, post 21 til lavterskel behandlingstilbud til potensielle overgripere.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til sammenslått egenandelstak, som erstatter egenandelstak 1 og egenandelstak 2, etter folketrygdlovens 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.

For at utgiftene for folketrygden isolert sett ikke skal endres ved en slik sammenslåing av egenandelstakene, må nytt egenandelstak fastsettes til 2900 kroner. I tråd med etablert praksis, legges det til grunn at egenandelene øker i tråd med forventet lønnsvekst på 2,2 pst. fratrukket 0,75 prosentenheter. Når helårseffekten av vedtatte egenandelsøkninger fra 1. juli 2020 (overheng i 2021) er tatt hensyn til, svarer dette til 42 mill. kro-

ner. Dette foreslås gjennomført ved å øke sammenslått egenandelstak med 31 kroner. Ut over dette foreslås egenandelstaket økt ytterligere med 252 kroner. Dette medfører en innsparing for folketrygden på anslagsvis 332,5 mill. kroner, hvorav 60 mill. kroner benyttes til supplerende skjerming av utsatte grupper. Nytt egenandelstak foreslås fastsatt til 3183 kroner.

Helse- og omsorgsdepartementet har hatt på høring forslag til sammenslåing av frikort egenandelstak 1 og 2 med høringsfrist 22. mai 2020. Det kom inn totalt 56 høringssvar. Innholdet i takordningen vil være det samme som i de to eksisterende ordningene, men brukerne vil kun ha én frikortordning å forholde seg til. Innføringen av sammenslått frikort medfører at den enkelte bruker automatisk vil få frikort når egenandelstaket er nådd. Sammenslått frikort vil gi en enklere behandling i Helseøkonomiforvaltningen (Helfo), er effektiv og mer forståelig for brukerne. Mange brukere har behov for tjenester innenfor begge utgiftstakene.

I 2020 er egenandelstak 1 2460 kroner, egenandelstak 2 er 2176 kroner.

Egenandelstak 1, omfatter egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samt pasientreiser.

Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for fysioterapi, enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak og behandlingsreiser til utlandet.

Brukervirkningene med foreslått nivå på taket som inkluderer besparelse for staten på 250 mill.

kroner, midler til skjerming av utsatte grupper (60 mill. kroner) og prisomregning av egenbetalingen, blir følgende (2018-tall):

- Brukere som hverken hadde tak 1 eller tak 2 (2,3 millioner brukere) får ingen endring.
- De fleste brukere som hadde tak 1 og ikke tak 2 (1,1 millioner brukere) vil få høyere utgifter. Maksimal merutgift er 723 kroner for de som hadde tak 1- og ingen tak 2-utgifter. Merutgiften reduseres tilsvarende betalte egenandeler under tak 2.
- De aller fleste brukere som hadde tak 2 og ikke tak 1 (100 000 brukere) vil tjene på omleggingen siden de fleste som oppnådde tak 2 også har noen tak 1-egenandeler (legehjelp).
- Brukere som hadde både frikort tak 1 og frikort tak 2 (200 000 brukere) vil med nytt sammenslått foreslått tak på 3183 kroner spare 1453 kroner. Disse brukerne betalte 4283 kroner i egenandeler i 2018.

Det fremmes en lovproposisjon høsten 2020 med forslag om nødvendige lovendringer. Departementet foreslår endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-3 som legger til rette for én ordning med egenandelstak. Dagens to forskrifter, forskrift om egenandelstak

1 og forskrift om egenandelstak 2, foreslås slått sammen til én forskrift. Innholdet i disse forskriftene videreføres i hovedsak uendret med enkelte mindre justeringer. Det foreslås også mindre endringer i andre forskrifter som hovedsakelig er av teknisk karakter.

For å sette kommunene økonomisk i stand til å skjerme utsatte grupper som vil kunne få utfordringer med høyere egenandelsutgifter, foreslås det for 2021 å styrke kommunenes rammetilskudd med 50 mill kroner. Midlene fordeles etter delkostnadsnøkkelen for sosialhjelp. Helsedirektoratet/Helfo tilføres 10 mill. kroner til forvaltning og utredning av skjermingsordninger. Kostnadene på totalt 60 mill. kroner foreslås dekket inn ved å øke taket med 46 kroner.

### Post 70 Egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, omfatter egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samt pasientreiser.

Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

Tabell 4.20 Utgifter dekket over egenandelstak 1 2018–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Endring
Legehjelp	2 704,8	2 727,1	0,8 %
Psykologhjelp	111,8	112,5	0,6 %
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 615,9	1 670,3	3,4 %
Pasientreiser	702,0	706,9	0,7 %
Sum kap. 2752, post 70	5 134,5	5 216,8	1,6 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tak 1 var 5 135 mill. kroner i 2018. I 2019 var utgiftene 5 217 mill. kroner, en økning på 1,6 pst.

I 2020 er egenandelstaket 2460 kroner. Når utgiftstaket er nådd mottar brukeren automatisk et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret.

I 2019 ble det utstedt 1 266 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen, mot 1 276 000 i 2018.

Dette er en nedgang på 0,8 pst. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket.

Egenandelstak 1 erstattes av et egenandelstak som omfatter alle egenandeler under dagens to takordninger. Det vises til omtale under post 72.

### Post 71 Egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført 1. januar 2003. Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak
- behandlingsreiser til utlandet

Tabell 4.21 Utgifter dekket over egenandelstak 2 2018–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Endring
Tannbehandling	122,8	125,2	1,9 %
Fysioterapi	807,5	809,9	0,3 %
Opptreningsinstitusjoner	40,2	41,4	3,0 %
Behandlingsreiser utland	3,6	3,5	-2,8 %
Sum kap. 2752, post 71	974,1	980,0	0,6

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tak 2 var 974 mill. kroner i 2018. I 2019 var utgiftene 980 mill. kroner, en økning på 0,6 pst.

For 2020 er utgiftstaket 2176 kroner. Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret.

I 2019 ble det utstedt 277 739 frikort under egenandelstak 2 mot 281 412 i 2018. Dette er en nedgang på 1,3 pst. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket.

Egenandelstak 2 erstattes av et egenandelstak som omfatter alle egenandeler under dagens to takordninger. Det vises til omtale under post 72.

### Post 72 Egenandelstak (ny)

Det foreslås å:

- slå sammen egenandelstak 1 og tak 2 til ett nytt egenandelstak fra 1. januar 2021
- sette det nye egenandelstaket til 3183 kroner
- flytte 0,67 mill. kroner til kap. 2752, post 72 fra kap. 765, post 21 til lavterskel behandlingstilbud til potensielle overgripere

Fra 1. januar 2021 foreslås det å slå sammen egenandelstak 1 og egenandelstak 2 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 forbruksmaterieell 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 oppnår frikort ved begge takordningene i dag eller har høye egenandelsutgifter under begge takene. De som har frikort både under tak 1 og tak 2 i dag vil få 1453 kroner mindre i egenandelsutgifter. Brukere som i dag har egenandelsutgifter som totalt sett er lavere enn 3183 kroner vil få høyere egenandelsutgifter med et felles egenandelstak.

**Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	438 767	454 000	472 000
70	Allmennlegehjelp	5 254 884	5 434 911	5 358 225
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 216 267	1 238 200	1 155 000
72	Jordmorhjelp	64 362	70 000	72 040
73	Kiropraktorbehandling	181 516	199 000	201 964
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	180 234	192 000	200 000
	Sum kap. 2755	7 336 030	7 588 111	7 459 229

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

- 28 mill. kroner til opprettelse av teststasjoner ved grenseoverganger og utgifter over folketrygden til sendepøver i den forbindelse. Se omtale under kap. 762, post 63.
- øke bevilgningen med 0,225 mill. kroner for å dekke egenandelsfritak for kvinner i fertil alder i LAR.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdlovens kapittel 5.

Nedstegningen 12. mars 2020 medførte redusert behandlingstilbud og lavere inntekter for næringsdrivende helsepersonell. Se nærmere omtale av tiltak som følge av covid-19 under kap. 762.

**Post 62 Fastlønnsordning fysioterapeuter**

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fastlønte fysioterapeuter. Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må ses i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner. Kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21. For å gjøre 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 2 000 innbyggere.

Etter avviklingen av sykdomslisten (diagnose-listen) har kommunene fått økte egenandelsinntekter fra pasienter som ansatte fysioterapeuter behandler. I 2020 er det 220 kommuner som mottar egenandeler fra pasientene. Flere kommuner har valgt å ikke ta betalt for behandling utført av ansatte fysioterapeuter.

Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2019 ble fastlønnstilskuddet økt til 209 200 kroner for 2019. Pga. koronasituasjonen er takstforhandlingene for fysioterapeuter utsatt til høsten 2020. Beløpet for fastlønnstilskudd for 2020 vil derfor bli kunngjort senere.

Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 439 mill. kroner i 2019, mot 411 mill. kroner i 2018, en økning på 6,8 pst. Utgiftsøkningen har sammenheng med en økning i antall fastlønte fysioterapiårsverk i kommunene og økning i fastlønnstilskuddet.

**Post 70 Allmennlegehjelp**

Det foreslås:

- 28 mill. kroner til opprettelse av teststasjoner ved grenseoverganger og utgifter over folketrygden i den forbindelse. Se omtale under kap. 762, post 63.

- å øke bevilgningen med 0,225 mill. kroner for å dekke egenandelsfritak for kvinner i fertil alder i LAR.

Bevilgningen dekker utgifter til undersøkelse og behandling hos lege etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketryktdloven § 5-4. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene. Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens

liste, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. Legevakttjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- behandling av barn under 16 år
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmenfarlige smittsomme sykdommer
- første legeundersøkelse hos allmennlege, herunder fastlege og legevakt, i forbindelse med seksuelle overgrep

Tabell 4.22 Utgifter til allmennlegehjelp 2018–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Endring
Fastleger mv.	4 175,9	4 414,6	5,7 %
Legevakt	570,7	622,9	9,1 %
Avsetning til fond	205,5	217,3	5,7 %
Som kap. 2755, post 70	4 952,1	5 254,8	6,1 %

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 4 952 mill. kroner i 2018 til 5 255 mill. kroner i 2019, en vekst på 6,1 pst.

Utgiftsendringen kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre

påvirkes utgiftene av at aktiviteten økes, f.eks. som følge av flere innbyggere. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere.

Tabell 4.23 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2018–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
Sum kap. 2755, post 70	4 952,0	5 254,8	5 434,9	5 330
Volumvekst (anslag) <sup>1</sup>	0,6 %	1,1 %	2 %	1 %

<sup>1</sup> Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Budsjettert utgiftsvekst i 2020 skyldes en antatt volumvekst på 2 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Pga. koronasituasjonen er takstforhandlingene for leger og legespesialister utsatt til høsten 2020. Se 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 4.24 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2018–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Endring
Fysioterapeuter med avtale	1 096,7	1 166,7	6,4 %
Fysioterapeuter uten avtale <sup>1</sup>	14,7	15,5	5,4 %
Avsetning til fond	33,1	34,1	3,0
Sum kap. 2755, 71	1 144,5	1 216,3	6,3 %

<sup>1</sup> Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 144,5 kroner i 2018 og 1 216,3 mill. kroner i 2019, en økning på 6,2 pst.

Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale må sees i sammenheng med at antall utdanningskandidater som utløser refusjon kan variere fra år til år. Dette kan gi svingninger i refusjonsutbetalinger. 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

takstbruken endres som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre type konsultasjoner enn tidligere.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2019 totalt 5115 fysioterapiårsværk. Dette innebærer en økning i antall årsværk fra 2018 på 1,5 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere er 9,5 årsværk i 2019. Det er innen områdene diagnose, behandling og rehabilitering, annet forebyggende arbeid og fysioterapi innen institusjoner for eldre og funksjonshemmede at økningen er størst.

Tabell 4.25 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2018–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2018	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
Sum kap. 2755, post 71	1 144,5	1 216,3	1 238,2	1 155
Volumvekst (anslag)	1,1 %	0,3 %	1 %	1 %

<sup>1</sup> Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Budsjettert utgiftsvekst i 2020 skyldes en antatt volumvekst på 1 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at av i alt 3281 avtalehjemler for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i 2019 var 57 pst. fulltids-hjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler. 40 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 2018 viser dette at kommunene har løftet deltidshjemlene slik at det er større samsvar mellom faktisk arbeidsvolum og hjemmelsstørrelse, noe som er en ønsket utvikling. I utgangspunktet skal en avtalehjemmel for fysioterapeutene være i samsvar med det omfang fysioterapeuten arbeider. Kommunene



skal kun utlyse en deltidshjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapitjeneste. Dette er hjemlet i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. og i forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunale driftsavtale, hvor det også er forskriftsfestet at det skal være samsvar mellom driftshjemler og arbeidsomfang.

Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel mv., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen. For å tydeliggjøre hva fysioterapeuter kan ta av egenbetaling av pasientene er det sendt på høring forslag til endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi.

Pga. koronasituasjonen er takstforhandlingene for fysioterapeuter utsatt til høsten 2020.

### Post 72 Jordmorhjelp

Bevilgningen dekker utgifter til svangerskapskonsultasjoner (kontrollundersøkelser under svangerskap) som utføres av jordmor etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskonsultasjoner (kontroller) i helsestasjon utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger. Utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad. Det ytes også stønad til sekundærjordmor ved hjemmefødsel.

Det ytes engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon etter folketrygdloven § 5-13. Stønadsatsen er 2920 kroner i 2019 og foreslås økt til 3013 kroner i 2021, som er en økning på 3,2 pst.

Utgiftene i 2019 var 64 mill. kroner, mot 61 mill. kroner i 2018. Dette er en økning på 4,9 pst.

### Post 73 Kiropraktorbehandling

Bevilgningen dekker utgifter til behandling hos kiropraktor etter fastsatte takster med hjemmel i

folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Kiropraktorene har fri prissetting. I tillegg til godtgjørelse for undersøkelse og behandling, får kiropraktorer godtgjørelse for deltakelse i samarbeidsmøter med annet helse- og sosialfaglig personell som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for enkeltpasienter.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til kiropraktorenes fellesformål (fondsavsetninger). Folketrygden yter et tilskudd til fond til videre- og etterutdanning av kiropraktorer tilsvarende 5 pst. av trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 181,5 mill. kroner i 2019 mot 170,2 mill. kroner i 2018, en økning på 6,6 pst. Antall kiropraktorer som hadde oppgjør med Helfo økte med 1,4 pst., fra 904 i 2018 til 917 i 2019. Det var en økning på 4,4 pst. i antall konsultasjoner fra 2,06 millioner i 2018 til 2,16 millioner i 2019. I gjennomsnitt mottok pasientene stønad til 5,8 behandlinger i 2019, tilsvarende som i 2018.

### 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.

I 2019 utbetalte folketrygden 172,5 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 7,7 mill. kroner til ortoptisk behandling. De samlede utgiftene økte fra 160,4 mill. kroner i 2018 til 180,2 mill. kroner i 2019, en økning på 12,3 pst.

**Kap. 2756 Andre helsetjenester**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
70	Helsetjenester i annet EØS-land	17 195	17 000	10 008
71	Helsetjenester i utlandet mv.	407 823	405 000	199 980
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	361 938	245 000	224 980
	Sum kap. 2756	786 956	667 000	434 968

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet mv. og til utenlandsboende mv. etter folketrygdlovens kapittel 5.

**Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land**

Posten dekker folketrygdens utgifter til planlagt helsehjelp i andre EØS-land (behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom, undersøkelse ved bestemte diagnoser og behandlingsformer samt blåreseptordningen) etter folketrygdloven § 52-4a.

Utgiftene var 17 mill. kroner i 2019 mot 15,6 mill. kroner i 2018, en økning på 9 pst. Rapportering fra Helfo viser at det i all hovedsak er blitt refundert utgifter til tannbehandling ved sykdom, jf. folketrygdloven § 5-6, på denne budsjettposten. Det er et begrenset antall saker innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

**Post 71 Helsetjenester i utlandet mv.**

Posten omfatter stønad til helsetjenester i utlandet for personer som er medlemmer i folketrygden og som omfattes av bestemmelsene i folketrygdloven § 5-24.

De grupper som kommer inn under stønadsreglene er bl.a. sjøfolk på norske skip i utenriksfart, norske statsborgere som er statens lønnede tjenestemenn i utlandet, norske studenter i utlandet og utsendte arbeidstakere. Turister omfattes ikke av reglene. Refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 har i hovedsak betydning for medlemmer i folketrygden som er bosatt eller oppholder seg over tid i land utenfor EØS-området og som har behov for behandling i oppholdslandet.

Nødvendige utgifter til ambulansetransport innad i behandlingslandet og til opphold og behandling i helseinstitusjon dekkes fullt ut. Det betales egenandel for behandling hos lege, tannbehandling for sykdom, fysioterapi, behandling hos psykolog og for viktige legemidler. Utgiftene refunderes av Helfo Utland.

Utenlandsboende pensjonister med rettigheter etter norsk folketrygd gis stønad etter de bestemmelser som gjelder for tilsvarende behandling i Norge, men med de særregler at utgiftene dekkes etter særskilte satser, og at utgifter til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget. For 2021 foreslås det maksimale stønadsbeløpet økt fra 4045 kroner i 2020 til 4174 kroner per døgn. Dette tilsvarer en økning på 3,2 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 408 mill. kroner i 2019 mot 387,7 mill. kroner i 2018, en økning på 5,2 pst.

**Post 72 Helsetjenester til utenlandsboende mv.**

Posten omfatter utgifter for EØS-borgere fra andre EØS-land som behandles i Norge, jf. EØS forordning 883/2004 og utgifter til behandling i Norge for medlemmer av folketrygden bosatt i utlandet. I tillegg omfatter posten pasienter fra land utenfor EØS-området som Norge har gjensidig avtale med om dekning av utgifter.

Utgiftene var 362 mill. kroner i 2019 mot 208,8 mill. kroner i 2018 en økning på 73,4 pst.

## Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
2790	Andre helsetiltak	225 368	247 000	202 345	-18,1
	Sum kategori 30.90	225 368	247 000	202 345	-18,1

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021	Pst. endr. 20/21
70-89	Andre overføringer	225 368	247 000	202 345	-18,1
	Sum kategori 30.90	225 368	247 000	202 345	-18,1

### Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2019	Saldert budsjett 2020	Forslag 2021
70	Bidrag	225 368	247 000	202 345
	Sum kap. 2790	225 368	247 000	202 345

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til bidragsordningen, jf. forskrift om bidrag til visse helsetjenester.

Sammenliknet med saldert budsjett 2020 foreslås bevilgningen økt med 1,88 mill. kroner til økt bidragssats for barn som pårørende og om lag 0,5 mill. kroner til legemidler ved assistert befruktning for enslige.

#### 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 i forskrift gitt Helsedirektoratet fullmakt til å fastsette nærmere retningslinjer for ytelse av bidrag. Som hovedregel ytes bidrag med 90 pst. av de utgifter som overstiger 1927 kroner i 2020. Egenandeler, døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig. Beløpet for 2021 er 1971 kroner. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

Utgiftene på bidragsordningen var 225 mill. kroner i 2019 mot 224 mill. kroner i 2018.

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 2021 foreslås det at ordningen videreføres for brukere som har fått kontinuerlig bidrag til samme legemiddel i årene 2017, 2018, 2019 og 2020. Avviklingen av bidragsordningen for legemidler gjelder ikke bidrag til prevensjonsmidler og heller ikke legemidler til behandling av infertilitet.

Montebellosenteret er finansiert over bidragsordningen med 14 000 oppholdsdøgn for voksne med kreft og deres voksne pårørende og 1200 oppholdsdøgn for barn som pårørende. Senteret har et eget program for barn som pårørende, som krever like mye ressurser som voksne pårørende. Bidragssatsen for barn er om lag en tredjedel av satsen for voksne. Det foreslås derfor å øke

bidragssatsen for barn til samme nivå som for voksne pårørende. Bevilgningen foreslås økt med 1,88 mill. kroner til dette formålet.

Fra 1. juli 2020 er bioteknologiloven endret slik at enslige også kan få assistert befruktning. Bidragsordningen yter delvis støtte til legemiddelkostnader til bruk i behandlingen, og posten foreslås økt med om lag 0,5 mill. kroner.

#### Tjenester i apotek

Inhalasjonsveiledning og oppstartsveiledning i apotek finansieres over denne bevilgningen.

Inhalasjonsveiledning er en tjeneste for pasienter med astma og KOLS, mens oppstartsveiledning er en tjeneste for pasienter som starter med et nytt legemiddel til behandling av høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler. Tjenesten skal evalueres.

Bevilgningen til disse tjenestene foreslås videreført i 2021.

*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 2019 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 felles foretaksmøte i juni 2020. Nedenfor redegjøres det for rapportering 2019 og status 2020, samt de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2021–2024. Omtalen er delt inn under følgende overskrifter:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Økonomi og investeringer

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 2019 var målet å redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med året før.

Tabell 5.1 Ventetider

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	58	59	63	63	57	59	58	59	59	60

Kilde: Norsk Pasientregister

Tabell 5.1 viser at det har vært en økning i gjennomsnittlig ventetid på én dag i 2019, sammenliknet med 2018. Målet om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner er ikke nådd. Innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge og innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det imidlertid en reduksjon i ventetid fra 2018 til 2019. Fra 2013 til 2019 ble gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten redusert med 14 dager.

Indikatoren «tid til tjenestestart» angir tiden fra henvisningen er mottatt i sykehuset til det er

gjennomført en utrednings- eller behandlingsprosedyre. Indikatoren supplerer det ordinære målet for gjennomsnittlig ventetid. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2019 var målet å redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med året før. Median tid til tjenestestart var 66 dager i 2019. Dette er en økning på to dager fra 2018. Det er imidlertid en nedgang på ni dager sammenliknet med 2013. Tabell 5.2 viser median tid til tjenestestart for 2018 og 2019 for hvert regionale helseforetak.

Tabell 5.2 Tid til tjenestestart

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Median tid til tjenestestart	63	68	73	77	69	70	56	57	64	66

Kilde: Norsk Pasientregister

Tabell 5.3 viser tall for indikatoren passert planlagt tid. På oppdrag fra departementet ble indikatoren etablert som en nasjonal styringsindikator i 2017. Den måler antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet som er registrert. Den inkluderer både nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i et forløp. Indikatoren angir et nivå på antall som er forsinket, men uttrykker ikke en størrelse for

hvor mye forsinket man er. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2019 var målet å redusere andelen med passert planlagt tid sammenliknet med året før. Tallene for utgangen av 2019 viser at om lag en av ti pasientkontakter i spesialisthelsetjenesten skjer etter at det planlagte tidspunktet er passert. Det er en økning på 0,4 prosentpoeng sammenliknet med utgangen av 2018.

Tabell 5.3 Passert planlagt tid

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Andel passert planlagt tid (pst.)	9,0	9,0	8,9	10,0	10,2	11,5	13,6	13,7	9,6	10,0

Kilde: Norsk Pasientregister

Koronautbruddet har gjort det nødvendig å redusere planlagt aktivitet i spesialisthelsetjenesten for å frigjøre kapasitet, personell og utstyr til håndtering av pasienter med covid-19 fra mars 2020. Aktiviteten har også vært tatt ned av smittevernhen-syn. Det påvirker ventetidstallene for 2020. Ventetidstallene per 1. tertial 2020 er omtrent på samme nivå som samme periode i 2019, men det er en økning på 11 dager i mai måned. Det skyldes at den utsatte aktiviteten får utslag i ventetidsstatistikken først når denne aktiviteten tas igjen. Tall for indikatoren passert planlagt tid per 30. april 2020 viser en økning på om lag 40 pst., sammenliknet med samme tidspunkt i 2019.

### Kreftbehandling

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle aktører på kreftområdet. Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft skal ivaretas i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer. God behandlingskvalitet skal ivaretas gjennom gode pasientforløp. Dette skal sikre at kreft-

pasienter unngår unødig venting på utredning og behandling. Nasjonal kreftstrategi 2018–2022 skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter. Fra 2015 er det innført 28 pakkeforløp kreft.

Det er satt som mål at:

- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, skal være minst 70 pst.

Pakkeforløpene skal gi pasientene standardiserte forløp med kortere ventetider og raskere vei til diagnose og behandling ved mistanke om kreft. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.

På landsbasis i 2019 ble 66,5 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 på landsbasis fra 65,7 pst. i 2018 til 66,5 pst. i 2019. Ingen av de regionale helseforetakene oppnådde målet i 2019 om andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid på 70 pst. I Helse Midt-Norge var det en nedgang i måloppnåelse på 2,9 prosentpoeng fra 70,5 pst. i 2018 til 67,6 pst. i 2019. Helse Nord hadde en nedgang i måloppnåelse på 2,3 prosentpoeng fra 65,6 pst. i

2018 til 63,3 pst. i 2019. Det er en svak økning i måloppnåelse i de to regionene Helse Sør-Øst og Helse Vest. Helse Vest hadde en økning i måloppnåelse på 1,6 prosentpoeng fra 68,1 pst. i 2018 til 69,7 pst. i 2019. Helse Sør-Øst hadde en økning på 1,8 prosentpoeng i måloppnåelse for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid fra 63,6 pst. i 2018 til 65,4 pst. i 2019.

Tabell 5.4 Pakkeforløp kreft samlet for 2019 (pst.)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid <sup>1</sup>	65,4	69,7	67,6	63,3	66,5

<sup>1</sup> 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 2019 fra Norsk pasientregister.

#### *Andelen pasienter med akutt hjerneinfarkt som får trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse i sykehus*

Andelen pasienter med akutt hjerneinfarkt som får trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse i sykehus har økt for hvert år siden 2014. På landsbasis i 2018 fikk 67,5 pst. av pasientene trombolyse innen 40 minutter. Det foreligger ikke tall for 2019. Alle helseregionene oppnår målet i oppdragsdokumentet om at minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysesebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

#### *Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

##### *Høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk*

Det ble for 2019 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 avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Gjennomsnittlig ventetid skulle være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35

dager for TSB. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid 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 i 2019 og data fra Norsk pasientregister.

Helse Sør-Øst RHF melder at høyere vekst i kostnader ble innfridd for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge, men ikke for TSB. Det absolutte målet for gjennomsnittlig ventetid på 45 dager for psykisk helsevern voksne ble innfridd, men målet om 40 dagers ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge ble ikke innfridd. Målet om 35 dagers ventetid innen TSB ble innfridd. Kravet om større økning i poliklinisk aktivitet ble innfridd på alle tre 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 imidlertid innfridd på alle tre områder. Målet om høyere vekst innen polikliniske konsultasjoner – basert på tall fra 2. tertial 2019 sammenlignet med tall fra 2. tertial 2018 – ble innfridd for psykisk helsevern for barn og unge og for TSB, men ikke for psykisk helsevern for voksne.

I Helse Midt-Norge ble kravet om større vekst i kostnader ikke innfridd hverken for psykisk helsevern for voksne, barn og unge eller for TSB. Det absolutte målet for gjennomsnittlig ventetid ble ikke innfridd for psykisk helsevern for voksne

eller barn og unge, men ble innfridd for TSB. Målet om høyere vekst i polikliniske konsultasjoner ble innfridd for TSB, men ikke for psykisk helsevern for voksne eller for barn og unge.

I Helse Nord ble kravet om høyere vekst i kostnader innfridd for psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og for TSB. Det absolutte målet 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 er heller ikke innfridd hverken for psykisk helsevern for voksne, barn og unge eller TSB i forhold til somatikk.

#### *Pakkeforløp*

Pakkeforløp psykisk helse og rus er innført i alle helseregioner. De seks første pakkeforløpene innen psykisk helse og rus ble innført 1. januar 2019 og pakkeforløp gravide og rus lansert høsten 2019. Pakkeforløpene omfatter de fleste pasientene innen psykisk helsevern og TSB. Tall fra 1. tertial 2020 viser at i overkant av 211 000 pasienter ble henvist til pakkeforløp i perioden fra 1. januar 2019 til og med 1. tertial 2020. Sammenlignet med pakkeforløp for kreft, omfatter disse hele forløpet fra pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten, til utskrivning og samarbeid med kommunale tjenester er etablert. Pakkeforløpene skal bidra til økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, koordinert forløp og ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Den første evalueringen viste at det fremkommer liten uenighet om det faglige innholdet i pakkeforløpene, men at ansatte opplever registreringen som belastende. Dette følges opp av helseforetakene og Helsedirektoratet. Departementet har for alle fire regionale helseforetak fraveket krav om rapportering for 2019 pga. datakvalitet. Helsedirektoratet har etablert indikatorer og et dashbord for å følge med på og måle resultatene av pakkeforløpene, og tall fra første tertial 2020 viser bl.a. at andel pakkeforløp gjennomført innen anbefalt forløpstid var 69 pst. De regionale helseforetakene arbeider med implementering, opplæring og oppfølging. Helsedirektoratet forbedrer og videreutvikler pakkeforløpene i samarbeid med relevante aktører.

#### *Epikrisetid i psykisk helsevern voksne og TSB*

For 2019 har det vært et mål at minst 50 pst. av epikrisene skal være sendt innen en dag etter

utskrivning fra psykisk helsevern og TSB. Det er kun Helse Midt-Norge som har nådd målet, med en målpoenngåelse på 73 pst. for TSB og 51 pst. for psykisk helsevern voksne. Tallene fra 3. tertial var ikke klare ved årlig melding, men Helse Vest RHF rapporterer om positiv utvikling, men at det kun er Helse Bergen som har nådd måltallene for begge fagområdene. Helse Nord RHF beskriver at det har vært jobbet med å øke andel epikriser innen en dag i alle helseforetak og at arbeidet må videreføres i 2020. Helse Sør-Øst RHF viser til tall fra 2. tertial 2019 med 45 pst. innen psykisk helsevern voksne og 33 pst. innen TSB. Ingen av de private avtalepartene klarer å oppnå målet, med mellom 20 og 30 pst. av epikrisene innen en dag.

#### *Redusere bruk av tvang i psykisk helsevern*

Målet for 2019 om reduksjon i antall pasienter med vedtak om tvangsmidler ble ikke oppnådd på landsbasis. Ingen av de regionale helseforetakene har nådd målet. Antallet pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak har økt med 64 fra foregående år. I 2018 var det 2164 pasienter som hadde minst ett tvangsmiddelvedtak, mens i 2019 var det 2 227.

#### *Pasientrettigheter innen TSB*

De regionale helseforetakene ble i 2019 gitt i oppdrag å etablere en arbeidsgruppe bestående av representanter fra brukerorganisasjonene på rusfeltet, representanter fra private tilbydere med avtale innen TSB og de regionale helseforetakene. Arbeidet skulle ledes av Helse Midt-Norge RHF. Arbeidsgruppen hadde følgende mandat:

- Utarbeide et grunnlag for felles praksis for rettighetsvurderinger for å sikre at pasientrettighetene til rusavhengige blir ivare tatt på en enhetlig og omforent måte i alle helseforetak
- Sikre at alle pasienter på en klar og tydelig måte blir orientert om deres rett til fritt behandlingsvalg og derved mulighet for også å kunne velge en institusjon innen ordningen med fritt behandlingsvalg

Arbeidsgruppen skulle legge berørte retningslinjer og lovverk til grunn for sitt arbeid. Formålet med arbeidet er å forhindre at like lidelser gis ulik rett til nødvendig helsehjelp og unngå at det utvikler seg ulik praksis. Helsedirektoratets prioriteringsveileder skal legges til grunn for arbeidet.

## Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

### *Pasientskader*

Det er et mål å redusere pasientskader. Alle helseforetak kartlegger journaler ved bruk av metoden Global Trigger Tool (GTT) for å avdekke pasientskader. I oppdragsdokumentet for 2019 var målet at andel pasientskader skulle være lavere enn i 2017. De regionale helseforetakene har i årlig melding rapportert 2018-tall siden tallene for 2019 kommer høsten 2020. I 2018 oppstod det en pasientskade ved 11,9 pst. av sykehusopphold i somatiske sykehus i Norge, mot 13,7 pst. året før. Dette er det laveste nivået som har vært målt siden GTT-undersøkelsen ble startet opp i 2010. Målet om færre pasientskader er nådd på nasjonalt nivå i 2018, men det er stor variasjon mellom helseforetakene i de ulike regionene. GTT-metoden er ikke egnet til å sammenlikne helseforetak, men resultatene skal brukes til å følge egen utvikling som grunnlag for lokalt forbedringsarbeid.

### *Pasientsikkerhetskultur*

Oppdragsdokumentet for 2019 stilte som krav at arbeidet med helse, miljø og sikkerhet (HMS) og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Gjennom undersøkelsen ForBedring kartlegges arbeidsmiljø og sikkerhetskultur gjennom de årlige medarbeiderundersøkelsene for hele spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har en overordnet mal for oppfølgingsarbeidet for ForBedring. Helseforetakene arbeider med å forbedre organiseringen av samarbeidet og lage tiltaksplaner som skal sørge for mer koordinert arbeid mellom kvalitet, pasientsikkerhet og HMS. Undersøkelsen ForBedring legger til rette for å kartlegge andel enheter i helseforetakene som har såkalt modent sikkerhetsklima. Målet for 2019 var at minst 60 pst. av enhetene skulle ha et modent/godt sikkerhetsklima, basert på definisjonen fra pasientsikkerhetsprogrammet. Datagrunnlaget fra ForBedring ga i 2019 ikke grunnlag for rapportering på indikatoren «modent sikkerhetsklima» i henhold til Helsedirektoratet/pasientsikkerhetsprogrammets definisjon.

### *Oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*

Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023) skal sikre videreføring av arbeidet fra 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 har fått i oppdrag å videreføre arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet og operasjonalisere og implementere handlingsplanen. Alle de regionale helseforetakene melder at tiltakspakkene fra programmet er videreført. Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har utarbeidet regionale handlingsplaner for operasjonalisering og implementering av handlingsplanen, mens Helse Midt-Norge RHF utarbeider regional handlingsplan og er i ferd med å etablere regionalt nettverk for pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst RHF har videreført Regionalt nettverk for programledere i helseforetakene da de erfarer at nettverket er velfungerende og med stor grad av læring på tvers i foretaksgruppen. Konkretisering av nasjonal handlingsplan er tema på møtene og helseforetakene følger opp lokalt.

### *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. Alle helseforetakene har redusert bruken sammenliknet med forbruket i 2012. Samlet er antall definerte døgndoser (DDD) redusert med 22,8 pst. fra 2012 til 2019, mens den prosentvise nedgangen korrigert for liggedøgn er 16 pst. Helse Nord har i samme periode redusert antall DDD med 18,9 pst., og 16,5 pst. korrigert for liggedøgn. I Helse Midt-Norge er reduksjonen på hhv. 20,2 pst. og 16,5 pst. I Helse Vest er reduksjonen hhv. 29,6 pst. og 15,0 pst. I Helse Sør-Øst er reduksjonen hhv. 21,2 pst. og 15,3 pst.

### *Korridorpasienter*

Det er et mål at det ikke skal være korridorpasienter. På landsbasis ble det rapportert 1,2 pst. korridorpasienter i 3.tertial 2019. Det er en oppgang fra i 2018, da andelen var på 1,0 pst. Helse Midt-Norge har i årene fra 2011–2019 hatt lavest andel korridorpasienter av regionene. I 3.tertial 2019 var andelen korridorpasienter i Helse Midt-Norge 0,6 pst. Helse Vest og Helse Nord har i samme periode ligget høyest med en andel korridorpasienter på 1,5 pst.

### *Epikrisetid i somatisk spesialisthelsetjeneste*

Fra 2019 har det vært et mål at minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen en dag etter utskrivning fra sykehus. I 3. tertial 2019 ble 58,4

pst. av epikrisene sendt innen en dag etter utskrivning fra sykehus, mens 85,4 pst. ble sendt innen syv dager. Det er en markant forskjell mellom regionene i andelen epikriser sendt innen en dag. I 3. tertial 2019 var andelen epikriser sendt innen en dag på 50,3 pst. i Helse Midt-Norge, mens andelen var på 64,7 pst. i Helse Nord. Forskjellen mellom regionene i andel epikriser sendt innen syv dager er fortsatt liten. Dersom vi ser på året 2019 samlet, ble 57,4 pst. av epikrisene sendt innen en dag etter utskrivning fra sykehuset og 85,5 pst. ble sendt innen syv dager. Det er en økning fra 2018, da andelen var på henholdsvis 54,4 og 84,7 pst. Alle regioner har hatt en positiv utvikling i andel epikriser sendt innen en dag i 2019.

#### *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, spesielt hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om utreisevurdering. Helse Nord RHF opplyser at alle helseforetakene har fulgt opp og implementert retningslinjen. Når det gjelder utskrivning, skjer dette etter nasjonale retningslinjer, og i samarbeid med primærhelsetjenesten. Det arbeides med videreutvikling av utreisesamtalen som ledd i oppfølgingen av nasjonale retningslinjer. Helse Vest RHF opplyser at det er etablert gode rutiner for barselomsorgen og at helseforetakene følger tilrådingene om utreisevurdering i tråd med retningslinjen. Videre opplyser Helse Vest RHF at barselomsorgen er organisert i tråd med retningslinjen. Helseforetakene melder om at retningslinjen er implementert i samarbeid med kommunene. Helse Midt-Norge RHF opplyser at retningslinjen er implementert og anbefalingen om utreisevurderingen er fulgt opp ved St. Olavs hospital HF og for Helse Møre og Romsdal HF. Arbeidet i helseforetakene skjer i samarbeid med kommunene. Implementeringen har skjedd gjennom å utvikle et pasientforløp hvor det er lagt vekt på individuell tilpasning og en standard liggetid på 6–48 timer. Ved en medisinsk vurdering kan kvinnene ut fra behov ligge lenger. Helse Nord-Trøndelag HF forventer å nå målet i 2020. Helse Sør-Øst RHF opplyser at helseforetakene har implementert nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen, og at anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp. Det er gjennomført dialogmøter/samarbeidsmøter med kommunene, og det arrangeres felles fagdager hvert år, slik at kommunene og helseforetakene har et felles forum for kompetanseheving og dialog. Flere

helseforetak har utført en kartlegging i kommunene og på barsel for å bli kjent med utfordringer ved hjemreise og på bakgrunn av kartleggingen kan iverksette tiltak. Tidspunkt for utreise vurderes individuelt i samråd med barselkvinnene. Jordmor gjennomfører utreisesamtale med mor, og ammeveiledning gis. Det er forsterket barselopphold når det er behov for det. Det er også god dialog med kommunene for de kvinnene som trenger spesiell oppfølging etter hjemreise.

#### *Følgetjeneste for gravide*

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av hvordan følgetjenesten for fødende fungerer i helseregionen. Alle helseregionene har kartlagt følgetjenesten for gravide. Helse Sør-Øst RHF melder at det er fire helseforetak som har avtale om følgetjeneste med kommunene i sykehusområdet. Det gjelder Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF og Sørlandet Sykehus HF. Kartleggingen viser at følgetjenesten er organisert ut fra lokale forhold. Helse Midt-Norge RHF melder at alle tre helseforetak i regionen har avtaler om følgetjeneste med kommunene i sitt sykehusområde og avtaler om møtetjenester og behovsuttøst møtetjeneste med enkelte kommuner. Helse Vest RHF's kartlegging viser at de tre helseforetakene det er aktuelt for (Helse Førde, Helse Bergen og Helse Fonna), har avtale om felles jordmørvakt/følgetjeneste i samarbeid med de aktuelle kommunene i sykehusområdet. Kommunejordmødrene har vaktordning med døgkontinuerlig følgetjeneste som del av sin tjeneste. Helse Vest RHF viser til at God Start-enheter ved lokalsykehusene i Lærdal, Nordfjordeid og Odda er baser der det er etablert samarbeid med kommunene, og der kvinnene blir fulgt godt opp. Kommunejordmødrene blir invitert til hospitering og regelmessige samhandlingsmøter. Det er også et godt samarbeid og god informasjonsutveksling ved innføring av nye rutiner. Kartleggingen tyder på at organiseringen og kvaliteten på følgetjenesten for fødende som har lang reisevei til kvinneklinikk/fødeavdeling er god. Helse Nord RHF's kartlegging viser at det er fire helseforetak i regionen som hver for seg har ansvar for følgetjeneste med kommunene i sine sykehusområder. Kartleggingen viser at det er enkelte kommuner hvor det ikke er etablert beredskap, men hvor det praktiseres møtekjøring med ambulanse eller gjøres en individuell vurdering av hver gravid, og ved behov tilbys den gravide å være på fødested syv til ti dager før temin.

*Etablere behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep*

De regionale helseforetakene rapporterer om at planleggingen av behandlingstilbudet er gjennomført. Det ventes at tilbudet kommer i gang i løpet av 2021.

*Oppfølging av Nasjonal diabetesplan 2017–21 – Nett-hinneundersøkelser hos personer med diabetes*

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å sikre regelmessige netthinneundersøkelser hos personer med diabetes. Det er igangsatt pilotprosjekter for å gi kunnskap om hva som er mulig å få til innenfor dagens løsninger, og hva som krever endringer og verktøy i helsetjenesten, bl.a. utvikling av digitale verktøy som gir en god og sikker arbeidsflyt.

Arbeidet videreføres i 2021 og Helse Nord har ansvar for koordineringen av arbeidet og sikre utviklingen av et nasjonalt tilbud.

*Medisinske kvalitetsregistre*

De regionale helseforetakene fikk i 2019 i oppdrag å følge opp plan for nye kvalitetsregistre og utarbeide felles årlig statusrapport under ledelse av Helse Nord RHF. Arbeidet følges opp av de regionale helseforetakene i fellesskap. Helse Nord RHF har fått ansvaret for koordineringen og rapporterer på vegne av alle helseregionene. I tråd med plan for nye kvalitetsregistre har arbeidet i 2019 prioritert kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og rus. Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (Kvarus) ble etablert som nasjonalt register i 2020. Det pågår arbeid for å etablere fire kvalitetsregistre innen psykisk helsevern.

Statusrapport for medisinske kvalitetsregistre 2019 ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2019. Den viser bl.a. at 47 av de 51 kvalitetsregistrene med nasjonal status har identifisert nye områder med behov for kvalitetsforbedringstiltak. Resultater fra 35 kvalitetsregistre har ført til kvalitetsforbedringsarbeid eller kvalitetsforbedringsprosjekter, og 36 registre kan vise til at bruk av resultater har ført til endret klinisk praksis i 2018. Det ble publisert 150 vitenskapelige artikler i 2018 basert på data fra medisinske kvalitetsregistre. 29 av registrene samler inn pasientrapporterte data og 50 registre har pasient- eller brukerrepresentasjon i sine fagråd. For nærmere omtale av kvalitetsregistre, se kap. 701, post 21.

*Nasjonale brukererfæringsundersøkelser*

De regionale helseforetakene ble i 2019 bedt om å påse at helseforetakene deltar i nasjonale brukerundersøkelser i regi av Folkehelseinstituttet og å bruke resultatene aktivt i forbedringsarbeidet. Folkehelseinstituttet har etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en 5-årig plan for slike undersøkelser. Som en del av planen er det etablert et system for løpende brukerundersøkelser innen døgnbehandling psykisk helsevern og TSB, og det vil også komme løpende undersøkelser innen døgnbehandling somatikk. Slike undersøkelser inkluderer flere pasienter, gir statistisk sikrere resultater og kvartalsvise rapporteringer i tillegg til årlige. Undersøkelsene er utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene som rapporterer at de har tilrettelagt for deltakelse i undersøkelsene og bruk av resultatene.

*Nye metoder*

System for nye metoder er under kontinuerlig utvikling. I 2019 fikk de regionale helseforetakene to oppdrag for videreutvikling av systemet. De regionale helseforetakene har i samarbeid med øvrige aktører igangsatt et prosjekt for å utvikle modeller for utfasing av behandlingsmetoder, samt å vurdere særskilt enkelte kirurgiske prosedyrer som utføres i helsetjenesten i dag med sikte på at disse ikke bør benyttes rutinemessig eller kun etter spesifikke kriterier. De regionale helseforetakene rapporterte på oppdragene i en rapport av 1. november 2019. Oppdraget videreføres i 2020 med pilotering av utvalgte modeller og noen utvalgte kirurgiske prosedyrer.

*Personell, utdanning og kompetanse*

Ny ordning for legenes spesialistutdanning er iverksatt i tråd med krav i forskrift i alle regioner. Det er gjennomført tiltak for bedre å ivareta nasjonal samordning av spesialiseringen, herunder ordninger for koordinering og utvikling av kursporteføljen.

De regionale helseforetakene medvirker i arbeidet i RETHOS til å utvikle innholdet i utdanningene slik at disse samsvarer med tjenestenes behov. RETHOS er et nytt styringssystem for helse- og sosialfaglige utdanninger på universitets- og høyskolenivå iverksatt av Kunnskapsdepartementet. Systemet skal sørge for at studentene forberedes på arbeidsoppgavene og arbeidsmåtene i framtidens helse- og velferdstjenester.

Systemet innebærer at programgrupper bestående hovedsakelig av representanter fra helse- og omsorgstjenestene og utdanningsinstitusjonene utarbeider forskrifter med retningslinjer for hver enkelt utdanning. Retningslinjene inneholder læringsutbyttebeskrivelser som skal være felles for alle de omfattede utdanningene. Strukturen med programgrupper innebærer at tjenestene får formell og reell innflytelse på kompetansen til nyutdannet helsepersonell. De regionale helseforetakenes medvirkning i arbeidet foregår primært i programgruppene, med representasjon fra helseforetaksnivået.

Praksisundervisning for studenter i helsefagene skjer i helse- og omsorgstjenesten. Praksisutdanningen er avgjørende for at studentene skal oppnå nødvendig kompetanse i sitt yrke. Helseforetakene gir årlig praksisundervisning av kortere eller lengre varighet til flere tusen studenter. Det er viktig at undervisningen i praksisfeltet har god kvalitet og er godt organisert. Samarbeidet med universitet og høyskolesektoren er vesentlig. De regionale helseforetakene melder at helseforetakene har jobbet med forbedret gjennomføring av praksisundervisningen gjennom bl.a. samarbeidsprosjekter med utdanningsinstitusjoner for å styrke kvaliteten og øke kapasiteten i studentveiledningen av praksisundervisning. De rapporterer om gode eksempler på innføring av nye veiledningsmodeller som både hever kvaliteten og øker antallet praksisplasser. Eksempler på tiltak er formalisering av veilederkompetanse hos de ansatte, at flere studenter har praksis ved samme praksissted slik at en veileder kan bistå flere studenter samtidig, kunnskapsbaserte prosedyrer, støtte til prosjekter med delte stillinger mellom utdanningsinstitusjonene og helseforetakene, samt inspirasjonsseminar for veiledere, studenter og ledere mm.

#### Forskning og innovasjon

Samlede forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader, poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU (finansieringspoeng) og for første gang poeng for kliniske behandlingsstudier.

Det ble registrert 4 407 publikasjoner (vitenskapelige artikler, monografier og antologier) fra helseforetakene i 2019 og rapportert inn 312 avlagte doktorgrader, mot 305 doktorgrader i

2018. Det er små endringer samlet i målesystemet sammenlignet med 2018. På regionsnivå er det først og fremst en relativt sterk vekst i Helse Vest med hensyn til doktorgrader som skiller seg ut. Helse Vests prosentandel av doktorgradspoengene har økt fra 19,8 pst. i fjor til 24,2 pst. i år. Som i 2018 lå prosentandelen av poengene som gis for ekstern finansiering fra EU og Norges forskningsråd på 12 pst. Den regionale fordelingen av poeng for ekstern finansiering skiller seg fra publiseringspoengene, med en sterkere konsentrasjon i Helse Sør-Øst. I 2019 hadde 57,5 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap (mål: over 40 pst.) og 23,2 pst. var publisert i ledende tidsskrifter (mål: over 20 pst.).

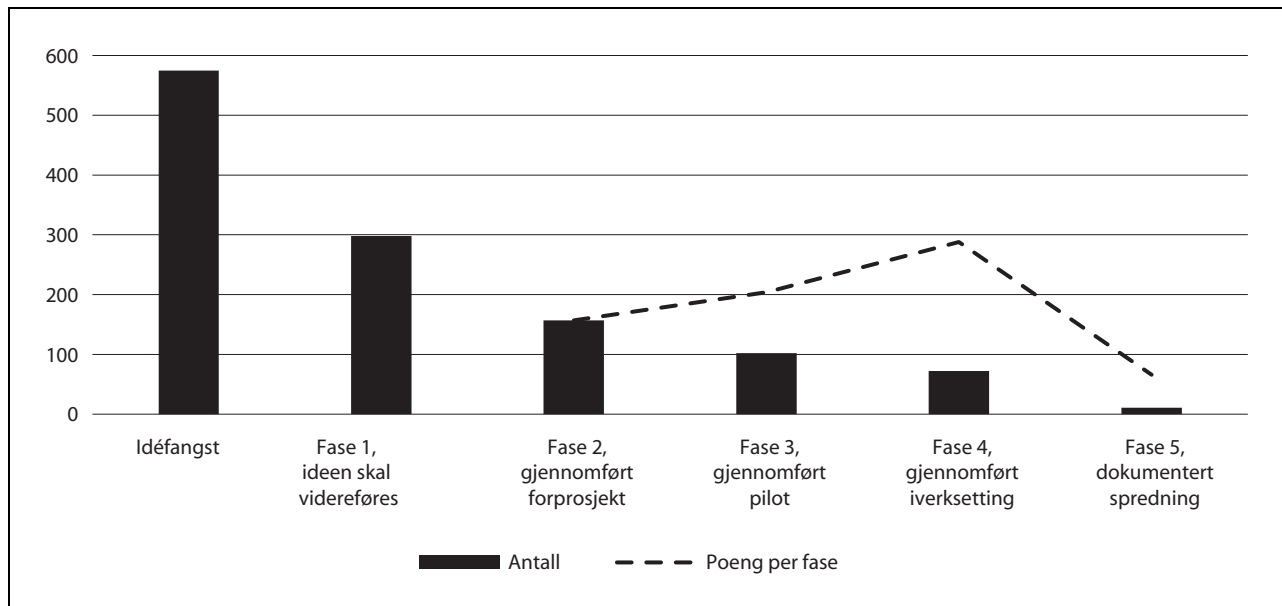
I 2019 var helseforetakene totalt involvert i 497 kliniske behandlingsstudier som utløser poeng i det nasjonale målesystemet. Det er viktig å presisere at helseforetakene var involvert i et enda større antall studier enn 497, men formålet med målingen er ikke å presentere statistikk for alle pågående kliniske behandlingsstudier, men for studier som har inkludert pasienter i 2019.

Helse Sør-Øst hadde en andel på 62 pst. av de totale forskningspoengene inkludert poeng for kliniske behandlingsstudier, etterfulgt av Helse Vest med 18,4 pst., Helse Midt-Norge med 11,6 pst. og Helse Nord med 7,6 pst. Nærmere beskrivelse av resultater fra helsemålingen for 2019 for de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

De regionale helseforetakene forbereder i 2020 at alle vitenskapelige publikasjoner som utgår fra forskningsmidler utlyst i de regionale helseforetakene fra og med 1. januar 2021 skal være åpent tilgjengelige.

I alle fire regionale helseforetak er det rapportert på ny indikator for kliniske behandlingsstudier i helseforetakene i 2019, det vises til omtale i del II, kap. 732 og omtale på regjeringens nettsider.

I alle fire regionale helseforetak er det rapportert på aktivitetsfaktoren i ny innovasjonsindikator. Resultatene indikerer økt oppmerksomhet på registrering og oppfølging av innovasjonsprosjekter lokalt. Tallene viser en økning i antall innovasjonsaktiviteter med fremdrift. Den andre faktoren som handler om nytte er pilotert ved fire universitetssykehus. Det tas sikte på at alle helseforetak rapporterer på nytte fra 2020.



Figur 5.1 Innovasjonsaktivitet og innovasjonspoeng, 2019

Første målepunkt for innovasjonsindikatoren aktivitet. Det er fasene 2-5 som utløser innovasjonspoeng. I alt 18 helseforetak har levert aktivitetstall i 2019, men ikke alle for hele året. Data fra Induct.

Helseforetak og private ideelle har rapportert 3 230 forskningsårsverk og samlede driftskostnader til forskning på vel 4,35 mrd. kroner i 2019. Beløpet inkluderer forskning finansiert over kap. 732 og av eksterne forskningskilder. Forskningskostnadene utgjorde i gjennomsnitt 2,9 pst. av rapporteringsenhetenes samlede driftskostnader til alle sykehusenes oppgaver. Økningen i forskningsaktiviteten følger aktivitetsveksten for øvrig.

For syvende år på rad har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport, Forskning og innovasjon til pasientens beste, Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2019. I rapporten presenteres et utvalg av prosjektene som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og nasjonale nøkkeltall for forskning og innovasjon legges frem. Kreftforskning er det fagområdet som ble tildelt mest forskningsmidler. Om lag 65 pst. av prosjektene i helseregionene oppgis å være kliniske studier, mens om lag 25 pst. er en klinisk behandlingsstudie. 16 pst. av prosjektene har benyttet ett eller flere kvalitetsregistre i sin forskning. Andelen prosjekter som rapporterer brukermedvirkning i forskning har økt hvert år siden 2014, andelen i 2019 var 75 pst.

De regionale helseforetakene tildelte etter utlysning i 2019 149 mill. kroner til ni store, nasjonale kliniske multisenterstudier gjennom Program for klinisk behandlingsforskning. Ett av disse har et forskningsformål som sammenfaller med innspill som har kommet gjennom systemet for Nye

metoder. De regionale helseforetakene har utredet hvordan identifiserte kunnskapsbehov i Nye metoder kan knyttes til Program for klinisk behandlingsforskning, herunder muligheter for samfinansiering med ideelle organisasjoner og stiftelser.

De regionale helseforetakene har i samarbeid med KS overtatt ansvaret for Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren (InnoMed). Se også omtale under kap. 781, post 21.

De regionale helseforetakene har i samarbeid med næringslivet utredet hvordan nasjonal infrastruktur for kliniske studier, NorCRIN kan kobles tettere til næringslivet gjennom en partnerskapsmodell. Rapporten oversendes departementet høsten 2020.

#### *Persontilpasset medisin*

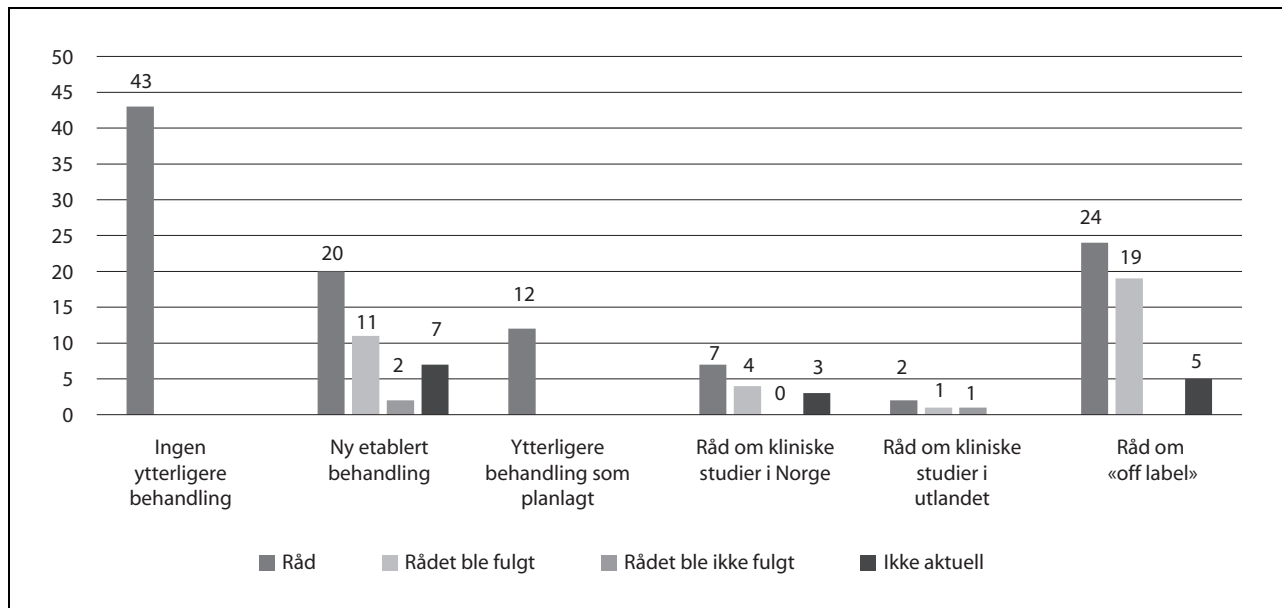
Det nasjonale kompetansenettverket for persontilpasset medisin er etablert. Arbeidet i de regionale nettverkene og i nasjonalt kompetansenettverk har kommet godt i gang.

Nettverket skal bidra til standardisering av prosedyrer og metoder, utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og oppbygging av regional kompetanse. Infrastruktur for persontilpasset medisin, herunder molekylære tester, genpaneler og biomarkører til bruk i forskning og klinisk praksis er under etablering i alle regioner.

### 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 udo-kumentert 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 2019 har Ekspertpanelet gitt råd i 108 saker. Gjennomsnittlig behandlingstid av sakene var ni dager. Det var en lik kjønnsfordeling og gjennomsnittsalder var 65 år. Hvilke råd som ble gitt og hvorvidt de ble fulgt følger av figuren under.



Figur 5.2 Fordeling av råd i saker Ekspertpanelet har vurdert, 2019

Kilde: Årsrapport Nasjonalt ekspertpanel

### Private ideelle

I statsbudsjettet for 2020 satt regjeringen seg som mål å doble de ideelles andel av den samlede helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene er i foretaksmøtet januar 2020 bedt om å følge opp måltallet innenfor rammene av anskaffelsesregelverket. Videre er de bedt om å videreutvikle sine strategier for å øke andelen ideelle, og vurdere mulighetene for å stille kvalitetskrav som bedre tar hensyn til leverandørenes særegenheter, inkludert bruk av frivillige og likemannsarbeid. De regionale helseforetakene rapporterer på dette oppdrag i årlig melding 2020 som kommer i mars 2021. De regionale helseforetakenes rapportering på bruk av private i 2019 viser en svak vekst i kjøp fra ideelle leverandører.

### 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 2019 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 2019 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som fulgte av Prop. 1 S (2018–2019), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2019, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig



utvikling over tid. Det ble også satt en ramme for bruk av driftskreditt.

Årsregnskapene for 2019 ble godkjent i felles foretaksmøter i juni 2020. Alle helseregioner oppnådde positive økonomiske resultater i 2019. Det ble i 2019 et samlet positivt resultat på 3 382 mill. kroner, som er 140 mill. kroner bedre enn i 2018. De positive resultatene må ses opp mot investeringsbehovene og -planene i årene framover og at foretakene tidligere har gått med underskudd.

Resultatet i 2019 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 139 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 94 mill. kroner. Slike nedskrivninger foretas når eiendeler har et varig verdifall, og denne type engangseffekter er ikke direkte knyttet til den ordinære driften av foretakene. Tatt hensyn til disse effektene er departementets vurderingsgrunnlag for resultatoppnåelse et positivt resultat på 3 337 mill. kroner, som er 248 mill. kroner bedre enn i 2018.

Tabell 5.5 Årsresultat 2017–2019 (mill. kroner)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Årsresultat 2017	1 016	577	307	383	2 283
Årsresultat 2018	1 768	668	602	205	3 242
Årsresultat 2019	2 009	662	530	181	3 382

Samlet sett har helseforetakene budsjettert med positive resultater på om lag 2 mrd. kroner i 2020. De budsjetterte resultatene må sees i sammenheng med de regionale helseforetakenes investeringsplaner og helseforetakenes behov for egenkapital ved investeringer. Det er for 2020 stilt krav

om at de regionale helseforetakene skal legge til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Videre skal de sikre en forsvarlig likviditetsstyring og håndtere driftskreditten innenfor vedtatte rammer.

Tabell 5.6 Budsjettert økonomisk resultat i 2020 (mill. kroner)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Budsjett 2020	1 058	444	262	236	2 000

For 2020 har driftssituasjonen for de regionale helseforetakene blitt endret som følge av virusutbruddet. Det vises til omtale under punkt 2.2.

#### 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 6,9 mrd. kroner i 2019, 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 2019 investerte helseforetakene for 11,5 mrd. kroner. Hensyntatt av- og ned-

skrivninger, samt salg og korrigeringer i balansen, innebar dette at den regnskapsmessige verdien på helseforetakenes driftsmidler samlet sett økte med 4 471 mill. kroner i 2019.

Tabell 5.7 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2019

	2003	2014	2018	2019	Endring 2018–19	Pst. endr. 2018–19	Pst. endr. 2014–19	Pst. endr. 2003–19
Helse Sør-Øst	36 913	45 097	45 272	46 843	1 572	3,5	3,9	26,9
Helse Vest	12 095	14 445	16 618	18 471	1 854	11,2	27,9	52,7
Helse Midt-Norge	9 001	14 094	13 226	13 670	444	3,4	-3,0	51,9
Helse Nord	8 578	10 371	15 430	16 032	602	3,9	50,2	86,9
Sum	66 587	84 306	90 545	95 017	4 471	4,9	12,7	42,7

Kilde: Helseforetakenes regnskaper 2018

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr til 66 mrd. kroner. I perioden 2014–2019 har den regnskapsmessige verdien av sykehusenes bygg og utstyr økt med 10,7 mrd. kroner, fra 84,3 mrd. kroner til 95 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 hatt en negativ utvikling 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.

#### Økonomiske langtidsplaner

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

De regionale helseforetakene forvalter betydelige beløp på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. Langsiktig planlegging og prioriteringer er en forutsetning for å sikre gode sykehus tjenester. De regionale helseforetakene legger gjennom sine langtidsplaner til rette for at helseforetakene kan nå målene for pasientbehandlingen. Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling innen medisinsk teknologi og forventningene til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg og utstyr, IKT og annen viktig infrastruktur, samt hvordan helseforetakene kan tilpasse tjenestene for å møte utfordringer innenfor de økonomiske rammene.

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

Tabell 5.8 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2021–2024 (mill. kroner)

	2021	2022	2023	2024	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	12 999	14 901	15 526	13 003	56 429
Øvrige bygningsmessige investeringer	2 121	2 105	3 963	2 234	10 423
Medisinskteknisk utstyr	1 561	1 604	1 324	1 506	5 995
IKT	3 003	2 803	2 787	2 751	11 344
Annet	536	574	517	508	2 136
<b>Sum totale investeringer</b>	<b>20 221</b>	<b>21 987</b>	<b>24 118</b>	<b>20 003</b>	<b>86 328</b>

Det inngår betydelige midler til medisinsk-teknisk-utstyr og IKT i prosjekter over 500 mill. kroner.

Helseforetakenes langtidsplaner viser at de planlegger investeringer for om lag 86 mrd. kroner i perioden 2021 til 2024. Planene forutsetter fortsatt effektivisering i helseforetakene, god økonomisk kontroll og forutsigbare rammebetingelser.

#### *Helse Sør-Øst*

I perioden 2021–2024 planlegger Helse Sør-Øst å investere for 48,4 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus
- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold
- nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus
- nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken
- nytt klinikkbygg og protonanlegg ved Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus
- første trinn i utvikling av nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus

I tillegg gjennomføres program for standardiserings- og IKT-infrastrukturmodernisering.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus
- utbygging ved Sykehuset Telemark, Skien, inkludert stråleterapi
- nytt bygg for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus
- videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)
- stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus

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. nytt akuttbbygg ved Sørlandet sykehus og videreutvikling av Oslo universitetssykehus, etappe 2.

Det er inngått avtale med Oslo kommune om utbygging av storbylegevakt på Aker, hvor Oslo universitetssykehus skal leie arealer. Driften av storbylegevakt vil bli videreført innenfor rammen av dagens samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune.

#### *Helse Vest*

I perioden 2021–2024 planlegger Helse Vest å investere for 18,2 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- byggetrinn 2 av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen
- oppgradering og modernisering ved Helse Førde
- oppgradering av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus
- nytt sykehus i Stavanger
- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna
- protonbygg ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging

- Slutføring av byggetrinn 1 ved Stavangerutbyggingen ved gjennomføring av E-bygget

I tillegg pågår det planarbeid knyttet til ombygging av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen og et byggetrinn til ved Helse Fonna.

#### *Helse Midt-Norge*

I perioden 2021–2024 planlegger Helse Midt-Norge å investere for 10,5 mrd. kroner, inklusiv investeringer i Helseplattformen.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal
- Helseplattformen

I tillegg pågår det planarbeid knyttet til senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital.

#### *Helse Nord*

I perioden 2021–2024 planlegger Helse Nord å investere for 8,4 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- ferdigstilling av nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø
- nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge
- nytt sykehus i Hammerfest ved Finnmarkssykehuset

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- utvikling av Helgelandssykehuset

I tillegg pågår det utredningsarbeid om etablering av psykiatribygg ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

## 6 Utviklingstrekk i omsorgstjenesten

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. Kommunene har over tid fått nye oppgaver, og samtidig har de hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper med behov for både fysisk, psykisk og sosial omsorg, støtte og bistand. Det ytes stadig mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene. Samtidig er det i kommunene en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester.

### 6.1 Brukere av helse- og omsorgstjenestene

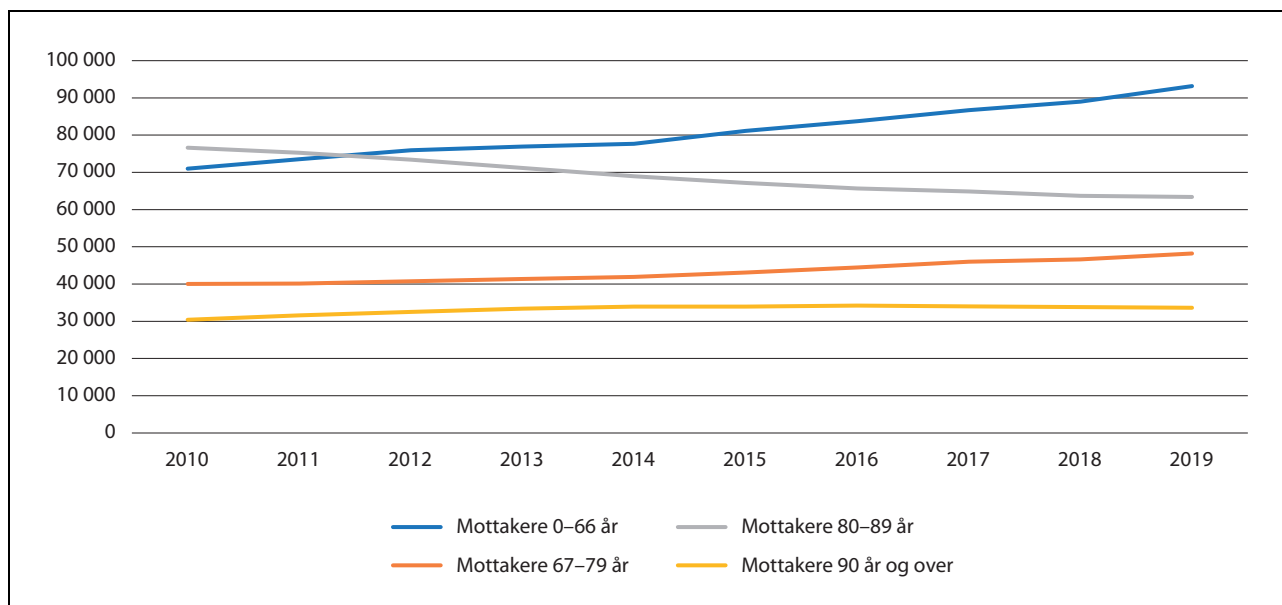
Datakilder som Kostra og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) gir detaljert informasjon om omsorgstjenestenes brukere og hvilke tjenester de får. Fra 2018 til 2019 viser tallene fra SSB at det blir 3,6 pst. flere brukere av helsetjenester i hjemmet målt per 31.12. Tallene viser også at det er flere som bor på institusjon. Veksten i institusjonsbruk knytter seg til tidsbegrensede opphold,

der økningen er på 8 pst. fra 2018. Når det gjelder bruken av langtidsopphold på institusjon fortsetter dette å gå noe ned, med en reduksjon på 0,4 pst. fra 2018 til 2019.

Av omsorgstjenestens mottakere per 31.12.2019<sup>3</sup> 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.

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.

<sup>3</sup> Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det ved rapporteringen for 2019 var flere forhold som sammen påvirket datakvaliteten. Dette gjør at særlig sumtall bør tolkes med forsiktighet. Årsakene er knyttet til kommunesammenslåing, endring i rapporteringskrav og feil knyttet til rapportering av velferdsteknologi.



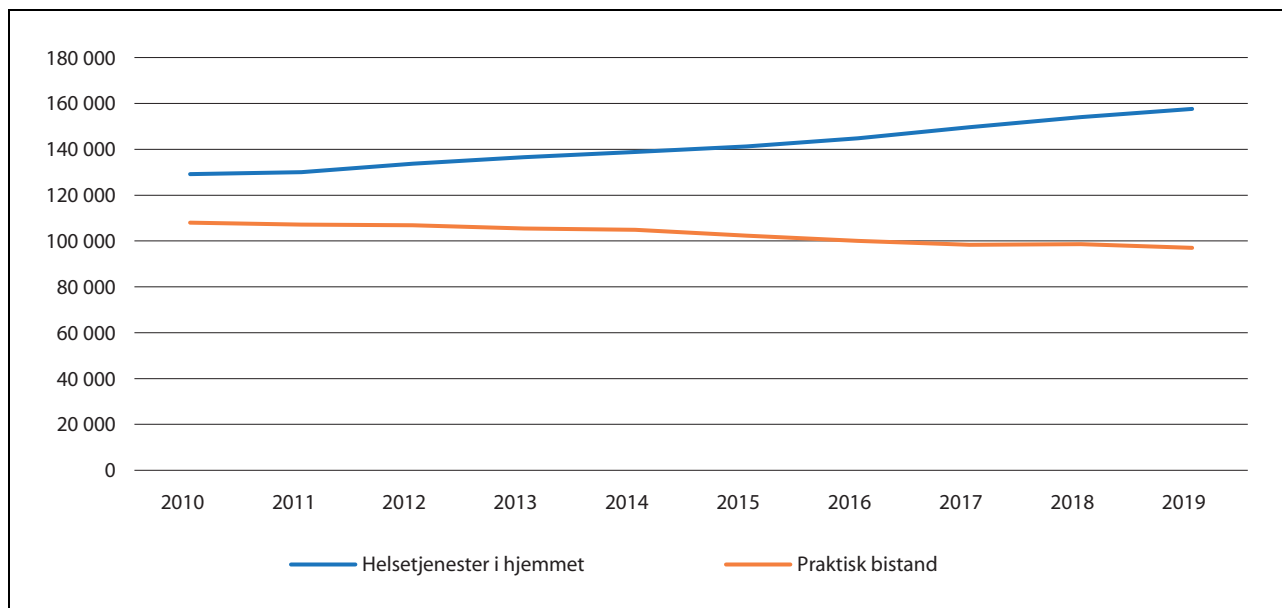
Figur 6.1 Beboere i helse- og omsorgsinstitusjoner og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 2010–2019

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De kommunale omsorgstjenestene har mottakere i alle aldre med ulike og varierte behov, både mht. boform og tjenestetilbud. Antall brukere og andelen som mottar helse- og omsorgstjenester øker med alderen. I aldersgruppen 80–89 år er halvparten brukere av kommunale omsorgstjenester gjennom året. I aldersgruppen 90 år og eldre mottar nær 90 pst. en eller flere tjenester. Ser man bort fra den aller yngste aldersgruppen (0–17 år) er kvinnene de største brukere av helse- og omsorgstjenester. Mer enn hver tredje mottaker av omsorgstjenester ved slutten av året er nå per-

soner 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.



Figur 6.2 Antall mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 2010–2019

Merknad: Personer som mottar begge tjenestene inngår i begge grafene.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

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 2019 var om lag 3 600 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 funksjons-

evne. Det har vært en økning i antall BPA-mottakere fra 2010 til 2019 på om lag 35 pst., økningen fra og med 2015 har vært på om lag 20 pst.

## 6.2 Personell

Det har i perioden 2010–2019 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale omsorgstjenestene. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene.

Tabell 6.1 Årsverk i omsorgstjenestene 2010–2019 (mill. kroner) 2010–2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Årsverk <sup>1</sup>	126 227	128 902	131 180	132 694	134 324	131 097	132 740	137 003	140 240	144 581

<sup>1</sup> SSB har tatt i bruk en ny metode som gir bedre informasjon om årsverk fra 2015, omtalt på [ssb.no](http://ssb.no). Derfor er det brudd i statistikken mellom 2014–2015.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Antall avtalte årsverk i omsorgstjenestene i 2019 var om lag 144 600. Det er en prosentvis økning fra 2018 på rundt 3 pst. Blant personell i omsorgstjenestene er andelen årsverk i brukerrettet tjeneste med helse- og sosialfaglig utdanning økt fra om lag 77,1 pst. i 2018 til om lag 77,5 pst. i 2019.

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.

### 6.3 Botilbud

Kommunene tilbyr plasser i institusjon eller plass i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud. Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift. I 2019 var det om lag 39 500 sykehjemsplasser. Standarden på institusjonsplassene fortsetter å øke. I 2019 var utgjorde enerommene 98,3 pst av alle rom.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2019 var om lag 24 600 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 31.12 har de siste 10 årene ligget stabilt rundt 28/29 pst. I 2019 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.

### 6.4 Kommunenes utgifter til omsorgstjenester

Tall fra Kostra (SSB) viser at kommunenes brutto driftsutgifter til omsorgstjenestene var om lag 128,5 mrd. kroner i 2019. 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 7,5 mrd. kroner i 2019. 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 2019.

Tabell 6.2 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mrd. kroner) 2010–2019

Brutto driftsutgifter	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Kommunene	303,7	321,5	343,2	363,2	379,2	389,1	410,0	434,3	454,8	478,0
Kommune- helsetjenester	11,3	12,2	13,0	13,9	15,0	15,5	16,8	17,8	19,4	21,0
Omsorgstjenester	78,6	83,2	90,2	94,5	100,9	101,8	107,4	112,7	121,1	128,5

Kilde: Statistisk sentralbyrå



## 7 Kompetanseløft 2025

### 7.1 Innledning

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. 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.

Regjeringen vil skape pasientens og brukernes helse- og omsorgstjeneste, der alle har likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester av god kvalitet. Regjeringen er opptatt av å redusere bruken av deltid, og at det etableres en heltidskultur i helse- og omsorgstjenesten. Gode helse- og omsorgstjenester skapes når pasienten og brukeren møter personell med høy faglig kompetanse og faglig bredde, når det er flest mulig ansatte i hele og faste stillinger og god kontinuitet i bemanningen, og når det er et godt samspill mellom pasienten/brukeren og personellet. Pasientens stemme skal bli hørt, både i møtet mellom pasient og behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

Kompetanseløftet 2025 er et virkemiddel i arbeidet med å utvikle en fremtidsrettet og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen vil bl.a. fremme kommunenes evne til omstilling og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, øke tilgjengelighet og kapasitet, styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten til spesielt brukere med omfattende behov, fremme god helse og livskvalitet og redusere sosiale forskjeller i helse.

Innbyggertallet i Norge stiger, vi blir flere eldre, og sykdomsbildet er i endring. Det er derfor behov for å videreutvikle og utvikle kompetanse og arbeidsmåter for å møte behovene, og å styrke bærekraften i tjenestene. En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste forutsetter at vi utnytter mulighetene som ligger i teknologi, tjenesteutvikling og kompetansen hos de ansatte og pasientene/brukerne, og at vi tar i bruk samfunnets ressurser på nye og bedre måter.

Kompetanseløft 2025 skal følge opp vedtatt politikk og nasjonale strategier. Av disse vil vi bl.a. nevne Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn, Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg, Opptappingsplan for rusfeltet 2016–2020, Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017–2022, Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse 2019–2024 og Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024 og Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 og strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023.

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 setter retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kompetanse er ett av hovedtemaene i meldingen, med særlig vekt på sykepleiere og helsefagarbeidere.

Kompetanseløft 2025 tar utgangspunkt i et utfordringsbilde der helse- og omsorgstjenestene er preget av knapphet på helse- og sosialfaglig personell, mangel på kompetanse- og kunnskapsgrunnlag, for lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling, svakheter i ledelsen og av planleggingen og organiseringen av tjenestene. Utfordringsbildet byr samtidig på muligheter for en utvikling som vil kunne bidra til måloppnåelsen av Kompetanseløft 2025.

Kompetanseløft 2025 bygger på de gode erfaringene med Kompetanseløft 2020. Til forskjell fra Kompetanseløft 2020 utvides Kompetanseløft 2025 til også å omfatte den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, som fra tidligere har en rekke kompetansetiltak rettet mot tannhelsepersonell. Kompetanseløft i tannhelsetjenesten har vært gjennomført som et ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidens tannhelsetjenester.

Kompetanseløft 2025 består av følgende fire strategiske områder med en rekke tiltak: rekruttere, beholde og utvikle personell; brukermidvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid; kommunal sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena; og ledelse, samhandling og planlegging. Tiltakene under hvert område vil videreutvikles i kompetanseløftets planperiode.

Kompetanseløftet 2025 skal gi retning for strategisk kompetanseplanlegging regionalt og lokalt. For å nå målet for Kompetanseløftet 2025 må en lang rekke aktører samarbeide. Kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester skal være utøvende kompetanseorganisasjoner, som skal utvikles til å møte nye oppgaver og framtidens utfordringer. Det er derfor ønskelig at strategiene i Kompetanseløftet 2025 innarbeides i fylkeskommunale og kommunale kompetanseplaner.

## 7.2 Status og utviklingstrekk

### 7.2.1 Pasientenes, brukernes og pårørendes behov

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene dekker hele livsløpet og har brukere og pasienter i alle aldersgrupper, med svært ulike behov og utfordringer. Pasientenes og brukernes behov er i endring både i omfang og innhold. Framtidens brukere vil utgjøre en mer differensiert gruppe med ulike og mer sammensatte behov. De yngste og eldste mottakerne av omsorgstjenester er de som oftest har omfattende bistandsbehov, og det er også disse gruppene som vokser mest og vil vokse mest i omfang årene fremover. I tillegg er bruker- og pasientrollen i endring med sterkere vekt på brukerorientering og helsekompetanse i befolkningen.

Pårørende er en viktig gruppe i arbeidet med å styrke brukerorienteringen. De er en viktig deltaker i pasientens helsetjeneste. For pårørende innebærer pasientens helsetjeneste å være verdsett, bli lyttet til og være en del av arbeidslaget, så langt pasienten selv ønsker og aksepterer det. Med dette menes at pårørende kan være sentrale bidragsytere og støttespillere for sine familiemedlemmer eller andre nære ved at de kjenner den enkelte og deres behov

Nesten alle nye ressurser som er satt inn i omsorgstjenestene de siste 20 årene har gått til å dekke tjenestebehov til det voksende antallet yngre brukergrupper. Nær fire av ti mottakere av

pleie- og omsorgstjenester er nå under pensjonsalder. Dette er en vekst om ser ut til å vedvare i årene fremover og skyldes bl.a. at flere i dag overlever alvorlige skader eller sykdommer. Mange av disse tilstandene inngår i begrepet «hjernehelse», som er nærmere omtalt i Nasjonal hjernehelsetrategi (2018–2024). Den største gruppen er mennesker som har sammensatte somatiske lidelser, særlig nevrologiske tilstander som MS, hjerne slag, hode- og ryggskader. Deretter følger mennesker med psykiske lidelser, mennesker med utviklingshemming og personer med rusproblemer. Det er derfor behov for et mangfold av tjenestetilbud og faglige tilnærminger.

Norge står på terskelen til en periode med en sterk vekst i antall eldre i befolkningen. Denne veksten vil ramme ulikt mellom kommuner og regioner, og mange kommuner opplever veksten allerede i dag. Samtidig pågår det en økende flyttestrøm mot byene, særlig blant unge voksne. Som en konsekvens av lave fødselstall og manglende innflytting fra andre kommuner eller fra utlandet, vil derfor aldringen bli sterkest og skje raskest i distriktene.

De yngste og eldste mottakerne av omsorgstjenester er de som oftest har omfattende bistandsbehov, og det er også disse gruppene som vokser mest og vil vokse mest i omfang årene fremover.

### 7.2.2 Tjenestene

Kommunene har ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige tjenester som møter den enkeltes behov. Helse- og omsorgstjenestelovens § 3–2 definerer hva kommunen skal tilby, bl.a. allmennlegetjenester, ulike former for hjemmetjenester, opphold i sykehjem og andre typer institusjoner, tilbud om avlastningstiltak og støttekontakt, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, offentlig fysioterapitjeneste, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, rusomsorg og psykisk helsearbeid. Den offentlige tannhelsetjeneste ytes av fylkeskommunene.

Tannhelsetjenesteloven § 1–3 viser til at den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, samt hvilke grupper de skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til. Disse er, barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Samt andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. I tillegg gis

det stønad til tannbehandling for innsatte i fengsel og rusavhengige i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer.

Det har over flere år pågått en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebasert behandling. Tjenestetilbudet har endret karakter ved å legge større vekt på helsetjenester framfor sosiale forhold og praktisk hjelp i hverdagen. Økt vekt på hjemmerehabilitering og tidlig innsats bidrar til å opprettholde og styrke brukeres egenmestring, slik at de kan bli boende hjemme lengre.

Pasienter skrives ut fra sykehus tidligere enn før eller gis spesialisthelsetjenester uten sykehusinnleggelse, som i økende grad medfører at oppfølging og behandling fortsetter i hjemmet. Økt bruk av e-konsultasjon og måling av egen helse i allmennlegetjenesten bidrar til å redusere pasientbesøk på legekantorene. Fremtidig bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene vil understøtte denne utviklingen.

Flere oppgaver enn tidligere blir nå løst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen skjønner særlig fart under samhandlingsreformen med raskere utskrivning av pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Dette har ført til både flere oppgaver og mer avansert behandling i de kommunale tjenestene. Fastlegene har opplevd en sterkt økende arbeidsbelastning til tross for kortere listelengder.

### 7.2.3 Personell og kompetanse

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har hatt en betydelig årsverksvekst de siste årene, og

framskrivninger viser at årsverksbehovet vil øke i årene fremover. Samtidig preges tjenestene av høyt sykefravær, høy turnover, høy avgang, høyt omfang av deltidsstillinger og høy vikarbruk. Samlet legger dette et stort press på kommunene i deres arbeid med å sikre tjenestene tilstrekkelig og kompetent bemanning. En reduksjon i sykefraværet, turnover og avgang og ikke minst i omfanget av deltid, vil kunne redusere rekrutteringsbehovet og stabilisere personellet i tjenestene. Dette må i tillegg suppleres med å finne andre måter å jobbe på, nye løsninger, legge til rette for rekruttering og omskolering av voksne mv. Dette drøftes nærmere i omtalen av utfordringsbildet og strategiområdene nedenfor.

#### 7.2.3.1 Årsverk

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde fra utgangen av 2015 til utgangen av 2019 en årsverksvekst på om lag 11,3 pst., som utgjør om lag 16 800 årsverk. Veksten var størst blant personell med høyere helse- og sosialfaglig utdanning, med en vekst på om lag 17,9 pst. Blant disse har veksten vært særskilt høy blant sykepleiere med og uten spesialisering, med en samlet vekst på 14 pst. og i overkant av 5 000 årsverk i perioden. For personell med helse- og sosialfag fra videregående opplæring var veksten godt under snittet, med en vekst på om lag 8,6 pst. Særlig har det blant helsefagarbeidere vært en lav vekst, med en vekst på 7,2 pst. og om lag 3400 årsverk i perioden.

Tabell 7.1 Avtalte årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2015–2019

Utdanningsnivå	Utdanningsgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2015–2019
Helse- og sosialfag videregående opplæring	Aktivitør	1229	1191	1162	1069	993	- 19,2 %
	Barne- og ungdomsarbeider	1051	1128	1260	1333	1475	+ 40,3 %
	Helsesekretær	2573	2582	2640	2651	2645	+ 2,8 %
	Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	46333	47076	48145	48355	49688	+ 7,2 %
	Andre med helseutdanning på vg. nivå uten autorisasjon	3337	3374	3584	4036	4400	+ 31,9 %
Helse- og sosialfag høyere utdanning	Barnevernspedagog	915	946	969	1071	1185	+ 29,6 %
	Ergoterapeut	1944	2044	2214	2338	2438	+ 25,4 %
	Fysioterapeuter	4690	4806	4966	5039	5115	+ 9,1 %
	Leger	5457	5585	5823	5963	6094	+ 11,7 %
	Miljøterapeuter og pedagoger	3984	4205	4433	4857	5220	+ 31,0 %
	Psykisk miljøarbeid	168	168	180	186	176	+ 4,6 %
	Sosionom	1381	1446	1597	1733	1919	+ 38,9 %
	Vernepleier	7921	8259	8683	9058	9416	+ 18,9 %
	Sykepleiere med bachelorgrad	25812	26654	27725	28273	29006	+ 12,4 %
	Sykepleiere med videreutdanning, herav:	10154	10644	11184	11629	11997	+ 18,2 %
	- geriatrik sykepleier	1814	1857	1934	1969	1977	+ 9,0 %
	- helsesøster	2660	2777	2904	3025	3125	+ 17,5 %
	- jordmor	372	421	462	520	565	+ 51,9 %
	- psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	2227	2266	2358	2407	2455	+ 10,2 %
	- sykepleier med annen spes./videreutdanning	3080	3323	3526	3708	3875	+ 25,8 %
Andre med helseutdanning på høgskolenivå uten autorisasjon	2442	2450	2649	2971	3139	+ 28,5 %	
Helseutdanning på ukjent nivå	Helseutdanning på ukjent nivå uten autorisasjon	853	917	923	1023	1096	+ 28,5 %

Tabell 7.1 Avtalte årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2015–2019

Utdanningsnivå	Utdanningsgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2015–2019
Uten helse- og sosialfag	Andre i brukerrettede tjenester med annen vg. utd.	11647	11999	12778	13206	13866	+ 19,1 %
	Andre i brukerrettede tjenester uten vg. utd.	17920	17333	17358	17758	17797	- 0,7 %
	Uspesifisert, annet	2671	2572	2570	2804	2573	- 3,6 %
Service og administrasjon	Servicefunksjoner	4332	4475	4480	4515	4495	+ 3,8 %
	Administrativt personell	1918	1898	1845	1896	1856	- 3,2 %
<b>Totalt</b>		<b>158730</b>	<b>161752</b>	<b>167166</b>	<b>171765</b>	<b>176589</b>	<b>+11,3 %</b>

Merknader: Inkluderer ikke psykologer. Gjennom tilskuddsordningen til rekrutteringen av psykologer ble det i 2019 registrert 615 psykologstillinger fordelt på 381 kommuner i 2019. Inkluderer flere utdanninger som ikke er spesifisert i tabellen. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser bl.a. at det i 2019 var 58 sysselsatt personer utdannet som klinisk ernæringsfysiolog i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 7.2 Avtalte årsverk i fylkeskommunal tannhelsetjeneste 2015–2019

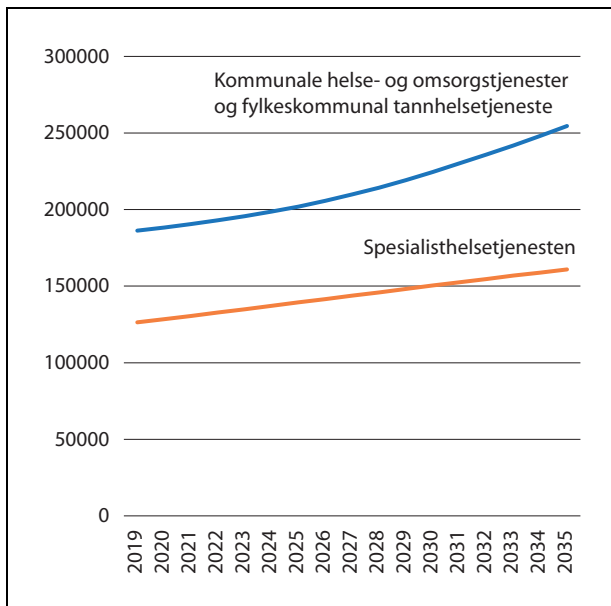
Utdanningsgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2015–2019
Tannlegespesialist	67	73	77	73	85	+ 26,9 %
Tannleger uten spesialitet	1266	1278	1279	1285	1285	+ 1,5 %
Tannpleier	512	520	535	537	554	+ 8,2 %
Tannhelsesekretær	1451	1479	1503	1490	1539	+ 6,1 %
Annet personell med helseutdanning/yrke	67	64	66	75	79	+ 17,9 %
Administrativt personell	42	40	35	32	24	- 42,9 %
Annet personell med service-funksjoner	38	36	32	29	30	- 21,1 %
Annet uspesifisert personell	45	43	52	48	50	+ 11,1 %
<b>Totalt</b>	<b>3486</b>	<b>3533</b>	<b>3579</b>	<b>3569</b>	<b>3646</b>	

Merknader: Flere tannlegespesialiteter er ikke registrert i SSBs data over offentlig sektor, bl.a. kjeveortopedier, pedodontister mv.

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2020

Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå av etterspørselen etter personell i helse- og omsorgstjenesten viser at årsverksveksten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkes-

kommunale tannhelsetjenesten vil kunne være i overkant av 70 000 årsverk frem til 2035. Hele 60 000 av disse årsverkene er i omsorgstjenesten.



Figur 7.1 Framskrivning av etterspørselen etter årsverk i helse- og omsorgstjenesten frem til 2035

Merknad: Framskrivningsbanen er basert på middelalternativet i befolkningsframskrivningene 2018, 0,5 pst. årlig økning i produktivitet, 1 pst. årlig økning i standard (årsverk per bruker), samt konstant familieomsorg. Dette er de samme forutsetninger som lå til grunn for årsverksframskrivningene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det vil alltid være betydelig usikkerhet knyttet til slike tallmessige framskrivninger. Framskrivningene er derfor ikke ment som forsøk på å forutsi framtida, men som illustrasjoner til debatten om hva slags framtid vi ønsker.

### 7.2.3.2 Omfang av deltid og vikarbruk

Kun om lag 32,1 pst. av de sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med kommunal ansettelse hadde avtalt en stillingsprosent på 100 pst. eller mer i 2019. Dette var en økning på 1,8 prosentpoeng fra 2018. 15,6 pst. hadde avtalt en stillingsprosent på mellom 80-99, mens 26,9 pst. hadde avtalt en stillingsprosent på mindre enn 50 pst. Det er særlig omsorgstjenestene som preges av høy deltidsbruk, der kun 30 pst. av de sysselsatte hadde avtalt en stillingsprosent på 100 pst. eller mer.

Gjennomsnittlig avtalt stillingsprosent har økt fra 69,9 pst. ved utgangen av 2015 til 73,2 pst. ved utgangen av 2019. Det er særlig personell uten helse- og sosialfaglig utdanning som har lave stillingsbrøker med en gjennomsnittlig avtalt stillingsprosent på i overkant av 50 pst. Helsepersonell med høyere utdanning har de høyeste avtalte

stillingsprosentene med gjennomsnitt på rundt 90 pst. Helsefagarbeidere har en gjennomsnittlig avtalt stillingsprosent på i underkant av 80 pst.

Ifølge Statistisk sentralbyrå foreligger det i dag ingen sikre tall på omfanget av vikarbruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flere forhold tyder på at omfanget er høyt.

### 7.2.3.3 Sykefravær, turnover og avgang

Sykefraværet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har holdt seg stabilt på i overkant av 11 pst. over flere år, tilsvarende om lag 18 000 årsverk. Høyest er sykefraværet blant helse fagarbeidere og sykepleiere, med hhv. 12,8 pst. og 12,7 pst. sykefravær. Med så høyt sykefravær som det er i dagens situasjon går svært mange ressurser og mye kompetanse tapt.

Det vil bli stort behov for å rekruttere helsefagarbeidere om få år. Gjennomsnittsalderen for helsefagarbeidere er betydelig eldre enn andre faggrupper, der andelen 55 år eller mer er nærmere 35 pst. Andelen sykepleiere og ufaglærte som er 55 år eller mer fra 2016 til 2018 er om lag 22 pst.

Det var totalt 14,9 pst. turnover blant ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2019, med turnover i betydningen de som slutter i kommunen, som er en økning fra 12,7 pst. i 2011. Andelen personell som avslutter sitt arbeidsforhold i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er relativt stabil i perioden 2009 til og med 2019.

### 7.2.3.4 Lederkompetanse

Tall fra KS viser at det er om lag 11 200 ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Av disse er om lag 3200 i institusjonsbaserte tjenester, 4200 i hjemmebaserte tjenester og 3700 i helsetjenester. En undersøkelse fra NORCE i 2020 på oppdrag fra KS viser at helse- og omsorgstjenestene skiller seg ut fra resten av kommunen med stort lederspenn (antall ansatte en leder har lederansvar for). Større lederspenn betyr at lederens oppgavevolum øker, og dette gjelder særlig oppgavene knyttet til administrative og formelle krav. Undersøkelsen viser bl.a. at i alders- og sykehjem er medianen 93 ansatte per leder, men at det forekommer virksomheter med 274 ansatte per leder. Tilsvarende er medianen for hjemmetjenesten 59 ansatte per leder, men at det forekommer virksomheter med inntil 315 ansatte per leder. Rapporten peker også i retning av at jo større lederspennet er, jo høyere er sannsynligheten for mange fraværsdager og for å slutte i

virksomheten. Det er derfor behov for større ledertetthet, økte stillingsbrøker og økt kompetansebygging.

### 7.2.4 Kommunenes håndtering av covid-19

Det er for tidlig å si hvilke langvarige konsekvenser håndteringen av covid-19 i kommunene vil ha med hensyn til kompetanse- og personellbehov. Det er både kapasitets- og kompetansemessig krevende for tjenestene å ivareta smittevern, beredskap og covid 19-pasienter, når de samtidig skal levere gode tjenester til øvrige pasienter og brukere. Behovet for reservepersonell vil ofte løses lokalt i kommunene, bl.a. gjennom å øke stillingsbrøkene til egne ansatte. Helsedirektoratet har i tillegg etablert en nasjonal løsning for reservepersonell som kommunene kan benytte i sitt rekrutteringsarbeid.

## 7.3 Evalueringer og erfaringer fra Kompetanseløft 2020

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 og innhentet innspill fra Helsedirektoratet og partene i arbeidslivet.

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.

### 7.3.1 Kompetansehevende tiltak

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 5 000 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 i de første fire årene av planperioden. De statlig initierte opplæringstilbudene som ABC-ene (Eldreomsorgens ABC, Demensomsorgens ABC mfl.), benyttes aktivt av de aller fleste kommunene, særlig i internopplæringen. Samlet har dette bidratt til å tilføre tjenestene betydelig kompetanse. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i perioden 2016–2019 var en vekst på om lag 14 700 årsverk helse- og sosialutdannet personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, av en samlet vekst på om lag 16 800 årsverk.

Det fremgår av følgeevalueringen at støtte til formalutdanninger (grunn- og videreutdanninger) oppgis å være det klart viktigste tiltaket i Kompetanseløft 2020, og at opplæring som ikke er kompetansegivende bør finansieres av f.eks. eksempel kommunene selv, med unntak av de statlig initierte opplæringstilbudene.

Samlet sett er det flere forhold som tyder på at det særlig er små distriktskommuner som har de største utfordringene med å håndtere personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Kompetanseløft 2020 synes ikke å treffe like godt blant små kommuner som blant større kommuner. Prioriteringene som settes for enkelte av tilskuddsordningene møter ikke behovene i små kommuner, og tilbakemeldingen er at kommunene burde få større rom til å prioritere ut fra egne behov. Videre fremgår det at små kommuner og kommuner som ligger langt fra utdanningsinstitusjoner ville ha hatt større nytte av tilskuddene dersom tilskuddene hadde dekket en større del av utgiftene.

### 7.3.2 Rekrutteringstiltak

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. I tillegg tilsier erfaringer fra Kompetanseløft 2020 og foregående handlingsplaner at tiltak knyttet til ledelse, fagmiljø og kompetanseheving indirekte har stor positiv innvirkning på rekrutteringen til tjenestene.

### 7.3.3 Tjenesteutvikling

Det prøves ut flere arbeidsformer for mer teambaserte tjenester. Oppfølgingsteam startet i 2018 og innebærer en mer strukturert, tverrfaglig

oppfølging av brukere med store og sammensatte behov. Den treårige piloten for primærhelseteam ble påbegynt i 2018, og målgruppen er alle innbyggere på fastlegenes lister, med særlig fokus på å sikre bedre oppfølging av brukere med kroniske sykdommer og sammensatte behov. Det vises til nærmere omtale av pilotene i kap. 762.

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 prehospitaltjenestene. Akuttmedisinforordningen er gjennomgått og kravet til bakvakt er endret.

### 7.3.4 Fag- og kunnskapsutvikling

Gjensidig veiledningsplikt mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten ble innført fra 1. januar 2018, og kommunene er i jevnlig dialog med både sykehus og fylkesmennene 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.

### 7.3.5 Ledelse

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. Samlet har om lag 840 ledere gjennomført lederutdanningen frem til nå. Det er imidlertid fortsatt en betydelig andel av ledere uten formell lederutdanning. En kartlegging av lederkompetansen i 2020 tyder på at om lag 50 pst. av lederne i den kommunale helse- og omsorgstjeneste og om lag 20 pst. av lederne i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ikke hadde en formell lederutdanning med over 30 studiepoeng.

## 7.4 Utfordringsbilde

Selv om det er oppnådd mye gjennom Kompetanseløft 2020, står de kommunale helse- og omsorgstjenestene fortsatt overfor betydelige utfordringer i årene fremover med å sikre en bærekraftig og god helse- og omsorgstjenestene med tilstrekkelig og kompetent personell for å møte brukernes behov for tjenester.

Personellet utgjør den grunnleggende ressursen i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, og kvaliteten på tjenestene påvirkes av endringer i personellens kunnskap, forståelse, ferdigheter, holdninger og verdier.

Helse- og omsorgssektoren har behov for et styrket kunnskapsgrunnlag. Det er behov for kunnskap både om tjenesteinnhold og tjenestekvalitet, organisering, ledelse og styring av tjenestene, effekter av arbeidsformer og faglige tilnærminger, samt samspill med brukere og andre omsorgsressurser. Det er også behov for kunnskap om status og utvikling av den frivillige og uformelle omsorgen.

Det er også store bærekraftutfordringer. De samlede ressursene i hele samfunnet må utnyttes bedre. Fremtidens tjenester må derfor ha nødvendig fleksibilitet og omstillingsevne. Dette stiller store krav til innovasjon og endring i tjenestene i årene fremover.

Selv om mange kommuner jobber godt med disse utfordringene, er det avgjørende med et fortsatt statlig engasjement for å bistå kommunene. Mange kommuner trenger veiledning og støtte. Mange utfordringer kan heller ikke løses av kommunene alene, men må løses i samarbeid med regionale og nasjonale aktører. Noen utfordringer kan bare løses nasjonalt.

Kompetanseløft 2025 tar utgangspunkt i følgende fire hovedutfordringer:

- Knapphet på helse- og sosialfaglig personell.
- Mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag.
- For lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling.
- Svakheter i ledelsen, planleggingen og organiseringen av tjenestene.

### 7.4.1 Knapphet på helse- og sosialfaglig personell

Mange kommuner sliter med å rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten. I Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen fra 2016, opplyser nær halvparten av kommunene at de ikke har nok sykepleiere. NAV estimerte i 2019 en mangel på 4500 sykepleiere, 1100 spesialsykepleiere og 2650 helsefagarbeidere i helse- og omsorgstjenesten som helhet. KS' arbeidsgivermonitor for 2019 viser at det er særlig krevende å rekruttere sykepleiere, men også leger, psykologer og vernepleiere.



Årsakene er flere og sammensatte; mangel på heltidsstillinger, små eller manglende fagmiljøer, begrensede muligheter for fagutvikling, høyt arbeidspress og dårlig omdømme. Undersøkelser viser at kun 2 av 10 nyutdannede sykepleiere hadde jobb i sykehjem eller hjemmetjeneste som førstevalg etter endte studier. Evalueringen av fastlegeordningen viser at det har blitt vanskeligere å rekruttere nye leger inn i ordningen. Samtidig slutter flere fastleger enn før.

Utfordringene med å sikre tilstrekkelig personell må også ses i sammenheng med utdanningskapasitet og mulighet for veiledning/praksis i kommunene, et høyt omfang av deltidsstillinger, høyt sykefravær, høy turnover.

Disse utfordringene må bl.a. møtes med tiltak som bidrar til å rekruttere, beholde og utvikle personell omtalt i kap. 7.6, og med tiltak som bidrar til å forbedre ledelsen, samhandlingen og planleggingen i tjenestene omtalt i kap. 7.9.

#### 7.4.1.1 Begrenset tilgang på personell

Statistisk sentralbyrå har laget framskrivninger over tilbud og etterspørsel etter helsepersonell som bl.a. viser at det i hele helse- og omsorgssektoren vil kunne mangle om lag 28 000 sykepleierårsverk, om lag 18 000 helsefagarbeiderårsverk og om lag 4 900 vernepleierårsverk fram mot 2035.

Rekrutteringen av voksne for å utdanne seg til å bli helsefagarbeidere ble redusert etter omleggingen fra den skolebasert hjelpepleierutdanningen til den yrkesfaglige helsefagarbeiderutdanningen. Selv om tilgangen på helsefagarbeidere har økt betydelig siden 2010, har den ikke nådd tilsvarende nivå som før omleggingen og klarer i tillegg ikke å kompensere for frafallet ved pensjonsalder blant helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Mindre kommuner har særlige utfordringer med å legge til rette for at ansatte kan ta utdanning. Denne utfordringen forsterkes ved at færre studenter enn tidligere følger desentralisert undervisning. Siden 2010 har det vært en økning i antallet som følger nettbasert undervisning, mens antallet studenter som følger desentral undervisning har gått ned. Dette gir følger for små kommuner med lang avstand til høgskoler og universiteter. Undersøkelser viser at desentraliserte utdanningstilbud styrker rekrutteringen av kvalifisert personell, og de blir værende i kommunene.

Det er behov for å heve kvaliteten og øke omfanget av praksis i kommunene for en rekke helse- og sosialfaglige utdanninger. I dag gjen-

nomføres om lag 2/3 av alle praksisstudier i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke lenger i samsvar med hvordan arbeidsoppgaver fordeler seg mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak. Positive erfaringer fra praksisperioder kan være rekrutterende med tanke på framtidig arbeidsforhold.

#### 7.4.1.2 Høy andel deltid

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten preges fortsatt av et høyt omfang av deltidsstillinger, noe som påvirker både brukernes opplevelser negativt og gir kommunene som arbeidsgiver flere utfordringer. Informasjonsflyt og brukermedvirkning blir særlig utfordrende, og påvirker tjenestekvaliteten og pasientsikkerheten.

Deltid kombinert med turnus gjør det vanskelig for ansatte å ha en annen deltidsjobb for å sikre tilstrekkelig lønnsgrunnlag. Videre gjør mange små stillingsprosenter det vanskelig å rekruttere kvalifisert arbeidskraft, og tilbud om kun deltidsstillinger har negativ innvirkning på ungdoms utdanningsvalg.

Deltidsarbeid er en stor arbeidsgiverutfordring. Ledere med personalansvar for mange deltidsansatte opplever utfordringer i oppfølging av sykefravær, ivaretagelse av ansatte, etablering og utvikling av fagmiljøer og kompetanseutvikling i tjenesten. Ansvar for å ivareta kontinuitet i pasientarbeidet blir stort for de få som jobber i hele stillinger.

#### 7.4.1.3 Høyt sykefravær, høy turnover og avgang

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er preget av et høyt sykefravær, høy turnover og høy avgang. Dette medfører både at betydelige deler av personellet må erstattes av vikarer, og at behovet for å rekruttere og beholde personell er høyt. Høy turnover i helse- og omsorgsykker er generelt sett assosiert med lav arbeidsglede og manglende jobbengasjement. Høyt sykefravær og høy turnover har videre betydning for mottakerens opplevelse av tjenestens kvalitet og kontinuiteten i bemanningen. Sykefravær påvirkes bl.a. av ansattes arbeidsmiljø og arbeidsbelastning, herunder turnusarbeid. Det er en sammenheng mellom høyt omfang av deltid og høyt sykefravær.

### 7.4.2 Mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag

Det ytes stadig mer avansert medisinsk behandling i de kommunale tjenestene, og flere pasienter

og brukere har sammensatte behov. Beslutninger skal i større grad tas sammen med brukere, og ny teknologi skal tas i bruk i oppgaveløsningen. Utviklingen stiller større og endrede krav til kompetanse og samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede pasient- og brukerbehov. Mange brukere har behov for flere tjenester både innad i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten – samtidig og over lang tid. Dette endrer kompetansebehovet og stiller krav til kunnskapsgrunnlaget i tjenestene.

#### 7.4.2.1 Endrede kompetansebehov

Det er behov for personell med både høyere, bredere og annen kompetanse enn i dag. Videre er det et stort behov for opplæring av personell uten fagutdanning, rekruttering til yrkesutdanning i helse- og sosialfag og etter- og videreutdanning.

Dette handler både om at noen utdanninger ikke gir tilstrekkelig kompetanse på nødvendige områder, og at personell ikke har tilstrekkelig kompetanse til å møte pasientenes, brukernes og pårørendes behov. Dette må ses i sammenheng med mangel på kompetanseplanlegging, knapphet på personell og mangelfull systematisk regional dialog mellom tjenestene og utdanningssektoren. I tråd med at helse- og omsorgstjenestene digitaliseres er det behov for kompetanse innen IKT, anskaffelse og kjøp av nødvendig utstyr i tjenesten.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det vil bli flere eldre med innvandrerbakgrunn framover, særlig i områdene rundt de store byene. Helse- og omsorgstjenestene må tilrettelegges på en måte som sikrer at disse brukerne får gode og tilstrekkelige tjenester. Den endrede sammensetningen av brukeres kulturelle og religiøse bakgrunn vil få en betydning for utforming av tjenestene, og stille større krav til individuell tilrettelegging. Det er et stort kompetansebehov blant helse- og omsorgspersonell om innvandrergruppers helse, sykdomsforståelse, risikofaktorer og om sammenhengen mellom migrasjon og helse. Det er også for lite kunnskap om hvilke barrierer innvandrere opplever når det gjelder tilgang til tjenester. Kvalifiserte tolker brukes i liten grad, og det er mangelfulle rutiner for, og kunnskap om, bestilling, bruk og oppfølging av tolkene.

#### 7.4.2.2 Kunnskapsgrunnlag

Det er behov for økt forskningsinnsats i og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette er

det bl.a. blitt redegjort for av Kommunenes strategiske forskningsorgan i sin sluttrapport til Helse-Omsorg21-rådet. Det er etablert få strukturer for kunnskapssystem for kommunene både når det gjelder å utvikle, formidle og ta i bruk kunnskap, og vi har lite systematisk kunnskap om kommunenes interne ressursbruk, kompetanse og kapasitet for initiering og deltakelse i forskningsprosjekter. Mye av kunnskapsutviklingen er initiert av andre enn kommunal sektor og uten tilstrekkelig involvering fra kommunene. Samlet fremgår det av følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020 at små kommuner synes å ha de største utfordringene med fag- og kunnskapsutviklingen.

Nye oppgaver, nye medisinske og teknologiske muligheter og økende behov for helse- og omsorgstjenester, omstillingsbehov og strammere budsjetter i kommunene, vil kreve forskning bl.a. for å sikre at prioriteringer kan skje kunnskapsbasert og innenfor rammene av faglig forsvarlighet. Både helsepersonell, administrativ ledelse og politikere trenger et bedre kunnskapsgrunnlag for utviklingen av de viktige oppgavene som skjer i kommunene. Det er stort behov for grunnleggende data fra tjenestene.

#### 7.4.3 For lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling

##### 7.4.3.1 Brukermedvirkning

Det er fortsatt slik at for mange beslutninger innen helse- og omsorgstjenesten tas uten at pasienten har fått anledning til å ha innflytelse. Dette gjelder alt fra beslutninger om tjenestenes utforming og innretning, til de pasientnære beslutningene som direkte berører den enkeltes liv. Erfaringene fra Kompetanseløft 2020 er at tjenestene er blitt mer brukerorientert, men at brukermiljøene blir involvert i planarbeid på et sent tidspunkt i prosessene, slik at påvirkningsmuligheten er liten.

En ny brukerrolle, der brukeren deltar i beslutninger og følger opp, krever at brukerne får tilstrekkelig informasjon, veiledning og opplæring og anledning til å erverve seg god helsekompetanse. Kommunene har i liten grad etablert slike tilbud. Mange kommuner har etter hvert etablert frisklivstilbud, men få kommuner har etablert opplæringstilbud for de store brukergruppene med kronisk sykdom. I tillegg krever en ny brukerrolle ofte også en mer personsentrert tilnærming i tjenestene, med endringer i personellens holdninger, arbeidsformer og faglige metoder.

#### 7.4.3.2 *Tverrfaglighet, samarbeid og samhandling*

Utviklingen stiller større krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Mange brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en tverrfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet.

Som eksempel har mange brukere av hjemmetjenester mer krevende tilstander enn tidligere. De har derfor behov for både mer helsetjenester og mer avanserte helsetjenester enn før. De har behov for mer legetjenester, tannhelse-tjenester, fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie. I tillegg til dette kommer også behovet for hverdags- og livsmestring knyttet til det å forebygge sosiale og psykiske helse- og livsutfordringer. Dette utfordrer det etablerte skillet mellom helse- og omsorgstjenester innad i kommunene og inn mot tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Disse tjenestene må utvikle sine samarbeidsformer. Det kan være behov for å etablere nye organisatoriske løsninger som bedre reflekterer dagens utfordringer. Involvering av brukerne er en nøkkelfaktor i å oppnå forbedret samhandling.

### 7.4.4 **Svakheter i ledelsen, planleggingen og organiseringen av tjenestene**

#### 7.4.4.1 *Ledelse*

Utfordringsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er omfattende og komplekst, og det krever kompetente ledere til å gjennomføre nødvendige tiltak og endringer. For å ivareta det lovpålagte ansvaret og de krav som stilles til styringssystemer i form av internkontroll og kontinuerlig kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, kreves kompetente ledere på alle nivåer. Helsetilsynet har gjentatte ganger sagt at deres tilsynsfunn tyder på mangelfull kvalitetssikring og kontroll, og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen.

Det er lav ledertetthet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og lav lederkompetanse hos for mange av lederne. Høy deltidsbruk tilsier at hver leder har mange ansatte å følge opp. Den organisatoriske fragmenteringen er i seg selv en lederutfordring. God faglig kvalitet i tjenestene og god pasientsikkerhet krever at alle deltjeneste har gode samarbeidsrutiner og også samarbeider godt med spesialisthelsetjenesten.

Det er behov for ledere med mer kompetanse både om ledelse og om de tjenestene de skal lede. Ledere trenger mer kompetanse om forvaltning, planarbeid, kvalitetsforbedringsarbeid, folkehelsearbeid, samhandling, innovasjon og teknologiske løsninger.

Kommunene har ansvar for tjenester som ytes av privat næringsdrivende helsepersonell basert på individuelle avtaler og rammeavtaler med en annen finansiering enn øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Slik aktivitet utgjør en ledelsesutfordring for kommuner og fylkeskommuner.

#### 7.4.4.2 *Planlegging*

En undersøkelse av strategisk kompetanseplanlegging i kommunene peker på at få planer er politisk behandlet, slik at utfordringsbildet ikke er godt nok kjent for lokalpolitikere. Tilbakemeldinger fra fylkesmannsembetene tyder på at mange kommuner, særlig mindre kommuner, har begrenset kapasitet og kompetanse når det gjelder analyser og planlegging av tjenestene. Tilsvarende viser Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen at det fortsatt er kommuner som ikke utarbeider planer for å møte de framtidige helse- og omsorgsutfordringene. Videre viser Riksrevisjonens undersøkelse at myndighetene ikke har god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen.

Det fremgår av følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020 at det er en utfordring å stimulere kommunene til å bruke den nye kompetansen som ansatte får. Dette kan oppnås gjennom gode kompetanseplaner. De aller fleste større kommuner har utarbeidet en kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene, mens dette gjelder halvparten av de små kommunene. Kompetanseplaner kan gjøre det lettere å jobbe strategisk med kompetanseutvikling og være egnet til å utforme tiltak for å møte egne kompetansebehov og dimensjonere innsatsen.

Ifølge KS' Arbeidsgivermonitor 2019 opplever et stort flertall av kommuner og fylkeskommuner det som utfordrende å realisere gevinster ved digitalisering.

#### 7.4.4.3 *Endring og omstilling av oppgaver og tjenester*

Kommunene er i stadig omstilling for å finne nye måter å yte tjenester og organisere oppgaver på. Det kreves endringer for at tjenestene skal bli bedre tilpasset brukernes behov, utnytter ny tek-

nologi og tilgjengelige ressurser bedre, samt styrker det faglige samarbeidet. Dette er imidlertid krevende for mange kommuner. Noen kommuner må fortsatt gå i front for å utvikle og prøve ut nye modeller og metoder, slik at andre kan følge etter.

## 7.5 Mål

For å løse utfordringene skissert ovenfor har regjeringen følgende mål for Kompetanseløft 2025:

*Kompetanseløft 2025 skal 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.*

Ansvar for å sikre en faglig sterk tjeneste og tilstrekkelig og kompetent bemanning ligger hos kommunene og fylkeskommunene. Med Kompetanseløft 2025 ønsker regjeringen å understøtte kommunene og fylkeskommunene i deres arbeid med å forvalte dette ansvaret.

For å nå målet består Kompetanseløft 2025 av fire strategiske områder. Tiltakene under hvert område vil videreutvikles i kompetanseløftets planperiode, og tiltak med økonomiske konsekvenser omtales i de årlige statsbudsjettene og Stortingets behandling av disse. Kompetanseløft 2025 vil bygge på erfaringene fra Kompetanseløft 2020 og videreutvikle tiltakene som fungerer godt i samarbeid med aktørene.

## 7.6 Strategiområde 1: Rekruttere, beholde og utvikle personell

Gjennom Kompetanseløft 2025 skal kommunesektoren få bistand i sitt 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. Det skal legges vekt på å heve kompetansen innenfor områder med særskilt svikt og tjenester med særlig utfordringer til å møte brukernes og pasientenes behov, og på å innrette tiltak slik at de ivaretar variasjonene i kommunenes personell- og kompetanseutfordringer. Kompetanse- og innovasjonstilskuddet vil innrettes for å større grad ivareta kompetansebehovene for små kommuner. Kompetanse i alle ledd, opplæring i startfasen og tilgjengelig IT- og teknologikompetanse er viktige faktorer ved innføring av velferdsteknologi og nasjonale e-helseløsninger.

Tilgjengelige utdanningstilbud oppgis av mange kommuner som en viktig forutsetning for kompetanseheving av ansatte, særskilt i distriktene. Desentraliserte og deltidsbaserte utdanninger vil derfor stå sentralt. Muligheter for kompetanseheving og fagutvikling, hele stillinger og et godt arbeidsmiljø bidrar videre til å gjøre tjenestene mer attraktive og enklere å rekruttere til.

Regjeringen foreslår både en videreføring av pågående tiltak og flere nye tiltak for å bidra til kompetanseutvikling av ansatte, og støtte kommunene i deres arbeid med å rekruttere, beholde og utvikle ansatte. Dette omfatter bl.a. å videreutvikle kompetansen om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Mange av tiltakene forutsetter et tettere samarbeid mellom fylkesmenn, UH-sektoren, kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Det vil i planperioden vurderes å utrede muligheten for et felles nasjonalt opplæringsprogram for alle medarbeidere uten helse- og sosialfaglig utdanning som skal jobbe brukerorientert, og vurderes å utrede behovet for videreutdanninger rettet inn mot ansatte i hjemmebaserte tjenester.

### 7.6.1 Tiltak

#### Rekruttering

- Tilskudd til styrking og videreutvikling av helsetasjons- og skolehelsetjenesten, nærmere omtalt under kap. 762, post 60.
- Menn i helse, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
- Jobbvinner, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
- Stimuleringstiltak for psykologer, nærmere omtalt under kap. 765, post 73.
- Tidsbegrenset tilskudd til fylkeskommunene til opprettelse av stillinger for tannlegespesialister i pedodonti, nærmere omtalt under kap. 770, post 70.

#### Grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte

- Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, nærmere omtalt under kap. 761, post 68.
- Mitt livs ABC, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
- Kurspakke for ufaglærte, nærmere omtalt under kap. 761, post 60.
- Vurdere virkemidler for kvalifisering av ufaglært personell i omsorgstjenesten. Helse-

- direktoratet er bedt om å utrede potensialet og ev. virkemidler som ligger i å kvalifisere såkalt ufaglært pleiepersonell i omsorgstjenestene til en helse- og sosialfaglig utdanning og videre yrkeskarriere i omsorgstjenestene.
- Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
  - Tilskudd til Verdighetscenteret, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
  - Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
  - Videreutdanning i barnepalliasjon på masternivå, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
  - Vurdere en opplæringspakke for grunnleggende opplæring i lindrende behandling og omsorg for ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning. Tiltak i oppfølging av Meld St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.
  - Lønnstilskudd til masterutdanning i avansert klinisk sykepleie, nærmere omtalt under kap. 762, post 63.
  - Kompetansetiltak til ansatte innen psykisk helse og rusproblematikk gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, nærmere omtalt under kap. 761, post 68.
  - Etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse, nærmere omtalt under kap. 765, post 73.
  - Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge, nærmere omtalt under kap. 765, post 21.
  - Opplæring i og spredning av rask psykisk helsehjelp, nærmere omtalt under kap. 765, post 21.
  - Tilskudd til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering, nærmere omtalt under kap. 762, post 63.
  - Spesialistutdanning av leger i allmennmedisin, nærmere omtalt under kap. 762, post 63.
  - Videreutdanning for tannpleiere organisert ved Universitetet i Sørøst-Norge, nærmere omtalt under kap. 770, post 70.
  - Kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger som er bosatt i Norge og har utdanning fra land utenfor EØS-området, nærmere omtalt under kap. 770, post 70.
  - Tilskudd til spesialistutdanning av tannleger til universitetene nærmere omtalt under kap. 770, post 70,

- Lønnstilskudd til tannleger som tar spesialistutdanning som del av dobbeltkompetanseutdanningen nærmere omtalt under kap. 770, post 70
- Lønnstilskudd til spesialistkandidater, nærmere omtalt under kap. 770, post 70.

#### *Annen kompetanseheving*

- Tilskudd til Senter for medisinsk etikk, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
- Satsing på etisk kompetanseheving, nærmere omtalt under kap. 769, post 70.
- Kompetansehevende tiltak lindrende behandling og omsorg i kommunene, nærmere omtalt under kap. 761, post 67.
- Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
- Kompetansehevende tiltak i helse- og omsorgstjenesten til personer med utviklingshemming, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
- Kompetansehevende tiltak i omsorgstjenestene til samiske brukere, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
- Tilskuddsordning til styrking og spredning av kunnskap og kompetanse om nevrologiske lidelser, nærmere omtalt under kap. 761, post 21. (Står også oppført under strategiområde 1)
- Utvikle og spre kunnskap om forhåndssamtaler, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.

#### *Utvikling og videreutvikling av utdannings- og opplæringstilbud*

- Vurdere behovet for desentraliserte og deltidbaserte grunn- og videreutdanningstilbud. Helse- og omsorgsdepartementet er gitt i oppdrag å innhente oversikt over tilgangen på desentraliserte og deltidbaserte grunn- og videreutdanningstilbud innen bl.a. sykepleie og vernepleie, og vurdere om eventuelle slike utdanningstilbud bør utvikles.
- Inkludere i RETHOS videreutdanning for sykepleiere og fysioterapeuter i henholdsvis jordmorutdanning, manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi
- På sikt å vurdere utarbeidelse av nasjonal retningslinje for kiropraktorutdanning i RETHOS.
- Utrede et opplæringstilbud knyttet til å forebygge og avdekke vold i sykehjem og hjemmetjenester, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.

## 7.7 Strategirområde 2: Brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid

Det er et stort forbedringspotensial i å drive kompetanse- og tjenesteutvikling og prøve ut nye måter å arbeide på. Større bevissthet omkring tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid, og en større forståelse for brukernes kunnskap og kompetanse, kan bidra til mer hensiktsmessig organisering av personell og oppgaver og bedre rutiner og systemer. Dette vil videre bidra til en helhetlig oppfølging av pasienter, brukere og pårørende, bedre kvalitet på tjenestene, og en bedre utnyttelse av de tilgjengelige ressursene.

For å styrke brukermedvirkning er det særlig viktig å utvikle og spre faglige tilnærminger og metoder som involverer brukere og pasienter på en systematisk måte i planleggingen og gjennomføringen av tjenestetilbudet. Dette innebærer å ta i bruk den enkeltes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene. Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp vil være et viktig bidrag i dette arbeidet. Ytterligere tiltak og justering av eksisterende tiltak for å styrke brukermedvirkningen vil vurderes.

For å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med god kvalitet i framtiden er det nødvendig med en sterkere vektlegging av forebygging, rehabilitering, tidlig innsats, aktivisering, sosialt nettverksarbeid, miljøbehandling, veiledning av pårørende og frivillige, økt bruk av ny teknologi og nye arbeidsmetoder. I tillegg må tjenestene organiseres slik at de støtter opp under og utløser de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk og i nærmiljøet, organisasjoner og lokalsamfunnet. bl.a. handler innføring av velferdsteknologi om mennesker, behov, prosesser og endring mer enn teknologi. Regjeringens tilskudd til innovasjon vil bidra i dette arbeidet. I tillegg vil det gjennomføres et modellutviklingsprogram knyttet til klinisk ernæringsfysiolog.

Regjeringen er opptatt av å skape en heltidskultur, redusere vikarbruken og øke kontinuiteten i bemanningen i helse- og omsorgstjenestene. 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 gjennom bl.a. økt kon-

tinuitet i bemanningen. For å få til dette må det etableres en heltidskultur i tjenestene som motvirker både uønsket og ønsket deltid, og etablere turnusmodeller som i økt grad legger til rette for heltidsstillinger. Regjeringens satsing på forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer vil bidra til dette. Regjeringens satsing på styrket ledelse, samhandling og planlegging omtalt i kap. 9, vil også kunne ha positiv effekt. Det vil igangsettes et arbeid for å fremskaffe bedre kunnskap om omfanget av vikarbruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ytterligere tiltak for å bidra til å skape en heltidskultur, redusere vikarbruken og øke kontinuiteten i bemanningen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil vurderes.

Tverrfaglig samarbeid bør være grunnleggende metodikk i oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov. Det bør sikres felles forståelse og kunnskap om denne arbeidsformen på tvers av fag, nivåer og sektorer. Arbeidet med å bidra til økt tverrfaglig samarbeid i tjenestene ivaretas i første omgang gjennom pilotene med primærhelseteam og oppfølgingsteam. Det kan på sikt bli aktuelt å se nærmere på tiltak knyttet til andre samarbeidsmodeller.

### 7.7.1 Tiltak

- Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenesten, nærmere omtalt under kap. 761, post 68.
- Tilskudd til innovasjon gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, nærmere omtalt under kap. 761, post 68.
- Legge til rette for teamorganisering i tjenester
  - Pilot primærhelseteam, pilot oppfølgingsteam og aktivt oppsøkende behandlingsteam (FACT- og ACT-team), nærmere omtalt under kap. 762, post 21 og 63 og kap. 765, post 60.
- Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp, nærmere omtalt under kap. 761, 762 og 765, post 21.
- Gjennomføre et modellutviklingsprogram «Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten», nærmere omtalt under kap. 761, post 68.
- Tilskudd til Stiftelsen Livsglede for eldre, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.
- Tilskuddsordning til styrking og spredning av kunnskap og kompetanse om nevrologiske lidelser, nærmere omtalt under kap. 761, post 21. Står også oppført under strategirområde 1.
- Tilskudd til kommuner for å utvikle og spre gode modeller for hospitering av ansatte mel-

lom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, nærmere omtalt under kap. 761, post 68. Står også oppført under strategiområde 3.

## **7.8 Strategiområde 3: Kommunal sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena**

Det er behov for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten tar en mer aktiv rolle som initiativtaker og deltaker i forskning, og som fagutviklings- og opplæringsarena. Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og tjenesteutvikling forutsetter forskning og fagutvikling.

Dette vil bidra til å styrke fagmiljøet og kunnskapsgrunnlaget i tjenestene, øke rekrutteringen til tjenestene og øke utdanningskapasiteten innenfor relevante grunn- og videreutdanninger. En slik rolle forutsetter et samarbeid både lokalt og regionalt mellom kommuner, fylkeskommuner, spesialisthelsetjenesten, universitets- og høyskolesektoren og andre utviklings- og kompetansemiljøer.

Det vil i dette arbeidet være viktig å videreutvikle strukturene for å utvikle, spre og implementere kunnskap, synliggjøre forskningsaktiviteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og øke omfang og kvalitet på praksisstudier og læreplasser i kommunene. Kunnskapsbaserte tjenester forutsetter at kunnskapen tilgjengeliggjøres, spres og tas i bruk. Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, Senter for omsorgsforskning og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester står sentralt i dette arbeidet.

For omsorgstjenestenes del er dette et arbeid som fortsatt bærer preg av å være i startfasen, med små miljøer og nyetablerte kommunikasjonskanaler og arenaer. Gjennom Senter for omsorgsforskning og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er det etablerte systemer og virkemidler som fungerer godt, og som det vil være nødvendig å bygge videre på. Senter for omsorgsforskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse vil ha viktige roller i fag-, kunnskaps- og kompetanseutviklingen, i spredningen av ny kunnskap og nye løsninger, og i nettverksbyggingen regionalt og nasjonalt.

Kompetanseløft 2025 vil ses i sammenheng med regjeringens forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet «Sammen om kunnskapsløft for oral helse» (2017–2027).

Det vil i tillegg til tiltakene nedenfor i planperioden bl.a. vurderes tiltak for å øke omfang og kvalitet på praksis i kommunene, vurderes å utvikle verktøy som kommunene kan bruke til å identifisere forskningsbehov og etterspørre forskning, og vurderes virkemidler for økt bruk av kombinerte stillinger mellom klinisk stilling i tjenestene og utdanningsstilling ved universitet- eller høyskole.

### **7.8.1 Tiltak**

- Driftstilskudd til ulike kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, nærmere omtalt under kap. 762, post 70, og kap. 765, post 74 og 75.
- Driftstilskudd til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, nærmere omtalt under kap. 761, post 67.
- Tilskudd til regionale odontologiske kompetansesentre, organisert av fylkeskommunene. Fylkeskommunene finansierer den odontologiske spesialistvirksomheten ved sentrene, nærmere omtalt under kap. 770, post 70.
- Tilskudd til Senter for omsorgsforskning, nærmere omtalt under kap. 761, post 21 og kap. 780, post 50.
- Tilskudd til praksisplasser for tannpleierstudentene ved Høyskolen i Innlandet, nærmere omtalt under kap. 770, post 70.
- Tilskudd til kommuner for å utvikle og spre gode modeller for hospitering av ansatte mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, nærmere omtalt under kap. 761, post 68. (Står også oppført under strategiområde 3).
- Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge, nærmere omtalt under kap. 761, post 21.

## **7.9 Strategiområde 4: Ledelse, samhandling og planlegging**

Det er behov for å øke den formelle lederkompetansen i tjenestene, og å legge til rette for bedre samhandling og planlegging. Dette vil bidra til at flere ledere greier å håndtere utfordringene de står overfor, og til en bærekraftig utvikling av tjenestene. Ledere har også en avgjørende rolle som kulturskapere. Kommuner som lykkes med rekruttering og kompetanseheving er preget av god oversikt over personell og kompetanseutfordringer. Regjeringen vil bidra til å styrke leder-

kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjeneste og den fylkeskommunale tannhelsetjeneste gjennom å videreføre Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.

Planlegging og tjenesteutvikling må i større grad skje på bakgrunn av analyser av utfordringsbildet og i samarbeid med ansatte i tjenesten og pasientene/brukerne og pårørende. Arbeidet med å utvikle og tilgjengelige verktøy for nasjonal og kommunal planlegging vil videreføres, bl.a. gjennom framskrivninger. Dagens virkemidler for planlegging av de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal vurderes. Virkemidlene for å styrke små kommuners arbeid med å sikre tilstrekkelig kvalifisert personell skal vurderes.

Bruk og videreutvikling av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil være sentralt. Regjeringen etablerte i 2017 for å få større kunnskap om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. KPR skal gi data til planlegging, styring, finansiering og evaluering. Første versjon av registeret ble tilgjengelig våren 2018. KPR inneholder i dag data fra eksisterende registre (KUHR og Iplos), men vil på sikt utgjøre et helhetlig register for kommunale helse- og omsorgstjenester.

I helsefellesskapene vil representanter fra kommuner, helseforetak, lokale fastleger og brukere sammen planlegge og utvikle helse- og omsorgstjenester. Helsefellesskapene oppfordres til å sette mål for kompetansedeling. Dette kan skje gjennom bl.a. tverrfaglige team, hospitering, delte stillinger, fagnettverk og felles kurs og digitale kompetanseportaler.

### 7.9.1 Tiltak

- Finansiering av Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten nærmere omtalt under kap. 761, post 21, kap. 765, post 21 og kap. 770, post 70.
- Vurdere dagens virkemidler for planlegging av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å vurdere om dagens virkemidler for planlegging av de kommunale helse- og omsorgstjenestene er til-

strekkelig for at kommunene driver systematisk planlegging av kapasitet, kompetanse og kvalitet for å møte fremtidens utfordringer.

- Utarbeide veileder for kompetanseplanlegging i helse- og omsorgstjenestene
- Vurdere virkemidler for å styrke små kommuners arbeid med å sikre tilstrekkelig kvalifisert personell. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å innhente kunnskap om hva som hindrer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i små kommuner, og å utrede virkemidler for å styrke små kommuners arbeid med å sikre tilstrekkelig kvalifisert personell i årene fremover.
- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å starte et forprosjekt for innsamling, uttrekk og behandling av tannhelsesdata i kommunalt pasient- og brukerregister, se nærmere omtale i kap. 770.

## 7.10 Organiseringen av gjennomføringen av Kompetanseløft 2025

---

Det er kommunene og fylkeskommunene som vil være de sentrale aktørene i gjennomføringen av Kompetanseløft 2025. Ansvaret for å sikre en faglig sterk tjeneste og tilstrekkelig og kompetent bemanning ligger hos dem.

Oppdraget med å gjennomføre Kompetanseløft 2025 vil gis til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet vil i gjennomføringen ha et samarbeid med KS og arbeidstakerorganisasjonene. Fylkesmannen vil ha et særskilt ansvar for dialogen med og oppfølgingen av kommunene og fylkeskommunene, i et samarbeid med andre relevante regionale aktører.

De ulike tiltakene vil forvaltes av både Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Fylkesmannsembetene. Tiltaksporteføljen vil kunne endres i løpet av planperioden som følge av bl.a. årlige budsjettvedtak, endringer i utfordringsbildet og ny kunnskap om hvilke virkemidler som fungerer. Det vil utvikles et eget opplegg for følgeevaluering av virkemidlene i Kompetanseløft 2025.



## 8 Internasjonalt samarbeid

Norsk folkehelse og helse- og omsorgstjeneste befinner seg i en kontinuerlig interaksjon med verden utenfor våre grenser. Globale utviklingstrekk påvirker helsen og tryggheten til den norske befolkningen.

Koronapandemien viser at smittsomme sykdommer ikke kjenner landegrenser og at internasjonalt samarbeid er helt sentralt i håndteringen av internasjonale helsekriser. For Norge har det vært viktig å understreke at tiden er inne for mer samarbeid, ikke mindre. Det politiske og faglige samarbeidet med EU står sentralt, bl.a. gjennom deltakelse i EUs helsesikkerhetskomité, EUs smittevernbyrå og EUs felles innkjøpsavtaler for legemidler, vaksiner, medisinsk utstyr og personlig verneutstyr. Samarbeidet med øvrige nordiske land er svært tett. For Norge er det viktig å understøtte WHO's ledende og koordinerende rolle i internasjonalt helsearbeid.

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

Departementet deltar aktivt på internasjonale arenaer hvor helsepolitikk diskuteres og beslutninger fattes, for å fremme og ivareta norske helsepolitiske interesser, bidra til gode fellesskapsløsninger og sikre at nasjonale tiltak utvikles i sammenheng med verden omkring oss. Dette innebærer både å bidra til og dra nytte av utviklingen av kunnskap, kompetanse og erfaringer som gjøres internasjonalt.

### 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 viktig, 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 samt beredskap.

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.

I langtidsbudsjettet for 2021–27 legger Europakommisjonen opp til økt innsats gjennom det nye helseprogrammet, EU4Health. 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. Endelig beslutning om deltakelse i EU4Health tas etter at EUs langtidsbudsjett er vedtatt.

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 aktivt 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 tryggheten i bl.a. næringsmiddel- og fødkjeden. Reguleringen av virksomheten og godkjenningssprosessene til «European Food Safety Authority» («EFSA») er under endring, og norske myndigheter følger opp dette arbeidet.

#### *Nordisk samarbeid*

Helse- og omsorgsdepartementet deltar aktivt i nordisk helsesamarbeid, både bilateralt og i Nordisk ministerråd som er de nordiske regjeringers formelle samarbeidsorgan. Departementet skal ta initiativ og være en aktiv pådriver for nordisk helsesamarbeid.

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 juni 2019 en ny visjon for det nordiske samarbeidet, Visjon 2030; Norden skal bli verdens mest bærekraftige og integrerte region. Visjonen skal realiseres gjennom de tre strategiske områdene; et konkurransedyktig Norden, et grønt Norden og et sosialt holdbart Norden.

Samarbeidsministrene har i 2020 tatt endelig beslutning om innhold og budsjett for handlingsplanene. Departementet vil delta aktivt innenfor alle de tre strategiske områdene. Det vektlegges at arbeidet skal være tverrsektorielt og at fagministerådene skal søke samarbeid med hverandre. Ministerrådet for sosial- og helsesaker er foreslått som leder av satsingen Norden som ledende region for sikker digital infrastruktur for helsedata: The Nordic Commons. Etablering av en sikker digital infrastruktur for helsedata vil være viktig for nordisk samarbeid om helseforskning og næringsutvikling.

#### *FN og Verdens helseorganisasjon (WHO)*

WHO er FNs særorganisasjon for helse og verdens ledende og koordinerende organ i internasjonalt helsearbeid. WHO utsteder globale normer og standarder på helseområdet, og er verdens leder i helsekriser. Organisasjonen utgjør også arenaen for samarbeid mellom verdens helseministre og framforhandling av mellomstatlige regelverk som Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) og Rammeverket for pandemisk influensaberedskap (PIP). WHO's nedslagsfelt omfatter hele den globale helseagendaen, inkludert universell helsedekning, ikke-smittsomme sykdommer, antimikrobiell resistens, folkehelse og psykisk helse. Koronapandemien har belyst viktigheten av et sterkt WHO i håndteringen av globale helsekriser. WHO's håndtering av pandemien vil bli evaluert.

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 globalt.

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 mål-

rettet 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 helse-systemer og brukes i nasjonal politikkutforming. 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 ekspert samarbeid og gjensidig utveksling av kunnskap. I tillegg pågår det, med økonomisk støtte fra Utenriksdepartementet, prosjektsamarbeid 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.

#### *Spesielle områder*

##### *Helsesikkerhet og -beredskap*

Helsesikkerhetsarbeidet skal verne liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan opprettholdes ved kriser og katastrofer. Erfaring viser at internasjonalt samarbeid er helt avgjørende for Norges sikkerhet. Beredskapen, inkludert evne til tidlig å oppdage og melde sykdomsutbrudd, er mest effektiv når den er integrert i de ordinære helsetjenestene. Dette gjelder også smitteverntiltak og tiltak for å forebygge antimikrobiell resistens.

Helseberedskap er et felles ansvar der land må jobbe sammen for skape økt sikkerhet på tvers av landegrensene. Tiltak og forpliktelser i det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) står sentralt i arbeidet, noe håndteringen av koronapandemien fullt ut har demonstrert. Under IHR forplikter hvert land seg både til å etablere kapasitet til å oppdage og å håndtere sykdomsutbrudd, og samtidig til å bistå andre land i å styrke sine systemer og til å samarbeide i tråd med IHR ved utbrudd.

Koronapandemien har synliggjort vår avhengighet av internasjonalt samarbeid og multilaterale løsninger for å håndtere pandemiutbrudd. Departementet vil bedre nasjonal og global helseberedskap gjennom å styrke internasjonale beredskapssystemer og bidra til at norsk helseforvaltning og -tjeneste opprettholder et bredt internasjonalt beredskapsengasjement. De norske prioriteringene for global helse må reflektere behovet for en styrket internasjonal helseberedskap. Det innebærer også å bidra til å styrke Verdens helseorganisasjons (WHO) evne til å bistå land i beredskapsarbeidet. Koronapandemien har vist hvor avhengig Norge er av et tett samarbeid med EU om beredskap. Norge har aktivt jobbet overfor EU når det bl.a. gjelder tilgang til vaksiner og smittevernutstyr.

Et sentralt element i beredskapsarbeidet er evnen til å ta lærdom for å kunne forbedre krisehåndteringen ved framtidige sykdomsutbrudd. Norge vil bidra til at verden står bedre rustet til å forebygge og håndtere framtidige kriser.

#### *Universell helsedekning (Universal Health Coverage, UHC)*

Departementet vil arbeide for bærekraftsmålet om å oppnå UHC (mål 3.8), bl.a. ved å bidra til implementering av den politiske erklæringen fra FN's høynivåmøte om UHC i 2019. Oppmerksomhet på landnivå bør være implementering av UHC gjennom nasjonale UHC-planer og systematiske planer for helsesystemstyrking, inkludert styrking av beredskapen mot utbrudd av smittsomme sykdommer. Norge vil også arbeide for økt åpenhet i det internasjonale legemiddelmarkedet. Videre vil departementet understøtte oppfølgingen av Den globale handlingsplanen for oppnåelsen av bærekraftsmål 3 om helse og andre helse-relaterte delmål (GAP). Planen er det sentrale verktøyet for samarbeidet mellom de viktigste organisasjonene på det globale helseområdet for koordinert støtte til land som er i ferd med å bygge opp tjenestene.

### *Ikke-smittsomme sykdommer (NCD)*

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. Departementet skal videreføre det internasjonale arbeidet mot ikke-smittsomme sykdommer gjennom aktiv deltakelse i WHO og EU for å forebygge risikofaktorer for tidlig død. Tilsvarende gjelder oppfølging av tobakkskonvensjonen gjennom partsmøtet i november 2021. Videre skal departementet støtte gjennomføringen av NCD-strategien for det norske bistandsarbeidet og utvikling av personrettede helse-systemer som hjelper folk til å mestre et liv med kronisk sykdom som aktive bidragsytere i samfunnet. Internasjonalt samarbeid innen aldring skal følges opp. Departementet skal støtte WHO's rolle til å fastsette evidensbaserte tiltak for å forebygge og kontrollere ikke-smittsomme sykdommer. Videre skal departementet samarbeide aktivt med EU for å påvirke innholdet i arbeidet med rettsakter som senere blir del av norsk rett.

### *Digital helse*

Helse står i en digital transformasjon. Digitale løsninger og datadrevne prosesser muliggjør nye og bedre måter å forstå, behandle og leve med sykdom og helse.

Digitaliseringen av helse har en betydelig internasjonal dimensjon, fordi befolkningen reiser mer på tvers av landegrensener. Behovet for helsehjelp følger naturligvis med. Det handler også om kapasitet. Å utvikle digital kapasitet på områder som stordata og kunstig intelligens, eller sporingssystemer for epidemier, er vanskelig for ett land å gjøre alene. Internasjonalt samarbeid er viktig for å forstå behovene i vår egen og verdens befolkning, og samarbeid med andre land er nødvendig for å bygge den digitale kapasiteten som kan ta ut potensialet i teknologi for å møte muligheter og utfordringer på helse- og omsorgsfeltet.

Departementet skal legge til rette for internasjonalt faglig og politisk samarbeid innen digital helse. Departementet vil jobbe for at digitalisering bidrar til økt tilgjengelighet, pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssystemer, nasjonalt og internasjonalt. Nordisk Ministerråd, EU, WHO og Barentssamarbeidet har alle etablert brede felles strategier og samar-

beidsprosjekter innen digital helse. Departementet vil bruke disse arenaene aktivt for å bidra til utviklingen internasjonalt.

### *Forskning og innovasjon*

Norge er avhengig av internasjonalt samarbeid om forskning og innovasjon innenfor helse. Det er derfor viktig å tilrettelegge for at aktuelle aktører innenfor folkehelsearbeid, helse og omsorg kan delta i internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid og at samarbeidet ivaretar norske helsepolitiske og faglige interesser.

Departementet skal arbeide for å påvirke innretningen på EUs forsknings- og innovasjonsprogrammer, innenfor vårt sektoransvar. Departementet skal ta initiativ til nordisk forskning- og innovasjonssamarbeid gjennom Nordisk ministerråd og NordForsk og det skal legge til rette for at norske aktører kan delta i forsknings- og innovasjonssamarbeid i regi av WHO m.fl.

### *Grønn helse*

Klima- og miljøendringer skaper økte ulikheter mellom regioner og befolkninger, og mellom land og by. Det er et stort potensiale for å styrke den grønne dimensjonen i helse- og sosialsektoren gjennom internasjonalt samarbeid og tverrsektorielle initiativer. Disse vil samtidig være med på å møte de helserelevante utfordringene klimaendringene påfører oss og støtte opp under det grønne skiftet.

Målsettinger under dette satsingsområdet vil være å skape robuste og miljøvennlige helse-systemer som kan inngå i den grønne omstillingen, herunder å fremme mer miljø og klimavennlig ressursbruk i helsesektoren og sikre at den grønne omstillingen ikke forsterker sosiale og helsemessige forskjeller mellom regioner og sosioøkonomiske grupper.

Departementet skal bidra til det grønne skiftet gjennom samarbeid om initiativer som støtter reduksjon av klimaendringer og beskytter folkehelsen. Dette inkluderer tverrsektorielle initiativer som underbygger det grønne skiftet i matproduksjon og -forbruk, fremme rent drikkevann og trygg mat, og tiltak som bidrar til å redusere fedme og ikke-smittsomme sykdommer. I 2021 vil man fra norsk side bidra til utvikling og implementering av FAO og WHO's frivillige retningslinjer for matsystemer og ernæring (Voluntary Guidelines on Food Systems for nutrition).

## 9 Administrative fellesomtaler

### 9.1 Fornye, forenkle og forbedre

#### Sykehus

Det har siden 2015 vært gitt årlige oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i sykehusene. Oppdragene har vært særlig rettet mot å etablere indikatorer og metodikk som avdekker uønsket variasjon, samt å tilgjengeliggjøre denne informasjonen slik at den kan brukes til forbedringsarbeid på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Helseregionene har opprettet Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), som inkluderer representanter fra alle regionale helseforetak, samt Helsedirektoratet. Arbeidet er videreført i 2020.

De regionale helseforetakene har tidligere fått i oppdrag å etablere KPP (kostnader på pasientnivå) som kvalitets- og styringsverktøy i alle helseforetak. Alle helseregionene har lagt fram framdriftsplaner for hvordan KPP skal brukes for å understøtte forbedrings- og planarbeid, både på regionalt nivå og i hvert enkelt helseforetak. Videre har de regionale helseforetakene, i samarbeid med Helsedirektoratet, etablert KPP for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I 2019 ble første gang KPP-data for disse områdene rapportert. Helsedirektoratet arbeider med å etablere en nasjonal database for KPP-data.

#### E-helse

For å understøtte økt digitaliseringstakt i helse- og omsorgssektoren ble oppgavene knyttet til de nasjonale e-helseløsningene helsenorge.no, kjernejournal, e-resept, grunndata og helseID overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF fra 1. januar 2020. Ny oppgavefordeling tydeliggjør skillet mellom Direktoratet for e-helses rolle som forvaltningsorgan og Norsk Helsenett SF som tjenesteleverandør på e-helseområdet.

Helse- og omsorgsdepartementet har i Prop. 65 L (2019–2020) Lov om e-helse (e-helseloven) foreslått bestemmelser som skal sikre at hele

helse- og omsorgstjenesten tar i bruk e-resept, kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata og helseID. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår en plikt for Norsk Helsenett SF til å levere nasjonale e-helseløsninger, og en hjemmel for at departementet i forskrift kan bestemme at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal gjøre løsningene tilgjengelige i virksomheten og betale for forvaltning og drift. Departementet har etablert et teknisk beregningsutvalg som skal legge fram best mulig vurdering av tallgrunnlaget for beregnede kostnader til forvaltning og drift av eksisterende nasjonale e-helseløsninger og helsenettet, og bidra til transparens og størst mulig grad av konsensus blant aktørene både når det gjelder kostnadsanslag og fordeling mellom aktørene.

Direktoratet for e-helse har i tett samarbeid med KS, kommunal sektor og andre relevante aktører gjennomført et forprosjekt for helhetlig samhandlingsløsning og felles kommunal journal utenfor helseregion Midt-Norge. Tiltaket er eksternt kvalitetssikret (KS2) i tråd med statens prosjektmodell. Parallelt med KS2 har 185 av 291 kommuner utenfor helseregion Midt-Norge signert en intensjonserklæring, for å vise sin støtte til og intensjon om deltagelse i det videre arbeidet med tiltaket. Kommunene representerer 65 pst. av befolkningen utenfor helseregion Midt-Norge. Tiltaket skal bidra til en effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som er helhetlig og koordinert, og til bedre samhandling mellom aktørene og med andre kommunale og statlige tjenester helsetjenesten samarbeider med. Pasientens og brukernes behov og ønsker skal stå i sentrum.

Erfaringer fra koronautbruddet har vist at det er potensiale for å fremskynde digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Aktørene i helse- og omsorgssektoren viste stor evne til omstilling og samarbeid. Tjenester som før krevde fysisk oppmøte ble raskt flyttet over på digitale plattformer og hjem til pasienten. Eksempelvis utgjorde elektronisk konsultasjon hos fastlegen nærmere 60 pst. av alle fastlegekonsultasjoner de første ukene av pandemien. Nå har pasientene i stor

grad kommet tilbake til legen for fysiske konsultasjoner når det er mest hensiktsmessig, men fortsatt ligger andelen e-konsultasjoner på nær 25 pst.

Under pandemien har helse- og omsorgstjenesten i langt større grad enn tidligere tatt i bruk eksisterende nasjonale e-helseløsninger slik som den nasjonale helseportalen, helsenorge.no, og kjernejournal. Helsenorge.no brukes til å gi kvalitetssikret informasjon, råd og veiledning om covid-19 til innbyggerne, og det er utviklet ny funksjonalitet som gir mulighet for selvrappotering av symptomer og enklere digital dialog mellom innbyggere og fastleger. Kjernejournal og helsenorge.no er tilrettelagt med ny funksjonalitet slik at helsepersonell og innbyggere enkelt og raskt får tilgang til koronarelaterte prøvesvar.

Det er viktig å videreføre de gode digitale løsningene og arbeidsmetodene også etter koronapandemien. Utvidet bruk av e-konsultasjon og digital hjemmeoppfølging har ført til at mange pasienter har fått bedre og mer tilgjengelige helse- og omsorgstjenester.

Helseanalyseplattformen, som nå er under etablering i regi av Helsedataprogrammet, vil effektivisere og forenkle tilgangen til helsedata til forskning og analyse samtidig som personvernet styrkes. Helseanalyseplattformen skal bidra til bedre helseforskning og til mer innovasjon og næringsutvikling. Helseanalyseplattformen vil gjøre det mulig å benytte helsedata mer aktivt i utvikling av legemidler, medisinsk teknologi og i tjenesteutvikling. Teknologisk utvikling innenfor kunstig intelligens og behandling og håndtering av stordata, representerer muligheter for analyse, forskning og utvikling som vi ikke har hatt tidligere.

#### 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, sterkere kommunal ledelse og bedre planlegging. Satsingen på hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering, Kompetanseløft 2025, trygghetsteknologi 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.

## 9.2 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 å skape pasientens helsetjeneste er det viktig å være bevisst på hvordan forhold ved mangfold, som kjønn, etnisitet, funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet mv., samt kombinasjonen av slike forhold, kan påvirke pasientens behov for behandling.

Det er viktig å ha kontinuerlig oppmerksomhet på kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Dette for å sikre nødvendig implementering og integrering av kjønnsperspektivet. Det ble bl.a. derfor arrangert et toppmøte om kvinnehelse i Trondheim høsten 2019. I etterkant av toppmøtet er det besluttet at det skal utarbeides en Norsk offentlig utredning (NOU) om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Det er over 20 år siden forrige offentlig utredning om dette temaet ble utarbeidet. Kunnskapen om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv har endret seg, og nye temaer vil kunne være aktuelle for arbeidet med den kommende utredningen. Det ble derfor avholdt et innspillsmøte i august 2020. Utvalget som skal skrive NOUen vil nedsettes i løpet av høsten 2020. 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 kjønnsspesifisitet inngår i alle faglige retningslinjer og veiledninger der dette er relevant.

Det er også viktig at helsepersonell 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.

### Kvinnehelse

8. mars 2019 fremmet daværende ledere i regjeringenspartiene «seks punkter for bedre kvinnehelse». Punktene omfattet forskning om kvinnesykdommer, kreftsykdommer som rammer kvin-

ner, bedre reproduktiv helse, pårørendestrategi, internasjonal kvinnehelse og pakkeforløp for sykdommer som rammer kvinner i større grad enn menn.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer en strategisk satsing om forskning på kvinners helse og kjønnsperspektiver gjennom Forskningsrådet på rundt 10 mill. kroner per år, og i 2020 valgte regjeringen å øke denne satsingen til 15 mill. kroner. Regjeringen foreslår nå å øke denne satsingen med ytterligere 5 mill. kroner. I tillegg inngår tematikken som en del av den ordinære helseforskningsprogramaktiviteten som departementet finansierer gjennom Norges forskningsråd. Midlene er del av en fellesutlysning denne høsten på forskning om kvinners helse og kjønnsperspektivet, og Forskningsrådet øremerker omlag 50 mill. kroner til denne tematikken

Helse- og omsorgsdepartementet avviklet i 2020 den nasjonale kompetansetjenesten for kvinnehelse og etablerte Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst RHF. 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.

#### Utdanning og kjønn i helsesektoren

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Menn i helse har som formål å bidra til rekruttering av flere menn til omsorgstjenestene. Menn i helse inngår i nytt kompetanseløft – Kompetanseløft 2025. Programmet er basert på en modell utviklet av Trondheim kommune. KS har ansvar for prosjektledelsen og modellen baserer seg på et samarbeid med deltakende kommuner og Nav lokalt. Gjennom programmet rekrutteres bl.a. menn uten tidligere erfaring fra sektoren via Nav til arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Etter en praksisperiode gis det anledning til å ta voksenopplæring i helsearbeiderfaget. I 2019 har det vært deltakere fra 65 kommuner, fordelt på ni fylker. Siden oppstart i 2014 og ut 2019 har totalt 342 men fått fagbrev i helsefag. 92 pst. av de som har tatt fagbrev gjennom Menn i helse, har fått arbeid.

Spredningen av modellen avhenger av tett oppfølging lokalt og godt samarbeid mellom de deltakende aktørene. Prosjektet har ifølge Helsedirektoratet gitt kjønnsperspektivet stor oppmerksomhet og antas å bidra til økningen i andelen

menn i omsorgssektoren. Det nasjonale prosjektet ble evaluert i 2018. Evalueringen viser at prosjektet erfarer som nyttig for å øke andelen menn i omsorgssektoren, men også som et kvalifiseringstiltak. Det fremheves i prosjektet at det er av stor betydning med tverrsektorielt samarbeid mellom helse, utdanning og arbeids- og velferdssektoren. Et slikt samarbeid kan bidra til å løse både sektorvis utfordringer som ressursbehovet i helsesektoren og samfunnsmessige utfordringer som arbeidsledighet og utenforskap. Se kap. 761, post 21 for nærmere omtale. Statistikk fra SSB viser at andel årsverk utført av menn i omsorgstjenester økte fra 13,4 pst. i 2015 til nærmere 15,5 pst. i 2019.

#### Heltidskultur

Regjeringen ønsker å redusere bruken av deltidsstillinger i helse- og omsorgstjenesten, og at det også her utvikler seg en heltidskultur.

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 gir 100 pst. stilling. Faste hele stillinger er viktig for å rekruttere kompetente medarbeidere, beholde kvalifisert arbeidskraft og samtidig bidra til å ivareta arbeidsmiljøet og redusere sykefravær. Faste hele stillinger bidrar også til økt 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 slik at medarbeidere kan arbeide ved ulike avdelinger, og at deler av stillingen er knyttet til sykehusenes egne bemanningssentre o.l. Ledere og tillitsvalgte i sykehusene samarbeider om å finne løsninger som gjør at flest mulig kan få hele stillinger. Det innebærer også å tilrettelegge for de som av ulike årsaker har krav eller behov for redusert arbeidstid.

#### Kjønnsbalanse

Mer enn 70 pst. av medarbeiderne i sykehusene er kvinner. I kommunale helse- og omsorgstjenester er kvinneandelen i underkant av 85 pst. Både helseforetakene og kommunene bør derfor 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 44 pst. ved utgangen av 2019.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner styrer for de regionale helseforetakene. Styrene oppfyller 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. De rapporterer også om en økning i andelen toppledere i sykehusene.

#### 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. Departementet legger til grunn at departementet skal levere en fullstendig likestillingsredegjørelse i tråd med likestillings- og diskrimineringsloven § 24 andre ledd i Prop. 1 S for 2022, og at departementet der vil redegjøre for aktivitetene i 2020.

Som beskrevet ovenfor, om kjønnsbalanse, er flertallet av de ansatte i helse- og omsorgssektoren 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. Med tanke på kliniske studier stilles det krav om og vektlegges at begge kjønn skal inkluderes der dette er relevant. Dette gjelder også forskning på covid-19. Det er stor interesse for forskning om covid-19 i Norge. Det er avgjørende å få kunnskap om bla hvordan

koronaviruset smitter, hvordan vi kan behandle dem som blir syke og hvilke ettervirkninger de som har vært smittet får. Forskningsrådet gjennomførte derfor en hasteutlysning om covid-19 våren 2020 som bl.a. skal bidra til at norske miljøer vil kunne delta i det internasjonale samarbeidet som er knyttet til å evaluere nye behandlinger, og den skal også bidra til å evaluere behandling og gi systematisk kunnskap om spredningen og effektene av viruset.

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. 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.

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. Det vil være viktig å følge med på hvordan dette har utspilt seg under pandemien.

Vold i nære relasjoner er en betydelig folkehelseutfordring, men også et likestillingsproblem. 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. Tiltakene som har blitt iverksatt for å redusere smitte under pandemien kan ha ført til økt fare for konflikter i hjemmet og vold i nære relasjoner. Det kan også ha gjort det vanskeligere for voldsutsatte å oppsøke hjelp, og gjort det utfordrende for hjelpeapparatet å avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt. Det er viktig at hjelpeapparatet til voldsutsatte og voldsutøvere blir opprettholdt også under pandemien, og at helse- og omsorgstjenestene også i denne situasjonen har særlig oppmerksomhet på at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a, spesialist-



helsetjenesteloven §2-1 f og tannhelsetjenesteloven § 1-3 c.

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 utenfor-skap. Arbeidet med å øke digital kompetanse hos eldre samt personer med funksjonsnedsettelse, skal ses i sammenheng med oppfølging av regjeringens handlingsplan for universell utforming, som også inkluderer tiltak for mer brukervennlige løsninger innen IKT og digitalisering.

#### Likestillingsrapport

Tabell 9.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2019 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	3/7
Avd.direktør mv.	20/8
Fagdirektør	8/7
Underdirektør	9/3
Spesialrådgiver	9/10
Seniorrådgiver	76/33
Rådgiver	18/3
Førstekonsulent	6/3
<b>Totalt</b>	<b>149/74</b>

Statistikken bygger på personaladministrative data. I 2019 var 67 pst. av de ansatte kvinner og 33 pst. var menn. Av ekspedisjonssjefer/departementsråd er 30 pst. kvinner. Av avdelingsdirektører er 71 pst. kvinner.

Tabell 9.2 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	5,7 pst.
Menn	1,7 pst.
Alle	3,6 pst.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde i 2019 et gjennomsnittlig fravær som følge av sykdom på 3,6 pst., som er en liten nedgang fra foregående år.

#### Direktoratet for e-helse

Ved utgangen av 2019 utgjorde andelen ansatte 58 pst. kvinner og 42 pst. menn. Direktoratet for e-helse er bevisst på å ha samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. I direktørens ledergruppe var det tre kvinner og en mann. Kvinneandelen i direktoratets lederstillinger totalt sett utgjør 45 pst. Et mål er å ha flest mulig ansatte i heltidsstillinger, og direktoratet har ved utgangen av 2019 åtte ansatte i deltidsstillinger av totalt 353 ansatte. I alle stillingskategoriene med unntak av seksjonssjefstilling er kvinner noe lavere lønnet enn menn.

#### Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) hadde ved inngangen til 2020 en kvinneandel på 58,6 pst. Ledergruppen består nå av fire kvinner og en mann. På seksjonssjefsnivå er det seks kvinner og to menn. I gjennomsnitt tjener kvinner 1,6 pst. mindre enn menn. Det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori. Andelen av midlertidig tilsetning 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.

#### Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet har samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. Det har ikke vært vesentlige endringer i andelen kvinner/menn i instituttet fra 2019 til 2020. Ved utgangen av 2019 var 65 pst. av de ansatte kvinner, noe som er ett prosentpoeng lavere enn ved utgangen av 2018. Kvinneandelen i lederstillinger (med personalansvar) er 64 pst. Instituttet har en kvinneandel på 65 pst. i senior fagstillinger (forsker 1110 og 1183, overleger og seniorrådgivere). Andelen kvinner har økt både i senior fagstillinger og blant stipendiater og postdoktorer i perioden fram til 2017, men er noe redusert fra 2017 til 2019. Fra 2018 til 2019 har andelen av kvinnelige stipendiater og postdoktorer sunket fra 75 pst. til 68 pst. Instituttet er opptatt av at kvinner og menn får like muligheter for meritterende oppgaver.

#### *Helsedirektoratet*

Helsedirektoratet inklusiv Pasient- og brukerombudene hadde 662 medarbeidere ved utgangen av 2019. Kjønnfordelingen var 70 pst. kvinner og 30 pst. menn, 2 prosentpoeng høyere kvinneandel enn i 2018. Kvinners lønn i pst. av menns lønn utgjorde 90,8 i 2019. 52 pst. av lederstillinger er besatt av kvinner.

#### *Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten*

Kjønnfordelingen i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) var ved utgangen av 2019 på 78 pst. kvinner, mot 75 pst. i 2018. I ledergruppen var det ved utgangen av 2019 73 pst. kvinner (åtte) og 27 pst. menn (tre). Det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Helseklage. Det er ikke store lønnsforskjeller mellom kjønnene på sammenliknbare funksjoner og nivåer. Helseklages personalretningslinjer sikrer at begge kjønn har like lønns- og arbeidsvilkår, og samme mulighet for karriereutvikling.

#### *Norsk pasientskadeerstatning*

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) hadde ved utgangen av 2019 totalt en kvinneandel på 75 pst. mot 73 pst. i 2018. Andelen kvinner i lederstillinger er 76 pst. Kjønnfordelingen speiler det faktum at det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Norsk pasientskadeerstatning. Gjennom ulike personalpolitiske virkemidler legger NPE til rette for medarbeidere i ulike livsfaser og personer med nedsatt arbeidsevne eller med funksjonshemming. Tilsvarende gir NPEs lokale lønnspolitikk føringer som motvirker lønnsforskjeller mellom kjønnene og som gir like muligheter for karriereutvikling. Av den totale lønnsmassen går 72 pst. til kvinner, og det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori.

#### *Statens helsetilsyn*

Statens helsetilsyn hadde ved utgangen av 2019 en kvinneandel på 65 pst. I stillingsgruppen ledere (avdelingsdirektør, underdirektør og fagsjef) er 63 pst. kvinner. Dette ligger godt innenfor Hovedavtalens mål om 40 pst. kvinner i lederstillinger innenfor definert lederstillingsgruppe. Menn er i gjennomsnitt lønnet høyere enn kvinner. I lokale lønnsforhandlinger jobbes det målrettet med å utjevne utilsiktede forskjeller mellom kjønnene. Det ble rekruttert inn menn i høyt løn-

nede stillinger i 2019, noe som førte til at lønnsforskjellene mellom kjønnene økte. Statens helsetilsyn har en relativt stor andel ansatte over 62 år og i 2019 utgjorde denne aldersgruppen omlag 23 pst. av de ansatte. Statens helsetilsyn legger til rette for eldre arbeidstakere ved bl.a. mulighet for fleksible arbeidsformer.

#### *Statens legemiddelverk*

Legemiddelverket har flere kvinnelige tilsatte enn menn, noe som gjenspeiler kvinneandelen blant studentene fra de utdanningsfelt og fagfelt Legemiddelverket normalt rekrutterer fra. Kvinnelige ansatte utgjør 76,5 pst. av arbeidsstokken, og toppledergruppen består av tre kvinner og to menn. Mellomledergruppen har 19 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.

#### *Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) startet 1. 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. Den totale kvinneandelen er på 60 pst, mens andelen kvinner i ledende stillinger er på 71 pst. 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.

### **9.3 Omtale av lønsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter**

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF mottok i 2019 lønn på 2 312 617 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 4 874 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 330 674 kroner. Administrerende direktør skal ha pensjonsvilkår på lik linje med andre ansattes vilkår i foretaket, og har ordinære pensjonsvilkår via Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH). Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt

lønn. Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppebåret i perioden. Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret/administrerende direktør av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratre sin stilling umiddelbart.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF mottok i 2019 lønn på 2 482 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 22 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 657 000 kroner. Administrerende direktør har, i tillegg til ordinær ytelsespensjon i KLP, en avtale om pensjon utover 12G. Avtalen var inngått før det kom pålegg om ikke å inngå slike avtaler. Det er ikke inngått avtale om sluttvederlag eller liknende for administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF mottok i 2019 lønn på 2 005 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 165 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 368 000 kroner. Administrerende direktør har offentlig tjenestepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår, det vil si gjennom ordinær ordning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon utover ordinære vilkår gjennom KLP. Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal ikke overstige 12 måneder.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF mottok i 2019 lønn på 2 094 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 154 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 166 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Administrerende direktør har ikke avtale om etterlønn.

Norsk Helsenett SF skiftet administrerende direktør med virkning fra 20. august 2019. Tidligere administrerende direktør mottok i 2019 lønn

og feriepenger på 2 234 112 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 8 749 kroner. Det ble ikke utbetalt etterlønn. Lønn og feriepenger inkluderer utbetaling av ubenyttede feriedager med 620 203 kroner. Pensjonskostnadene til tidligere administrerende direktør utgjorde 322 884 kroner. Ny administrerende direktør mottok i 2019 lønn på 731 184 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 13 465 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 301 252 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.

Det ble i 2019 foretatt et skifte av administrerende direktør i AS Vinmonopolet. Ny administrerende direktør tiltrådte 1. oktober 2019. Totalt utbetalt lønn til administrerende direktør i 2019 var 2 594 376 kroner. Andre godtgjørelser beløp seg til 151 667 kroner. Pensjonskostnaden til administrerende direktør utgjorde 236 667 kroner. AS Vinmonopolets pensjonsordninger er organisert gjennom Statens pensjonskasse. Sittende 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.

## 10 Omtale av klima og miljørelevante saker

Regjeringens klima- og miljøpolitikk bygger på at alle samfunnssektorer har et selvstendig ansvar for å legge miljöhensyn til grunn for aktivitetene sine og for å medvirke til at de Side 3 nasjonale klima- og miljømålene kan nås. For en omtale av regjeringens samlede klima- og miljørelevante saker, se Klima- og miljødepartementets fagproposisjon.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, samt fylkesmennene, er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåking av miljøforurensning. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) ivaretar direktoratsoppgaver for Klima- og miljødepartementet innenfor området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. DSA har videre ansvar for faglig utredningsarbeid, tilsyn med radioaktiv forurensning og for å koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljø, samt internasjonale oppgaver.

Mattilsynet arbeider for en miljøvennlig produksjon av trygge næringsmidler og trygt drikkevann. For å få størst mulig samfunnsmessig verdiskapning ut av begrensede ressurser er det vesentlig å legge vekt på kvalitet, plante- og dyrehelse samt hensynet til miljøet.

### Miljøarbeid i spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter statens eierskap av de regionale helseforetakene, som igjen er eier av landets helseforetak. Som det blir uttrykt i Meld. St. 8 (2019–2020) *Statens direkte eierskap i selskaper — Bærekraftig verdiskapning*, 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 spesialist-

helsetjenesten foretar en helhetlig tilnærming til klima- og miljøutfordringene. Miljøarbeidet i spesialisthelsetjenesten koordineres gjennom et samarbeidsutvalg mellom de fire helseregionene. Alle de regionale helseforetakene er representert med et medlem i samarbeidsutvalget. I tillegg har Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF, samt vernetjenesten og tillitsvalgte en representant hver. De fire regionene har også hver sin miljøfaggruppe hvor alle helseforetak er representert.

### Rapport for 2019

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.

### Plan for videre arbeid

I foretaksmøte januar 2020 ble det stilt krav til de regionale helseforetakene om å videreutvikle det eksisterende arbeidet med ansvarlig virksomhet og klimaregnskapet, samt sørge for at den nasjonale rapporten om spesialisthelsetjenestens arbeid med ansvarlig virksomhet publiseres årlig.

## 11 Bærekraftsmål 3

### **Mål 3 God helse og livskvalitet: Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder**

Det norske helsesystemet er godt utbygd og nordmenn flest har god helse. Forventet levealder i 2019 var 84,7 år for kvinner og 80,2 for menn, men det er sosiale helseforskjeller – de med lengst utdanning lever 5-6 år lengre og har bedre helse enn de med kortest utdanning.

I nasjonal oppfølging av mål 3 er delmål 3.3 smittsomme sykdommer, 3.4 ikke-smittsomme sykdommer, 3.5 alkohol, narkotika og avhengighet, 3.9 forurensning av jord, luft og vann og 3a styrke gjennomføringen av tobakkskonvensjonen.

Internasjonalt bidrar Norge aktivt i oppfølgingen av de helserelaterte delmålene, bl.a. gjennom støtte til FN-organisasjoner som arbeider med problemstillinger knyttet til helse. Støtte til FNs særorganisasjon for helse, Verdens helseorganisasjon (WHO), er av spesielt stor betydning. Erkjenningen av hvor viktig helse er for både nasjonal og internasjonal utvikling i vid forstand, gjør at universell helsedekning (UHC) er vår fremste prioritet internasjonalt. UHC handler om at land skal gi alle innbyggere tilgang til, og at de skal ha råd til å benytte seg av, grunnleggende helsetjenester. Covid-19-pandemien har synliggjort viktigheten av motstandsdyktige helsesystemer med sterk helsesikkerhet og -beredskap. Norge arbeider derfor aktivt for styrking av helsesystemer og internasjonal helsesikkerhet og -beredskap gjennom internasjonalt engasjement og samarbeid.

*Delmål 3.3: Innen 2030 stanse epidemiene av aids, tuberkulose, malaria og neglisjerte tropiske sykdommer, og bekjempe hepatitt, vannbårne sykdommer og andre smittsomme sykdommer*

I 2019 ble det meldt 172 hivsmittede i Norge (112 menn og 60 kvinner) mot 191 tilfeller i 2018. Trenden med nedgang i meldte hivtilfeller fortsetter, særlig blant menn som har sex med menn. Økt testaktivitet blant sårbare grupper, kort tid fra diagnose til behandling og introduksjon av PrEP (preeksponeringsprofylakse) samt lett tilgang til

kondomer antas å ha bidratt sterkest til nedgangen.

102 (59 prosent) av de 172 nye hivtilfellene i 2019 var innvandrere smittet før ankomst Norge, 52 menn og 50 kvinner. Det er en økende tendens til at innvandrere som blir testet i Norge allerede har blitt testet hivpositive i tidligere hjemland. Meldte tilfeller blant menn som har sex med menn smittet mens de er bosatt i Norge viser fortsatt en fallende utvikling. For de øvrige gruppene er situasjonen lite endret fra 2018. Totalt for alle grupper har antallet som angis smittet i Norge gått ned fra 100 i 2009 til 28 i 2019.

Det ble i 2019 påvist 61 hivtilfeller blant menn som har sex med menn mot 73 tilfeller i 2018. Andelen hivpositive menn som har sex med menn med innvandrerbakgrunn utgjorde i 2019 59 pst. av de meldte tilfellene blant menn som har sex med menn. Av de 36 personene med innvandrerbakgrunn kommer 13 fra Sør- og Mellom-Amerika, ni fra Asia og åtte fra Europa.

Norge ligger godt an til å nå UNAIDS' 90-90-90 mål. Data fra de infeksjonsmedisinske avdelinger i Norge som følger opp hivpasienter viser at det er omtrent 4100 hiv-pasienter under oppfølging i Norge. Av disse sto 98 prosent pasienter på hivbehandling og av disse var 96 prosent fullt virus supprimert (<50kopier/ml) ved siste kontroll. Modellering gjort av FHI estimerer mørketallet blant hiv-smittede i Norge til å være 300–400 personer.

Norge ligger langt fremme i å bekjempe vannbårne sykdommer, men utbrudd av smittsom sykdom forårsaket av forurenset drikkevann skjer likevel med ujevne mellomrom. Utbruddet av *Campylobacter* på Askøy er et eksempel. Det rapporteres også årlig små utbrudd knyttet til vann i Vesuv. Det registreres årlig 4-6000 tilfeller av typiske vannbårne agens, men dette antas kun å være «toppen av isfjellet» da det er utfordrende å estimere sykdomsbyrden av sporadiske tilfeller. Folkehelseinstituttet kartlegger nå sykdomsbyrden som følge av konsum av drikkevann. Prosjektet er forsinket grunnet koronaepidemien, og forventes å være ferdig i 2021 (Drikkevannsstudien).

Tiltak for å øke utskiftingstakten av et aldrende og sårbart ledningsnett og forebygge smitte via drikkevann, er en sentral del av de nasjonale målene som er vedtatt etter malen fra WHO/UNECEs protokoll for vann og helse.

Internasjonalt er Norge en aktiv part i samarbeidet under WHO og UNECEs protokoll om vann og helse. Norge bidrar særskilt med kapasitetsbygging knyttet til overvåking av drikkevann, vannbårne sykdommer og utbrudd, i samarbeid med Hvite-Russland.

Hepatitt C skal elimineres som folkehelseproblem i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet har i «Nasjonal strategi mot hepatitter 2018–2023» fastsatt to hovedmål:

- Redusere forekomsten av hepatitt C med 90 prosent innen utgangen av 2023
- Ingen i Norge skal dø eller bli alvorlig syke forårsaket av hepatitt C-virus

*Delmål 3.4: Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme god psykisk helse og livskvalitet*

Norge har forpliktet seg på WHO's mål om 25 prosent reduksjon i prematur død av ikke-smittsomme sykdommer før 2025. Dette er senere endret til en tredel innen 2030. En gjennomgang av tallene fra Dødsårsaksregisteret viser at målet om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med 25 pst. var nådd ved årsskiftet 2018–2019. Nedgangen i prematur død av kreft og hjerte- og karsykdommer bidrar mest.

I 2010 døde 6008 personer av ikke-smittsomme sykdommer før 70 års alder. Tallet var redusert til 5102 dødsfall i 2018. Dette tilsvarer en nedgang på 906 for tidlige dødsfall.

Når vi ser på antall dødsfall per 100 000, var det i 2010 til sammen 257 tidlige dødsfall per 100 000 av de fire ikke-smittsomme sykdommene kreft, hjerte-karsykdommer, diabetes og KOLS. Dette ble redusert til 193 per 100 000 i 2018. Nedgangen var dermed 64 dødsfall per 100 000, som tilsvarer 25 prosent.

Den nasjonale NCD-strategien (2013–2013) er fulgt opp gjennom en rekke nye planer, strategier og meldinger. Arbeid med en ny NCD-strategi er i gang.

Psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser og overvekt og fedme skal ha særlig omtale i strategien. Videre skal luftforurensning tas inn som tema.

Røyking er fortsatt den enkeltfaktoren som bidrar mest til sykdom og tidlig død i Norge, og

som også er særlig relevant for sosial ulikhet i helse. Røyking medfører over 6 000 dødsfall per år i Norge. Tall fra 2019 viser at 9 pst. av befolkningen er dagligrøykere (mot 19 pst. i 2010) og at like stor andel røyker av og til. I befolkningen bruker 14 pst. snus daglig, en dobling fra 2010, og om lag 4 pst. bruker snus av og til. I aldersgruppen (16–24 år) oppgir 2 pst. å røyke daglig i 2019, mens 17 pst. røyker av og til. Blant unge bruker nå om lag 20 pst. snus daglig og 7 pst. snuser av og til.

Regjeringen lanserte i 2019 en ny nasjonal tobakksstrategi for perioden 2019–2021 i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga. Strategien har som overordnet mål å oppnå en tobakksfri ungdomsgenerasjon, og peker på en rekke nye tiltak som skal gjøre tobakksvarer mindre attraktive for unge. Videre vil regjeringen hjelpe etablerte storrøykere gjennom et nytt prøveprosjekt med veiledning og gratis legemidler til røykeslutt.

Delmål 3a om å styrke gjennomføringen av tobakkskonvensjonen i alle land følges opp i Norge gjennom en aktiv og langsiktig tobakkspolitikk. I den nasjonale tobakksstrategien er et av tiltakene at det skal gjøres en systematisk gjennomgang av hvordan tobakkskonvensjonen er gjennomført i Norge, der frivillig sektor blir invitert til å delta. Videre bidrar Norge årlig med økonomisk støtte til sekretariatet for tobakkskonvensjonen for å styrke gjennomføringen i lav- og mellominntektsland.

Norsk kosthold inneholder for mye salt, tilsatt sukker og mettett fett, og for lite grove kornvarer, frukt, bær, grønnsaker og fisk og vi er langt fra å nå mål som er satt i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) Handlingsplanen er med bakgrunn i midtveisevaluering forlenget til 2023. Samarbeid med matvarebransjen gjennom intensjonsavtalen for et sunnere kosthold er sentralt i det videre arbeid. Se Del II kap. 714 og 740, samt rapportering på bærekraftsmål 2 i Landbruks- og matdepartementets budsjettproposisjon.

Kun tre av ti voksne og eldre er tilstrekkelig fysisk aktive og bare halvparten av 15-åringene. Nedgangen i aktivitetsnivå starter tidligere enn før – allerede ved niårsalder. Fysisk aktivitet fremmer god fysisk og psykisk helse, gir flere friske leveår og reduserer risiko for tidlig død. Regjeringen la våren 2020 fram Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 med virkemidler og tiltak i flere departementer fordelt på fem innsatsområder. Det er et hovedmål å øke andelen i befolkningen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet med 10 prosentpoeng innen 2025 og med 15 prosentpoeng innen 2030.

FNs bærekraftsmåls indikatorsett benytter selvmord for å følge utvikling i mental helse. I norsk sammenheng viser tall fra FHI at selvmord er blant de viktigste årsakene til for tidlig død, særlig blant menn. Hvert år dør mellom 550 og 600 personer som følge av selvmord i Norge. I 2018 tok 674 personer sitt eget liv. Mange blir etterlatte. Selvmord innebærer mange tapte leveår, og også økt risiko for selvmord blant etterlatte. Regjeringen lanserte en ny handlingsplan for forebygging av selvmord september 2020.

*Delmål 3.5: Styrke forebygging og behandling av rusmiddelmisbruk, bl.a. misbruk av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol*

I tilknytning til delmål 3.5 er det narkotikautløste dødsfall som er den tredje hyppigste dødsårsaken blant personer under 50 år i Norge. De siste 10 årene har det i gjennomsnitt vært 195 slike dødsfall årlig i den aldersgruppa. Heroin har tidligere vært den hyppigste årsaken til narkotikautløste dødsfall. I 2016 oversteg narkotikautløste dødsfall fra andre opioider som legemidlene morfin, kodein og oxycontin samlet tallene for heroinrelaterte dødsfall.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en nasjonal alkoholstrategi høsten 2020. Målet er å redusere alkoholforbruket i befolkningen med minst 10 prosent innen 2025 sammenliknet med 2010. Dette målet er en del av Verdens helseorganisasjons (WHO) globale handlingsplan for forebygging og begrensning av ikke-smittsomme sykdommer (noncommunicable diseases, NCD), der det globale målet er minst 10 prosent reduksjon i skadelig bruk av alkohol. Strategien skal også bidra til å oppfylle delmål 3.5.

*Delmål 3.9: Innen 2030 betydelig redusere antall dødsfall og sykdomstilfeller forårsaket av farlige kjemikalier og forurenset luft, vann og jord*

I 2019 ble tjenesten «Luftkvalitet i Norge» lansert. Den gir landets kommuner et verktøy i arbeidet

med å bedre luftkvaliteten lokalt, og innbyggere får lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om luftkvaliteten der de bor og oppholder seg. For høye konsentrasjoner av svevestøv og nitrogendioksid kan være helseskadelig for alle mennesker, men barn, eldre og folk med luftveis- og hjertekarproblemer er spesielt sårbare.

Utslipp av farlige stoffer som kan påvirke drikkevannet er strengt regulert i Norge og omfattende regulering av avfallshåndtering bidrar til å beskytte drikkevannet. Det er ikke kjent at noen har omkommet i Norge knyttet til kjemikalieforurensning av vann. Hendelser med forurensning av drikkevannet har forekommet, men uten at det har medført helsekonsekvenser. Vannforsyningen er regulert av drikkevannsforskriften og Mattilsynet fører tilsyn over beredskapen til vannverkseieren. Alle vannverkseiere er pliktig til å gjøre en farekartlegging for eget vannforsyningssystem. Farene som er identifisert skal forebygges, fjernes eller reduseres til akseptabelt nivå for å sikre levering av tilstrekkelige mengder helsemessig trygt drikkevann. I tillegg skal beredskapsplaner sørge for kontinuerlig drift ved uønskete hendelser.

I tråd med WHO/UNECEs Protokoll for vann og helse har Norge fastsatt nasjonale mål og iverksatt en rekke tiltak. Drikkevannsforskriften er revidert, med strengere krav til drift og vedlikehold av ledningsnett, beredskap, leveringssikkerhet og beskyttelse av drikkevannskilder. Det er også etablert en vannvakt ved Folkehelseinstituttet for å bistå vannverk i akutte situasjoner.

Norge bidrar også i flere internasjonale sammenhenger; og særskilt med kapasitetsbygging knyttet til overvåking av drikkevann, vannbårne sykdommer og utbrudd under WHO/UNECEs protokoll om vann og helse, i samarbeid med Hvite-Russland.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2020–2021) om statsbudsjettet for år 2021 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et framlagt forslag.

---



## Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2020–2021) statsbudsjettet for budsjettåret 2021 opp følgende forslag til vedtak:

### Kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3701–3748, 5572 og 5631

#### I

#### Utgifter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	240 073 000	240 073 000
701	E-helse, helseregistre mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	767 715 000	
	70 Norsk Helsenet SF	153 885 000	
	71 Medisinske kvalitetsregistre	38 724 000	
	72 Nasjonale e-helseløsninger	505 375 000	1 465 699 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	27 739 000	
	22 Beredskapslagring legemidler	1 100 000 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	4 130 000	1 131 869 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	5 935 000	
	71 Internasjonale organisasjoner	60 317 000	
	72 Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)	20 000 000	86 252 000
704	Norsk helsearkiv		
	01 Driftsutgifter	65 064 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	8 771 000	73 835 000
708	Eldreombud		
	01 Driftsutgifter	10 035 000	10 035 000
709	Pasient- og brukerombud		
	01 Driftsutgifter	73 562 000	73 562 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		3 081 325 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Folkehelse mv.			
710	Vaksiner mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	221 493 000	
	22 Salgs- og beredskapsprodukter mm.	144 325 000	
	23 Forhåndsavtaler og vaksinasjon mot covid-19	3 770 000 000	4 135 818 000
712	Bioteknologirådet		
	01 Driftsutgifter	12 432 000	12 432 000
714	Folkehelse		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	98 635 000	
	60 Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	95 336 000	
	70 Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	180 553 000	
	74 Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	20 700 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	64 135 000	459 359 000
717	Legemiddeltiltak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 793 000	
	70 Tilskudd	61 941 000	73 734 000
	Sum Folkehelse mv.		4 681 343 000
Spesialisthelsetjenester			
732	Regionale helseforetak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 430 000	
	70 Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	4 626 900 000	
	71 Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	578 237 000	
	72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	58 525 149 000	
	73 Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	20 611 342 000	
	74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	15 583 528 000	
	75 Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	13 921 895 000	
	76 Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	41 695 651 000	
	77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	3 284 140 000	
	78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 296 723 000	
	80 Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	8 115 434 000	
	81 Protonsenter, <i>kan overføres</i>	176 000 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	7 859 447 000
	83	Byggelånsrenter, <i>overslagsbevilgning</i>	339 000 000
	86	Driftskreditter	1 800 000 000 178 432 876 000
733		Habilitering og rehabilitering	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	12 773 000
	70	Behandlingsreiser til utlandet	135 308 000
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 362 000 151 443 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	
	01	Driftsutgifter	82 452 000
	21	Spesielle driftsutgifter	59 936 000
	70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	2 965 000
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	111 844 000
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	13 224 000 270 421 000
737		Historiske pensjonskostnader	
	70	Tilskudd, <i>overslagsbevilgning</i>	131 006 000 131 006 000
		Sum Spesialisthelsetjenester	178 985 746 000
		Sentral helseforvaltning	
740		Helsedirektoratet	
	01	Driftsutgifter	1 311 448 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	49 262 000
	60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	87 149 000
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	69 056 000 1 516 915 000
741		Norsk pasientskadeerstatning	
	01	Driftsutgifter	221 349 000
	70	Advokatutgifter	48 798 000
	71	Særskilte tilskudd	21 294 000 291 441 000
742		Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	
	01	Driftsutgifter	161 162 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	15 779 000 176 941 000
744		Direktoratet for e-helse	
	01	Driftsutgifter	178 643 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	151 115 000 329 758 000
745		Folkehelseinstituttet	
	01	Driftsutgifter	1 259 971 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	150 387 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	13 147 000	1 423 505 000
746		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	322 981 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	31 632 000	354 613 000
747		Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	01	Driftsutgifter	111 181 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	13 479 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 735 000	129 395 000
748		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	161 669 000	161 669 000
749		Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten		
	01	Driftsutgifter	40 174 000	40 174 000
		Sum Sentral helseforvaltning		4 424 411 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	215 937 000	
	60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	9 273 000	
	61	Vertskommuner	932 308 000	
	63	Investeringstilskudd – rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	3 171 967 000	
	64	Kompensasjon for renter og avdrag	728 000 000	
	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	2 622 971 000	
	67	Utviklingstiltak	75 269 000	
	68	Kompetanse og innovasjon	414 591 000	
	69	Investeringstilskudd – netto tilvekst, <i>kan overføres</i>	806 835 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	73 544 000	
	72	Landsbystiftelsen	85 843 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	87 616 000	
	75	Andre kompetansetiltak	11 513 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	126 724 000	9 362 391 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	172 241 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	60	Forebyggende helsetjenester	420 961 000
	61	Fengselshelsetjeneste	188 963 000
	63	Allmennlegetjenester	857 787 000
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	45 296 000
	73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	59 979 000
	74	Stiftelsen Amatheia	26 035 000
765		Psykisk helse, rus og vold	1 771 262 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	186 879 000
	60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	230 507 000
	62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	455 178 000
	71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	174 715 000
	72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	469 245 000
	73	Utviklingstiltak mv.	167 459 000
	74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	308 912 000
	75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	245 130 000
769		Utredningsvirksomhet mv.	2 238 025 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	14 917 000
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	1 652 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene	13 388 247 000
		Tannhelse	
770		Tannhelsetjenester	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	54 964 000
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	309 349 000
		Sum Tannhelse	364 313 000
		Kunnskap og kompetanse	
780		Forskning	
	50	Norges forskningsråd mv.	130 419 000
781		Forsøk og utvikling mv.	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	53 557 000
	79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	88 477 000
783		Personell	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	106 470 000
	61	Tilskudd til kommuner	160 416 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	27 869 000	294 755 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		567 208 000
		Spesialisthelsetjenester mv.		
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	2 300 050 000	
	71	Psykologhjelp	345 000 000	
	72	Tannbehandling	2 320 022 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitut	1 364 674 000	6 329 746 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.		6 329 746 000
		Legehjelp, legemidler mv.		
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	11 031 000 000	
	71	Legeerklæringer	8 988 000	
	72	Medisinsk forbruksmaterie	2 129 960 000	13 169 948 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	72	Egenandelstak	6 636 170 000	6 636 170 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.		
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	472 000 000	
	70	Allmennlegehjelp	5 358 225 000	
	71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 155 000 000	
	72	Jordmorhjelp	72 040 000	
	73	Kiropraktorbehandling	201 964 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	200 000 000	7 459 229 000
2756		Andre helsetjenester		
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	10 008 000	
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	199 980 000	
	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	224 980 000	434 968 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.		27 700 315 000
		Andre helsetiltak		
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag	202 345 000	202 345 000
		Sum Andre helsetiltak		202 345 000
		Sum departementets utgifter		239 724 999 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Diverse inntekter			
3701	E-helse, helseregistre mv.		
	02 Diverse inntekter	82 070 000	82 070 000
3704	Norsk helsearkiv		
	02 Diverse inntekter	3 081 000	3 081 000
3710	Vaksiner mv.		
	03 Vaksinesalg	145 107 000	145 107 000
3714	Folkehelse		
	04 Gebyrinntekter	2 544 000	2 544 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	284 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	621 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	632 200 000	1 537 200 000
3740	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	20 646 000	
	03 Helsetjenester i annet EØS-land	67 035 000	
	04 Gebyrinntekter	49 862 000	
	05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	40 024 000	
	06 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	87 234 000	264 801 000
3741	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	6 961 000	
	50 Premie fra private	17 624 000	24 585 000
3742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	50 Premie fra private	2 394 000	2 394 000
3745	Folkehelseinstituttet		
	02 Diverse inntekter	194 840 000	194 840 000
3746	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	31 632 000	
	04 Registreringsgebyr	78 981 000	110 613 000
3747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	02 Diverse inntekter	17 932 000	
	04 Gebyrinntekter	15 368 000	33 300 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
3748	Statens helsetilsyn		
	02 Diverse inntekter	1 643 000	1 643 000
	Sum Diverse inntekter		2 402 178 000
	Skatter og avgifter		
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgs- departementet		
	70 Legemiddeldetaljistavgift	67 485 000	
	72 Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 800 000	
	73 Legemiddelleverandøravgift	220 000 000	
	74 Tilsynsavgift	3 770 000	
	75 Sektoravgift tobakk	26 000 000	323 055 000
	Sum Skatter og avgifter		323 055 000
	Renter og utbytte mv.		
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85 Statens overskuddsandel	66 100 000	
	86 Utbytte	2 000	66 102 000
	Sum Renter og utbytte mv.		66 102 000
	Sum departementets inntekter		2 791 335 000



II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2021 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. 740 postene 01 og 21	kap. 3740 postene 02 og 04
kap. 740 post 01	kap. 5572 post 75
kap. 740 post 70	kap. 3740 post 03
kap. 740 post 60	kap. 3740 post 06
kap. 741 post 01	kap. 3741 postene 02 og 50
kap. 742 post 01	kap. 3742 post 50
kap. 745 post 01	kap. 3710 post 03
kap. 745 postene 01 og 21	kap. 3745 post 02
kap. 745 post 01	kap. 3740 post 04
kap. 746 postene 01 og 21	kap. 3746 post 02 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 2021 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.	50 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2021 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
	63	Investeringsstilskudd – rehabilitering	4 153 mill. kroner
	69	Investeringsstilskudd – netto tilvekst	3136,5 mill. kroner
	79	Andre tilskudd	1,0 mill. kroner

*Andre fullmakter*

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2021:

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.

*Andre vedtak*

VI

Oppheving av anmodningsvedtak

Vedtakene nr. 307, 17. desember 2016 og nr. 506, 27. november 2018 oppheves.



Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Trykk: 07 Media AS – 10/2020

