



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2016**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3750, 5572 og 5631



## Innhold

<b>Del I</b>	<b>Innledende del</b> .....	7	Kap. 3721 Statens helsetilsyn .....	67
<b>1</b>	<b>Helse- og omsorgspolitikken</b> ...	9	Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning .....	68
<b>2</b>	<b>Profilen i budsjettforslaget</b> .....	12	Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning .....	69
<b>3</b>	<b>Oversiktstabeller</b> .....	20	Kap. 723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten .....	70
<b>Del II</b>	<b>Budsjettomtaler</b> .....	23	Kap. 3723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten .....	72
<b>4</b>	<b>Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.</b> .....	25	Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell .....	73
<b>Programområde 10 Helse og omsorg</b> ....		25	Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell .....	73
<i>Programkategori 10.00</i>			Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten .....	73
<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i> .....		25	Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten .....	74
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet		26	Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd mv.	74
Kap. 701 Direktoratet for e-helse .....		27	Kap. 729 Pasient- og brukerombud .....	74
Kap. 3701 Direktoratet for e-helse .....		33	<i>Programkategori 10.30</i>	
Kap. 702 Beredskap .....		33	<i>Spesialisthelsetjenester</i> .....	76
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid .....		36	Kap. 732 Regionale helseforetak .....	78
<i>Programkategori 10.10 Folkehelse mv.</i> .....		38	Kap. 3732 Regionale helseforetak .....	105
Kap. 710 Folkehelseinstituttet .....		39	Kap. 733 Habilitering og rehabilitering .....	108
Kap. 3710 Folkehelseinstituttet .....		44	Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak .....	109
Kap. 711 Ernæring og mattrygghet .....		44	<i>Programkategori 10.50 Legemidler</i> .....	113
Kap. 712 Bioteknologirådet .....		45	Kap. 750 Statens legemiddelverk .....	113
Kap. 713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet .....		45	Kap. 3750 Statens legemiddelverk .....	116
Kap. 3713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet .....		46	Kap. 751 Legemiddeltiltak .....	117
Kap. 714 Folkehelse .....		46	Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet .....	118
Kap. 3714 Folkehelse .....		50	<i>Programkategori 10.60</i>	
Kap. 715 Statens strålevern .....		51	<i>Helse- og omsorgstjenester i kommunene</i> .....	120
Kap. 3715 Statens strålevern .....		51	Kap. 761 Omsorgstjeneste .....	125
Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning .....		52	Kap. 762 Primærhelsetjeneste .....	148
Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning .....		52	Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid .....	160
Kap. 718 Rusmiddelforebygging .....		52	Kap. 769 Utrekningsvirksomhet mv. ....	175
Kap. 3718 Rusmiddelforebygging .....		53	<i>Programkategori 10.70 Tannhelse</i> .....	178
Kap. 719 Annet folkehelsearbeid .....		53	Kap. 770 Tannhelsetjenester .....	181
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet .....		54	<i>Programkategori 10.80</i>	
<i>Programkategori 10.20 Helseforvaltning</i> .....		56	<i>Kunnskap og kompetanse</i> .....	185
Kap. 720 Helsedirektoratet .....		57	Kap. 780 Forskning .....	186
Kap. 3720 Helsedirektoratet .....		64	Kap. 781 Forsøk og utvikling mv. ....	191
Kap. 721 Statens helsetilsyn .....		65	Kap. 782 Helseregistre .....	199
			Kap. 783 Personell .....	199

<b>Programområde 30</b>	
<b>Stønad ved helsetjenester .....</b>	<b>203</b>
<i>Programkategori 30.10</i>	
<i>Spesialisthelsetjenester mv. ....</i>	<i>207</i>
Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv. ....	207
<i>Programkategori 30.50</i>	
<i>Legehjelp, legemidler mv. ....</i>	<i>211</i>
Kap. 2751 Legemidler mv. ....	211
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling .....	215
Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.	217
Kap. 2756 Andre helsetjenester .....	221
<i>Programkategori 30.90</i>	
<i>Andre helsetiltak .....</i>	<i>223</i>
Kap. 2790 Andre helsetiltak .....	223

<b>Del III</b>	<b>Omtale av særlige tema .....</b>	<b>225</b>
<b>5</b>	<b>Status for helse og omsorg .....</b>	<b>227</b>
<b>6</b>	<b>Folkehelsepolitikken .....</b>	<b>230</b>
<b>7</b>	<b>Spesialisthelsetjenesten .....</b>	<b>250</b>
<b>8</b>	<b>IKT og digitalisering .....</b>	<b>265</b>
<b>9</b>	<b>Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester .....</b>	<b>267</b>
<b>10</b>	<b>Kompetanseløft 2020 .....</b>	<b>276</b>
<b>11</b>	<b>HelseOmsorg21-strategien .....</b>	<b>279</b>
<b>12</b>	<b>Internasjonalt samarbeid .....</b>	<b>280</b>
<b>13</b>	<b>Administrative fellesomtaler ....</b>	<b>286</b>
<b>14</b>	<b>Anmodningsvedtak .....</b>	<b>295</b>
	<b>Forslag.....</b>	<b>307</b>



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2016**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3750, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 18. september 2015,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Solberg)*



*Del I*  
*Innledning del*





# 1 Helse- og omsorgspolitikken

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

Sentrale mål for regjeringen innenfor helse- og omsorgssektoren er:

1. Redusere unødvendig og ikke-medisinsk begrunnet venting for pasientene
2. Øke tilgjengelighet og kapasitet, samt styrke kvaliteten i helse- og omsorgssektoren
3. Prioritere psykisk helse- og rusfeltet, med satsning på bedre behandling og forebygging

Gjennom plan- og reformarbeid er regjeringen i gang med en helhetlig nytenkning i store deler av sektoren. Regjeringen vil sette i verk de vedtatte pasientrettighetene knyttet til ordningen fritt behandlingsvalg og legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan denne høsten. Stortingsmeldinger om primærhelsetjenesten og legemiddelpolitikken er lagt fram, og Stortinget har behandlet en melding om folkehelsepolitikken.

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

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

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

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

## 1.1 Pasientens helsetjeneste

---

Å skape pasientens helsetjeneste handler om å sikre et godt møte med helse- og omsorgstjenesten på alle nivåer, enten man er pasient, bruker eller pårørende. Norge har og skal ha et godt offentlig helsetilbud. Skal dette ivaretas, er tjenestene avhengig av tillit fra befolkningen. Skal den tilliten ivaretas må tjenestene utvikles, mangfoldet tas i bruk og alle gis en sterkere stemme i utviklingen av tjenestene. Det er en målsetting at pasienter og brukere i større grad enn i dag skal være aktivt deltakende i beslutninger om egen helse og behandling. Det skal satses på medvirkning på alle nivå, fra nasjonal utvikling og beslutninger til pasient- og brukerinvolvering på lokalt og individuelt nivå. Regjeringen vil i budsjettet for 2016 prioritere tiltak som styrker disse målsettingene. Regjeringen tar sikte på å legge fram en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i 2016.

## 1.2 Nasjonal helse- og sykehusplan

---

Regjeringen legger fram Nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget høsten 2015. Planen skal informere Stortinget om status og utfordringer i spesialisthelsetjenesten og gjøre det mulig for Stortinget å ta de viktigste beslutningene om hvordan spesialisthelsetjenesten skal utvikles. Planen vil drøfte framskrivninger av behovet for tjenester, personell og kompetanse. Den vil ha tiltak for å styrke pasientens helsetjeneste og redusere uønskede forskjeller i kvalitet og praksis mellom sykehus og helseregioner. Planen skal legge til rette for en fortsatt desentralisert sykehusstruktur i Norge, med en rygggrad av akuttpsyke-

hus. Regjeringen vil i planen gi Stortinget sin anbefaling om hva slags sykehus vi bør ha i fremtiden og hvordan disse bør inngå i en nasjonal sykehusstruktur.

### 1.3 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

---

Alle er i større eller mindre grad berørt av helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Regjeringen har lagt fram stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meldingen gir en retning for den videre utviklingen av de kommunale tjenestene, den vektlegger helheten og drøfter behovet for teamarbeid, økt kompetanse og bedre lederskap.

Gjennom regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, vil regjeringen legge til rette for at flere eldre kan bo lenger hjemme, og leve aktive og selvstendige liv – med tilpassede tjenester. Samtidig må kapasiteten økes og kvaliteten i tjenestene styrkes, så alle kan få et tilbud tilpasset sitt behov. Gode tjenester er avhengig av kompetanse hos de ansatte, framtidsrettet organisering og bedre samarbeid mellom fagmiljøene.

Derfor legger regjeringen fram Kompetanseløft 2020 som skal bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste. For å bidra til bedre kvalitet i tjenestene skal regjeringen utvikle en standard for kvalitet – en trygghetsstandard for sykehjem.

Regjeringen har sendt på høring forslag om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister. Lovforslaget innebærer en vesentlig styrking av rettighetene til eldre i praksis, og vil forplikte kommunene sterkere enn i dag til å innfri pliktene de har. Regjeringen vil også utarbeide en plan i samarbeid med KS som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen vil iverksette en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenesten.

### 1.4 En folkehelsepolitikk som skaper muligheter

---

Regjeringen vil styrke det forebyggende helsearbeidet og utvikle en folkehelsepolitikk som skaper mestring og muligheter. Det offentlige spiller en viktig rolle i å legge til rette for en god folkehelse, med flere sunne leveår og økt livskvalitet i befolk-

ningen. Det handler både om å redusere risiko for sykdom og lidelse, fremme sosiale fellesskap og psykisk helse, og bidra til opplevelse av mestring i livet. Folkehelsepolitikken er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder.

Regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Tiltak for å fremme psykisk helse er derfor en viktig del av regjeringens folkehelsepolitikk.

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. Regjeringen vil gjøre det enklere å ta sunne valg. I den nye folkehelsepolitikken setter også regjeringen aktiv aldring på dagsorden.

### 1.5 Riktig legemiddelbruk – bedre helse

---

Regjeringen har lagt fram en stortingsmelding om legemiddelpolitikken, Meld. St. 28 (2014–2015), Legemiddelmeldingen, Riktig bruk – bedre helse. Regjeringens mål er at legemiddelpolitikken skal sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, en likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler, legge til rette for forskning og innovasjon og at legemidler skal ha lavest mulig pris. Legemiddelpolitikken må understøtte arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste, og legge til rette for mer brukerinvolvering, samvalg og informasjon.

### 1.6 Bedre tilbud til kreftpasienter

---

Kreftpasienter skal oppleve god kvalitet, rask oppfølging og trygg behandling i møte med helsetjenesten. Regjeringens viktigste grep innen kreftområdet er tverrfaglige diagnosesentre i alle regioner, standardiserte pakkeforløp og bedre samarbeid med fastlegene. Tall fra de fire første pakkeforløpene tyder på at resultatene er svært gode, og utgjør en forskjell for pasientene. Regjeringen er opptatt av å ta erfaringene med pakkeforløpene for kreft med i arbeidet med andre sykdommer og lidelser.

### 1.7 Fritt behandlingsvalg

---

Regjeringen har innført fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten. Altfor mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling – ofte selv om ledig kapasitet finnes.

Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Pasientenes rettigheter styrkes. Kjøp av private gjennom anbud økes og offentlige sykehus har fått økt frihet til å behandle flere pasienter.

Retten til fritt behandlingsvalg innføres høsten 2015, først innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern samt innenfor enkelte områder av somatikken.

## 1.8 Rus og psykisk helse

---

Mange med rus og/eller psykiske problemer får ikke god nok og rask nok hjelp. Regjeringen vil styrke tilbudet til ruspasienter og pasienter med psykiske lidelser. Bevilgningene til spesialisthelsetjenesten er økt, og helseregionene er instruert om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern høyere enn somatikk. For å sikre kvalitet og tilgjengelighet må de kommunale tjenestene også styrkes.

Regjeringen vil ha en ny og forsterket innsats for mennesker med rus- og eller psykiske problemer, og vil derfor legge fram en ny opptrappingsplan for rusfeltet, som en egen proposisjon høsten 2015. Regjeringen har lagt til rette for en styrking av kommunenes arbeid innen psykisk helse. Helsetasjons- og skolehelsetjenesten vil styrkes videre, og det legges til rette for flere psykologer i kommunene.

## 1.9 Helse som mestring

---

Nøkkelen til god helse ligger ikke i fravær av sykdom alene. Mange vil leve større eller mindre deler av livet med ulike former for sykdom eller funksjonsnedsettelse. God helse ligger i mestring: evnen til å mestre sin situasjon, oppleve selvbestemmelse og føle verdighet. Helse- og omsorgstjenestene vil for fremtiden møte flere

brukere med kroniske lidelser som vil kreve langvarig oppfølging. For å møte denne utfordringen må tjenestene tilpasse seg brukere og pasienters behov, ønsker og forutsetninger.

## 1.10 IKT og digitalisering

---

En moderne helsetjeneste krever gode og brukervennlige IKT-løsninger. IKT gir oss nødvendige verktøy for å skape en trygg og moderne helse- og omsorgstjeneste. En styrket satsing på IKT er en forutsetning for å oppnå helhetlige pasientforløp gjennom bedre samhandling, mer effektivitet og økt brukervennlighet. Regjeringen støtter og jobber med flere tiltak for å realisere dette.

Å styrke pasientenes rettigheter og flytte makt til pasienter og pårørende, innebærer også å satse på åpenhet, informasjon og medbestemmelse. Endringsarbeid skal ta utgangspunkt i pasientenes behov, og kvalitetsdata må i større grad reflektere pasientenes og pårørendes opplevelser og erfaringer.

## 1.11 Kunnskapsbaserte tjenester

---

Gode helsetjenester er avhengige av å skape og ta i bruk ny kunnskap, og omsette forskning til innovasjon og bedre praksis. Regjeringen vil legge til rette for forskning og styrke innovasjon og næringsutvikling. Det skal etableres et program for nasjonale kliniske multisenterstudier i de regionale helseforetakene, og satses på innovasjon i omsorgssektoren. Mer tjenesteforskning og innovasjon skal også understøtte mål om god kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Mer bruk av kvalitetsindikatorer, data og registre, samt beslutningsstøtte for ansatte, skal bidra til mer kunnskapsbasert praksis og bedre kvalitet. Høsten 2015 legges det fram en handlingsplan for oppfølging av Helse-Omsorg21-strategien.

## 2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 185 mrd. kroner. Dette er fordelt med om lag 155 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og om lag 30 mrd. kroner på programområde 30, Stønad ved helse-tjenester, jf. tabell i kap. 3.

Samlet foreslås om lag 11 mrd. kroner, eller 6,3 pst., mer enn i saldert budsjett 2015. Forslaget tar høyde for pris- og kostnadsvekst, herunder virkning av takstoppjøret for leger, psykologer og fysioterapeuter samt økte pensjonskostnader for de regionale helseforetakene. Sett bort fra dette, samt flytting av enkelte oppgaver mellom departementene, herunder overføring av vel 1,2 mrd. kroner fra programområde 10 til kommunenes frie inntekter i forbindelse med at kommunene fra 1. januar 2016 får lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold, foreslås bevilgningsnivået økt reelt med om lag 6,7 mrd. kroner, eller om lag 3,8 pst. sammenliknet med saldert

budsjett 2015. Realveksten fordeler seg med om lag 4,7 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag 1,9 mrd. kroner på programområde 30 Stønader ved helsetjenester. Den underliggende utgiftsveksten knyttet til legemidler er om lag 1,3 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2015. Utgiftene til legemidler forklarer dermed en vesentlig del av den anslåtte realveksten på programområde 30.

Over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett foreslås det å øke bevilgningen til oppfølging av endring i pasient- og brukerrettighetsloven med 200 mill. kroner neste år. Videre foreslås de kommunale tjenestene til personer med rusproblemer og helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket med til sammen 600 mill. kroner gjennom veksten i kommunenes frie inntekter.

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

### Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2015

Kortere ventetid og økt kvalitet i sykehusene.....	2884 mill. kroner
Økt kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene.....	641 mill. kroner
Psykisk helse og rustiltak.....	472 mill. kroner
Sykehusinvesteringer.....	365 mill. kroner
Forsering vedlikeholdsinvesteringer – tiltakspakke.....	300 mill. kroner
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	200 mill. kroner
HPV-opphevingprogram.....	72 mill. kroner
Moderne elektronisk samhandling.....	41,3 mill. kroner
Mobilisering mot ensomhet.....	36,8 mill. kroner
Nye apotektjenester.....	30 mill. kroner
Overvåkning av legemidler og klinisk utprøving.....	18,7 mill. kroner
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.....	15 mill. kroner
Fritt behandlingsvalg – følgeevaluering.....	10 mill. kroner
Ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.....	10 mill. kroner
Pasientskadenemnda.....	6,8 mill. kroner
Norwegian Pumps & Pipes – tiltakspakke.....	5 mill. kroner
Pakkeforløp på kreftområdet.....	3 mill. kroner
Radikalisering og voldelig ekstremisme.....	3 mill. kroner

Merknader: Styrking av kommunale tjenester til personer med rus- og eller/psykiske problemer med 400 mill. kroner, helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 200 mill. kroner, samt ytterligere 200 mill. kroner til rettighetsfesting av BPA for personer under 67 år med stort og langvarig behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven, bevilges som frie inntekter til kommunene over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Av den tverrdepartementale satsingen gjennom opptrappingsplan for rusfeltet bevilges til sammen 42 mill. kroner på andre departementers budsjett (Justis og beredskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Kunnskapsdepartementet).

## 2.1 Kortere ventetid og økt kvalitet i sykehusene

For mange pasienter venter unødvendig lenge på behandling – ofte selv om ledig kapasitet finnes. Regjeringen starter i 2015 innføringen av fritt behandlingsvalgreformene i spesialisthelsetjenesten. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Samtidig har offentlige sykehus fått økt frihet til å utnytte sitt økonomiske handlingsrom til å behandle flere pasienter.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2016 med 2 884 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2015. Med dette legges det til rette for å videreføre antatt høyere aktivitet i sykehusene i 2015 enn forutsatt, svarende til om lag 800 mill. kroner, og øke pasientbehandlingen ytterligere med 2,5 pst. Dette er en høy budsjettert aktivitetsvekst sammenliknet med tidligere år. Bruk av retten til fritt behandlingsvalg antas å utgjøre 0,3 prosentenheter av den budsjetterte aktivitetsveksten. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,7 pst., samtidig som det gis dekning for antatt økte pensjonskostnader med 1 950 mill. kroner fra 2015 til 2016.

I bevilgningsforslaget på 2 884 mill. kroner er det gjort fratrekk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformene, underregulering av laboratorie- og røntgentakster og utfasing av midlertidig tilskudd til innføring av nødnett, jf. omtale nedenfor.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformene, omtalt under avsnitt 2.20 nedenfor, utgjør for de regionale helseforetakene 668 mill. kroner i 2016. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Reformen innpasses på samme måte for regionale helseforetak som i 2015, og regjeringen foreslår å tilføre 500 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene for å gi rom for 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 2016. Reformen innebærer at bevilgningene til helseforetakene reduseres med netto om lag 168 mill. kroner.

Midlertidig tilskudd til innføring av nødnett på 57 mill. kroner er ikke videreført i budsjettforslaget for 2016, selv om det vil påløpe innføringskostnader også dette året.

Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år.

For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester underregulert noe i forhold til antatt pris- og kostnadsvekst, svarende til om lag 21 mill. kroner for de offentlige og 9 mill. kroner for de private.

Sykehusene skal fra neste år overta ansvaret for overgrepsmottak. Ny spesialistutdanning og ny spesialiststruktur for leger vil innebære en økt kostnad for helseforetakene. Erstatningsutbetalinger i pasientskadeordningen vil øke fra 2016 som følge av endret kapitaliseringsrente. Videre foreslås det å øke den lave satsen for merverdiavgift fra 8 til 10 pst., som medfører økte transportkostnader for de regionale helseforetakene. Disse elementene, som til sammen utgjør om lag 265 mill. kroner, forutsettes håndtert innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen på 2 884 mill. kroner.

I saldert budsjett for 2015 ble det lagt til grunn en lønnsvekst i helseforetakene på 3,3 pst. fra 2014 til 2015. Lønnsveksten i helseforetakene anslås nå til 2,7 pst. i 2015, som gir en innsparing for helseforetakene med om lag 500 mill. kroner.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 2 884 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på 2,5 pst. Kostnadene per prosentenhet vekst i pasientbehandling er anslått til om lag 920 mill. kroner. I dette beløpet er bevilgninger til dekning av pensjoner holdt utenfor. Det vises til omtale ovenfor der det framkommer at det samlet foreslås bevilget 1 950 mill. kroner til å dekke anslått økte pensjonskostnader fra 2015 til 2016.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2015, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2015. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2016.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,8 pst. fra 2015 til 2016. Det er budsjettert med en vekst på 9 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi.

Fra 2009 er flere spesialisthelsetjenester som utføres av andre enn leger inkludert i regelverket for innsatsstyrt finansiering og egenandel. Fra 2016 legges det opp til at polikliniske konsultasjoner utført av flere helsepersonellgrupper inkluderes i ISF innenfor gitte fagområder. Dette vil bidra til mer effektiv bruk av arbeidskraften i spesialisthelsetjenesten.

Som et ledd i samhandlingsreformen vil kommunene fra 1. januar 2016 få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Tidligere øremerkede midler tilsvarende 603 mill. kroner i de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til oppbygging av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i kommunene, foreslås innlemmet i kommunenes frie inntekter.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper med til sammen om lag 1 170 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2016. Dette gjelder bl.a. legemidler til behandling av hepatitt C, veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler og anemilegemidler. Dette er kostbare legemidler, men med relativt få brukere. Oppstart med behandling av disse legemidlene, evaluering og avslutning gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten. Videre er det flere legemidler innenfor disse terapiområdene som kan erstatte hverandre i bruk, slik at det er mulig å dra nytte av priskonkurranse. En overføring av finansieringsansvaret til sykehusene vil derfor gjøre det mulig å oppnå rabatter gjennom anbudsprosesser, noe som ikke kan oppnås med dagens folketrygdfinansiering.

## 2.2 Økt kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene

For å bedre kvaliteten, kapasiteten og valgfriheten i omsorgstjenestene, foreslås det en samlet netto styrking på 641 mill. kroner i 2016.

Bevilgningen til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser foreslås økt med 205 mill. kroner til å dekke første års utbetaling av innvilgede tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser, med en tilsagnsramme på 4100 mill. kroner. Regjeringen har sendt på høring forslag om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister. Økningen i investeringstilskuddet legger til rette for at kommuner som ser behov for økt kapasitet, kan bygge ut sitt boligtilbud til pasienter og brukere i omsorgstjenestene.

Budsjettforslaget legger til rette for 1200 nye dagaktivitetsplasser til personer med demens i 2016, svarende til om lag 71 mill. kroner.

Det foreslås 156 mill. kroner til forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Forsøket skal omfatte alle pasient- og brukergrupper og kommunale omsorgstjenester for å avklare om statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og bedre behovsdekning. Forsøket skal omfatte to modeller, inkludere 20 kommuner og vare i tre år. Det tas sikte på oppstart 1. mai 2016.

Over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett er det i 2015 bevilget 300 mill. kroner til oppfølging av endring i pasient- og brukerrettighetsloven. Endringen gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med stort og langvarig behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven. Som varslet i kommuneproposisjonen for 2016 foreslås det at rammetilskuddet til kommunene økes med ytterligere om lag 205 mill. kroner til oppfølging av endringen i pasient- og brukerrettighetsloven.

Som del av Kompetanseløft 2020 foreslås det å øke bevilgningen til grunn-, videre- og etterutdanning for ansatte i omsorgssektoren med 30,7 mill. kroner. Øvrig øremerkede bevilgninger til omsorgstjenestene foreslås redusert med om lag 27 mill. kroner.

## 2.3 Psykisk helse og rustiltak

Regjeringen vil forsterke innsatsen for mennesker med rus- og/eller psykiske helseproblemer. I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, viser regjeringen hvordan det lokale psykisk helsearbeidet skal styrkes, bl.a. gjennom innføring av lovkrav om psykolog i kommunen fra 2020. Videre tas det sikte på innføring av øyeblikkelig hjelp døgntilbud for disse brukergruppene fra 2017 og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helse og rus tidligst fra 2017.

Regjeringen vil ha en ny og forsterket innsats for mennesker med rus- og eller psykiske problemer, og vil derfor legge fram en ny opptrappingsplan for rusfeltet, som en egen proposisjon høsten 2015. Opptrappingsplanen vil ha en ramme på 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 185 mill. kroner i 2016 inkludert midlene i ordningen med fritt behandlingsvalg.

Som et ledd i satsingen på rusfeltet er det foreslått at 400 mill. kroner av veksten i kommunenes frie inntekter begrunnes med en økt satsing på rusfeltet. Det foreslås i tillegg en tverrdepartemental satsing med 80 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av Narkotikaprogram med domstols-program, utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller, herunder utvikling av mottaks- og oppfølgingssentre og styrking av arbeidstrening, aktivisering mv. i regi av frivillige organisasjoner.

Videre foreslås tilskuddet til rekruttering av psykologer i kommunene økt med 45 mill. kroner, hovedsakelig gjennom tilsvarende reduksjon i andre tilskudd til psykisk helse og rusarbeid. I Meld. St. 26 (2014–2015), Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, varslet regjeringen at den vil innføre et lovkrav om psykologkompetanse i kommunene fra 2020. Tilskuddsordningen foreslås lagt om til et flatt årlig tilskudd på 300 000 kroner per psykologårsverk som rekrutteres fra 2016 inntil lovplikten trer i kraft. Dette legger til rette for til 150 nye psykologårsverk i kommunene i 2016.

Øvrige øremerkede bevilgninger til tjenester til personer med psykiske helseproblemer foreslås redusert med om lag 22 mill. kroner til andre prioriterte tiltak. Tilleggsbevilgninger i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015) til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene på 5 mill. kroner og 8,6 mill. kroner til frivillig arbeid, er videreført.

I tillegg styrkes psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennom den foreslåtte aktivitetsveksten på 2,5 pst. i spesialisthelsetjenesten, omtalt i avsnitt 2.1. Målet om at psykisk helsevern og rusbehandling hver for seg skal ha større vekst enn somatikk videreføres. Retten til fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten innen rus og psykisk helse innføres høsten 2015.

## 2.4 Sykehusinvesteringer

Det foreslås å gi lån til to nye byggeprosjekter med til sammen 365 mill. kroner i 2016.

Det foreslås lån til Oslo universitetssykehus til vedlikeholdsinvesteringer med en låneramme på 1,3 mrd. kroner for perioden 2016–2019, og en utbetaling i 2016 på 315 mill. kroner.

Det foreslås videre lån til Universitetssykehuset i Nord-Norge til etablering av et PET-senter i Tromsø med en låneramme på 375 mill. kroner, som skal utbetales i perioden 2016–2018. Det fore-

slås 50 mill. kroner i investeringslån til prosjektet i 2016. Med dette vil alle regionene ha egne PET-senter. PET er forkortelse for positronemisjontomografi. PET-skanning er en metode for å finne aktive kreftceller, og bidrar til mer effektiv kreftbehandling.

## 2.5 Forsering av vedlikeholdsinvesteringer – tiltakspakke

I statsbudsjettet for 2016 vil regjeringen prioritere tiltak som fremmer arbeid, aktivitet og omstilling. Det er en særlig utfordring at mange nå mister jobben i de næringer og fylker som berøres sterkest av den lave oljeprisen. Som en del av budsjettet legger regjeringen fram en særskilt tiltakspakke for økt sysselsetting på i alt 4 mrd. kroner. De særskilte tiltakene i denne pakken vil være midlertidige og er innrettet slik at de lett skal kunne reverseres. Også ut over denne særskilte pakken fremmer budsjettet for 2016 aktivitet og omstilling. Tiltakene skal fremme økt sysselsetting på kort sikt, samtidig som de legger til rette for en langsiktig omstilling av norsk økonomi.

Som ledd i regjeringens tiltakspakke, foreslås det et ettårig tilskudd til helseforetakene. Den ekstra innsatsen rettes mot helseforetak i områder på Sørlandet, Vestlandet og Nordvestlandet, dvs. områder der ledigheten har økt mest. Det foreslås på denne bakgrunn at 50 mill. kroner fordeles til Helse Sør-Øst (for å treffe agderfylkene), 200 mill. kroner til Helse Vest og 50 mill. kroner til Helse Midt-Norge (for å treffe Møre og Romsdal). Midlene skal fordeles av de regionale helseforetakene etter en individuell vurdering. Det skal rapporteres på sysselsettingseffekten. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak.

## 2.6 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge er et viktig satsingsområde for regjeringen. De viktigste tjenestetilbudene rettet mot denne gruppen er helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

I 2014 ble helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket gjennom økning av de frie inntektene med 180 mill. kroner. I 2015 ble tjenestene styrket med ytterligere 270 mill. kroner gjennom vekst i kommunenes frie inntekter. Det foreslås en ytterligere økning i 2016 på 200 mill. kroner gjennom vekst i kommunenes frie inntekter. Til-

tak for å ta arbeidet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten videre beskrives i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

## 2.7 HPV-opphentingsprogram

---

Det foreslås 72 mill. kroner knyttet til at kvinner opp til 26 år gis tilbud om vaksine mot humant papillomavirus (HPV) gjennom et opphentingsprogram i 2016 og 2017.

## 2.8 Moderne elektronisk samhandling

---

Modernisering av dagens informasjonsutveksling skal bidra til bedre pasientsikkerhet, kvalitet, informasjonssikkerhet og effektivitet.

Ved Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015) ble det vedtatt å bevilge 15,8 mill. kroner til modernisering av den tekniske løsningen for formidling av elektroniske resepter og utveksling av basismeldinger (henvisning, epikriser mv.). For 2016 foreslås dette videreført og ytterligere styrket med 25 mill. kroner, til sammen 41,3 mill. kroner mer enn saldert budsjett for 2015.

I tillegg foreslås 25 mill. kroner til nødvendige endringer i IKT-systemene for å legge til rette for etablering av nettapotek i Norge, jf. omtale i avsnitt 2.10 nedenfor. Dette vil gi innbyggerne mulighet til å kjøpe reseptpliktige legemidler på nett.

## 2.9 Mobilisering mot ensomhet

---

Det foreslås 36,8 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet, hvorav 20,8 mill. kroner er en videreføring av tilleggsbevilgninger i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015). Å være ensom kan føre til både psykiske og fysiske problemer. Innsatsen handler om å fremme sosialt felleskap, møteplasser og deltakelse. Gjennom gågrupper og seniordans skal eldre aktiviseres fysisk og sosialt (4 mill. kroner), frivilligheten skal gis midler til en kampanje for fellesskap og sosial støtte (6 mill. kroner), frivillige skal brukes som besøks- og aktivitetsvenner i omsorgstjenesten og ny teknologi for mobilisering og opplæring av pårørende skal tas i bruk (6 mill. kroner), tilskudd til aktivitet blant seniorer og eldre (18,8 mill. kroner) og 2 mill. kroner til regjeringens arbeid med å fremme aktive eldre.

## 2.10 Nye apotektjenester

---

Departementet har sendt på høring forslag til regelverksendring som opphever dagens begrensninger knyttet til forsending av legemidler fra apotek. Det tas sikte på at endringen skal gjelde f.o.m. 2016. Norske apotek vil da kunne etablere netthandel med reseptpliktige legemidler. For å legge til rette for effektive nettapotekløsninger må det imidlertid gjøres endringer i den tekniske e-reseptløsningen, og det foreslås 25 mill. kroner til dette.

Det er dokumentert at over 50 pst. av pasientene med astma/kols bruker medisinene feil. En veiledning i hvordan inhalasjonsmedisinene skal brukes foreslås gjennomført av farmasøyter i apotek. Det foreslås at det i en prøveordning tilbys veiledning til førstegangsbrukere, med en anslått kostnad på 5 mill. kroner i 2016.

## 2.11 Overvåking av legemidler og klinisk utprøving

---

Det foreslås 10,9 mill. kroner til implementering av nytt system for bivirkningsmeldinger og til lisenskostnader både for Statens legemiddelverk og for Relis-sentrene. Et velfungerende system for registrering og oppfølging av bivirkningsmeldinger er sentralt i legemiddelovervåkingen. Bivirkningsmeldinger fra alle EØS-land rapporteres til det europeiske legemiddelkontoret (EMA) og til WHO. Ved en revisjon av det norske legemiddelovervåkingssystemet i 2013 ble vesentlige avvik rapportert til EU-kommisjonen. Den foreslåtte styrkingen er nødvendig for å utbedre dette.

Nytt EU-regelverk for klinisk utprøving av legemidler til mennesker stiller nye krav til godkjenningssystemene. Kravene vil få betydning for organisering av godkjenningssystemet og for tid som går med til dette arbeidet. Det foreslås bevilget 7,8 mill. kroner i 2016 til å dekke de økte kostnadene, hvorav 2,2 mill. kroner over Kunnskapsdepartementets budsjett.

## 2.12 Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

---

Det foreslås 15 mill. kroner til å delfinansiere helseundersøkelsen Hunt 4. Helseundersøkelsen er Norges største samling av populasjonsbaserte helsedata og biologisk materiale.



### **2.13 Fritt behandlingsvalg – følgeevaluering**

---

Det foreslås 10 mill. kroner til en forskningsbasert følgeevaluering av fritt behandlingsvalg. Evalueringen skal bl.a. belyse hvordan fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene for ordningen som reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og stimulans til de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Evalueringen skal legges opp slik at den muliggjør læring og legger til rette for et framtidig godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av fritt behandlingsvalg. Det er behov for ulike typer prosjekter som både kan gi en prosess- og resultatorientert evaluering.

### **2.14 Ny teknologi i spesialisthelsetjenesten**

---

Det foreslås 10 mill. kroner til nasjonalt system for innføring av nye metoder for å styrke kapasiteten til utarbeidelse av metodevurderinger. Internasjonale studier viser at den medisinskteknologiske utviklingen er blant de viktigste årsakene til kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten. Det er behov for kunnskapsbaserte beslutninger om innføring av ny teknologi og legemidler og utfasing av eksisterende metoder i spesialisthelsetjenesten. Systemets formål er å sikre likeverdig tilgang til nye metoder som er trygge, som har dokumentert effekt og som er kostnadseffektive. Systemet bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten og er et viktig virkemiddel for å understøtte kunnskapsbaserte prioriteringsbeslutninger i tjenesten.

Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet utreder nasjonale metodevurderinger etter bestilling fra de regionale helseforetakene. Det er bevilget øremerkede midler til Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet for dette formålet over flere år. Dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som er lagt til grunn for disse bevilgningene og aktørenes rammer, legger departementet til grunn fra 2016 at disse finansieres over de regionale helseforetakenes egne rammer og at det etableres formaliserte strukturer for dette mellom aktørene.

### **2.15 Pasientskadenemnda**

---

Det har vært en vekst i antall nye saker i pasientskadenemnda, og det forventes ytterligere økning

i 2016. Det foreslås 6,8 mill. kroner til saksbehandlingskapasitet i Pasientskadenemnda.

### **2.16 Norwegian Pumps & Pipes – tiltaksplan**

---

Det vises til omtale under avsnitt 2.5. Som ledd i regjeringens tiltaksplan for økt sysselsetting, foreslås det et ettårig tilskudd på 5 mill. kroner til Helse Vest RHF og initiativet Norwegian Pumps & Pipes. Dette er et samarbeid mellom Stavanger universitetssykehus, andre kunnskapsmiljøer i regionen, næringslivet og Stavanger-regionen for å øke teknologioverføringen fra olje og gass til helse og omsorg. Norwegian Pumps & Pipes vil kunne bidra til å sikre nye innovative løsninger og støtte opp under helse og omsorg som et næringspolitisk satsningsområde, i tråd med Helse-Omsorg21-strategien.

### **2.17 Pakkeforløp på kreftområdet**

---

Det foreslås 3 mill. kroner til en forskningsbasert evaluering av pakkeforløp for kreft over 3 år. Det innføres 28 pakkeforløp for kreft i 2015. Målsettingen er å hindre ventetid på utredning og behandling som ikke er medisinsk begrunnet, og å gi kreftpasienter god kvalitet, rask oppfølging og et forutsigbart pasientforløp. Hvordan pasienttilfredshet endres og brukermedvirkning sikres ved innføring av pakkeforløpene vil være viktige elementer i evalueringen. Det er behov for å gjøre studier på implementering og etterlevelse av de definerte forløpstidene i pakkeforløpene. Det er videre behov for å undersøke hva som er optimal funksjonsfordeling, ut fra kvalitet, logistikk, pasienttilfredshet og ressursutnyttelse.

### **2.18 Radikalisering og voldelig ekstremisme**

---

Som oppfølging av Handlingsplanen mot radikalisering og voldelig ekstremisme foreslås det å styrke de fem regionale ressursentrene mot vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) med til sammen 3 mill. kroner. Styrkingen skal bidra til at sentrene kan øke sin kompetanse og bistå kommunene i arbeidet mot radikalisering og voldelig ekstremisme.

## 2.19 Budsjett- og strukturtiltak

### *Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen*

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

For Helse- og omsorgsdepartementet innebærer dette at bevilgningene reduseres med om lag 695 mill. kroner, hvorav 668 mill. kroner for regionale helseforetak og 27 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 2015, og regjeringen foreslår å tilføre 500 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 2016.

Ut over bevilgningsreduksjonen knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, foreslås det i tillegg å redusere driftsbevilgninger til sentral helseadministrasjon, herunder spesielle driftsutgifter, med til sammen 55 mill. kroner.

Budsjettendringer knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen mv. omtales ikke nærmere under de enkelte kapitler og poster i del II.

### *Omorganisering av den sentrale helseforvaltningen*

Helse- og omsorgsdepartementet har gått gjennom organiseringen av underliggende etater. Det skal gjennomføres en strukturreform som reduserer antall etater fra 15 til 11. Den nye organiseringen vil samle fagmiljøer, og legge til rette for mer effektiv helseforvaltning slik at samfunnets res-

surser utnyttes bedre. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten etableres for mer effektiv klagebehandling, og Direktoratet for e-helse etableres for styrket gjennomføringskraft på e-helseområdet. Det skal f.o.m. 2016 innføres modell for felles administrative tjenester. Endringen skal sikre mer effektiv og samordnet bruk av felles administrative tjenester i helseforvaltningen. Omorganiseringen vil medføre kostnader til flytting, tilpasning av IKT-systemer mv. Samlede omstillingskostnader anslås til i størrelsesorden 50–70 mill. kroner, og forutsettes dekket innenfor foreslått budsjettamme. I tillegg kommer flyttekostnader knyttet til lokalisering av Nasjonalt klageorgan i Bergen. Det vises til nærmere omtale i del III, avsnitt 13.2, Forenklingsarbeid, modernisering og bedre gjennomføringskraft.

### *Egenandeler*

Det legges til grunn at egenandelene i sum justeres i tråd med forventet prisvekst, svarende til om lag 89 mill. kroner. Innenfor denne rammen foreslås egenandelstak 1 og egenandelstak 2 videreført på samme nominelle nivå som i 2015. Egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser i utlandet, samt pasientreiser foreslås økt med 8 pst. i gjennomsnitt. For legemidler på blå resept foreslås det maksimale kronebeløpet uendret på 520 kroner, mens den prosentvise egenbetalingen økes fra 38 pst. til 39 pst. Egenandelen for pasientreiser, legemidler på blå resept, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 4 pst. for året under ett.

For frikortmottakere innebærer budsjettforslaget en reell nedgang i utgiftene til egenandeler som omfattes av tak 1 og tak 2.

### *Medisinsk forbruksmateriell*

Det foreslås at såkalte barrierekluter/hudfilmkluter ikke lenger skal dekkes av blåreseptordningen. Dette innebærer at produktgruppen fjernes fra produkt- og prislister for inkontinens og stomi. Statistikken og tilbakemeldinger viser at barriereklutene først og fremst brukes som vaskeprodukt. Folketrygden skal kun gi refusjon til produkter som brukes i behandling av irritasjonsdermatitt. Tiltaket vil anslagsvis gi en samlet innsparring for folketrygden på 30 mill. kroner.

### *Redusert apotekavanse*

Det foreslås en endring i apotekenes avanse på legemidler som gir en innsparing på 30 mill. kroner, fordelt med 20 mill. kroner på folketrygden og 10 mill. kroner for helseforetakene. Endringen som foreslås vil frigjøre midler for å legge til rette for etablering av nettapotek, og at det etableres en prøveordning for inhalasjonsveiledning i apotek.

### *Tannbehandling*

Trygdens utgifter til stønad til tannbehandling har økt med mer enn 80 pst. fra 2008 til 2014. Dette er en betydelig vekst ut over politiske satsinger og takstjusteringer basert på forventet kostnadsutvikling. Utgiftsveksten så langt i 2015 er vesentlig, selv om takstene for 2015 ble videreført på samme nominelle nivå som i 2014. Det foreslås på denne bakgrunn at takstene ikke prisjusteres for 2016, svarende til 67 mill. kroner i reduserte utgifter for

folketrygden. Videre foreslås å styrke prioriterte tiltak innenfor tannhelsetjenesten med 25,8 mill. kroner mot at trygdens stønadsordning til tannbehandling reduseres tilsvarende. Dette vil skje gjennom reduksjon av enkelte takster.

## **2.20 Andre hovedprioriteringer**

---

### *Partikkelterapi og protonbehandling*

Regjeringen vil sikre at det etableres protonbehandling i Norge. De regionale helseforetakene vil bli bedt om å gå videre med konseptfaseplanleggingen slik at endelig konseptvalg og innfasing kan besluttes i statsbudsjettet for 2017. Regjeringen vil foreslå et eget statlig investeringstilskudd til formålet. Protonbehandling er et alternativ til ordinær strålebehandling ved kreftsykdom, og gjør det mulig å gi høyere stråledoser, med mindre stråleskader. I første omgang vil slik behandling særlig være aktuell for barn og yngre pasienter.

### 3 Oversiktstabeller

#### Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

Betegnelse	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
			mill. kr
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	709,2	906,7	27,8
10.10 Folkehelse mv.	1 892,4	2 029,2	7,2
10.20 Helseforvaltning	1 931,1	1 744,9	-9,6
10.30 Spesialisthelsetjenester	131 743,5	140 824,4	6,9
10.50 Legemidler	315,6	354,6	12,4
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	7 556,3	8 148,7	7,8
10.70 Tannhelse	231,6	263,7	13,9
10.80 Kunnskap og kompetanse	758,3	707,3	-6,7
Sum før lånetransaksjoner	145 137,9	154 979,6	6,8
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0
<b>Sum Helse og omsorg</b>	<b>145 137,9</b>	<b>154 979,6</b>	<b>6,8</b>
<i>Programområde 30 Stønad ved helsetjenester</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	5 176,8	5 470,0	5,7
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	23 567,4	24 392,5	3,5
30.90 Andre helsetiltak	192,2	180,0	-6,3
Sum før lånetransaksjoner	28 936,4	30 042,5	3,8
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0
<b>Sum Stønad ved helsetjenester</b>	<b>28 936,4</b>	<b>30 042,5</b>	<b>3,8</b>
<b>Sum Helse- og omsorgsdepartementet</b>	<b>174 074,3</b>	<b>185 022,1</b>	<b>6,3</b>

**Årsverk**

Kap.	Virksomhet	2014	2015 <sup>1</sup>
700	Helse- og omsorgsdepartementet	208,3	216,5
710	Folkehelseinstituttet <sup>2</sup>	950,7	1066,5
715	Statens strålevern	117,4	119,1
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	43,2	45,6
720	Helsedirektoratet <sup>3</sup>	1291,6	1422,4
	herunder: Helseøkonomiforvaltningen	538,6	546,0
721	Statens helsetilsyn	105,7	119,0
722	Norsk pasientskadeerstatning	147,0	152,3
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	49,6	52,7
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	170,6	163,1
729	Pasientombudene	68,1	64,0
750	Statens legemiddelverk	242,8	253,2
	Nemndssekretariater mv. <sup>4</sup>	94,1	110,8

<sup>1</sup> Fo.m. 2015 gjelder ny innrapporteringsordning for årsverk. Ordningen medfører brudd med tidligere statistikk, og årsverkstallene er derfor ikke direkte sammenliknbare med tall fra tidligere år. Timelønne, overenskomstlønte og ledere på lederkontrakt har tidligere ikke vært en del av statistikken fra Statens sentrale tjenestemannsregister. Det er de fra 2015. De nye tallene per 1. mars 2015 er i tillegg usikre da det er ulik grad av tilpasning til den nye ordningen.

<sup>2</sup> I følge tabellen har Folkehelseinstituttet vokst med 116 årsverk. Av dette knyttes 23 årsverk til usikkerheten som følge ny innrapporteringsordning. Av den reelle veksten er vel 25 årsverk er knyttet til innlemming av Giftinformasjonen 1. januar 2015. Eksternfinansierte oppdrag har økt med nærmere 27 årsverk. Den resterende økningen er knyttet til nye oppgaver, herunder sykdomsbyrdeprosjektet, vaksineprogrammet, helseregistre mv.

<sup>3</sup> Helsedirektoratet har reelt vokst med om lag 150 årsverk i perioden. Av dette er vel 120 årsverk knyttet til fagområdet e-helse og IT-området i Helsedirektoratet/Helfo. Over 13 årsverk er overført fra Kunnskapssenteret til Helsedirektoratet knyttet til fagområdet pasientsikkerhet, mens tre stillinger er overført fra Nav til sekretariatet for Statens seniorråd. Helfo har styrket bemanningen med åtte årsverk som følge av nye oppgaver. Øvrige endringer er knyttet til arbeidet med pakkeforløp kreft, spesialistutdanning, Omsorgsplan 2020, medisinsk utstyr, tannhelsefeltet, rehabilitering mv.

<sup>4</sup> Nemndssekretariater mv. omfatter sekretariatene for Bioteknologirådet, Pasientskadenemnda, Statens helsepersonellnemnd og Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Kilde: Statens sentrale tjenestemannsregister per 1. mars.



*Del II*  
*Budsjettomtaler*





## 4 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Alle forslag er endringer sammenliknet med saldert budsjett 2015 så langt som annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2015 og uten bevilgningsforslag for 2016, 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 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
700	Helse- og omsorgsdepartementet	208 490	209 728	208 175	-0,7
701	Direktoratet for e-helse	328 376	384 647	598 201	55,5
702	Beredskap	37 257	33 453	33 933	1,4
703	Internasjonalt samarbeid	84 609	81 399	66 418	-18,4
	Sum kategori 10.00	658 732	709 227	906 727	27,8

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
01–23	Statens egne driftsutgifter	542 381	569 635	741 695	30,2
70–89	Andre overføringer	116 351	139 592	165 032	18,2
	Sum kategori 10.00	658 732	709 227	906 727	27,8

Programkategorien dekker driftsbevilgninger til Helse- og omsorgsdepartementet og til det nyopprettede Direktoratet for e-helse. Videre dekker kategorien bevilgninger til tverrfaglige politikk-

områder innen helse- og omsorgssektoren, som elektronisk samhandling, helseberedskap og internasjonalt arbeid.

## Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	208 490	209 728	208 175
	Sum kap. 0700	208 490	209 728	208 175

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2015:

- Helsedirektoratet
- Folkehelseinstituttet
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Norsk pasientskadeerstatning
- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
- Statens helsetilsyn
- Statens institutt for rusmiddelforskning
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Vitenskapskomiteen for mattrygghet
- Mattilsynet (faglig ansvar)
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Norsk Helsenet SF
- AS Vinmonopolet
- Sekretariatet for Bioteknologirådet
- Sekretariatet for Pasientskadenemnda
- Sekretariatet for Statens Helsepersonellnemnd mv

Med virkning fra 1. januar 2016 omorganiseres den sentrale helseforvaltningen, jf. kap. 13.2 Forenklingsarbeid, modernisering og bedre gjennomføringskraft.

I sesjonen 2014–2015 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 3 L (2014–2015) Endringer i matloven (Mattilsynets organisering, gebyr og virkemidler)
- Prop. 16 L (2014–2015) Endringer i tannhelsestjenesteloven (tiltak for å unngå krysssubsidiering)
- Prop. 38 L (2014–2015) Transplantasjonslov og obduksjonslov
- Prop. 56 L (2014–2015) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)

- Prop. 58 L (2014–2015) Endringer i alkoholloven (normerte regler for inndragning av bevilling)
- Prop. 59 L (2014–2015) Endringer i folketrygdloven (henvisning fra psykolog)
- Prop. 74 L (2014–2015) Endringer i helsepersonelloven mv. (endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. fra 75 til 80 år)
- Prop. 77 L (2014–2015) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser)
- Prop. 81 L (2014–2015) Endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven (spesialistutdanningen m.m.)
- Prop. 99 L (2014–2015) Endringer i helsepersonelloven mv. (vilkår for autorisasjon)
- Prop. 125 L (2014–2015) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (kontaktleger i spesialisthelsetjenesten m.m.)
- Prop. 141 L (2014–2015) Endringer i alkoholloven og strålevernloven (varigheten på bevilninger mv. og laserpekere)
- Prop. 23 S (2014–2015) Endringer i statsbudsjettet 2014 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 136 S (2014–2015) Endringer i statsbudsjettet 2015 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følge av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)
- Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013
- Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter
- Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St. 28 (2014–2015), Legemiddelmeldingen, Riktig bruk – bedre helse

### Post 01 Driftsutgifter

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

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- å flytte 0,8 mill. kroner fra kap. 720 Helsedirektoratet, post 01 Driftsutgifter knyttet til at arbeidet med Verdens helseorganisasjon er flyttet fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsde-

partementet fra og med 2015, jf. Prop. 119 S (2014–2015).

- å flytte 0,4 mill. kroner til kap. 510 Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, post 01 Driftsutgifter under Kommunal- og moderniseringsdepartementet knyttet til beredskapsordning for IKT i departementsfellesskapet.
- å flytte 0,5 mill. kroner til kap. 540, post 01 Driftsutgifter under Kommunal- og moderniseringsdepartementet knyttet til etablering av en samordningsenhet for statlige innkjøp.

### Kap. 701 Direktoratet for e-helse

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter			181 991
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	230 859	264 514	254 940
70	Norsk Helsenett SF	97 517	120 133	122 998
71	Medisinske kvalitetsregistre			38 272
	Sum kap. 0701	328 376	384 647	598 201

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 187,9 mill. kroner flyttet fra andre kapitler som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen
- 41,3 mill. kroner til moderne elektronisk samhandling
- 25 mill. kroner til utvikling av e-reseptløsning for nettapotek
- 45,8 mill. kroner redusert bevilgning knyttet til avsluttet forstudie av konseptutredning av én journal

Bedre IKT-løsninger er en forutsetning for å lykkes med å skape pasientenes helsetjeneste.

De overordnede målene er tydelige. Helsepersonell skal ha tilgang til relevante opplysninger uavhengig av hvor pasienten eller brukeren har vært utredet eller behandlet tidligere. Innbyggerne skal få enklere kontakt med helsetjenesten og større mulighet til å delta i tilretteleggingen av egen behandling. Gode og oppdaterte helsedata skal være grunnlag for forskning, utvikling, styring og kvalitetsforbedring. Arbeidet med å sam-

ordne og modernisere nasjonale helseregistre er styrket og sees i sammenheng med øvrige tiltak på e-helseområdet.

Nasjonale prosjekter som kjernejournal, e-resept og helsenorge-portalen leverer stadig nye tjenester til både innbyggere og helsepersonell. Felles standarder og rammeverk for velferdsteknologi er under innføring.

Ny lov om pasientjournal og ny helseregisterlov som trådte i kraft 1. januar 2015 gir økte muligheter for digital informasjonsutveksling mellom virksomheter og mellom helsetjenesten og innbyggerne. Endringene er en viktig forutsetning for utredningen av én journal, som leverer en forstudierapport i løpet av 2015.

Det er behov for å styrke gjennomføringsevnen på IKT-området. Juridiske og organisatoriske tiltak er iverksatt, bl.a. er det vedtatt å etablere Direktoratet for e-helse fra 1. januar 2016. I tillegg trådte forskrift om IKT-standarder i kraft 1. september 2015.

Norsk Helsenett SF har inngått ny avtale om infrastruktur som skal sikre høy kvalitet og bedre kapasitet for utveksling av pasientinformasjon i hele helse- og omsorgssektoren.

### Post 01 Direktoratet for e-helse

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

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte:

- 80,8 mill. kroner fra post 21
- 102,1 mill. kroner fra kap. 720, post 01

Direktoratet for e-helse etableres fra 1. januar 2016 som fagdirektorat og myndighetsorgan på IKT-området. Direktoratet for e-helse etableres med utgangspunkt i divisjon for e-helse i Helsedirektoratet, og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesten har i for liten grad hatt helhetlig og koordinert utvikling av IKT-tiltak som støtter de nasjonale mål. Det er opp til hver enkelt virksomhet å sørge for anskaffelse, utvikling, drift og forvaltning av IKT-løsninger som oppfyller nasjonale krav.

Den store veksten som er ventet på e-helseområdet vil kunne ta oppmerksomheten bort fra de oppgaver som Helsedirektoratet har som normerende fagmyndighet på helse- og omsorgsområdet og på folkehelseområdet. Det er behov for en dedikert myndighet med ansvar for å ivareta nasjonal styring av IKT.

Som fagdirektorat skal Direktoratet for e-helse ha en tydelig nasjonal myndighet og premissgiverrolle på IKT-området i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet skal ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i en samlet helse- og omsorgssektor. Myndighetsrollen skal styrkes gjennom utvikling av nye modeller for bruk av økonomiske og regulerende virkemidler.

Direktoratet skal ha ansvar for styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale løsninger på e-helseområdet. Direktoratet skal ha ansvar for forvaltning og utvikling av kodeverk, terminologi og IKT-standarder. Direktoratet skal ha ansvar for gjennomføring av nasjonale utredningsoppdrag og situasjonsanalyser innenfor e-helse. Det skal utarbeides samarbeidsavtaler mellom Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse som regulerer ansvar og oppgavefordeling mellom etatene.

Direktoratet for e-helse skal tilrettelegge for bruk av eksterne leverandører ved utvikling av nye tjenester. Dialog og involvering av helse- og omsorgstjenesten og leverandører skal være et førende prinsipp for direktoratet i all utvikling av nasjonale IKT-løsninger. Direktoratet for e-helse skal ivareta sekretariatsfunksjon for etablerte

nasjonale e-helsefora, herunder utarbeide og følge opp nasjonale handlingsplaner for e-helse som følger opp målene for Én innbygger – én journal, jf. omtale under kap. 701, post 21.

Direktoratet skal ivareta tverrsektorielt og internasjonalt samarbeid på IKT-området i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for e-helse skal inngå i modell for felles konsernmodell for administrative tjenester i helseforvaltningen f.o.m. 2016.

Det vises for øvrig til omtale av ny organisering under Helse- og omsorgsdepartementet i del III, avsnitt 13.2, Forenklingsarbeid, modernisering og bedre gjennomføringskraft.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Hoveddelen av bevilgningen dekker oppfølging av nasjonale prosjekter.

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte:

- 80,8 mill. kroner til post 01
- 47,6 mill. kroner fra kap. 782, post 21

Videre foreslås det å flytte 0,6 mill. kroner fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 540, post 22, knyttet til private eID-leverandørers avregning av betalingskrav for virksomhetene, herunder Helsedirektoratet.

Bevilgningen foreslås økt med 25 mill. kroner til nettapotek og 41,3 mill. kroner til modernisering av den tekniske løsningen for formidling av elektroniske resepter og utveksling av basismeldinger (henvisning, epikriser mv.).

Bevilgningen foreslås redusert med 45,8 mill. kroner knyttet til avsluttet forstudie av konseptutredning av én journal.

#### Nasjonal porteføljestyring av e-helse

Det er etablert nasjonale e-helsefora som E-helsegruppen, Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren og Nasjonalt utvalg for fag- og arkitektur. I arbeidet med økt gjennomføringskraft skal foraene videreutvikles for å ivareta en prioritert, forpliktende og helhetlig nasjonal IKT-utvikling. Det skal etableres en formalisert nasjonal porteføljestyring med Direktoratet for e-helse som sekretariat. Modeller for felles finansiering av e-helse tiltak skal utredes.

Direktoratet for e-helse skal i samarbeid med de nasjonale e-helsefora utarbeide handlingsplan for e-helse. Handlingsplanen skal gi en samlet fremstilling av pågående og prioriterte e-helse tiltak av nasjonal betydning. Handlingsplanen skal

sikre forankring og forpliktelse for en samlet sektor, og skal følges opp med årlige tiltaksplaner. Det vises til omtale under post 01 om etablering av Direktoratet for e-helse.

#### Utredning av én journal

God kvalitet og pasientsikkerhet krever at helsepersonell har rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige helseopplysninger uavhengig av hvor pasienten blir syk eller tidligere har blitt behandlet. IKT-systemene har ikke effektivt nok understøttet behovet for samhandling. Det er behov for å videreutvikle nasjonale fellesløsninger som kan støtte helhetlige pasientforløp og samhandling på tvers av virksomheter og tjenestenivå.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført konseptvalg-utredning for å se på hvordan målet om én innbygger – én journal kan realiseres. Utredningen er gjennomført i tett samarbeid med helse- og omsorgssektoren og pasient- og brukerorganisasjoner. Utredningens forstudier rapport leveres i løpet av 2015. Utredningen har i tillegg levert delrapporter, om bl.a. organisering og IKT-utfordringer i sektoren.

Arbeidet med én journal sees i sammenheng med andre pågående tiltak, slik som helseregisterarbeidet, kjernejournal, innbyggertjenester på helsenorge-portalen, kodeverk og terminologi og sikkerhetsinfrastruktur.

#### Helseregistre

Gode helse- og virksomhetsdata er nødvendig for styring og administrasjon av helsetjenesten. I tillegg er slike data viktige som kunnskapsgrunnlag for helseovervåking, beredskap, forskning og kunnskapsutvikling, kvalitetssikring og forbedring av tjenestetilbudet. Sentrale helseregistre er registre hjemlet i lov eller forskrift. Medisinsk fødselsregister, Kreftregisteret, Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret er eksempler på slike sentrale helseregistre. I tillegg finnes om lag 200 medisinske kvalitetsregistre, hvorav 52 har status som nasjonale, jf. omtale under kap. 701, post 71.

Ny helseregisterlov trådte i kraft fra 1. januar 2015. Lovendringen vil bidra til å gjøre det enklere å sikre et bedre kunnskapsunderlag innenfor rammen av personvernet. Det skal være tillit i befolkningen til at opplysningene blir behandlet på en trygg og sikker måte. Helseopplysninger skal være tilgjengelige, samtidig som opplysningenes konfidensialitet og integritet skal ivaretas.

I perioden 2014–2015 er de store utviklingsprosjektene fra forrige planperiode videreført for Hjerter- og karregisteret (ny funksjonalitet og datavarehus), Dødsårsaksregisteret (elektronisk innrapportering) og Norsk pasientregister (tilbakemelding til kliniker og dagsaktuelle data). Videre er det arbeidet med videreutvikling av IPLOS (revidert innholdsstandard og rapporteringsløsning over helsenettet) og modernisering av IT-løsninger for Kreftregisteret. Reseptregisteret skal videreutvikles til å inkludere data fra sykehus og sykehjem. Arbeidet må koordineres med utredningen av én journal og andre relevante aktiviteter, slik som videreutvikling av e-resept og kjernejournal.

Regjeringen vil styrke kunnskapsgrunnlaget om behandling av psykiske lidelser og ruslidelser. Gjenbruk av data fra eksisterende nasjonale registre skal bidra til en helhetlig oversikt over forekomst, risikofaktorer, årsaker, og gi kunnskap om effekt og kvalitet på behandling.

I 2015 startet arbeidet med utvikling av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), tidligere omtalt som Kommunalt helse- og omsorgsregister. Hovedformålet med KPR er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Opplysningene i registeret skal også være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid, beredskap og forebyggende arbeid og forskning. KPR forutsetter endringer i kjerne-systemene i kommunehelsetjenesten, herunder elektronisk pasientjournal, og må derfor sees i sammenheng med utredningen av én journal.

Den nasjonale strategien for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre skal følges opp. Det er iverksatt mange prosjekter og tiltak, men utviklingen på helseregisterfeltet er fortsatt preget av få felles nasjonale løsninger og for svak nasjonal styring og koordinering. For å styrke helseregisterområdet, skal det videre arbeidet med nasjonal helseregisterstrategi sees i sammenheng med øvrige tiltak på e-helseområdet. Det skal iverksettes tiltak som skal bidra til økt måloppnåelse på helseregisterområdet på kort- og mellomlang sikt og som sikrer at nasjonale fellesløsninger og standarder tas i bruk.

#### Digitale innbyggertjenester

Befolkningen bruker digitale helsetjenester på nett i større grad. Mobile plattformer som nettbrett og mobiltelefon gir enklere tilgang til slike

tenester. Digitale tjenester bidrar til å gi brukerne bedre oversikt over og innflytelse på egen helse og behandling. Dette legger grunnlaget for en endret pasient- og brukerrolle.

Helsenorge-portalen er en felles inngangsport til offentlige helsetjenester på nett. Stadig flere bruker denne nettjenesten. I august 2015 passerte nettstedet over 900 000 unike brukere i måneden. Portalen videreutvikles kontinuerlig. Det arbeides med løsning for digital dialog mellom pasient og helsetjenesten hvor innbyggerne skal få mulighet til å bestille time på nett, stille spørsmål til legen (e-kontakt og e-konsultasjon) og fornye resepter. Regionale helseforetak prøver ut nettløsninger som gir innbyggerne mulighet til å se sin egen sykehusjournal.

Informasjon om kvalitet på behandling skal være tilgjengelig slik at innbyggerne får et bedre kunnskapsgrunnlag for å velge behandlingssted. Flere kvalitetsindikatorer skal presenteres og det skal utvikles nye innbyggertjenester som omfatter flere data fra de nasjonale helse- og kvalitetsregistrene.

Refusjonsordningen ved transport til og fra behandling (pasientreiser) skal forenkles med standardiserte satser og færre dokumentasjonskrav. Elektronisk løsning skal etableres på helsenorge-portalen.

Utviklingen på helsenorge-portalen skal støtte opp om vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette krever utvikling av nødvendig IKT-støtte.

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

#### Digitale løsninger for helsepersonell

For å sikre best mulig behandling, må helsepersonell ha rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige opplysninger.

Nasjonal utbredelse av kjernejournal er godt i gang. I løpet av 2015 vil over halvparten av Norges innbyggere ha fått kjernejournal. Formålet med en kjernejournal er økt pasientsikkerhet gjennom tilgang til viktig informasjon som legemidler (medisinkort), allergier og annen kritisk informasjon. Tilgang til slik informasjon vil være av vesentlig betydning for både fastlegene, helse- og omsorgstjenesten, legevakten, akuttmottak på sykehus, samt mellom og internt i sykehus.

E-resept er en suksess og er i utstrakt bruk hos fastleger, bandasjister og apotek i hele landet. E-resept gir enklere og tryggere håndtering av legemidler, og er en nasjonal løsning som gir vik-

tig bidrag til økt pasientsikkerhet. Innbyggere har oversikt over egne resepter på helsenorge-portalen. Helse Vest RHF har innført e-resept, og i løpet av 2015 skal samtlige regionale helseforetak ha startet innføringen. Det legges til rette for at tannleger og andre aktører i helse- og omsorgssektoren skal ta i bruk e-resept.

E-resept har utviklet løsning for bruk av multidose som er viktig for helse- og omsorgssektoren. Løsningen prøves ut i flere kommuner. Multidose gir også fastlegene mulighet til å videreformidle en fullstendig liste over alle legemidler en person bruker. Oversikt over legemidler er viktig for pasientsikkerheten, og et mål er en felles legemiddeliste som tilgjengeliggjør legemiddelopplysninger fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, jf. Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen.

Det er behov for å gjøre e-reseptløsningen mer robust til å håndtere økningen i antall resepter og ny funksjonalitet. E-reseptløsningen skal derfor videreutvikles og moderniseres.

Det skal legges til rette for etablering av nettapotek i Norge, jf. Innst. 115 L (2013–2014). Det skal foreslås regelverksendringer som opphever dagens begrensninger når det gjelder forsendelse av legemidler, slik at det blir mulig for apotek å etablere netthandel med reseptpliktige legemidler. Det må gjøres tilpasninger i e-resept for å legge til rette for effektive nettapotekløsninger og som samtidig ivaretar sikkerhet rundt helseopplysninger om enkeltpersoner. Det foreslås en bevilgning på 25 mill. kroner i 2016 til nødvendige tekniske endringer.

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

#### Personvern og informasjonssikkerhet

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

Direktoratet for e-helse skal ha myndighets- og premissgiverrollen i det nasjonale arbeidet med en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur. En nasjonal sikkerhetsinfrastruktur er viktig for å iva-

reta den enkeltes personvern. Det pågår forprosjekt for utvikling av tjenester for sikker identifisering, sporbarhet (logg) og tilgangsstyring. Slike tjenester krever også helseadministrative registre med god datakvalitet og et forvaltningsapparat med tydelig ansvarsfordeling, og sees i sammenheng med arbeidet med nasjonal sikkerhetsinfrastruktur. Det skal utarbeides planer for videre gjennomføring, etablering, innføring, drift og forvaltning. Direktoratet skal videre, i samarbeid med andre relevante aktører, bidra til kompetansespredning om personvern og informasjonssikkerhet blant helsepersonell.

#### Velferdsteknologi og telemedisin

Regjeringen vil ta i bruk velferdsteknologi og mobil helseteknologi (m-helse) for å styrke pasientenes mestring i hverdagen og gi bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestens ressurser. Det pågår flere nasjonale prosjekter som ledes av Helsedirektoratet. For å sikre synergieffekter og en raskere framdrift, sees prosjektene i sammenheng.

Flere kommuner prøver ut velferdsteknologi for trygghet og mestring gjennom Nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi 2014–2020. For å sikre en helhetlig tjeneste hvor systemer fungerer sammen, er det nødvendig å ta i bruk felles standarder for velferdsteknologi. Det internasjonale rammeverket Continua Health Alliance er besluttet innført. Standardisering av velferdsteknologi skal sees i sammenheng med det øvrige standardiseringsarbeidet på e-helseområdet, og skal også omfatte personlig helseteknologi, telemedisin og m-helse, jf. også omtale under kap. 761.

Det er i 2015 etablert et nasjonalt velferdsteknologiprojekt for avstandsbehandling og -oppfølging av kronisk syke, jf. Innst. 11 S (2014–2015). Utprøving av de velferdsteknologiske løsningene starter opp høsten 2015. Prosjektet skal omfatte følgeforskning av brukererfaringer og helseøkonomiske konsekvenser.

Norge deltar i et prosjekt under Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale telekommunikasjonsunion, Be He@lthy – Be mobile. Formålet med prosjektet er å benytte mobilbaserte verktøy som et virkemiddel i arbeidet med å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. Prosjektet startet opp høsten 2014 og vil vare i 3–4 år. Helsedirektoratet har det operative ansvaret for prosjektet i Norge, og har bl.a. etablert et nasjonalt prosjekt for utprøving av m-helseløsninger. Som en del av arbeidet skal effekter og gevinster dokumenteres

og selvdeklareringsordning for helseapper utredes.

Nasjonalt kompetansetjeneste for telemedisin vil fra 2016 endres til et nasjonalt forskningssenter underlagt Helse Nord RHF. Det nasjonale senteret skal understøtte nasjonale behov for forskning og utredning innenfor e-helse, telemedisin og mobil helse, herunder følgeforskning og metodevurderinger av e-helsetiltak. Bl.a. skal senteret i 2016 utrede hindre for å ta i bruk digitale løsninger, herunder terapi på nett. Det forutsettes et tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og andre sentrale aktører som de regionale helseforetakene, jf. omtale under kap. 732, post 78.

#### Standarder, terminologi og kodeverk

For at aktørene i helse- og omsorgssektoren skal kunne samhandle elektronisk, må systemene bruke samme standarder for å definere og utveksle informasjonen. Standardisert elektronisk meldingsutveksling er utbredt på mange områder, men det er behov for styrket virkemiddelbruk for å sikre at alle tar løsningene i bruk. Derfor ble en ny forskrift om IKT-standarder innført fra 1. september 2015.

Forskrift om IKT-standarder er hjemlet i den nye pasientjournalloven. Her stilles det krav til at helse- og omsorgstjenesten dokumenterer helseopplysninger elektronisk, oppdaterer adresseregisteret i helsenettet og at elektroniske basismeldinger kan sendes og mottas. Forskriften er en start og representerer et minimumsnivå. Den skal være dynamisk og utvikles over tid, i takt med utvikling og behov i sektoren. Helsedirektoratet har publisert en referansekatalog som vil hjelpe virksomheter og leverandører i helse- og omsorgstjenesten til å få oversikt over e-helsestandarder.

Kodeverk og terminologi sikrer entydig bruk av begreper og koder i helseregistre og IKT-systemer. Standardisert terminologi og kodeverk vil understøtte bruk av strukturerte data i IKT-systemer. Dette muliggjør enklere gjenbruk av data til kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Det skal i 2016 gjennomføres en helhetlig vurdering av standarder, terminologi og kodeverk i helse- og omsorgssektoren.

#### Nasjonalt legevaktnummer 116 117

Et nasjonalt telefonnummer 116 117 til kommunale legevaktsentraler ble innført i alle kommuner 1. september 2015. Kommunens ansvar for døgnbemannet legevaktsentral og håndtering av hen-

vendelser via et nasjonalt legevaktnummer følger av ny forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) som ble fastsatt 20. mars 2015. 116117 er et EU-harmonisert telefonnummer som er gratis å ringe for innbyggerne. Et nasjonalt telefonnummer skal gi brukerne enklere tilgang til landets legevaktsentraler og lette samarbeidet mellom de ulike aktørene i de akuttmedisinske tjenestene.

Forberedelser i regi av Helsedirektoratet startet i 2011. Prøvedrift ble etablert i Østfold i februar 2012, og har gitt nyttige erfaringer. Kommunene har fått bistand til organisatorisk og teknisk tilrettelegging fra Helsedirektoratet i samarbeid med landets fylkesmenn. Det gjennomføres informasjonstiltak som skal gjøre publikum i stand til å gjøre riktige valg ved vurdering av kontakt med hhv. fastlege, legevakt 116117 og medisinsk nødhjelp 113.

Drifts- og samtalekostnader dekkes av staten via Helsedirektoratet. Det vises for øvrig til omtale av legevakt under kap. 762.

### Post 70 Norsk Helsenett SF

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

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

Norsk Helsenett SF har ansvaret for sektorens felles kommunikasjonsnettverk og drift av IKT-tjenester som er viktig for den elektroniske samhandlingen. Statsforetaket skal sørge for sikker, stabil og effektiv drift av helsenorge-portalen, nasjonal kjernejournal og andre løsninger og registre som statsforetaket har driftsansvar for. Statsforetaket skal bistå Direktoratet for e-helse i arbeidet med å videreutvikle og modernisere e-reseptløsningen.

Norsk Helsenett SF skal legge til rette for framtidsrettede løsninger som understøtter effektiv elektronisk samhandling mellom aktørene i sektoren. Helsenettet skal videreutvikles med robuste tjenester og tilstrekkelig kapasitet. En framtidrettet infrastruktur må også ta høyde for endringer som vil kunne komme i realiseringen av én journal.

Norsk Helsenett SF etablerte i 2014 et testsenter for hele helse- og omsorgssektoren. Testsentret skal videreutvikles for å dekke sektorens

behov for å teste ut elektroniske meldinger, nye standarder, funksjonalitet i de elektroniske pasientjournalssystemene mv. Arbeidet med testsenteret må sees i sammenheng med øvrige e-helsearbeidet i sektoren, herunder standardisering på velferdsteknologiområdet.

#### Informasjonssikkerhet

Norsk Helsenett SF har en operativ rolle i det nasjonale arbeidet med informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Direktoratet for e-helse, jf. omtale under post 21.

Statsforetaket har etablert HelseCSIRT (Computer Security Incident Response Team) som skal være helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet. Arbeidet med informasjonssikkerhet skal styrkes. Som et ledd i dette, oppgraderes HelseCSIRT fra 2016 til HelseCERT (Computer Emergency Response Team). HelseCERT skal spre kompetanse om IKT-trusler og beskyttelsesmekanismer, og kontinuerlig overvåke trafikken i helsenettet. Senteret skal samarbeide med NSM NorCERT og andre nasjonale og internasjonale enheter.

Nasjonalt beskyttelsesprogram skal videreutvikles i henhold til eksisterende planer for å øke sektorens evne til å forebygge, oppdage og håndtere alvorlige IKT-hendelser. Norsk Helsenett SF skal sørge for etablering av felleskomponenter som del av den nasjonale sikkerhetsinfrastrukturen. Sentrale elementer vil være identitetshåndtering for autentisering og personlig signatur og informasjonsgrunnlag for tilgangskontroll.

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

#### Forvaltning av elektroniske meldinger

Det ble sendt opp mot 160 millioner unike medisinske meldinger over helsenettet i 2014 mellom kommuner, sykehus, fastleger og andre aktører. Statsforetaket skal fortsette arbeidet med forvaltning av bruk og vedlikehold av elektroniske meldinger, i samarbeid med de andre aktørene i sek-



toren. Kompetansen og nettverket som er etablert i arbeidet med meldingsutbredelse skal videreføres og støtte opp under behov og videre utvikling knyttet til elektronisk samhandling og IKT-tiltak i kommunesektoren.

### Post 71 Medisinske kvalitetsregistre

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte 38,3 mill. kroner fra kap. 782, post 70.

Medisinske kvalitetsregistre er registre som løpende kan dokumentere behandlingsresultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Data fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for å evaluere kvalitet og oppnådd helsegevinst fra behandling, og danner grunnlag for faglig kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og styring.

Bevilgningen dekker finansiering av nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), videreutvikling av tekniske fellesløsninger i regi av Nasjonal IKT, samt implementering av fellesløsninger for medisinske kvalitetsregistre.

Regionale helseforetak har ansvar for å finansiere driften av de i alt 52 medisinske kvalitetsregistrene med nasjonal status, og legge til rette for at de benyttes i tråd med sitt formål. De har også ansvar for å sikre bedre utnyttelse av data og sikre drift gjennom samordning og utvikling av felles infrastruktur. Helsedirektoratet beslutter hvilke medisinske kvalitetsregistre som skal få nasjonal status, og har utarbeidet en veileder for oppretting og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Registrenes årsrapporter publiseres, og brukes bl.a. som grunnlag for å videreutvikle kvalitetsregistrene. Det legges opp til årlig offentliggjøring av utvalgte kvalitetsmål fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, tilrettelagt for pasienter og befolkning på nettsiden kvalitetsregistre.no.

Det gjenstår fortsatt et betydelig arbeid før de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene har nasjonal dekningsgrad, elektronisk rapportering, inkluderer pasientopplevd kvalitet og har realisert sitt potensial som grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning. Arbeidet videreføres i tråd med øvrige nasjonale tiltak på helseregisterfeltet og e-helseområdet.

## Kap. 3701 Direktoratet for e-helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
02	Diverse inntekter			100
	Sum kap. 3701			100

### Post 02 Diverse inntekter

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte 0,1 mill. kroner fra kap. 3720, post 02.

## Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	33 850	29 797	30 171
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 407	3 656	3 762
	Sum kap. 0702	37 257	33 453	33 933

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

Helseberedskap er en del av regjeringens innsats for samfunnssikkerhet. Helseberedskap bygges på den daglige helse- og omsorgstjenesten og det daglige folkehelsearbeidet – atomberedskap, smittevern, miljørettet helsevern og mattrygghet, samt forsyningssikkerhet av legemidler, materiell og drikkevann. Dette er i tråd med ansvars-, nærhets-, likhets- og samvirkeprinsippet, som gjelder for samfunnssikkerhet og beredskap i Norge.

Ansvar for helseberedskap følger av helseberedskapsloven. Loven pålegger kommuner, regionale helseforetak, sykehus og staten å ha beredskapsplaner. Vannverk, Mattilsynet og næringsmiddelaboratorier har tilsvarende planplikt. Helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, smittevernloven, strålevernloven, matloven og folkehelseloven har egne beredskapsbestemmelser. Helseberedskapsloven og enkelte andre deler av helselovgivningen gjøres gjeldende på Svalbard fra 1. oktober 2015.

Helsedirektoratet, Statens strålevern og fylkesmannen gir veiledning til kommuner, regionale helseforetak og helseforetak, og bistår med øvelser og kompetansetiltak. Helsetilsynet, Strålevernet, Mattilsynet, Arbeidstilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, fylkesmannen og Nasjonal sikkerhetsmyndighet fører tilsyn med etterlevelse av lovverket.

Helseberedskap finansieres i hovedsak over driftsbudsjettene, kap. 703, 710, 720, 732, 750, 764 og 765. Det gis her en presentasjon av hovedområdene for helseberedskapsarbeidet.

Hovedinnsatsområdene er å:

- styrke sektorens krisehåndteringsevne basert på risikoanalyser, øvelser og hendelser
- styrke CBRNE-beredskapen – helseberedskap ved kjemikaliehendelser, alvorlige smittsomme sykdommer og atomberedskap
- videreføre robust forsyningssikkerhet i helse-tjenesten og næringen
- videreføre et godt nasjonalt og internasjonalt helseberedskapssamarbeid.

Mål for 2016:

- gjennomføre Nasjonal helseøvelse 2016
- følge opp erfaringer fra øvelser og hendelser, bl.a. 22. juli 2011 og ebola 2014–2015
- videreutvikle CBRNE-beredskapen
- fastsette og implementere nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer

- styrke forebygging og beredskap på drikkevannsområdet, jf. Nasjonale mål på området.

Krisehåndteringsevne

Terrorangrepet 22. juli 2011 og mot Statoil i Algerie 2013, orkanen på Vestlandet 2011, katastrofen i Japan i 2011 og Ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015 er eksempler på hendelser hvor det er tatt i bruk planverk og satt i verk beredskapstiltak i helsesektoren.

Helsesektorens krisehåndteringsevne bygger på den daglig tjenesten, analyser, planlegging, øvelser og håndtering av hendelser. Nasjonal helseberedskapsplan klargjør roller og ansvar og fullmaktstruktur i sektoren. Helsedirektoratet får som hovedregel delegert fullmakt til å koordinere helsetjenestens innsats ved kriser. I tillegg til det overordnede planverket er det spesialiserte planer og kompetansemiljøer på enkeltområder. Som ledd i omorganiseringen av den sentrale helseforvaltning f.o.m. 2016 vil det bli etablert en integrert beredskapsmodell som ytterligere tydeliggjør ansvar og roller ved krisehåndtering. Helsedirektoratet gis et helhetsansvar for krisehåndtering i helsesektoren. Det vises for øvrig til omtale av ny organisering under Helse- og omsorgsdepartementet i del III, avsnitt 13.2.

Terrorangrepet mot Norge 22. juli 2011 stilte norsk helsetjeneste på sin kanskje største prøve noensinne. I tråd med konklusjonen fra NOU 2012: 14, Rapport fra 22. juli-kommisjonen, jf. Meld. St. 21 (2012–2013) Terrorberedskap er hovedinnretningen på helseberedskapen god. Samtidig ble det påpekt læringspunkter. Helsedirektoratet har fulgt opp tiltak i samarbeid med regionale helseforetak (RHF), fylkesmenn, kommuner og andre fagmiljøer. RHF-ene bistår Helsedirektoratet og skal følge opp tiltak i spesialisthelsetjenesten i samarbeid for å utvikle både regionale og nasjonale beredskapsløsninger for spesialisthelsetjenesten. Det er gjennomført, og pågår arbeid med, flere tiltak bl.a. rutiner for varsling og kommunikasjon i nødmeldetjenesten, Nasjonale retningslinjer for nødetatene (Plivo), Nasjonal veileder for triagering av pasienter ved masseskader, samt Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (IS-1810). Det gjennomføres tiltak i tjenesten for å heve kompetansen på oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiserende hendelser. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har gjort en stor innsats for å gi de som ble rammet og traumatisert et verdig og godt tilbud. Mange har fått støtte og behandling. Samtidig har flere opplevd å ikke få den hjelpen

de trengte. Oppfølging av overlevende og pårørende etter 22. juli er fortsatt en prioritert oppgave. Det er viktig med kunnskap om hvordan oppfølging etter kriser og katastrofer kan bli best mulig. Det foreslås 1,5 mill. kroner til evaluering av den psykososiale oppfølging i 2016. Det vises også til omtale under kap. 765, post 21.

#### CBRNE-beredskap

CBRNE-beredskap omfatter helseberedskap ved kjemikaliehendelser, beredskap mot alvorlige smittsomme sykdommer, atomberedskap og beredskap mot eksplosiver. Det er etablert en nasjonal behandlingstjeneste for personer utsatt for kjemiske og biologiske agens, radioaktiv stråling og eksplosiver (CBRNe-skader). Tjenesten har spisskompetanse på stråleskader, radiologiske skader, biologiske og kjemiske skader. Tjenesten er tillagt Helse Sør-Øst RHF og etablert ved Oslo Universitetssykehus HF. Det er etablert overvåknings-, måle- og analysekapasiteter, innsetsteam, øvelser og kompetansetiltak for å utvikle beredskapen på området. F.eks. har Folkehelseinstituttet beredskapsgrupper med fageksperter som skal bistå ved smitteutbrudd og helseskadelige miljøhendelser. Kjemikalieberedskapen og atomberedskapen følges bl.a. opp i tråd med Meld. St. 19 (2014–2015), jf. Innst. 380 S (2014–2015) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Forskrift om beredskap ved helseskadelige miljøhendelser vil ferdigstilles i 2016.

Statens strålevern leder Kriseutvalget for atomberedskap, jf. kgl.res. av 23. august 2013 om Atomberedskap, sentral og regional håndtering. Kriseutvalget for atomberedskap oppgraderer atomberedskapen bl.a. på bakgrunn av trusselvurderinger og hendelser. Arbeidet med å styrke atomberedskapen, herunder kjøp av nytt utstyr for å bedre målekapasitet videreføres i 2016. For å styrke og forenkle den nasjonale helseberedskapen vil Statens strålevern ved omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen f.o.m. 2016 bli organisert som en etat i Helsedirektoratet. Atomberedskap og Kriseutvalget for atomberedskap vil inngå i en integrert beredskapsmodell hvor Helsedirektoratet gis et helhetsansvar for krisehåndtering i helsesektoren. Det vises til omtale av strålevernområdet under kap. 720 Helsedirektoratet og generell omtale av ny organisering under Helse- og omsorgsdepartementet i del III, avsnitt 13.2.

Pandemiberedskapen følges opp i tråd med Meld. St. 16 (2012–2013), jf. Innst. 298 S (2012–

2013). En ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa ble fastsatt høsten 2014. Nasjonal beredskapsplan mot alvorlig smittsomme sykdommer er under utarbeidelse.

Departementet har koordinert norske myndigheters beredskap og bidrag til den internasjonale innsatsen mot ebolautbruddet i Vest-Afrika i samarbeid med Utenriksdepartementet, Forsvarsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Samferdselsdepartementet. Arbeidet omfatter å følge status og prognoser for utbruddet, beredskapstiltak i Norge, medisinsk transport, bistand til Vest-Afrika, vaksiner, samt evaluering og oppfølging.

#### Forsyningssikkerhet av legemidler, materiell og drikkevann

Kommuner og helseforetak har etter helseberedskapsloven plikt til å ha tilfredsstillende forsyningssikkerhet av materiell og legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser.

Som et supplement til helsetjenestens beredskap, forvalter Helsedirektoratet avtaler med grossister om nasjonale beredskapslagre av legemidler og materiell som bevilgningen dekker. De regionale helseforetakene overtok fra 1. januar 2015 oppgaven fra Helsedirektoratet med å beredskaps sikre legemidler for spesialisthelsetjenesten. Dette i tråd med ansvarsprinsippet. De regionale helseforetakene har laget en rapport om utfordringer og strategier for nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten, som er oversendt departementet.

Helsedirektoratet har avtale med grossist om nasjonalt beredskapslager av legemidler for primærhelsetjenesten som varer ut 2015. Direktoratet har anbefalt å erstatte denne ordningen med et nytt krav til legemiddelgrossistene om legemiddelberedskap. Statens legemiddelverk utreder hvordan beredskaps sikring av legemidler for primærhelsetjenesten kan forankres i aktuelt regelverk, herunder ev forskriftsfeste beredskapsplikter for grossistene. Departementet vil følge opp Legemiddelverkets utredning med sikte på implementering fra 1. januar 2016. Det vises her til Meld. St. 28 (2014–2015), Legemiddelemeldingen, Riktig bruk – bedre helse. Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer.

Folkehelseinstituttet har ansvar for vaksineforsyning og beredskap for vaksiner, immunglobuliner og sera etter smittevernloven. Instituttet har avtaler med GlaxoSmithKline AS og Novartis Norge AS om reservasjon av produksjonskapasi-

tet og innkjøp av vaksine til fullvaksinering av hele Norges befolkning i tilfelle WHO erklærer en pandemi.

Når det gjelder drikkevann, har om lag 75 pst. av vannverkene rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplan etter helseberedskapsloven og matloven. Hoveddelen av Norges befolkning mottar vann fra store vannforsyningssystemer med god kvalitet og gode beredskapsplaner. En del mindre vannverk har mangler i sine beredskapsplaner. Kvaliteten på drikkevannet fra en del små vannverk er ukjent. Gammelt og dårlig ledningsnett utgjør den viktigste utfordringen for vannforsyningen som helhet. Forebygging og beredskap på drikkevannsområdet følges opp i tråd med Meld. St. 19 (2014–2015), jf. Innst. 380 S (2014–2015) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Det er fastsatt nasjonale mål for drikkevann, som følges opp i en egen gjennomføringsplan. Drikkevannsforskriften er under revisjon bl.a. for å oppdatere bestemmelsene om forbyggende sikring og beredskap. Mattilsynet er bedt om å prioritere tilsyn og bruke strengere virkemidler overfor vannverk som ikke oppfyller regelverket. Vannforsyning som kritisk infrastruktur, og Helse- og omsorgsdepartementet som overordnet ansvarlig departement innenfor drikkevannsområdet, er nærmere omtalt i Prop. 1 S (2015–2016) fra Justis- og beredskapsdepartementet.

## Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	69 182	65 596	66 418
70	Tilskudd, <i>kan overføres</i>	15 427	15 803	
	Sum kap. 0703	84 609	81 399	66 418

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

Stadig flere helseutfordringer er grenseoverskridende. Mens infeksjonssykdommer historisk har vært hovedutfordringen, er i dag ikke-smittsomme sykdommer den globalt viktigste årsaken til for tidlig død. Det har bl.a. sammenheng med økt levealder og flere eldre. Tobakksbruk, skadelig

Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Departementet deltar i Kriserådet og har ansvar for Helseberedskapsrådet, Pandemikomiteen og Kriseutvalget for atomberedskap. Internasjonalt deltar Norge i Verdens helseorganisasjon og Det internasjonale atomenergibyråets samarbeid om overvåking, analyse, varsling og tiltak ved utbrudd av smittsomme sykdommer og strålerelaterte hendelser. Norge samarbeider med EU og Nato på helse- og mattrygghetsområdet og har en Nordisk helseberedskapsavtale som omfatter gjensidig informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer. Det vises til omtale av internasjonalt samarbeid i kapittel 12 i del III.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

### Post 70 Tilskudd

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

bruk av alkohol, usunt kosthold, manglende fysisk aktivitet, overvekt og fedme er viktige faktorer som bidrar til økt risiko for å utvikle kroniske sykdommer. Helsesystemene i Norge og andre land og verdensdeler utfordres også av økt mobilitet av helsearbeidere og pasienter. Videre er det nær sammenheng mellom folkehelse, dyrehelse og miljø, noe som må ivaretas i internasjonalt helsesamarbeid, og som internasjonalt samarbeid om antimikrobiell resistens (AMR) er et godt eksempel på.

Ebolautbruddet i 2014 avdekket alvorlige mangler i det globale beredskapssystemet mot potensielt pandemiske sykdommer. Arbeidet med å styrke globale beredskaps- og håndteringssystemer og helsesystemstyrking i land med svak infrastruktur vil være viktig i overskuelig framtid.

Folkehelsen utfordres videre av klimaendringer og miljøforhold verden over. Økte økonomiske forskjeller mellom land og innad i land fører til økt sosial ulikhet i helse. Samtidig er det en tendens at internasjonale normer og regler blir mer forpliktende og berører vår nasjonale helsepolitikk.

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

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

I september 2015 vedtok medlemslandene nye globale bærekrafts- og utviklingsmål (Sustainable Development Goals) i FNs generalforsamling. Disse vil bli gjeldende for alle FNs medlemsland og i stor grad prege utviklingsagendaen også på helsefeltet.

Det vises til kapittel 12 i del III for nærmere omtale av det internasjonale samarbeidet.

Mål for 2016:

- støtte gjennomføringen av styringsreformen i WHO, organisasjonens normative arbeid globalt og WHOs arbeid med ikke-smittsomme sykdommer, samt helseutfordringer knyttet til miljø, antimikrobiell resistens og klima
- støtte gjennomføringen av reformen av globale kriseberedskaps- og krisehåndteringssystemer, inkludert gjennom WHO og EU

- bidra i multilaterale prosesser i oppfølgingen av vedtak av nye globale bærekrafts- og utviklingsmål
- fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet
- bidra i WHO/UNECEs arbeid under protokollen om vann og helse
- delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser
- styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd
- ivareta norsk deltakelse i Barents helse- og sosialsamarbeid, helsesamarbeidet under Den nordlige dimensjon og Arktisk råd, bidra til gjennomføring av Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram
- ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handelsavtaler og frihandelsavtaler
- videreutvikle helsesamarbeidet med Kina, Moldova og Russland.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

### Post 70 Tilskudd

Nordisk Ministerråd har besluttet at Nordic School of Public Health (NHV) skal avvikles, jf. Prop. 119 S (2014–2015) og Innst. 360 (2014–2015).

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

## Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
710	Folkehelseinstituttet	1 480 575	1 287 982	1 612 119	25,2
711	Ernæring og mattrygghet	37 943	58 991		-100,0
712	Bioteknologirådet	9 575	8 779	8 727	-0,6
713	Vitenskapskomiteen for mattrygghet	24 471	22 885		-100,0
714	Folkehelse			408 403	
715	Statens strålevern	113 261	112 470		-100,0
716	Statens institutt for rusmiddel- forskning	46 730	47 182		-100,0
718	Rusmiddelforebygging	207 159	213 235		-100,0
719	Annet folkehelsearbeid	170 147	140 895		-100,0
	Sum kategori 10.10	2 089 861	1 892 419	2 029 249	7,2

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 833 598	1 632 810	1 751 677	7,3
30–49	Nybygg, anlegg m.v.	24 111	21 717	18 195	-16,2
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	21 683	39 563	43 910	11,0
70–89	Andre overføringer	210 469	198 329	215 467	8,6
	Sum kategori 10.10	2 089 861	1 892 419	2 029 249	7,2

De nasjonale målene for folkehelsepolitikken er:

- 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.

Levealdermålet skal nås gjennom å redusere tidlig død og utjevne sosiale helseforskjeller. Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons globale mål for forebygging og kontroll av livsstilssykdommer innen 2025. Regjeringen la våren 2015 fram en stortingsmelding om folkehelsepolitikken. Stortingsmeldingen presenterer ny politikk på områder som enten ikke har vært tilstrek-

kelig prioritert eller som krever nye løsninger. Psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet, arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling, og det skal utvikles en ny og moderne eldrepolitikk for å bidra til en samfunnsutvikling for aktiv aldring.

Meldingen bygger videre på de nasjonale målene og de overordnede rammene for folkehelsepolitikken.

Regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Flere skal oppleve god psykisk helse og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Regjeringen vil skape et samfunn som i større grad fremmer psykisk helse gjennom å legge mer vekt på forhold i omgivelsene som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Tiltak for å fremme psykisk helse og forebygge ensomhet er derfor en viktig del av folkehelsepolitikken.

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. Regjeringen vil gjøre sunne valg enkle og til det naturlige valg for alle. Tilrettelegging for fysisk aktivitet er viktig og må skje i alle sektorer. Regjeringen vil legge til rette for at skolen sikrer daglig fysisk aktivitet. Befolkningen skal få bedre og mer målrettet informasjon om sammenhengen mellom kosthold og helse. Matvarebransjen har et stort ansvar for å utvikle, gjøre tilgjengelig og markedsføre sunne produkter.

Aktive eldre er satt på dagsorden i folkehelsepolitikken. Regjeringen tar sikte på å fremme en

strategi for en moderne eldrepolitikk i løpet av 2015. Strategien skal bidra til holdningsendring overfor eldre mennesker, snu etablerte tankemønstre og se muligheter som ligger i teknologisk og sosial innovasjon for å styrke Eldres deltakelse. Det er en prioritert oppgave å få fram mer kunnskap om sammenhengen mellom aktivitet, arbeid og helse og synliggjøre betydningen av helsefremmende og forebyggende arbeid for at eldre kan delta, bevare selvstendighet og mestre hverdagen lenger. Det ligger store muligheter i å ta i bruk Eldres ressurser i arbeidsliv, sivilsamfunn og næringsliv.

Regjeringen vil legge til rette slik at kommunene får best mulig forutsetninger for å ivareta ansvaret for innbyggernes helse. Den nasjonale politikken skal støtte opp om folkehelsearbeidet lokalt og regionalt og sørge for god samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser. Nasjonale myndigheter skal bistå kommunene med verktøy og kompetanse.

Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og myndighetene er avgjørende for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Frivillige organisasjoner når mange vi ikke når gjennom offentlige tilbud og tjenester. Regjeringen vil bygge opp under det frivillige engasjementet i folkehelsearbeidet, bl.a. i samarbeid med friluftsråd og frivillige organisasjoner om økt fysisk aktivitet og friluftsliv for alle, og få flere med på sosiale aktiviteter for å redusere ensomhet.

## Kap. 710 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	751 644	645 036	899 051
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	704 820	625 229	694 873
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	24 111	17 717	18 195
	Sum kap. 0710	1 480 575	1 287 982	1 612 119

Vesentlige endringsforslag, ut over avbryråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

– 72 mill. kroner til opphenningsprogram for HPV-vaksine

– 5 mill. kroner til system for nye metoder  
 – 20,5 mill. kroner til husleie, rettsmedisin  
 – 25,4 mill. kroner knyttet til reduserte driftsbevilgninger til sentral helseadministrasjon, herunder spesielle driftsutgifter

- 232,6 mill. kroner flyttet fra andre kapitler som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen

Folkehelseinstituttet er et statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, med nasjonale oppgaver innen forskning, helseanalyse, systematisk kunnskapsoppsummering og metodevurdering, rådgiving og tjenester.

Instituttet skal produsere, oppsummere og formidle kunnskap for å bidra til god folkehelse og rettsikkerhet, og være en kompetanseinstitusjon på områdene fysisk helse, psykisk helse, rus, miljømedisin, smittevern og rettsmedisin. Instituttets faglige virksomhet skal omfatte en moderne infrastruktur for kunnskap i form av helseregistre, helseundersøkelser, laboratorier og biobanker.

Videre er det instituttets oppgave å sikre Norge nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Instituttet skal gi rettsmedisinsk støtte til politi- og påtalemyndigheten og domstoler i forbindelse med straffesaker og tilsvarende saker med krav til høy rettssikkerhet. Instituttet skal ivareta norske interesser og forpliktelser internasjonalt samt bistå departementet i dette arbeidet.

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, Statens institutt for rusmiddelforskning og sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet innlemmes i Folkehelseinstituttet fra og med 1. januar 2016.

I sammenheng med virksomhetsendringen får Folkehelseinstituttet en mer rendyrket rolle som kunnskapsprodusent og utvikles til å bli en tydeligere kunnskapsstøtteorganisasjon for Helsedirektoratet.

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag utvides til også å omfatte kunnskapsproduksjon og kunnskapsoppsummering for helsetjenesten. Det omfatter også drift og vedlikehold av Helsebibliotektet.no. Videre skal det samfunnsvitenskapelige perspektivet i tobakk- og rusmiddelforskningen videreføres innenfor rammene av det utvidede samfunnsoppdraget, samt tilknyttede rapporterings- og overvåkningsoppgaver. Funksjonen som nasjonalt kontaktpunkt for Norges deltakelse i EUs narkotikaovervåkningscenter (EMCDDA) legges dermed til Folkehelseinstituttet.

Som en del av omorganiseringen overføres overvåkningsoppgaver innen fysisk aktivitet og kosthold fra Helsedirektoratet til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. januar 2016.

## Helseanalyse

Folkehelseinstituttet skal analysere helsetilstanden og levekårene i befolkningen og forhold som påvirker helsen. Instituttets analyser skal være tilpasset brukerne – dvs. befolkningen, kommunene, fylkene, helseregionene, helse- og omsorgstjenesten, helsemyndighetene og andre aktører. Analysene skal ha høy kvalitet, være oppdatert, forskningsbasert, og nasjonalt og internasjonalt konkurransedyktige.

Folkehelseprofiler for fylker og kommuner er videreutviklet og publiseres årlig. Fra og med 2015 publiseres det folkehelseprofiler for bydeler i de fem største kommunene. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet samarbeider tett, og det pågår et kontinuerlig arbeid for å videreutvikle folkehelseprofilene.

Videre overtar Folkehelseinstituttet ansvaret for å overvåke befolkningens bruk av tobakk og rusmidler. Statens institutt for rusmiddelforskning startet i 2012 en ny rekke årlige befolkningsundersøkelser for å kartlegge bruk av rusmidler og doping i befolkningen. I 2015 gjennomføres første del av en nasjonal longitudinell studie. Studien vil kartlegge bruk av rusmidler og andre avhengighetsatferder over tid hos ungdommer i alderen 13–18 år.

I 2015 skal det publiseres en sykdomsbyrde-rapport for Norge og arbeidet med sykdomsbyrdeanalyser har derfor høy prioritet.

Folkehelseinstituttet har delansvar for oppfølgingen av nasjonale mål for vann og helse, herunder arbeid for å skaffe bedre kunnskap om omfanget av mulige årsaker til drikkevannsbåren sykdom. Folkehelseinstituttet deltar også i internasjonalt arbeid under Verdens helseorganisasjon/UNECEs protokoll for vann og helse og i miljø- og helseprosessen for øvrig i regi av Verdens helseorganisasjon.

Instituttet arbeider med å få bedre oversikt over befolkningens psykiske helse, og arbeider med etablering av et register for psykiske lidelser og ruslidelser etter fellesregistermodellen.

Folkehelseinstituttet har intensivert overvåkingen av antibiotikaresistens nasjonalt og internasjonalt, og fortsetter arbeidet med å iverksette og evaluere effekten av tiltak mot antibiotikaresistens. Tiltakene som Folkehelseinstituttet setter i verk, må ses i lys av regjeringens tverrsektorielle nasjonale strategi mot antibiotikaresistens for perioden 2015–2020.

Folkehelseinstituttet har ansvar for flere sentrale helseregistre. Instituttet viderefører arbeidet med å styrke personvernet og modernisere eksi-



sterende helseregistre i tråd med føringer med nasjonal strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Overvåkingssystemet Sykdomspulsen, som skal gi rask oversikt over infeksjonspanoramaet i allmennpraksis, er etablert. Influensasезongen 2013–2014 ble brukt til å teste Sykdomspulsen i forhold til det tidligere systemet med rapporter fra vel 200 legekontorer. Data på fylkesnivå blir presentert som kart og lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider.

Folkehelseinstituttet deltar i internasjonalt arbeid bl.a. gjennom samarbeid med Commonwealth Fund, EU gjennom flere joint actions, Verdens helseorganisasjon, OECD og European Observatory. Instituttet er vertskap for den norske forgreningen av The Cochrane Collaboration, med spesielt ansvar for å utarbeide Cochrane-oversikter om tiltak for å styrke helsesystemer i lav- og mellominntektsland (EPOC-satelite).

#### Forskning

Folkehelseinstituttet skal drive forskning med høy kvalitet som er internasjonalt konkurransedyktig og i tråd med det samfunnsoppdraget og målene instituttet har for sin virksomhet. Forskningen skal gi grunnlag for videreutvikling av folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenesten ved å svare på spørsmål om:

- forekomst og fordeling av risikofaktorer, sykdom og dødsårsaker i befolkningen,
- årsaker til sykdom og for tidlig død og konsekvenser av sykdom,
- effekter av tiltak i helse- og omsorgstjenesten og av folkehelseiltak.

Fra 2016 skal instituttet, som følge av innlemming av Statens institutt for rusmiddelforskning, videreføre samfunnsvitenskapelig forskning som bidrar til økt kunnskap om rusmidler, doping, tobakk og avhengighet.

Folkehelseinstituttet skal etablere og videreutvikle samarbeid med forskningsinstitusjoner som arbeider med temaer innenfor instituttets samfunnsoppdrag, og styrke forskningssamarbeid med universiteter og høyskoler, helseforetak og kunnskaps- og kompetansesentre i Norge og utlandet.

Instituttet har styrket forskningen på diabetes, hjerte- og karsykdommer, Alzheimers sykdom og andre demenslidelser, smertelidelser, utviklingsforstyrrelser, angst og depresjon. Metoder for vurdering av sykdomstilfeller, sykdomsbyrdeanaly-

ser, og forskning for å evaluere effekten av folkehelseiltak er også prioritert i 2015. Forskningen er styrket gjennom eksterne forskningsbevilgninger fra norske og utenlandske kilder.

Forskere ved Folkehelseinstituttet publiserer totalt over 500 artikler i året og deltar i to EU-prosjekter innen Horizon 2020. En betydelig andel av instituttets forskningsprosjekter omfatter internasjonalt samarbeid.

#### Kunnskapsoppsummering og metodevurdering

Folkehelseinstituttet får en langt større rolle når det gjelder kunnskapssoppsummering og metodevurdering gjennom innlemming av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens institutt for rusmiddelforskning fra 1. januar 2016.

Folkehelseinstituttet får ansvar for å utarbeide systematiske oversikter og metodevurderinger om effekt og sikkerhet av tiltak og metoder i helsetjenesten. Instituttet skal formidle kunnskapsbasert praksis og støtte utvikling av gode faglige retningslinjer og fagprosedyrer. Målet er å medvirke til gode beslutninger og riktige prioriteringer på alle nivåer i helsetjenesten, å støtte kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten og bidra til virksomme, trygge og sikre tjenester som ivaretar brukernes behov. Instituttet skal bistå Helsedirektoratet i deres arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorer.

Folkehelseinstituttet overtar det ansvaret som Kunnskapssenteret i dag ivaretar knyttet til Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Folkehelseinstituttet skal utføre hurtige og fullstendige metodevurderinger etter bestilling fra de fire regionale helseforetakene, drifte en metodevarslingsfunksjon i samarbeid med andre aktører og tilby veiledning og støtte for arbeid med mini-metodevurdering.

Folkehelseinstituttet samarbeider med nettverket av direktører for velferdsetatene om å videreutvikle en kunnskapssenterfunksjon for velferdstjenesten for å bygge kapasitet for å lage systematiske oversikter på dette området. Folkehelseinstituttet ivaretar sekretariatsfunksjonen for Campbell Collaboration.

Folkehelseinstituttet intensiverte arbeidet med kunnskapsoppsummeringer på folkehelseområdet i 2015 og leverte rapporter om snus og e-sigaretter. I 2015 er overvåkingen av forsyningskildene for tobakksvarer og andre nikotinprodukter intensivert. Dette vil bl.a. gi bedre kunnskap om omfanget av smugling og ulovlig handel med tobakk.

### Råd og tjenester

Folkehelseinstituttet skal gi tydelige kunnskapsbaserte råd til rett tid om rettsmedisinske fag, folkehelse og forhold som kan påvirke helsetilstanden i befolkningen. Instituttet skal gjøre forskningsbasert kunnskap tilgjengelig og anvendbar for offentlig forvaltning og publikum gjennom dokumentasjon og formidling. Instituttet har som oppgave å gi råd om risikofaktorer og sykdom, og om effekt av folkehelseiltak.

En vesentlig del av Folkehelseinstituttet virksomhet er tjenesteyting. Instituttet har ansvar for:

- vaksineinnkjøp og vaksinedistribusjon
- publikumstjenesten Mine vaksiner på nett
- rettsmedisinske oppdrag
- rapporter og analysesvar på kjemiske eller biologiske prøver
- utlevering av data fra sentrale helseregistre og helseundersøkelser
- biobanktjenester og datainnsamling
- bibliotektjenester
- rådgivningstjenesten Giftinformasjonen

Regjeringen vil åpne opp for bruk av flere akkrediterte leverandører av DNA-analyser med sikte på oppstart i 2017. Arbeidet med å tilrettelegge IKT-løsninger og rutiner i regi av Politidirektoratet videreføres i 2016, jf. omtale under Justis- og beredskapsdepartementets programkategori 06.40 Politi og påtalemyndighet.

For å styrke arbeidet med aldersvurderinger av enslige mindreårige asylsøkere, vil Folkehelseinstituttet få et ansvar for gjennomføring og utvikling av kunnskap og metoder på området, jf. omtale under Justis- og beredskapsdepartementets kap. 490, post 21. Instituttet vil gradvis bygge opp et slikt kompetansemiljø i løpet av 2016.

Folkehelseinstituttet gjennomfører et kontinuerlig kvalitetsarbeid som dokumenteres bl.a. gjennom sertifiseringer/ akkrediteringer, veiledning og validering av metoder og ringtester. Instituttet skal i 2016 videreføre arbeidet med å profesjonalisere tjenesteytingen ytterligere, særlig gjennom mer effektiv bruk av laboratorier og av kompetanse på tvers av instituttet.

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å samle alle relevante bibliotek i helseforvaltningen til ett fellesbibliotek. Biblioteket skal videreutvikle oppgaven som Statens institutt for rusmiddelforskning i dag ivaretar som nasjonalt kompetansebibliotek på rusmiddelområdet. Følgende etater deltar i prosjektet: Helsedirektoratet, Statens institutt for rusmiddelforskning, Legemiddelverket, Stråle-

vernet, Helsetilsynet, Kunnskapscenteret og Folkehelseinstituttet.

Instituttet er i ferd med å slutføre et arbeid for å modernisere vaksinedistribusjonen. Moderniseringen innebærer oppgraderte lagerfasiliteter, nytt logistikksystem, og en web-basert, forenklet bestillingsprosess for helsetjenesten.

### Beredskapsarbeid

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

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

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i beredskapen mot smittsomme sykdommer nasjonalt, og er aktive i internasjonal beredskap mot smittsomme sykdommer. Arbeidet med ebolaepidemien i Afrika preget instituttet også i 2015. Folkehelseinstituttet var involvert i arbeidet med å sette rammer rundt arbeidssituasjonen til norske hjelpearbeidere i Vest-Afrika. I tillegg ble arbeidet med vaksineutvikling i Guinea ledet fra Folkehelseinstituttet. Arbeidet for å styrke influensaovervåkingen og vaksineoppfølgingen fortsetter i 2016.

Instituttet har etter folkehelseloven ansvar for å bygge opp beredskap i forbindelse med miljøhendelser som kan gi skader på mennesker. En slik beredskapsrolle ble etablert i 2014 og videreutviklet i 2015, bl.a. gjennom arbeid med nasjonal CBRNE-strategi. Ny forskrift til Folkehelseloven om beredskap ved miljøhendelser, der varslingslinjer og Folkehelseinstituttets rådgivende og koordinerende rolle tydeliggjøres, ferdigstilles i 2016. Videre vil instituttet arbeide for å styrke tilgangen til data- og kommunikasjonssystemer nasjonalt for å være bedre rustet i kriser.

### Vitenskapskomiteen for mattrygghet

Vitenskapskomiteen for mattrygghet er en tverrfaglig uavhengig komité. Komiteen består av om

lag 120 uavhengige vitenskapelige eksperter fra en rekke fagfelt. Sekretariatet for Vitenskapskomiteen innlemmes fra 1. januar 2016 i Folkehelseinstituttet.

Virksomhetsendringen vil ikke ha konsekvenser for Vitenskapskomiteens virksomhet. Komiteen oppnevnes av Helse- og omsorgsdepartementet og den faglig uavhengige rollen sikres gjennom etatsstyring og vedtekter.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet gjør uavhengige vitenskapelige risikovurderinger av forhold som har direkte eller indirekte betydning for helsemessig trygg mat langs hele matkjeden. Komiteen gjør også risikovurderinger på dyrehelse, dyrevelferd, plantehelse, kosmetikk og kroppspolieprodukter, samt miljørisikovurderinger av genmodifiserte organismer og plantevernmidler. Komiteen utfører risikovurderingene etter oppdrag fra Mattilsynet og Miljødirektoratet.

Vitenskapskomiteen skal på oppdrag fra Miljødirektoratet, i en prøveperiode på to år, utføre miljørisikovurderinger og andre vitenskapelige vurderinger knyttet til mikroorganismer, fremmede arter og avtaleverket som regulerer handel med truede arter (Cites).

Vitenskapskomiteen er norsk kontaktpunkt for den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (European Food Safety Authority) og deltar i EFSA Advisory Forum. Ny vitenskapskomité er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet for perioden 2014–2018, og to nye faggrupper for Klima- og miljødepartementets ansvarsområder er oppnevnt for prøveperioden 2015–2017. Klima- og miljødepartementet er ansvarlig for kostnader knyttet til arbeid innenfor deres ansvarsområde.

### Post 01 Driftsutgifter

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte:

- 6 mill. kroner fra kap. 711, post 21
- 22,985 mill. kroner fra kap. 713, post 01
- 43,791 mill. kroner fra kap. 716, post 01
- 3,8 mill. kroner fra kap. 719, post 21
- 4,3 mill. kroner fra kap. 720, post 01
- 151,743 mill. kroner fra kap. 725, post 01

Det foreslås videre å flytte 20,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72–75 knyttet til leie av lokaler til funksjoner ved tidligere Rettsmedisinsk institutt ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, jf. nærmere omtale under kap. 732, post 72–75.

Det foreslås 5 mill. kroner for å styrke arbeidet med metodevurderinger og metodevarslingsfunksjon i Nasjonalt system for nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Det vises til omtale også under kap. 750 og kap. 781, post 21. Dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som er lagt til grunn for bevilgninger og rammer nærmere omtalt i kap. 732, legger departementet til grunn at disse finansieres over de regionale helseforetakenes egne rammer og at det etableres formaliserte strukturer for dette mellom aktørene.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås 72 mill. kroner til å etablere et opphenningsprogram for humant papillomavirus (HPV) for jenter opp til 26 år. Opphenningsprogrammet skal gjennomføres i 2016 og 2017. På bakgrunn av anbefaling fra Folkehelseinstituttet ble HPV-vaksinen innført i det norske barnevaksineprogrammet høsten 2009 som et tilbud til jenter i 7. klasse (12 år). De som har ønsket vaksinen, utover det tilbudet som er gitt gratis til jenter på 7. klassetrinn, har selv måttet betale for den gjennom fastlegen. Regjeringen vil komme tilbake til ev. endringer i budsjettanslaget når den faktiske oppslutningen om opphenningsprogrammet er kjent.

### Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider.

## Kap. 3710 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
02	Diverse inntekter	350 703	224 084	254 783
03	Vaksinesalg	117 355	98 704	98 210
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	933		
16	Refusjon av foreldrepenger	7 212		
17	Refusjon lærlinger	201		
18	Refusjon av sykepenger	7 459		
	Sum kap. 3710	483 863	322 788	352 993

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

- 0,225 mill. kroner fra kap. 3713, post 02
- 1,943 mill. kroner fra kap. 3716, post 02
- 23,185 mill. kroner fra kap. 3725, post 02

### Post 02 Diverse inntekter

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

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte:

### Post 03 Vaksinesalg

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

## Kap. 711 Ernæring og mattrygghet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	15 550	20 113	
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	2 037	2 149	
74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	20 356	36 729	
	Sum kap. 0711	37 943	58 991	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å fordele bevilgningen på kap. 710, kap. 714 og kap. 720.

- 6 mill. kroner til kap. 710, post 01
- 13,592 mill. kroner til kap. 714, post 21
- 1 mill. kroner til kap. 720, post 01

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 714, post 79.

**Post 74 Skolefrukt**

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 714, post 74.

**Kap. 712 Bioteknologirådet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	9 575	8 779	8 727
	Sum kap. 0712	9 575	8 779	8 727

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

Rådet er oppnevnt av regjeringen for fire år av gangen med 15 medlemmer og fem varamedlemmer. I tillegg innkalles observatører fra syv departementer til møtene. Bioteknologirådet arrangerer åpne debattmøter, informasjons- og undervis-

ningsaktiviteter om aktuelle temaer innen moderne bioteknologi. Video fra de åpne møtene blir vanligvis lagt ut på nett. Bioteknologirådet gir også ut temaark og tidsskriftet Genialt, som kommer ut fire ganger i året. I 2015 har Bioteknologirådet utført et omfattende oppdrag i å bistå med den forestående evalueringen av bioteknologiloven.

**Post 01 Driftsutgifter**

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

**Kap. 713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	24 471	22 885	
	Sum kap. 0713	24 471	22 885	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte bevilgningen til kap. 710.

**Post 01 Driftsutgifter**

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 710, post 01.

## Kap. 3713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
02	Diverse inntekter	214	220	
	Sum kap. 3713	214	220	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte bevilgningen til kap. 3710.

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 3710, post 02.

## Kap. 714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>			149 026
60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>			43 910
70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>			123 728
74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>			35 602
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>			56 137
	Sum kap. 0714			408 403

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å samle bevilgninger fra kap. 711, kap. 718, kap. 719 og kap. 765.

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering:

- 15 mill. kroner til Hunt 4-undersøkelsen
- 7 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet og tiltak for sosial støtte
- 387,4 mill. kroner flyttet fra andre kapitler som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen

Formålet med bevilgningen er å styrke folkehelsearbeidet. Sentrale innsatsområder i 2016 er oppfølgingen av Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen og innsatsen for å nå WHO's globale mål om å redusere for tidlig død av ikke-smitt-

somme sykdommer (NCD) som hjerte- og kar-sykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 pst. innen 2025.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker spesielle driftsutgifter knyttet til forvaltningens oppgaver på folkehelseområdet, herunder kontingenter og frivillige bidrag til internasjonalt arbeid på folkehelseområdet.

Det foreslås å flytte:

- 13,592 mill. kroner fra kap. 711, post 21
- 73,576 mill. kroner fra kap. 718, post 21
- 63,841 mill. kroner fra kap. 719, post 21

Samarbeid med matvarebransjen om å redusere inntak av salt, mettet fett og sukker vil være prioritert sammen med arbeidet med Nøkkelhullsmer-

ket. Regjeringen vil legge til rette for et koordinert samarbeid om forskning og innovasjon på området mat, ernæring og helse. Kommunikasjonsarbeidet Små grep – stor forskjell skal videreføres og styrkes. Helsedirektoratet ferdigstiller i 2015 nye retningslinjer for skolemåltidet. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet bidrar i arbeidet med å implementere retningslinjene for skolemåltidet. Det inviteres til samarbeid for å støtte opp om skoleeieres arbeid med måltider i skolen, jf. kap. 714, post 74. Videre skal det inviteres til et samarbeid for økt praktisk kunnskap og ferdigheter om matlaging.

Arbeidet med å nå de nasjonale målene på drikkevanns- og sanitærområdet, som ble fastsatt i 2014 under protokollen om vann og helse, videreføres i 2016. Det vises til Prop. 1S (2015–2016) fra Landbruks- og matdepartementet vedrørende andre tema på mattrygghetsområdet.

Som ledd i å skape et bedre kunnskapsgrunnlag for framtidig arbeid med fysisk aktivitet i skolen, varsler Folkehelsemeldingen et forsøk over tre år med ekstra tid til fysisk aktivitet og kroppssøving i om lag 30 ungdomsskoler. Forsøket gjennomføres som et forskningsprosjekt hvor virkningen av ekstra tid i fysisk aktivitet og kroppssøving på elevenes fysiske og psykiske helse og på læringsmiljø og læringsutbytte skal studeres. Arbeidet med forsøket starter opp i 2015. Det tas sikte på gjennomføring i skoler fra skoleåret 2016–2017. Forsøket er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet har i 2015 fått i oppdrag å samle, systematisere og videreformidle erfaringer og eksempler på hvordan barnehager og skoler innenfor dagens regelverk kan arbeide for å legge til rette for daglig fysisk aktivitet for alle barna og elevene. Arbeidet videreføres i 2016.

Tilsyn med og forvaltning av tobakksskadeloven og alkoholloven med forskrifter og informasjonstiltak overfor kommuner, virksomheter og befolkningen skal prioriteres i 2016 pga. flere store lovrevisjoner.

Ansvarlig alkoholhåndtering, tidlig intervensjon og rusmiddelforebygging i utdanning og arbeidsliv er viktige innsatsområder.

Akan kompetansesenter skal evalueres. Formålet er å se på utviklingsmuligheter og hvordan Akan kan møte utfordringene i et arbeidsliv i stadig endring.

Arbeidet med tiltak for tobakksavvenning, herunder drift av Røyketelefonen og andre nettbaserte sluttetjenester, videreføres i 2016. Videre

skal Helsedirektoratet i 2016 fortsette arbeidet med å implementere Nasjonal plan for tobakksavvenning, herunder kursing av sluttveiledere ved frisklivssentraler.

Informasjonstiltak og kampanjer på levevaneområdene skal planlegges og iverksettes innenfor en samlet kommunikasjonsstrategi. Informasjon og kommunikasjon er viktige virkemidler i arbeidet med levevaner. En samlet kommunikasjonsstrategi vil gi bedre koordinering av informasjonsarbeidet og kampanjesatsingene og samtidig gjøre det mulig å rette innsatsen mot flere levevaner samtidig. En mer langsiktig og helhetlig tilnærming vil bidra til mer effektiv utnyttelse av ressursene og bedre samarbeid med alliansepartnere. Det foreslås at lønnsutgifter knyttet til dette arbeidet flyttes fra kap. 711, 718 og 719 til kap. 720, post 01.

Det foreslås å øremerke 3 mill. kroner til en kampanje for fellesskap og sosial støtte i regi av frivillige organisasjoner, koordinert gjennom Frivillighet Norge, jf. omtale av mobilisering mot ensomhet under kap. 714, post 79. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Frivillighet Norge på 0,52 mill. kroner for å arrangere Møteplass for folkehelse.

Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til det flerårige forskningsprogrammet på sivilsamfunn og frivillig sektor for å styrke programmets folkehelserelaterte problemstillinger, jf. nærmere omtale under Kunnskapsdepartementets kap. 315, post 21. Det vises også til kap. 769, post 21 og 70.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Atferdssenteret med 3,6 mill. kroner for utvikling av tverrfaglig kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn og unge.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 3,3 mill. kroner til Høgskolen i Oslo og Akershus er for å sikre finansieringen av Ungdata.

Det foreslås å videreføre driftsstøtten til de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmåls forebyggende arbeid. Kompetansesentrene er nærmere omtalt under kap. 765, post 74.

### Post 60 Kommunale tiltak

Bevilgningen dekker støtte til lokalt folkehelsearbeid, bl.a. gjennom kommunalt utviklingsarbeid og lokal implementering av nasjonale prioriterte satsinger på folkehelseområdet.

Det foreslås å flytte:

- 3,2 mill. kroner fra kap. 718, post 21
- 17,504 mill. kroner fra kap. 718, post 63
- 23,206 mill. kroner fra kap. 719, post 60

Det foreslås 8,5 mill. kroner øremerket tilskudd til etablering eller videreføring av rusforebyggende koordinatorene. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet har samordnet tilskuddsordninger for å styrke lokalt rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid etter SLT-modellen. Helsedirektoratet har evaluert tilskuddsordningen og vurdert ressursbruk og måloppnåelse. Evalueringen peker på at det fortsatt er behov for et tett samarbeid mellom helse- og justissektoren, og at SLT-modellen er relevant å bygge videre på. Tilskuddsordningen foreslås videreført i 2016 i tråd med Justis- og beredskapsdepartementets Handlingsplan for kriminalitetsforebyggende arbeid.

Som ledd i regjeringens arbeid med å forenkle tilskuddsordninger og i samsvar med prioriteringer i regjeringens plattform om tilrettelegging for gode helsevalg, ble 15,7 mill. kroner i 2015 flyttet fra post 73, Fysisk aktivitet i regi av frivillige organisasjoner, til utviklingsarbeid i kommuner om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse og fysisk aktivitet. Helsedirektoratet er i tildelingsbrev for 2015 gitt i oppdrag å sørge for gjennomføring av utviklingsarbeidet som bl.a. knyttes opp mot oversiktsbestemmelsen i folkehelseloven, jf. § 5c. Det er utarbeidet prosjektplan og regelverk for en tilskuddsordning for et treårig utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse. Invitasjonen har gått til landets fylkeskommuner, og det er lagt opp til at minst tre kommuner fra flere fylker deltar. Gjennom bruk og utvikling av egnede metoder for medvirkning legges det vekt på at innbyggerne skal bidra i kartlegging og identifisering av helsefremmende nærmiljø- og lokalsamfunnskvaliteter. Kvalitative data vil dermed supplere kommunenes oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som grunnlag for kommunale planprosesser og konkrete tiltak i samsvar med folkehelseutfordringene. Kompetansebygging og evalueringsopplegg utvikles i et samarbeid med regionale forsknings- og utdanningsinstitusjoner og fylkeskommuner. Tilskuddsordningen foreslås videreført i 2016.

Det foreslås å videreføre tilskuddsordningen til folkehelse tiltak i Groruddalssatsingen og Handlingsprogram Oslo Sør. Det foreslås også å videreføre tilskudd til sekretariat for nettverket Sunne kommuner.

Det foreslås 3,2 mill. kroner fra kap. 718, post 21 øremerket tilskuddsordning for bedre tverrfaglig innsats på rusmiddelfeltet. Målet for tilskuddsordningen er å gi kommunene en struktur for

tverrfaglig samhandling som er tilpasset lokale forhold og tjenester.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 7,2 mill. kroner som driftsstøtte til Rustelefonen som drives av Oslo kommune.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 1,8 mill. kroner som driftsstøtte til Klara Klok som drives av Nordland fylkeskommune.

### Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

Bevilgningen dekker driftstilskudd til frivillige rusmiddelpolitiske organisasjoner og tilskudd til rusmiddelforebyggende innsats i frivillig sektor samt øremerkede tilskudd som framgår av omtalen nedenfor.

Det foreslås å flytte:

- 119,728 mill. kroner fra kap. 718, post 70
- 1 mill. kroner til Antidoping Norge fra kap. 718, post 21
- 3 mill. kroner til kampanje for felleskap og sosial støtte fra kap. 718, post 21

Formålet med tilskuddsordningene til frivillige organisasjoner på rusfeltet er å støtte opp under frivillig innsats for å redusere forbruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler. Tilskuddsordningene skal stimulere til engasjement og rusmiddelpolitisk aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå. De skal også fremme kunnskapsbaserte strategier og demokratisk organisasjonsarbeid med frivillig innsats og lokalt engasjement.

På oppdrag fra Helsedirektoratet er de tre tilskuddsordningene rettet mot frivillig rusmiddelforebyggende arbeid gjennomgått. I rapporten Faglighet og frivillighet (IS-2216) foreslås det bl.a. å organisere tilskudd til aktiviteter og prosjekter i innsatsområder og å gi de frivillige organisasjonene større forutsigbarhet. Helsedirektoratet har på bakgrunn av rapporten og høringen utarbeidet forslag til nye regelverk som også er sendt på høring til de frivillige organisasjonene. På bakgrunn av disse høringene foreslås det at driftstilskuddet videreføres i en revidert tilskuddsordning og at midlene til aktivitets- og prosjekttilskudd samles i én tilskuddsordning for frivillig rusmiddelforebyggende innsats.

Gjennom de to tilskuddsordningene dekkes i hovedsak organisasjoner, prosjekter og aktiviteter som har fått tilskudd gjennom tidligere ordninger. Spillavhengighet er tatt inn i regelverket som en del av det rusmiddelpolitiske feltet. Tilskuddsordningen for rusmiddelforebygging i arbeidslivet foreslås innlemmet i tilskuddsordningen for frivillig, rusmiddelforebyggende innsats. De skjønns-



baserte tilskuddene til paraplyorganisasjonen Actis og kampanjeorganisasjonen Av-og-til foreslås tatt ut av ordningen og videreført som egne, øremerkede tilskudd, jf. nærmere omtale nedenfor.

Det foreslås å øremerke 13,9 mill. kroner til rusfeltets samarbeidsorgan Actis. Actis er den samlede paraplyorganisasjonen for frivillig rusmiddelforebyggende arbeid. Tilskudd til Actis er viktig både for å bistå organisasjonene og for å fremme fagfeltet.

Det foreslås å øremerke 15,5 mill. kroner til kampanjeorganisasjonen Av-og-til. Av-og-til driver holdningsskapende arbeid gjennom et bredt nettverk av frivillige organisasjoner, kommuner og andre samarbeidsparter. Av-og-til er et viktig supplement til Helsedirektoratets informasjonstiltak og kampanjer.

Det foreslås å øremerke 3 mill. kroner til en kampanje for fellesskap og sosial støtte i regi av frivillige organisasjoner, koordinert gjennom Frivillighet Norge, jf. omtale av mobilisering mot ensomhet under kap. 714, post 79.

Det foreslås å øke driftstilskuddet til Antidoping Norges arbeid mot doping som samfunnsproblem med 1 mill. kroner. Virke Trening og Antidoping Norge har tidligere mottatt prosjekttilskudd fra Helsedirektoratet for arbeidet med bl.a. folkehelse og sunne treningsvaner. Det foreslås at disse prosjekttilskuddene videreføres gjennom økt driftstilskudd til Antidoping Norge. Dette vil bidra til et sterkere samarbeid med både trenings-senterbransjen, kommuner og fylkeskommuner. Som en oppfølging av evalueringen av Dopingtelefonen, vil ansvaret for Dopingtelefonen fra 1. januar 2016 legges inn under Antidoping Norge. Dette vil sikre en publikumsrettet informasjonstjeneste. Det foreslås totalt 7,32 mill. kroner til Antidoping Norge for videreføring av Dopingtelefonen og forsterket innsats mot doping som samfunnsproblem.

Det foreslås å videreføre tilskudd til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og deres arbeid med forebyggende strategier rettet mot kommunene.

Det foreslås å videreføre driftstilskudd til Akan kompetansesenter med 13,3 mill. kroner.

Det foreslås å videreføre tilskuddsordningen til utvikling og formidling av kunnskap om nasjonale folkehelseiltak, jf. kap. 714, post 79.

#### **Post 74 Skolefrukt mv.**

Bevilgningen dekker utgifter til abonnementsordningen skolefrukt.

Det foreslås å flytte 35,602 mill. kroner fra kap. 711, post 74. Bevilgningen foreslås redusert med 2,1 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak, som følge av redusert oppslutning om ordningen.

Gjennom abonnementsordningen Skolefrukt arbeides det for å stimulere til økt inntak av frukt og grønnsaker hos elever i hele grunnskolen (1.–10. trinn). Skolefrukt er også et verktøy for å oppfylle myndighetenes retningslinjer for skolemåltidet. Ordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker på oppdrag fra Helsedirektoratet. Skolefruktordningen gjennomgås for å se på alternative måter å øke inntaket av frukt og grønt i hele grunnskolen, og på hvordan midlene kan brukes til å understøtte lokale initiativ for et helhetlig skolemåltid i tråd med nye retningslinjer for skolemåltidet fra Helsedirektoratet. Som varslet i Folkehelsemeldingen utredes det hvordan ulike ressurser og ordninger kan ses i sammenheng, og det tas sikte på at endringer kan gjennomføres fra høsten 2016. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet bistår i arbeidet.

#### **Post 79 Andre tilskudd**

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid.

Det foreslås å flytte:

- 2,211 mill. kroner fra kap. 711, post 70
- 15,726 mill. kroner fra kap. 719, post 79
- 19,2 mill. kroner fra kap. 765, post 73

Det foreslås 15 mill. kroner til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, for å delfinansiere Hunt 4. Helseundersøkelsen er Norges største samling av populasjonsbaserte helsedata og biologisk materiale. Dette utgjør et betydningsfullt grunnlag for særskilt epidemiologisk, men også klinisk forskning og det kan også gi muligheter for kommersiell utnyttelse av biobankmaterialet. Det vises for øvrig til omtale under kap. 732, post 78.

Det foreslås 36,8 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet, hvorav 20,8 mill. kroner er en videreføring av tilleggsbevilgninger i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015). Innsatsen handler om å fremme helse gjennom sosialt fellesskap, møteplasser og deltakelse. Frivillige skal brukes som besøks- og aktivitetsvenner i omsorgstjenesten (3 mill. kroner), ny teknologi for mobilisering og opplæring av pårørende skal tas i bruk (3 mill. kroner), det gis tilskudd til aktivitet blant seniorer og eldre (18,8 mill. kroner) og til regjeringens arbeid med å fremme aktive eldre (2 mill. kroner). Se også omtale under kap. 761 Omsorgstjeneste, post 21. Videre foreslås

midler til frivillige organisasjoners arbeid med å aktivisere eldre fysisk og sosialt (4 mill. kroner) og til en kampanje mot ensomhet (6 mill. kroner), jf. nærmere omtale nedenfor.

Det foreslås 4 mill. kroner for å styrke frivillige organisasjoners arbeid med å aktivisere eldre fysisk og sosialt. Midlene fordeles med 1 mill. kroner til Senior dans Norge og 3 mill. kroner til et samarbeid mellom Den norske turistforening og Røde Kors til gågrupper for ensomme voksne. Helsedirektoratet forvalter midlene. Forslaget støtter opp om regjeringens satsing på psykisk helse, aktive eldre, frivillighet og friluftsliv i folkehelsearbeidet, jf. bl.a. Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen.

Det foreslås 6 mill. kroner til en kampanje for fellesskap og sosial støtte i regi frivillige organisasjoner. Kampanjen koordineres gjennom Frivillighet Norge. Innsatsen skal involvere en stor bredde i frivilligheten og være forankret i medlemsorganisasjonene. Formålet er å mobilisere frivillige og rekruttere andre som ønsker å bidra med frivillig innsats, kompetanse og medmenneskelighet og å motarbeide ensomhet. Kampanjen må ses i sammenheng med Frivillighet Norges arbeid med å rekruttere til frivillig innsats. Kampanjen skal stimulere til engasjement i Røde kors, Turistforeningen, LNU Norges barne- og ungdomsorganisasjoner og en rekke andre medlemsorganisasjoner som fremmer tiltak med lav terskel for deltakelse, som skaper samarbeid mellom lokale lag og organisasjoner, som fremmer kommunenes bruk av frivillige ressurser, som fremmer frivillighetskultur blant unge og som legger til rette for aktive eldre, sosialt fellesskap, møteplasser og deltakelse. Frivillighet Norge gis et tilskudd i 2015 til oppstart av arbeidet. For 2016 foreslås 6 mill. kroner til kampanjen, 3 mill. kroner over kap. 714, post 21 og 3 mill. kroner over

kap. 714, post 70. Det legges opp til en kampanjeperiode på 3 år. Helsedirektoratet skal sørge for underveisevaluering av kampanjen.

Det foreslås å flytte 19,2 mill. kroner fra kap. 765, post 73, psykisk helse og rus, som oppfølging av folkehelsemeldingen hvor psykisk helse løftes fram som en naturlig del av folkehelsearbeidet. Målet med bevilgningen er å styrke det forebyggende helsearbeidet gjennom å øke kompetansen i skolen om psykisk helse, og bidra til å styrke skolens systematiske arbeid for å skape læringsmiljø som fremmer elevens psykiske helse. Kriterier for tildeling midler skal gjennomgås i 2016.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 3,75 mill. kroner som driftsstøtte til Norges astma- og allergiforbund, bl.a. for å sikre at tjenesten Pollenvarslingen opprettholdes, og 1 mill. kroner i tilskudd til Skadeforebyggende forum til drift av aktiviteter iht. samarbeidsavtale. Det foreslås også å videreføre øremerket tilskudd på 6 mill. kroner til Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet som driftsstøtte til Hunt forskningssenter.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 1,211 mill. kroner til Ammehjelpen for å fremme amming og hjelpe mødre som trenger mer kunnskap om amming.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 1 mill. kroner til Norges sjømatråd for å administrere samarbeidsprosjektet Fiskesprell. Fiskesprell er et prosjekt mellom Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet for å øke kunnskapen om sammenhengen mellom fisk og helse, øke praktiske ferdigheter i matlaging blant barn og øke fiskekonsumet hos barn.

Det foreslås å videreføre tilskuddsordningen på 2 mill. kroner til utvikling og formidling av kunnskap om nasjonale folkehelseiltak, jf. omtale også under kap. 714, post 70.

## Kap. 3714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	budsjett 2015	
04	Gebyrinntekter			1 285
	Sum kap. 3714			1 285

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte bevilgningen fra kap. 3718.

### Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen dekker bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Ordningen er

selvfinansiert. Gebyrene utgjør om lag 1 mill. kroner. Bevilgningen dekker videre gebyrer på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alko-

holholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-2 første ledd nr. 1 og 2.

Det foreslås å flytte 1,285 mill. kroner fra kap. 3718, post 04.

### Kap. 715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	79 751	77 557	
21	Spesielle driftsutgifter	33 510	30 913	
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		4 000	
Sum kap. 0715		113 261	112 470	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte bevilgningen til kap. 720.

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 720, post 21.

#### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 720, post 01.

#### Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 720, post 45.

### Kap. 3715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
02	Diverse inntekter	24 781	29 040	
04	Gebyrinntekter	4 486	4 606	
05	Oppdragsinntekter	1 509	1 500	
16	Refusjon av foreldrepenger	961		
18	Refusjon av sykepenger	699		
Sum kap. 3715		32 436	35 146	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte bevilgningen til kap. 3720

#### Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 3720, post 04.

#### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 3720, post 02.

#### Post 05 Oppdragsinntekter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 3720, post 02.

### Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
01	Driftsutgifter	46 730	47 182	
	Sum kap. 0716	46 730	47 182	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å fordele bevilgningen til kap. 710 og kap. 720.

#### Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 43,728 mill. kroner til kap. 710, post 01
- 3,654 mill. kroner til kap. 720, post 01

### Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
02	Diverse inntekter	1 240	1 897	
16	Refusjon av foreldrepenger	116		
18	Refusjon av sykepenges	423		
	Sum kap. 3716	1 779	1 897	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte bevilgningen til kap. 3710.

#### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 3710, post 02.

### Kap. 718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
21	Spesielle driftsutgifter	82 501	79 870	
63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	15 012	17 011	
70	Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	109 646	116 354	
	Sum kap. 0718	207 159	213 235	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte bevilgningen til kap. 714.

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 73,576 mill. kroner til kap. 714, post 21
- 3,2 mill. kroner til kap. 714, post 60

- 1 mill. kroner til kap. 720, post 01
- 4 mill. kroner til kap. 714, post 70

### Post 70 Andre tilskudd

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 714, post 70.

### Post 63 Rusmiddeltiltak

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 714, post 60.

## Kap. 3718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
04	Gebyrinntekter	2 136	1 255	
	Sum kap. 3718	2 136	1 255	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte bevilgningen til kap. 3714.

### Post 04 Gebyrinntekter

Det foreslås flyttet 1,285 mill. kroner til kap. 3714, post 04.

## Kap. 719 Annet folkehelsearbeid

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	85 046	75 246	
60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	6 671	22 552	
70	Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	21 071	21 789	
73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	35 384		
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	21 975	21 308	
	Sum kap. 0719	170 147	140 895	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å fordele bevilgningen på kap. 710, kap. 714, kap. 720 og kap. 762.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 3,8 mill. kroner til kap. 710, post 01
- 63,841 mill. kroner til kap. 714, post 21
- 1 mill. kroner til kap. 720, post 01
- 4,5 mill. kroner til kap. 762, post 21

Det foreslås videre å flytte 3,9 mill. kroner til Kunnskapsdepartementets kap. 226, post 50 knyttet til grunnbevilgning til Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet. Senteret ble opprettet i 2013 i samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og har i 2015 mottatt grunnbevilgning fordelt likt fra disse. Det er i alt ni tilsvarende nasjonale sentre som får bevilgninger over Kunnskapsdepartementets kap. 226, post 50, og det vil være en forenkling å samle midlene ett sted.

**Post 60 Kommune-tilskudd**

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 714, post 60.

**Post 70 Smittevern mv.**

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 762, post 73.

**Post 79 Andre tilskudd**

Det foreslås flyttet 15,726 mill. kroner til kap. 714, post 79.

Videre foreslås det å flytte 6,2 mill. kroner til Kunnskapsdepartementets kap. 260, post 50 knyttet til driftstilskudd til Rettsgenetisk senter (RGS) ved Universitet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT). Regjeringen vil åpne opp for flere akkrediterte leverandører av DNA-analyser, jf. omtale under kap. 710 Folkehelseinstituttet og Justis- og beredskapsdepartementets programkategori 06.40 Politi og påtalemyndighet. I den forbindelse er det ønskelig å sikre full uavhengighet mellom nåværende leverandør Folkehelseinstituttet og mulige framtidige leverandører.

**Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
85	Statens overskuddsandel	42 332	30 000	25 800
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	42 335	30 002	25 802

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

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

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

Selskapet er forpliktet til å gi leverandørene og produktene markedsadgang på like premisser. Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet i hele landet. Det ble åpnet 10 nye butikker i 2014. Vinmonopolet la ned en butikk i 2014, butikken i Namsskogan, som ikke dekket sine egne kostnader. Butikken var en del av et tidligere prøveprosjekt med filialdrift. Ved utgangen av 2014 hadde Vinmonopolet 297 utvalg i syv butikk-kate-

gorier hvor utvalget varierer fra om lag 200 til om lag 4500 produkter. I 2014 ble det åpnet en ny type butikkmodell (kategori 1), som er spesielt tilpasset små handelssentra og kommuner med få innbyggere. Den første prøvebutikken ble åpnet 9. april 2014 på Herøy i Nordland og den andre 15. mai 2014 i Lyngen i Troms. Det ble foretatt en evaluering av prøvebutikkene som viste at butikkene allerede etter seks måneders drift ville dekke sine egne kostnader. I november 2014 ble det vedtatt å åpne fem nye kategori 1-butikker i hhv. Flå i Buskerud, Bø i Vesterålen, Straumen på Inderøy, Eikelandsosen i Fusa og Kjøllefjord i Lebesby. Dette vil være med på å utjevne tilgjengeligheten. Bestilling av Vinmonopolets varer kan også skje gjennom Vinmonopolets nettbutikk og kundesenter. Frakten er kostnadsfri for kunder som bor i kommuner uten vinmonopolbutikk.

Nemnda for prøving av Vinmonopolets beslutninger om innkjøp ble opprettet i 1997 som ledd i å sikre leverandørene markedsadgang på like vilkår. I 2014 avgjorde nemnda 12 klager, alle i Vinmonopolets favør.

Vinmonopolet solgte totalt 81,2 mill. liter i 2014, en økning på 0,6 pst. fra 2013. Salget av svakvin økte med 0,5 pst. til 66,8 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinbaserte drikker gikk ned med 2,0 pst. til 11,3 mill. liter. Salget av sterkvin gikk ned med 6,1 pst. til 597 000 liter, mens det ble solgt 2,2 mill. liter sterkøl, en økning på 22,2

pst. fra 2013. Salget av alkoholfrie drikker økte med 13,5 pst. til 318 000 liter.

Vinmonopolets omsetning var 12,6 mrd. kroner eksklusiv mva. i 2014, en omsetningsøkning på 323,9 mill. kroner fra 2013. Av dette var 6,7 mrd. kroner avgifter til staten. Driftsresultatet var 252,0 mill. kroner, som er 163,4 mill. kroner høyere enn i 2013. Økningen i driftsresultat skyldes i all hovedsak reduserte lønns- og personalkostnader, og da i hovedsak reduserte pensjonskostnader. Pensjonskostnaden er redusert med 95,6 mill. kroner i forhold til 2013. Hovedårsaken til denne reduksjonen er ny uførepensjonsordning for offentlige tjenstepensjonsordninger. Totalt sett er allikevel pensjonsforpliktelsen økt fra 993,2 mill. kroner til 1188,2 mill. kroner i 2014. Dette skyldes i all hovedsak redusert diskonteringsrente i forutsetningene for beregning av pensjonsforpliktelsen. Resultat før skatt ble 290,7 mill. kroner som er 167,4 mill. kroner høyere enn i 2013. Av dette er 79,3 mill. kroner beregnet til skattekostnad og 105,7 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 105,7 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2014 et resultat på 5,8 mill. kroner. Hele årsresultatet ble

tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

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

### **Post 85 Statens overskuddsandel**

Statens andel av driftsoverskuddet i Vinmonopolet i 2015 er fastsatt til 50 pst. av resultatet før ekstraordinære poster i 2014. Andelen på 50 pst. foreslås uendret i 2016. 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 2015.

### **Post 86 Utbytte**

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2015. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

## Programkategori 10.20 Helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
720	Helsedirektoratet	1 219 283	1 165 054	1 207 914	3,7
721	Statens helsetilsyn	136 127	131 440	115 123	-12,4
722	Norsk pasientskadeerstatning	294 969	282 515	234 152	-17,1
723	Nasjonalt klageorgan for helse- tjenesten	83 127	68 600	126 553	84,5
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	41 376	37 335		-100,0
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	212 053	171 976		-100,0
726	Statens helsepersonellnemnd mv.	12 271	13 214		-100,0
729	Pasient- og brukerombud	66 279	60 941	61 178	0,4
	Sum kategori 10.20	2 065 485	1 931 075	1 744 920	-9,6

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 922 683	1 764 241	1 622 339	-8,0
30–49	Nybygg, anlegg m.v.			4 108	
70–89	Andre overføringer	142 802	166 834	118 473	-29,0
	Sum kategori 10.20	2 065 485	1 931 075	1 744 920	-9,6

Programkategorien omfatter virksomheter som retter seg mot spesialisthelsetjenester og helsetje-

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



## Kap. 720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	1 133 304	1 091 462	1 111 351
21	Spesielle driftsutgifter	61 953	28 592	46 150
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold			4 108
70	Helsetjenester i annet EØS-land	24 026	45 000	46 305
	Sum kap. 0720	1 219 283	1 165 054	1 207 914

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 60,9 mill. kroner netto flytting fra andre kapitler som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen
- 11,7 mill. kroner knyttet til reduserte driftsbevilgninger til sentral helseadministrasjon, herunder spesielle driftsutgifter
- 10 mill. kroner til automatisering av tak 2-ordningen

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. I sammenheng med virksomhetsendringen i helseforvaltningen, som iverksettes 1. januar 2016, rendyrkes rollen som fag- og myndighetsorgan. Samtidig får Folkehelseinstituttet en tydeligere rolle som kunnskapstøtteorganisasjon for direktoratet. Virksomhetsendringen innebærer også at Statens autorisasjonskontor innlemmes i direktoratet. Helsedirektoratet får videre et mer helhetlig ansvar for helseberedskapen gjennom at Statens strålevern fra samme tidspunkt innlemmes som etat i direktoratet. Forslag til endringer i lov og forskrifter som følge av virksomhetsendringen, er sendt på høring med frist 1. september. Forslag til lovendringer vil etter planen bli lagt fram for Stortinget høsten 2015.

Helsedirektoratet har ansvar for å:

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

- stille sammen kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder
- være et kompetanseorgan som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer, samt media ser det som naturlig å henvende seg til
- inneha spisskompetanse på helselovgivningen i Norge
- utvikle en helhetlig nasjonal helseberedskap

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

- bedre kvalitet i helse- og omsorgssektoren
- redusere forskjellene i helse og levekår
- fremme faktorer som gir god helse i befolkningen

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

### Rapportering 2014 og status 2015

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

bevilgninger og refusjonsordninger. Under kap. 720, post 01 begrenses omtalen til de viktigste aktivitetene i direktoratet i 2014 og 2015.

For å utvikle tjenestene jobber Helsedirektoratet bredt med å involvere brukere og helsepersonell. Det er satt i gang et arbeid for å systematisere metodikken for dette og for å etablere et brukerråd på systemnivå.

For å kunne følge utviklingen i de sosiale helseforskjellene i Norge har direktoratet i 2014 utviklet tverrsektorielle indikatorer. Det er etablert systematisk samarbeid med en rekke sektorer som Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet om bedre læringsmiljø og arbeid mot frafall i videregående skole, Politidirektoratet i satsningen på ansvarlig alkoholhåndtering og dagligvare- og næringsmiddelbransjen gjennom partnerskap for saltreduksjon og nye kriterier for Nøkkelhullet. I tillegg har Helsedirektoratet fortsatt med forvaltning av lovverk og arbeid med andre strukturelle tiltak for å påvirke mulighetene for sunne levevaner. Det har vært utført brede kommunikasjonstiltak som både understøtter de strukturelle tiltakene og de mer individuelle rådene på tobakk, alkohol, ernæring og fysisk aktivitet. På lokalt plan tilbyr stadig flere frisklivs-sentraler hjelp til endring av levevaner.

Helsedirektoratet følger utviklingen i samhandlingen mellom kommune- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom rapporten samhandlingsstatistikk. Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet og KS levert en utredning med forslag til innhold i et kommunalt pasient- og brukerregister. Det arbeides videre med etablering i 2015.

Direktoratet jobber med å skaffe god oversikt og data over personellutviklingen og kompetansebehov innen helse- og omsorgssektoren. Direktoratet har utredet framtidig spesialiststruktur og innhold for leger med større vekt på breddekompetanse, forbedring av utdanningsløpet og endret rolle- og oppgavedeling. Helsedirektoratet har i 2014 fortsatt arbeidet med tiltak for å øke kompetansen i omsorgstjenestene, både generelt og særlig innen demens.

For å utvikle tjenestene må en satse på innovasjon og standardisering også av velferdsteknologi. Det er etablert tiltak for å hjelpe kommunene til å planlegge, gjennomføre og evaluere tjenesteinnovasjonsprosesser for å møte framtidens krav og befolkningsvekst.

Innen psykisk helse og rus er det publisert retningslinjer for ADHD, vanedannende legemidler, avrusning, behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer. I oppfølgingsarbeidet etter 22.

juli har det blitt gjennomført en generell styrking av tjenestenes traumekompetanse gjennom implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi og e-læringsprogram, nasjonal kartlegging av kommunale psykososiale kriseteam og terrorforskningsprogram ved NKVTS. Andre satsinger er handlingsplanen for forebygging av selvmord, nasjonal overdosestrategi, kvalitetsindikatorer og nasjonal strategi for økt frivillighet i psykisk helse-tjeneste.

Det er et stort tverrsektorielt samarbeid for å få innført nytt nødnett i hele landet for å sikre bedre kommunikasjon mellom nødetatene. Innføring av nødnettet fortsetter med stort trykk, selv om det er noen forsinkelser.

Helsedirektoratet har i løpet av 2014 utarbeidet utkast til 28 pakkeforløp for kreft. Kreftpakkeforløpene skal sikre at pasienter med mistanke om kreft skal unngå ikke medisinsk begrunnet ventetid og legge opp til bedre samarbeid mellom de ulike delene av helsetjenesten som er involvert i utredning og behandling av kreft. De fire første pakkeforløpene ble implementert i januar 2015. De resterende ble ferdigstilt og implementert i sykehusene i mai og september 2015. Det er utarbeidet et kodings- og monitoreringssystem for forløpstidene angitt i pakkeforløpene. Etter hvert som pakkeforløpene implementeres, vil forløpstidene monitoreres gjennom et eget rapporteringssystem for pakkeforløpene.

Helsedirektoratet har hatt et ansvar for å utrede sentrale elementer i ordningen med fritt behandlingsvalg. Ordningen innebærer at pasientens rettigheter utvides og at Helsedirektoratet/Helfo får viktige nye oppgaver. Samtidig er det arbeidet med forberedelser til iverksetting av pasientrettighetsdirektivet som gir pasienter utvidet mulighet for refusjon av sykehusbehandling i EØS-området.

Direktoratet var i 2014 og 2015 involvert i bekjempelsen av ebolaepidemien i Vest-Afrika ved å sende helsepersonell for å bemanne en behandlingssenheter i Sierra Leone. Helsedirektoratet har på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet koordinert den norske innsatsen der Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet, Utenriksdepartementet, Folkehelseinstituttet, Helse Bergen HF, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Forsvaret har vært tunge bidragsytere. Det er ellers gjort en omfattende gjennomgang av smittevernberedskapen i samarbeid med Folkehelseinstituttet og helsetjenesten. I den forbindelse ble det laget en egen veileder til helsetjenesten og en egen beredskapsplan for ebola.

Økt nasjonal satsing på IKT har medført en ytterligere vekst i oppgaver og ansatte i Helsedirektoratet i 2014 og 2015. Helsedirektoratet utredet, på oppdrag fra departementet, eget IKT-direktorat og ny, eventuelt endret statlig virkemiddelbruk for å styrke gjennomføringsevnen på IKT-feltet. Det vises til omtale under kap. 701, post 01, Direktoratet for e-helse.

I 2014 fikk direktoratet utvidet fullmakt til å overføre finansieringsansvaret til helseforetakene for legemidler som også inkluderer kreftlegemidler. I 2014 ble finansieringsansvaret for 7 nye kreftlegemidler overført til helseforetakene.

#### Kvalitet og pasientsikkerhet

Direktoratet har en viktig oppgave i å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten og legge til rette for utvikling av god kvalitet og pasientsikkerhet. I 2014 har dette omfattet å utvikle og drifte nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, kvalitetsindikatorsystemet, Norsk pasientregister og å følge opp nasjonalt pasientsikkerhetsprogram og sekretariatsfunksjon for det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. En kjerneaktivitet for direktoratet er å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Det er etablert et nytt rammeverk for å utvikle, oppdatere og digitalt publisere retningslinjer. Arbeidet med kvalitetsindikatorer er en sentral del av direktoratets fagrolle. Med virkning fra og med 2016 overtar Helsedirektoratet forvaltningen av meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Meldeordningen er forankret i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 om plikt til å melde hendelser som har eller som kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Meldeordningen skal bidra til å redusere pasientskader.

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

Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten er oppnevnt for perioden 1. juni 2015 til 31. desember 2017, og har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet har en rådgivende funksjon, og er sammensatt av medlemmer fra virksomheter med ansvar for helse- og omsorgstjenesten, fra forvaltningen, fra brukerorganisasjoner og fra universitet og høyskoler. Som følge av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen flyttes sekretariatet for rådet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten til Helsedirektoratet fra og med 2016.

#### Helserefusjonsområdet

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo har om lag 550 årsverk og forvalter om lag 30 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. De senere år har service, informasjon, og effektiv forvaltning av pasientrettigheter vært viktige utviklingsområder. Følgende overordnede mål er knyttet til helseøkonomiforvaltningen:

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

Det har i 2014 vært nødvendig med endringer og omstillinger i Helfo. Ny saksbehandlingsløsning sikrer oppfyllelse av økonomiregelverket og tilstrekkelig kvalitet i saksbehandlingen. Overføringen av fagområder til ny saksbehandlingsløsning i 2014 tilrettelegger for en fleksibel og effektiv oppgaveløsning på noe lengre sikt. Helfo har samtidig innført nye prinsipper for organisering i 2014 for å sikre en god utnyttelse av ny saksbehandlingsløsning, utvikle sterkere fagmiljøer og styrke organisasjonen med tanke på framtidige arbeidsoppgaver og krav.

Omstillingene fikk betydning for tjenesteproduksjonen spesielt i første halvdel av 2014. Brukere opplevde at saksbehandlingstidene for søknader om stønad til legemidler, frikort egenandelstak 2 og refusjon for utlandsbehandling var lengre enn normalt. Antall restanser og gjennomsnittlig saksbehandlingstid økte i perioden som følge av endret organisering, nye rutiner og arbeidsprosesser.

Helfo har i løpet av 2014 og i starten av 2015 igangsatt tilpassede tiltak for å sørge for en bedring av saksbehandlingstider på de nevnte områder. Ved inngangen til 2015 var det fortsatt for mange restanser.

Antall søknader om refusjon av utgifter til legemidler har i perioden 2010–2013 hatt en svak nedgang, til et nivå omkring 90 000 saker. I 2014 har antall saker økt til om lag 100 000. Det er i tillegg mottatt og behandlet i overkant av 38 000 individuelle søknader om refusjon av utgifter til tannbehandling.

Saksinngang for refusjonsordning for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdlovens § 5-24 a, planlagt utlandsbehandling utenfor sykehus, økte med 17 pst. fra 2013 til 2014 fra om lag 8 300 saker til 9 700 saker. Det ble utbetalt refusjoner for i alt 34,5 mill. kroner hvorav 67 pst. for fysioterapibehandling og 29 pst. for tannbehandling. Gjennomsnittsutbetaling per sak for både fysioterapi- og tannbehandling er økende.

I 2014 er informasjon til borgere videreutviklet og forbedret. Informasjonen er overført til helsenorge-portalen og helfo.no er samtidig rendyrket som nettsted for informasjon til helseaktørene.

Helfo hadde om lag 775 000 telefonhenvendelser for veiledning og servicetjenester i løpet av 2014. Antall henvendelser var 30 pst. høyere enn i 2013. Økningen første halvår 2014 skyldes dels økte saksbehandlingstider og dels nye telefontjenester.

Brukerundersøkelser blant borgerne viser at 85 pst. var fornøyde med den samlede serviceopplevelsen i kontakten med Helfo i 2014. Brukerne opplevde at ventetiden på enkelte av telefontjenestene var for lang første halvår 2014, men samtidig at kvaliteten på tjenesten samlet sett var svært god. Tilsvarende var 77 pst. av helseaktørene fornøyde.

Antall epost-henvendelser fra borgerne har økt fra 21 000 i 2013 til nær 40 000 i 2014 (85 pst. økning). Henvendelsene gjaldt i hovedsak spørsmål om utlandsområdet, frikort og servicetjenester. 95 pst. ble besvart innen to dager. Antall besøk på internettsiden helfo.no var 6,5 millioner og innebærer en økning på 7,6 pst. sammenliknet med 2013. Tre av fire fastlegebytter skjedde via selvbetjeningsløsningen på nett. Økt bruk av nettportalene og digitale løsninger bidrar til en mer effektiv produksjon.

Helfo håndterte i 2014 over 600 000 oppgjørsmeldinger fra behandlere hvorav 87 pst. av kravene er elektronisk framsatt over linje. Det var 61 pst. av helseaktørene som sendte sine krav elektronisk over linje og det er store forskjeller mellom behandlergruppene. Nær 84 pst. av legene (hvorav 95 pst. av fastlegene), 67 pst. av tannlegene, mens kun 3 pst. av fysioterapeutene sendte elektronisk over linje. Økt elektronisk innsending er en viktig forutsetning for videre gevinstrealisering.

Resultatene på kontrollområdet er noe preget av omstillingene i 2014. I det videre arbeidet vil Helfo legge vekt på at hele virkemiddelkjeden fra informasjon og veiledning til kontroll, tilbakekreving og eventuelle anmeldelser tas i bruk med

sikte på etterlevelse av regelverk og utbetaling av rett ytelse. Preventive virkemidler og helseaktører med størst risiko og økonomisk vesentlighet vil bli prioritert. Helfo legger til grunn erfaring og kunnskap om effekten av ulike virkemiddelbruk i sin oppfølging.

Saksbehandlingstidene for legemiddelområdet og utlandsområdet har som forventet økt i slutten av 2014 og starten av 2015 som følge av implementering av fagområdene i ny saksbehandlingsløsning. Det er kontinuerlig oppmerksomhet omkring prioritering av saker og iverksetting av tiltak for å redusere konsekvensene for brukerne. Produktiviteten forventes å øke utover i 2015 med sikte på normalisering av saksbehandlingstider innen utgangen av november.

Helfo vil få nye oppgaver knyttet til Fritt behandlingsvalg, Pasientrettighetsdirektivet og endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. I 2014 har Helfo bidratt til utredning og planlegging av de nye ordningene.

#### Autorisasjonsordningen for helsepersonell

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) er underlagt Helsedirektoratet som har ansvar for styring og oppfølging. Fra 1. januar 2016 innlemmes SAK i Helsedirektoratet for å sikre mer helhetlig og forbedret ivaretagelse av autorisasjon og godkjenning av helsepersonell. Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientsikkerhet, bidra til å sikre god kvalitet på helsetjenestene og tillit til helse- og omsorgstjenestene og helsepersonell. SAK skal tilse at søkere som får autorisasjon og lisens har de nødvendige kvalifikasjoner etter gjeldende lov- og rammeverk. SAK behandlet 19 517 søknader om autorisasjon og lisens i 2014, 17 355 ble innvilget autorisasjon, 2 150 fikk avslag. 2 851 fikk lisens. 169 klager ble oversendt Statens helsepersonellnemnd. Nemnda stadfestet 95 pst. av SAKs vedtak.

Nytt og forbedret Helsepersonellregister gjør det mulig for den autoriserte og for arbeidsgivere selv å skrive ut autorisasjonsbekreftelsen. Det er gjennomført språklige forenklinger i 2014 for å gjøre informasjon om søknadsprosessen og konsekvensene av vedtakene lettere tilgjengelig for søkerne. Kundesenteret har utvidet åpningstidene og bedret telefontjenestene. Det er etablert et kontaktskjema og en e-postadresse for tips om mistenkte uregelmessigheter som er tilgjengelig på hjemmesiden til SAK.

I 2015 fortsetter arbeidet med å redusere saksbehandlingstid og bedre kundeservice. Det er etablert tilbud om individuelle kundemøter med vei-

ledning av saksbehandler, og forenklet søknadsprosedyre med bekreftelse fra utdanningssted til autorisasjonskontoret for søkere med utdanning utenfor EU/EØS. Det arbeides med å bedre systemene for verifikasjon, dokumentkontroll og samarbeid med Kripos og Nasjonalt ID-senter. En elektronisk søknadsprosess med betalingsløsning i Altinn skal ferdigstilles i 2015.

SAK fikk 1. januar 2015 oppgaven med å kontrollere at fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi som søker om rett til refusjon fra folketrygden, fyller vilkårene for rett til slik refusjon. Det ble i 2015 bevilget 0,8 mill. kroner til denne oppgaven over kap. 762, post 21. Midlene foreslås flyttet til kap. 720, post 01 og videreført til denne oppgaven i 2016.

### Strålevernområdet

Statens strålevern etableres fra 1. januar 2016 som en etat i Helsedirektoratet med om lag 125 ansatte. Strålevernet består med egen direktør og eget budsjett. Statens strålevern er fag- og forvaltningsmyndighet på området strålevern og atomikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall. Strålevernet ivaretar tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning og med de to forskningsreaktorene i Norge. Videre overvåker Statens strålevern naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv, leder den nasjonale tverrsektorielle atomberedskapen, og driver forsknings- og utviklingsvirksomhet og internasjonale prosjekter på strålevernområdet. Statens strålevern er fagdirektorat for Klima- og miljødepartementet på området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø og for Utenriksdepartementet på områdene atomikkerhet og ikkespredning.

Innen e-helse skal Statens strålevern særlig arbeide med etableringen av et standardisert og harmonisert system for virksomhetsrapportering og overvåking av doser innen medisinsk strålebruk. Videre skal Strålevernet forberede etableringen av kunnskapsbaserte henvisningskriterier som verktøy for å bygge berettigelsesprinsippet inn i helsevesenets IKT-systemer.

Strålevernets persondosimetritjeneste tilbyr doseovervåking av yrkeseksponerte arbeidstakere. Strålevernet skal modernisere og videreutvikle tjenesten i tråd med internasjonale føringer.

Strålevernet skal i 2016 bygge opp kunnskap om partikkelterapi og påbegynne utviklingen av et forvaltningsregime i sammenheng med at det er besluttet å etablere et slikt behandlingstilbud i Norge.

Den nasjonale strategien for å redusere radoneksponeringen i Norge videreføres fra 2015 til 2020. Strålevernet vil arbeide med koordinering og oppfølging av strategien, bl.a. gjennom den tverrsektorielle koordineringsgruppen, der de ulike sektorene med virkemidler på radonområdet er representert. Strålevernet vil også fortsette arbeidet med å videreutvikle forvaltningen og oppfølgingen av radonkravene i strålevernforskriften når det gjelder skoler, barnehager og utleiebøliger. Strålevernet skal fortsette kartleggingen av områder med ekstrem radoneksponering i Norge og bidra til veiledning til de som er berørt.

Statens strålevern skal i 2016 bidra til en revisjon av strålevernforskriften. Strålevernet skal også implementere nye bestemmelser om solarier og følge opp forbudet mot sterke laserpekere som trådte i kraft i 2015.

Statens strålevern har et faglig og koordinerende ansvar for den tverrsektorielle atomberedskapen i Norge, herunder ledelse og sekretariatsfunksjon for Kriseutvalget for atomberedskap. Gjennom den nye organisasjonsmodellen for Strålevernet skal det legges til rette for en styrking og forenkling av den nasjonale helseberedskapen. God atomberedskap og krisehåndtering krever bred koordinering med andre helseaktører og samfunnssektorer. En integrert beredskapsløsning skal både ivareta Strålevernets sentrale rolle i atomikkerhetsarbeidet internasjonalt og gi Helsedirektoratet helhetsansvar for alle aspekter ved norsk helseberedskap. I tråd med dette har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utvikle en integrert beredskapsløsning i nært samarbeid med Strålevernet og Folkehelseinstituttet.

Planverket i atomberedskapsorganisasjonen skal samordnes. Særlig vekt vil bli lagt på at sektor- og etatsplaner må være samordnet i fred, krise og væpnet konflikt, og at sivile og militære planer er samordnet. Som en del av dette vil det også bli lagt vekt på gode grensesnitt for informasjonsdeling. Det operative nasjonale nettverket for radioaktivitetsmålinger skal styrkes med tanke på overvåking og beredskap i samarbeid med Mattilsynet. Overvåkingen av radioaktivitet i det marine miljø vil bli utvidet i 2016.

Siden 2013 har Strålevernet vært en av samarbeidspartnerne i et senter for framragende forskning for radioaktivitet – mennesker og miljø (Cerad – Center for environmental radioactivity). I 2016 vil det bli lagt vekt på å øke kunnskapen om effekter av stråling ved forskning på økosystemnivå.

Strålevernet er direktorat for Klima- og miljøverndepartementet. Strålevernet skal som foru-

rensningsmyndighet fatte vedtak, bl.a. gjennom utslippstillatelser etter forurensningsloven, og føre tilsyn med industri, forskningsinstitusjoner og sykehus. Strålevernet skal også utvikle kunnskapsgrunnlaget om helse- og miljøeffekter fra radioaktive stoffer, være orientert om utenlandsk tilførsel og kilder til radioaktiv forurensning av norske områder og koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljøet. I 2016 skal Strålevernet spesielt arbeide med avfallsstrømmer og deponikapasitet, og løsninger for det brukte brenselet fra forskningsreaktorene. Videre skal Strålevernet ferdigstille samlet beredskapsplanverk for roller og ansvar innenfor miljøsektoren. Se også omtale i prop.1.S (2015–2016), kap. 1423 Radioaktiv forurensning i det ytre miljø.

Strålevernet har i løpet av 2015 bidratt aktivt til utfasing av noen av landets sterkeste radioaktive kilder og gjort tiltak for å bedre sikringen av de gjenværende. I 2016 vil Strålevernet utarbeide nye retningslinjer for sikring av et større spekter av radioaktive kilder og være tydeligere overfor virksomhetene på dette området både i forvaltings- og tilsynssammenheng. I 2016 vil det være spesielt fokus på strålebruken ved Institutt for energiteknikk (IFE), som er en av landets største og mest komplekse strålebrukere og i stadig utvikling.

Strålevernet vil som fagdirektorat for Utenriksdepartementet gi råd i internasjonalt strålevern- og atomsikkerhetsarbeid. Strålevernet er delegert forvaltning av tilskuddsmidlene under atomhandlingsplanen (2013–2017) fra Utenriksdepartementet. I 2016 skal Strålevernet arbeide spesielt med å bidra til å redusere risikoen for hendelser i nærområdene i Russland, Ukraina og Øst-Europa som kan få konsekvenser for Norge. Strålevernet skal delta aktivt i det internasjonale arbeidet knyttet til ikke-spredning av atomvåpen og radioaktivt materiale og bistå Utenriksdepartementet i eksportkontrollarbeidet.

### Post 01 Driftsutgifter

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

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte:

- 102,1 mill. kroner til kap. 701, post 01
- 4,3 mill. kroner til kap. 710, post 01
- 1 mill. kroner fra kap. 711, post 21
- 82,723 mill. kroner fra kap. 715, post 01
- 3,660 mill. kroner fra kap. 716, post 01
- 1 mill. kroner fra kap. 718, post 21

- 1 mill. kroner fra kap. 719, post 21
- 15,1 mill. kroner til kap. 723, post 01
- 38,167 mill. kroner fra kap. 724, post 01
- 21,631 mill. kroner fra kap. 725, post 01
- 0,75 mill. kroner til kap. 700, post 01

Det foreslås videre å flytte 0,8 mill. kroner fra kap. 762, post 21, knyttet til godkjenning av tilleggskompetanse for fysioterapeuter i manuell terapi.

Ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen og omstillingskostnader knyttet til omorganiseringen av sentral helseforvaltning omtalt under kap. 2, er den viktigste endringen knyttet til 11,010 mill. kroner i ytterligere produktivitetsskav. I tillegg må Helsedirektoratet innenfor gjeldende ramme dekke kostnadene til en sterkere myndighetsstyring av legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur. Følgende oppgaver prioriteres: etablere læringsmål for del 1 i spesialistutdanningen, som vil erstatte dagens turnustjeneste, etablere ny spesialitet for sykehusenes akuttmottak, og etablere læringsmål for gjennomgående kompetansemoduler. Kostnadene for Helsedirektoratet i 2016 er estimert til om lag 5,5 mill. kroner. Det vises til utfyllende omtale i del III, kap. 14 Anmodningsvedtak.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte 27,650 mill. kroner fra kap. 715 Statens Strålevern, post 21.

Da samhandlingsreformen ble innført i 2011 ble det lagt en gjennomføringsplan for reformen. Planen skulle gjelde for planperioden 2011–2015. Regjeringen følger opp og viderefører samhandlingsreformen med Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Det foreslås derfor å innrette samhandlingsmidlene til tiltak som følger opp denne meldingen. Som følge av dette foreslås bevilgningen redusert med 20,1 mill. kroner:

- 7,3 mill. kroner mot at kap. 762, post 21 øker tilsvarende jf. omtale der.
- 8,8 mill. kroner mot at kap. 762, post 63 øker tilsvarende, jf. omtale der.
- 2 mill. kroner mot at kap. 765, post 21 øker tilsvarende, jf. omtale der.
- 2 mill. kroner mot at kap. 769, post 70 øker tilsvarende, jf. omtale der.

Bevilgningen foreslås styrket med 10 mill. kroner knyttet til automatisering av tak 2-ordningen.

### *Automatisering av tak 2-ordningen*

Det foreslås å automatisere egenandelstak 2-ordningen. Det er avsatt 10 mill. kroner til dette arbeidet. Det vises til omtale også under kap. 2752, post 71.

### **Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold**

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte 4,108 mill. kroner fra kap. 715, post 45.

### **Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land**

Forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land ble innført 1. januar 2011. Pasienten må selv betale alle utgifter til behandlingen, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfo skal refundere midler til pasienter innenfor bl.a. allmennlegetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen jf. tannhelsetjenesteloven, ikke-sykehusbehandling i spesialisthelsetjenesten og fysioterapi over posten.

Det ble utbetalt refusjoner for 24 mill. kroner på posten i 2014. Helfo sender krav om dekning av utgiftene til hhv. kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene, jf. kap. 3720, post 70. De fleste sakene og utbetalingene gjelder fysioterapibehandling i utlandet som belastes kommunene. I tillegg ble det utbetalt 10,5 mill. kroner i 2014 over kap. 2756, post 70 under folketrygden for utgiftene til behandling i utlandet hos bl.a. kiropraktor, tannbehandling og blåreseptordningen.

Som ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet ble forskriften utvidet til å omfatte sykehusbehandling fra 1. mars 2015, og posten inkluderer fra 2015 utgifter til sykehusbehandling. Fra 1. mars til 1. september 2015 har Helfo mottatt 80 søknader hvor av en tredel er ferdigbehandlet. Helfo har innvilget fem søknader om refusjon og to forhåndstilsagn innen sykehusbehandling i samme periode.

Det foreslås bevilget 46,3 mill. kroner i 2016. Det er usikkerhet knyttet til omfanget av utvidelsen av forskriften fra 1. mars 2015.

### **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. Kostnadene for h-reseptlegemidlene estimeres til om lag 2 mrd. kroner på årsbasis. I dag er oppgjørsløsning mellom apotek og helseforetak i hovedsak papirbasert (resepter og fakturaer). Det arbeides med å innføre en mer oversiktlig, kostnadseffektiv og sentral oppgjørsløsning for h-resepter ved å ta i bruk Helfos eksisterende elektroniske oppgjørsløsning i e-resept, med nødvendige tilpasninger for h-resept. Målet er å innføre en pilot våren 2016. Det vises til Prop. 119 S (2014–2015) med forslag om å opprette post 71 med fullmakt for nettoføring i regnskapet. 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 definerte 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. Det vises til Prop. 119 S (2014–2015) med forslag om å opprette post 72 med fullmakt for nettoføring i regnskapet. Nav vil belaste posten ved løpende utgiftsføring av utbetalinger til private aktører. Helfo vil kreve refusjon fra helseforetakene og inntektsføre på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid.

**Kap. 3720 Helsedirektoratet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
02	Diverse inntekter	65 539	17 809	49 402
03	Helsetjenester i annet EØS-land	20 694	45 000	46 073
04	Gebyrinntekter	6 720	3 328	39 534
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	74 062	65 000	65 000
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	325		
16	Refusjon av foreldrepenger	11 379		
18	Refusjon av sykepenger	37 471		
	Sum kap. 3720	216 190	131 137	200 009

**Post 02 Diverse inntekter**

Inntektene under Helsedirektoratet er knyttet til salg av trykksaker, publikasjoner og gjennomføring av prosjekter og tiltak finansiert av andre offentlige organer. Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte:

- 0,1 mill. kroner til kap. 3701, post 02
- 27,733 mill. kroner fra kap. 3715, post 02. Beløpet er relatert til salg av tjenester og prosjektf finansiering, f.eks. doseovervåking, yrkeseksponerte og kalibrering av solarier og strålekilder i sykehus.
- 3,535 mill. kroner fra kap. 3715, post 05. Beløpet er knyttet til inntekter fra Innovasjon Norge mv.

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

Helfo skal sende krav om dekning av utgiftene for refusjoner belastet kap. 720, post 70, til kommunene, fylkeskommunene og regionale helseforetak. Dette inntektsføres på kap. 3720, post 03. Det foreslås å bevilge 46,073 mill. kroner i 2016.

**Post 04 Gebyrinntekter**

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

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte:

- 5,616 mill. kroner fra kap. 3715, post 04. Beløpet er knyttet til inntekter fra tilsyn ved Institutt for energiteknikk.
- 30,511 mill. kroner fra kap. 3724, post 04. Beløpet er relatert til behandling av søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell.

**Post 05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.**

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



## Kap. 721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
01	Driftsutgifter	136 127	131 440	115 123
	Sum kap. 0721	136 127	131 440	115 123

Det forslås å flytte 16 mill. kroner til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, jf. omtale under post 01.

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

Statens helsetilsyn fører selv tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker etter lov om medisinsk og helsefaglig forskning, samt tilsyn med blodbanker og virksomheter som håndterer humane celler og vev. Statens helsetilsyn følger opp varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Basert på avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet fører også Statens helsetilsyn tilsyn med Forsvarets helsetjenester til norsk militært personell under operasjoner i utlandet på nærmere definerte områder. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt oppgaven å føre tilsyn med Justis- og beredskapsdepartementets arbeid med samfunnsikkerhet og beredskap til Statens helsetilsyn.

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

Tilsynsmyndighetens klagebehandling, tilsyn og rådgivning skal medvirke til at:

- rettssikkerheten 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 forebygges

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

Prioritering av områder for planlagt tilsyn bygger på vurderinger av fare for svikt i tjenestene og de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk. I risikovurderingene inngår kunnskap fra klagesaker, tilsynssaker (enkeltsaker), revisjoner av virksomhetene, områdeovervåkning og andre kilder. Tilsynsressursene 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.

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

### Resultat 2014

Presentasjon av tilsynserfaringene er plassert i tilknytning til omtalen av de enkelte tjenesteområdene. For en mer fullstendig redegjørelse for tilsynserfaringer og en bredere omtale av Statens helsetilsyns måloppnåelse vises det til helsetilsynet.no, bl.a. tilsynsmelding, årsrapport og andre publikasjoner.

Fylkesmennenes aktivitet innen Statens helsetilsyns områder inkluderte i 2014:

- tilsyn med 184 barneverninstitusjoner og 1669 samtaler med barna i disse institusjonene
- landsomfattende tilsyn i 46 kommuner om barnevernstjenestens oppfølging av barn i fosterhjem
- tilsyn med sosiale tjenester i et omfang tilsvarende 88 systemrevisjoner, hvorav 54 var del i det toårige landsomfattende tilsynet med tilde-

- ling og gjennomføring av kvalifiseringsprogrammet
- tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester i et omfang tilsvarende 227 systemrevisjoner, hvorav 50 tilsyn var ledd i det landsomfattende tilsynet med kommunenes folkehelsearbeid
  - tilsyn med spesialisthelsetjenesten i et omfang tilsvarende 58 systemrevisjoner, hvorav syv systemrevisjoner var del i det toårige landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern til barn og unge
  - 524 klagesaker rettet mot barneverninstitusjoner og 134 rettet mot kommunale barneverntjenester
  - 3551 klager som gjelder vedtak om sosiale tjenester (flest om stønad til mat, boutgifter, klær og andre livsoppholdsutgifter)
  - godkjenning av 1357 vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og innvilgning av 1029 søknader om dispensasjon fra utdanningskrav
  - 2905 klagesaker om helse- og omsorgstjenester
  - 3111 vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A, om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse, ble gjennomgått. 1220 vedtak som hadde en varighet utover 3 md, ble kontrollert på nytt for å vurdere om det fortsatt var behov for helsehjelpen.

Fylkesmannen oppretter tilsynssaker på grunnlag av klager fra pasienter, brukere og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i helse- og omsorgstjenester i kommuner og helseforetak. Det var 3301 nye tilsynssaker rettet mot helse- og omsorgstjenester i 2014, en økning på 11 pst. fra året før. Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene. I 2014 ble det behandlet 400 saker, hvorav 80 var rettet mot virksomheter. Fire tilsynssaker handlet om medisinsk og helsefaglig forskning. Statens helsetilsyn tilbakekalte 137 autorisasjoner. 23 helsepersonell fikk ny autorisasjon uten begrensninger og 15 fikk begrenset autorisasjon. Fylkesmannen behandlet 844 tilsynssaker mot barneverntjenesten, herunder institusjoner, og 92 tilsynssaker mot kommunens sosiale tjenester.

Statens helsetilsyn mottok 414 varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Undersøkelsenheten gjennomførte 20 stedlige tilsyn. 169 varsler ble overført til fylkes-

mannen for tilsynsmessig oppfølging. I 29 av varslene ba Statens helsetilsyn om redegjørelse der virksomhetene selv kartlegger og analyserer hendelsen for å identifisere områder hvor det er nødvendig med korrigerende tiltak.

Statens helsetilsyn ga i 2014 pålegg til en kommune og fire virksomheter. I en av sakene ble det sendt varsel om tvangsmulkt.

Statens helsetilsyn etablerte i 2014 en arbeidsgruppe med representanter fra brukerorganisasjoner og fylkesmenn for å fremme økt involvering av pasienter, brukere og pårørende.

#### *Satsingsområder og mål for 2016*

Statens helsetilsyn beslutter overordnede tilsynsystema for alle fagområder gjennom en prioriteringsprosess, der risikovurderte innspill fra departementer, direktorater, ombud og fylkesmannsembeter og egne fagavdelinger veier tungt. Mange tema er grundig belyst gjennom forskning og offentlige rapporter. Statens helsetilsyn møter også fagmiljø og brukerorganisasjoner under beslutningsprosessen for å sikre tilsynsystema og planlagt metodikk.

Fylkesmennene skal gjennomføre landsomfattende tilsyn i 2016 med:

- barneverntjenestens arbeid med meldinger og tilbakemelding til melder
- kommunens ansvar for å sikre at Nav-kontoret tilbyr og yter forsvarlige sosiale tjenester til personer mellom 17 og 23 år
- kommunenes helse- og omsorgstjenester til personer med psykisk utviklingshemning
- behandling av uklare, uavklarte medisinske tilstander i spesialisthelsetjenesten med fokus på hvordan pasienter med blodforgiftning/ alvorlige infeksjoner blir diagnostisert og behandlet

Statens helsetilsyn skal i 2016:

- samle erfaringer og prøve ut ulike tiltak og modeller for å involvere pasienter, brukere og pårørende i alle deler av tilsynsvirksomheten, i samarbeid med brukerorganisasjoner
- ta imot, undersøke og håndtere alle varsler om alvorlige hendelser og gjennomføre stedlige tilsyn etter varsel når det er nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst
- utarbeide årlig rapport fra Undersøkelsenheten som utformes særlig med tanke på forbedring i tjenestene
- utarbeide veiledningsmaterieell for fylkesmennenes tilsyn med barnevernsinstitusjoner med fokus på forebygging og bruk av tvang

- utvikle retningslinjer for regionalt samarbeid om tilsyn med Bufetat og gjennomføre pilottilsyn i samarbeid med fylkesmennene
- forberede landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og sosiale tjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet som skal gjennomføres i 2017 og 2018
- gjøre en egnet tilsynsmessig oppfølging av kommunenes og fastlegenes tilbud til kvinner som vurderer eller ønsker svangerskapsavbrudd

#### *Resultatmål og saksbehandlingstid*

Statens helsetilsyn skal behandle tilsynssaker som gjelder helse- og omsorgstjenester med en saksbehandlingstid og kvalitet som ivaretar brukeres og pasienters, samt helsepersonells og virksomheters rettssikkerhet og som reflekterer sakens alvorlighet. Saker som gjelder fare for liv og helse skal prioriteres først. Statens helsetilsyn arbeider for kontinuerlig forbedring og effektivitet i saksbehandlingen.

Statens helsetilsyn skal ta imot og håndtere alle varsel om alvorlige hendelser jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a, og gjennomføre stedlig tilsyn der kriterier for slik tilsynsmessig oppfølging er til stede.

Tilsynssaker som avsluttes hos fylkesmannen skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet, og median saksbehandlingstid skal være fem måneder eller mindre. For saker som gjelder helse- og omsorgstjenester gjelder kravet ved maksimalt 2500 nye saker i landet. Henvendelser om barnevern og sosiale tjenester som gjelder fare for liv, helse og overgrep skal alltid følges opp og prioriteres.

Av klagesakene som fylkesmannen avslutter om helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester eller barnevern, skal minst 90 pst. ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre. Fylkesmennene skal overprøve vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og behandle søknader om dispensasjon fra utdanningskrav innen tre måneder.

#### **Post 01 Driftsutgifter**

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

Det foreslås å flytte 16 mill. kroner knyttet til tilskudd til fylkesmennene til Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 525, post 01. Fylkesmannens oppgaver som følge av lovendringene er faste og foreslås derfor innlemmet i rammetilskuddet til fylkesmennene.

For øvrig er bevilgningen redusert med 0,6 mill. kroner.

### **Kap. 3721 Statens helsetilsyn**

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
02	Salgs- og leieinntekter	463	380	389
04	Diverse inntekter	2 514	2 300	2 354
16	Refusjon av foreldrepenger	362		
18	Refusjon av sykepenger	1 235		
	Sum kap. 3721	4 574	2 680	2 743

#### **Post 02 Salgs- og leieinntekter**

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

#### **Post 04 Diverse inntekter**

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

**Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	176 193	160 681	161 984
70	Advokatutgifter	34 411	35 180	36 200
71	Særskilte tilskudd	84 365	86 654	35 968
	Sum kap. 0722	294 969	282 515	234 152

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

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endringer i lov og forskrifter som følge av virksomhetsendringene i helseforvaltningen med frist 1. september 2015. Høringsnotatet inneholder bl.a. forslag til tiltak for å effektivisere pasientskadeordningen. Den nedre grensen for hvilke erstatningskrav som skal behandles etter pasientskadeloven, foreslås økt til 10 000 kroner. Departementet foreslår videre å avvikle styret for Norsk pasientskadeerstatning. Forslag til lovendringer vil etter planen legges fram for Stortinget høsten 2015. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endringer i forskrift om å øke tilskuddene som privat helsetjeneste skal innbetale til NPE. Forslaget vil innebære en økning i tilskuddene på om lag 30 til 50 pst. for de ulike personellgruppene. Årsaken er en

betydelig vekst i kostnadene med å forvalte ordningen, og dekke erstatningsutbetalingene.

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2014 har NPE mottatt 70 000 erstatningskrav. Saksmengden – eksklusive legemiddelsaker – økte fra 5017 saker i 2013 til 5153 saker i 2014. 599 av sakene knyttet seg til privat helsetjeneste. 1503 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 3731 fikk avslag i 2014. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på i overkant av 30 pst.

I 2014 ble erstatningsutbetalingene i offentlig helsetjeneste 1 029 mill. kroner. Dette er en økning på 18,2 pst. fra 2013. Det ble utbetalt 25,6 mill. kroner i saker knyttet til privat helsetjeneste. Hovedårsaken til økningen i utbetalinger i 2014 var bedret kapasitet i NPE på utmålingssiden. For erstatninger hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2014, ble det i gjennomsnitt utbetalt 764 619 kroner per sak, varierende fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til over ni mill. kroner.

I 2014 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker mht. om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 245 dager, mot 280 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om erstatning, var 315 dager, mot 352 dager året før.

Det har vært en prioritert oppgave å redusere saksbehandlingstiden i NPE. Med unntak for utmålingssakene i 2012, har saksbehandlingstiden gått ned for både ansvars- og utmålingssakene hvert år siden 2010. Det forventes en ytterligere nedgang i den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for begge utredningsløpene i 2015 og 2016.

Det har videre vært en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Etter fem år med økt avvikling, gikk avviklingen ned med 3 pst. i 2014. Avviklingen forventes å øke i 2015 opp mot nivået i 2013.

NPE har i 2014 jobbet med ny strategi, utvikling av nytt kvalitetsbegrep og har videreført forbedringsarbeidet i virksomheten.

Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. De organisatoriske grep som er gjennomført med økt spesialisering og nye arbeidsmetoder (bl.a. bruk av Lean-metodikk i det kontinuerlige forbedringsarbeidet) har gitt positive resultater. I 2015 sluttføres et Lean-prosjekt for beregning av erstatningsutbetalinger, samtidig som virksomheten vil starte opp en ny gjennomgang av ansvarsutredningen.

NPE og Pasientskadenemnda har gjennom 2013 og 2014 arbeidet med å utvikle en felles fullelektronisk saksbehandlingsløsning. Den nye løsningen ble tatt i bruk i april 2015. Samtidig har NPE tatt over driften av nemndas IKT-løsninger. Dette gir en mer effektiv ressursbruk enn om etatene skulle fortsette sin IKT-utvikling hver for seg.

Som følge av oppgraderingen kan pasienter nå søke pasientskadeerstatning via NPEs nettsider og også motta sakspapirer via digital postkasse om det er ønskelig. En annen konsekvens er at relevante dokumenter i klagesaker overføres digitalt fra NPE til Pasientskadenemnda, hvilket medfører at Pasientskadenemnda får raskere tilgang til klagesakene. En viktig oppgave for NPE i årene framover vil være å sikre en forsvarlig drift på IKT-området og utvikle nye digitale løsninger for brukerne.

NPE vil utvikle arbeidet med utnyttelse av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Etaten har gjennom å ansette en fagsjef for pasientsikkerhet og statistikk styrket kontakten med helsetjenesten og sentrale aktører innen helseforvaltningen om bruk av erfaringsmaterialet i skadedatabasen. Dette arbeidet vil fortsette utover i 2015 og i 2016.

## Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
02	Diverse inntekter	712	1 362	1 394
16	Refusjon av foreldrepenger	1 780		
18	Refusjon av sykepenger	2 419		
50	Premie fra private	19 661	18 290	18 199
	Sum kap. 3722	24 572	19 652	19 593

### Post 01 Driftsutgifter

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

### 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 Pasientskadenemnda.

### Post 71 Særskilte tilskudd

Bevilgningen omfatter dekning av erstatningsutbetalinger hvor staten har et særlig ansvar, som for vaksineskader. Det er funnet en overhyppighet av narkolepsi hos barn (4–19 år) som ble vaksinert med Pandemrix mot 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 produsentene ikke er ansvarlig for finansiering av eventuelle framtidige erstatninger knyttet til ukjente skader/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. Per 1. april 2015 hadde NPE avsluttet 76 erstatningsberegninger og hadde 26 beregningssaker under arbeid. Snittutbetalingene har så langt ligget på 2,5 mill. kroner.

**Post 02 Diverse inntekter**

Inntektene er knyttet til behandling av søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. NPE fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenester.

**Post 50 Premie fra private**

Pasientskadeloven trådte i kraft for privat helsetjeneste 1. januar 2009. Det er lovfestet at aktørene i

privat helsetjeneste skal melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Tilskuddet skal dekke saksbehandling, advokatutgifter og erstatningsutbetalinger. Tilskuddene, som er fastsatt i forskrift, er differensiert i grupper basert på skaderisiko og omfang på virksomheten. Innbetalingene av tilskuddene plasseres i et eget fond. Inntektene under post 50 er en overføring fra fondet til Norsk pasientskadeerstatning for å dekke etatens utgifter til saksbehandling av saker fra privat helsetjeneste.

**Kap. 723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	83 127	68 600	104 053
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>			22 500
	Sum kap. 0723	83 127	68 600	126 553

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 28,339 mill. kroner flyttet fra andre kapitler som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen
- 6,8 mill. kroner til virksomheten under Pasientskadenemnda
- 22,5 mill. kroner (reelt 25 mill. kroner) til etablering av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten i Bergen

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten etableres fra 1. januar 2016 gjennom å slå sammen sekretariatene for Pasientskadenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda, Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda, og gjennom overføring av ansvar for klagesaker fra Helsedirektoratet og Helfo. Det er kun sekretariatene som skal slås sammen. De enkelte nemndene består, og deres oppgaver og uavhengige stilling opprettholdes. Gjennom å samle klagebehandlingen i en etat skal det bygges opp et sterkere fagmiljø og en mer effektiv klagebehandling enn i dag. Klageorganet vil ha om lag 100 ansatte og skal etableres i Bergen. I en overgangsperiode på tre år vil klageorganet ha kontorer både i Bergen og Oslo. Oppbygging av kontoret i Bergen starter i løpet av 2016.

Klageorganet skal som sekretariat for nemndene forberede klagesaker om erstatningskrav fra pasienter som mener at de er blitt påført skade innen helsetjenesten, klagesaker om avslag på søknad om autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning og klager fra helsepersonell på administrative reaksjoner. Videre skal klageorganet forberede behandling av klager på søknader om dekning av utgifter til behandling i utlandet. Klageorganet vil behandle søknader om tillatelse til preimplantasjonsdiagnostikk etter bioteknologiloven. Klageorganet vil også bli klageinstans for klager på helsefusjonsområdet og enkelte andre klagesaker (førerkort, søknad om å bli avtalespesialist, behandlingsreiser, vedtak fra fylkesmannen og saker relatert til turnus).

I sammenheng med opprettelsen av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er det sendt på høring forslag til endringer i lov og forskrifter som følge av sammenslåingen av sekretariatene og overføring av ansvar for diverse klagesaker til det nye klageorganet. Høringsnotatet inneholder også forslag om tiltak for å effektivisere pasientskadeordningen. Det er foreslått at Pasientskadenemnda som hovedregel skal settes med tre medlemmer. Nemnda skal også få større frihet til å organisere arbeidet. Høringsfristen var 1. september 2015 og forslag til lovendringer vil etter planen legges fram for Stortinget høsten 2015.

### Pasientskadenemnda

Pasientskadenemnda behandler klagesaker om erstatningskrav fra pasienter som mener at de er blitt påført skade innen helsetjenesten. Fra opprettelsen av Pasientskadenemnda i 2003 og til utgangen av 2014 har Pasientskadenemnda mottatt om lag 15 500 saker og behandlet mer enn 14 000. Etter at ordningen med pasientskadeerstatning ble utvidet til å omfatte den private helsetjenesten, har disse sakene utgjort rundt 10 pst. av saksmengden.

Den totale saksmengden er doblet de siste fem årene, og nemnda har derfor utvidet sekretariatets fullmakt til å fatte beslutninger på egen hånd. I dag fattes om lag halvparten av vedtakene av sekretariatet uten nemndsbehandling. Ved årsskiftet 2013/2014 var saksbehandlingstiden i gjennomsnitt om lag 14 måneder. Det er avvirket 34 pst. flere saker i 2014 enn i 2013, og den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden har gått ned fra 14 til 12 måneder. Om lag 13 pst. av klagesakene fører fram for pasientene. I erstatningsutmålingssakene er omgjøringsprosenten høyere enn i ansvarssakene.

Fra 1. januar 2004 ble Staten ved Pasientskadenemnda å anse som rette saksøkt i søksmål som tas ut mot ordningen. Totalt har det i perioden 2004–2014 innkommet mer enn 1300 stevninger, om lag 11 pst. av alle realitetsbehandlede saker i samme periode. I 2014 gikk denne andelen ned til under 9 pst. Antall stevninger viser en økende trend som en konsekvens av flere realitetsbehandlede saker i forvaltningen. I dag forlikes flere saker. Andelen ankede saker fra statens side har gått vesentlig ned, mens andelen anker fra pasientenes side har økt. Det er både ressurskrevende og kostnadsdrivende at mange saker behandles i flere rettsinstanser. I 2014 ble staten ved Pasientskadenemnda frifunnet i 76 pst. av alle saker som endte med rettskraftig dom. Gjennomsnittet for årene 2004 til 2014 var til sammenlikning 67 pst. Om lag 30 pst. av alle innkomne stevninger blir trukket før hovedforhandling, mens anslagsvis 30 pst. ender med forlik.

Saksmengden økte ikke i 2014. Prognosen for nye klage- og gjenopptakssaker er 2 300 i 2015, dvs. en økning på om lag 10 pst. Prognosen for antall nye stevninger er om lag 200 (om lag 10 pst.). Det må påregnes at saksbehandlingstiden vil komme til å øke noe igjen i 2015.

### Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd behandler klager fra helsepersonell over avslag på søknad om auto-

risasjon eller lisens og avslag på søknad om spesialistgodkjenning. Videre behandler nemnda klager over vedtak fra Statens helsetilsyn om suspensjon, tilbakekalling eller begrensninger i autorisasjon, avslag på søknad om ny autorisasjon og avslag på søknad om endringer i begrensninger i autorisasjon. Nemnda er også Apotekklagenemnd for enkelte avgjørelser truffet av Statens legemiddelverk. Nemndas virksomhet skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Samtidig skal nemnda ivareta helsepersonellens rettssikkerhet.

Det har vært en tredobling av innkomne klagesaker de siste fem årene. I 2014 mottok Statens helsepersonellnemnd 297 klagesaker til behandling, en økning på 23 pst. fra 2013 da nemnda mottok 242 klagesaker. Nemnda behandlet 216 klagesaker i 2014 sammenliknet med 201 saker i 2013. 144 av sakene er klager over vedtak fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, 69 er klager over vedtak fra Statens helsetilsyn og tre er klager over vedtak fra Helsedirektoratet. Åtte saker ble helt eller delvis omgjort og tre saker ble opphevet og henvist til ny behandling. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2014 var 5,46 måneder, en økning fra 3,98 måneder i 2013. Ved årsskiftet hadde nemnda 139 klagesaker under behandling, mot 67 ved forrige årsskifte. Apotekklagenemnda hadde ingen saker til behandling i 2014.

I midten av juni 2015 hadde nemnda mottatt 146 klagesaker, samme antall som i 2014. Nemnda har behandlet 146 klagesaker per første halvår 2015 og det er klart flere enn første halvår 2014. Fire av nemndas vedtak er i 2015 under behandling av domstolene.

### Klagenemnda for behandling i utlandet

Klagenemnda for behandling i utlandet behandler klager etter pasient- og brukerrettighetsloven. Klagene gjelder avslag på søknad om dekning av utgifter til behandling i utlandet. Klagenemnda mottok 27 nye klagesaker og behandlet 28 klagesaker i 2014. Nemnda stadfestet samtlige vedtak. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 4,77 måneder. Nemnda hadde ved utgangen av året sju ubehandlede saker. To av nemndas vedtak var under behandling av domstolene i 2014.

### Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda behandler søknader om tillatelse til preimplantasjonsdiag-

nostikk etter bioteknologiloven. Foruten søknadsbehandling skal nemnda gi god og lett tilgjengelig informasjon til pasienter, helsetjenesten og myndighetene. Nemnda mottok 48 søknader og fattet 37 vedtak i 2014 mot 33 i 2013. Nemnda innvilget 33 av søknadene og fire ble avslått. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 2,29 måneder. Nemnda hadde ved utgangen av året ti søknader til behandling.

#### Andre klagesaker

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten overtar ansvaret for klagesaker fra Helfo klage, anke og regelverk. Helfo behandler klagesaker relatert til krav etter folketrygdloven kapittel 5 om stønad ved helsetjenester. Helfo mottok 780 klagesaker i 2013 og om lag 500 klagesaker i 2014. En lavere saksinngang i 2014 skyldes først og fremst restanser i klagesaksbehandlingen i førstelinjen. Vedtaket ble omgjort i 17 pst. av klagesakene. I overkant av 40 pst. av klagesakene omhandler avslag på dekning av utgifter til legemidler. I 2014 fikk 111 klagesaker en behandlingstid utover ytre grense. Ytre grense er til sammen seks måneder for første og andre instans. 47 klagesaker har gått videre til behandling i Trygderetten hvorav kun en sak er omgjort.

I tillegg overtar Klageorganet ansvaret for enkelte klagesaker fra Helsedirektoratet. Det gjelder klager etter førerkortforskriften § 14-1. I 2014 behandlet Helsedirektoratet 600 slike klager. I tillegg gjelder det klager etter forskrift om sertifisering av besetningsmedlemmer § 3b og etter forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Klageorganet blir også klageinstans for de klagesakene knyttet til autorisasjonsordningen for helsepersonell som i dag behandles av Helsedirektoratet.

Klageorganet vil få delegert myndighet som klageinstans i saker der Helsedirektoratet i dag har fått delegert myndighet som klageinstans for vedtak fattet av helseforetak, jf. helseforetaksloven § 5. I 2014 behandlet Helsedirektoratet 8 klager på avslag søknad om avtalespesialist i 2014 og 86 klager på avslag søknad om behandlingsreiser samme år.

Klageorganet vil også bli klageinstans for noen vedtak som i dag fattes av Helsedirektoratet med departementet som klageinstans, bl.a. godkjenning av institusjon som skal være ansvarlig for eller kunne anvende tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern.

#### Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås bevilget 104,053 mill. til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte:

- 15,1 mill. kroner fra kap. 720, post 01
- 13,239 mill. kroner fra kap. 726, post 01

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås totalt 25 mill. kroner inklusive mva. til omstillingskostnader i 2016. Mva.-andelen håndteres over kapittel 1633 på Finansdepartementets budsjett. I en overgangsperiode på tre år vil Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten bli tilført midler til å dekke økte kostnader til drift både i Bergen og Oslo. Midlene skal dekke økte lønnskostnader, økte husleiekostnader og kostnader knyttet til tiltak for å beholde nøkkelpersonell, kjøp av juridiske tjenester, tilpasning av IKT-systemer mv.

### Kap. 3723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
16	Refusjon av foreldrepenger	1 228		
18	Refusjon av sykepenger	665		
50	Premie fra private	8 645	2 484	2 472
	Sum kap. 3723	10 538	2 484	2 472



**Post 50 Premie fra private**

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

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten skal dekke etatens utgifter til behandling av klager om pasientskadeerstatning knyttet til privat helsetjeneste.

**Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	41 376	37 335	
	Sum kap. 0724	41 376	37 335	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte bevilgningen til kap. 720.

**Post 01 Driftsutgifter**

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 720, post 01.

**Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert bud- sjett 2015	Forslag 2016
04	Gebyrinntekter	32 122	29 800	
16	Refusjon av foreldrepenger	157		
18	Refusjon av sykepenger	1 364		
	Sum kap. 3724	33 643	29 800	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte bevilgningen til kap. 3720.

**Post 04 Gebyrinntekter**

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 3720, post 04.

**Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	212 053	171 976	
	Sum kap. 0725	212 053	171 976	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å fordele bevilgningen på kap. 710 og kap. 720.

**Post 01 Driftsutgifter**

Det foreslås å flytte:

- 151,592 mill. kroner til kap. 710, post 01
- 21,631 mill. kroner til kap. 720, post 01

## Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	budsjett 2015	
02	Diverse inntekter	42 868	22 645	
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	49		
16	Refusjon av foreldrepenger	1 075		
18	Refusjon av sykepenger	2 311		
	Sum kap. 3725	46 303	22 645	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte bevilgningen til kap. 3710.

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 3710, post 02.

## Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	budsjett 2015	
01	Driftsutgifter	12 271	13 214	
	Sum kap. 0726	12 271	13 214	

Som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås det å flytte bevilgningen til kap. 723.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 723, post 01.

## Kap. 729 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	budsjett 2015	
01	Driftsutgifter	66 279	60 941	61 178
	Sum kap. 0729	66 279	60 941	61 178

Pasient- og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven. I 2003 ble ordningen statlig og i 2009 ble ordningen utvidet til også å gjelde den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Pasient- og brukerombudene skal arbeide for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthel-

setjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerombudsordningen skal videre bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene. Pasient- og brukerombudet er et lavterskeltilbud for pasienter, brukere og pårørende. Ombudene søker å løse saker på lavest mulig nivå og gjerne i direkte dialog med tjenestestedene.

Det er et Pasient- og brukerombud i hvert fylke. I Hedmark og Oppland er det imidlertid ett ombud. Fra 2015 er det også ett ombud for Oslo og Akershus, administrativt knyttet til Oslo kommune. De øvrige Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet. Ombudene utfører sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

I 2014 mottok landets Pasient- og brukerombud 14 063 nye saker. Hver sak kan omfatte flere problemstillinger og flere tjenestesteder. Antall saker som omhandler den kommunale helse- og omsorgstjenesten økte med 12 pst. fra 2013 til 2014.

Ombudene deltar i omfattende utadrettet virksomhet, overfor tjenestestedene, i lag og organisa-

sjoner lokalt med foredrag og undervisning. Utdanningsinstitusjoner for helsepersonell drar også nytte av ombudenes erfaringer og kompetanse.

Det utarbeides lokale årsmeldinger og en felles årsmelding for Pasient- og brukerombudene. Pasient- og brukerombudenes felles årsmelding inngår nå også i den årlige Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.

Et nytt nettsted for Pasient- og brukerombudene på Helsenorge.no kom på plass i 2014.

### **Post 01 Driftsutgifter**

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

## Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
732	Regionale helseforetak	118 494 265	131 427 376	140 503 931	6,9
733	Habilitering og rehabilitering	147 074	153 964	155 325	0,9
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	171 675	162 116	165 116	1,9
Sum kategori 10.30		118 813 014	131 743 456	140 824 372	6,9

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
01–23	Statens egne driftsutgifter	92 024	95 231	95 773	0,6
70–89	Andre overføringer	118 720 337	131 648 225	140 728 599	6,9
90–99	Utlån, statsgjeld m.v.	653			
Sum kategori 10.30		118 813 014	131 743 456	140 824 372	6,9

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og hel-seplager, og fyller en viktig funksjon i en helhetlig behandlingsskjede. Spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som dekkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 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 res-

sursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de ram-mene som er fastsatt økonomisk og i lover og forskrifter. Det helsepolitiske oppdraget samt tilde-ling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumen-tene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Departementet holder seg orientert om foreta-kenes virksomhet og om virksomhetene drives i samsvar med de krav som er stilt gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjen-nom månedlig rapportering med påfølgende opp-følgingsmøter og utvidet rapportering hvert ter-tial.

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

i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Sør-Øst består av Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF. Helse Sør-Øst forvalter driftsavtaler med Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset. I tillegg forvalter Helse Sør-Øst avtaler med om lag 1000 avtalespesialister og om lag 80 avtaler med private institusjoner. Helse Sør-Øst har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 2,9 mill. innbyggere og hadde i 2014 om lag 78 000 medarbeidere som utførte om lag 59 000 årsverk. Helse Sør-Øst har et samlet inntektsbudsjett på om lag 77 mrd. kroner i 2015. Helse Sør-Øst RHF har om lag 180 medarbeidere. Sykehuspartner HF har om lag 1270 ansatte og har det overordnede ansvaret for IKT-, HR- og innkjøpstjenester til alle sykehusene i Helse Sør-Øst.

Helse Vest RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Vest består av Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF, Sjukehusapoteka Vest HF og Helse Vest Innkjøp HF. I tillegg eier det regionale helseforetaket Helse Vest IKT AS. Helse Vest RHF har driftsavtale med Haraldsplass Diakonale Sykehus som en del av lokalsykehusstilbudet, og forvalter avtaler med om lag 280 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner. Helse Vest har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 1,1 mill. innbyggere og hadde i 2014 om lag 27 000 medarbeidere som utførte om lag 20 700 årsverk. Helse Vest har et samlet inntektsbudsjett på om lag 27,5 mrd. kroner i 2015. Helse Vest RHF har om lag 60 medarbeidere.

Helse Midt-Norge RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Midt-Norge gode og likeverdige spesia-

listhelsetjenester. Helse Midt-Norge består av Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF. I tillegg eier Helse Midt-Norge RHF Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT. Helse Midt-Norge RHF forvalter avtaler med om lag 135 avtalespesialister og 20 avtaler med private institusjoner. Helse Midt-Norge har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 700 000 innbyggere og hadde i 2014 om lag 22 000 medarbeidere som utførte om lag 15 000 årsverk. Helse Midt-Norge har et samlet inntektsbudsjett på om lag 20,7 mrd. kroner i 2015. Helse Midt-Norge RHF har om lag 80 medarbeidere. Helsebygg Midt-Norge har om lag 20 ansatte og Helse Midt-Norge IKT om lag 310 ansatte.

Helse Nord RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for at befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. De har også en særskilt oppgave i å sikre den samiske befolkningen en tilpasset og likeverdig spesialisthelsetjeneste. Helse Nord består av Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF. I tillegg eier det regionale helseforetaket Helse Nord IKT og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Helse Nord forvalter avtaler med om lag 80 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner. Helse Nord har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 480 000 innbyggere og hadde i 2014 om lag 17 900 medarbeidere som utførte om lag 13 200 årsverk. Helse Nord har et samlet inntektsbudsjett på om lag 17 mrd. kroner i 2015. Helse Nord RHF har om lag 55 medarbeidere, i tillegg kommer prosjektorganisasjonen for felles innføring av kliniske systemer på om lag 25 personer. Helse Nord IKT har om lag 250 medarbeidere og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 23 medarbeidere.

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

**Kap. 732 Regionale helseforetak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	12 133	19 101	19 341
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres,</i> <i>kan nyttes under post 72, 73, 74 og 75</i>	625 165	477 349	765 397
71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	497 000	509 348	520 484
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	44 172 098	50 886 836	54 086 728
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	15 547 854	17 963 506	19 091 657
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	11 777 339	13 580 126	14 435 603
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	10 572 564	12 182 401	12 881 171
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	22 974 415	29 690 870	31 657 561
77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 447 178	3 630 904	4 090 193
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 083 160	1 124 327	1 104 647
79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	549 559	567 694	584 157
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	1 591 905	697 914	1 229 992
83	Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	93 242	97 000	37 000
86	Driftskreditter	5 550 000		
91	Opptreksrenter for lån t.o.m. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	653		
	Sum kap. 0732	118 494 265	131 427 376	140 503 931

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 2 884 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til pasientbehandling i sykehusene
- 1 950 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til pensjonskostnader
- 10 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til innsatsstyrt finansiering og helsepersonell
- 12 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til tvungen psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket
- 1 169 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til overføring av finansieringsansvaret for enkelte legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene
- 305 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til regjeringens tiltakspakke for økt sysselsetting

- 603 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnopphold
- 315 mill. kroner i lån til vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus og 50 mill. kroner til nytt PET-senter i Tromsø

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

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bestemmes bl.a. av antall innbyggere i regionen, alderssammensetning, ulike sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata. Hvert år rapporterer de regionale helseforetakene til departementet i årlig melding, som også inneholder en plandel. Innspillene er en del av grunnlaget for Helse- og omsorgsdepartementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2016. I årlig melding 2014 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametere i oppdragsdokumentene og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2014 og status 2015 i del III, kap. 7 Spesialisthelsetjenesten.

#### *Hovedtrekk i forslag 2016*

For mange pasienter venter nødvendig lenge på behandling – ofte selv om ledig kapasitet finnes. Regjeringen starter i 2015 innføringen av fritt behandlingsvalgreform i spesialisthelsetjenesten. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Samtidig har offentlige sykehus fått økt frihet til å utnytte sitt økonomiske handlingsrom til å behandle flere pasienter.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2016 med 2 884 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2015. Med dette legges det til rette for å videreføre antatt høyere aktivitet i sykehusene i 2015 enn forutsatt, svarende til om lag 800 mill. kroner, og øke pasientbehandlingen ytterligere med 2,5 pst. Dette er en høy budsjettert aktivitetsvekst sammenliknet med tidligere år. Bruk av retten til fritt behandlingsvalg antas å utgjøre 0,3 prosentenheter av den budsjetterte aktivitetsveksten. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,7 pst., samtidig som det gis dekning for antatt økte pensjonskostnader med 1 950 mill. kroner fra 2015 til 2016.

I bevilgningsforslaget på 2 884 mill. kroner er det gjort fratrukk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, underregulering av laboratorie- og røntgentakster og utfasing av midlertidig tilskudd til innføring av nødnett, jf. omtale nedenfor.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen utgjør for de regionale helseforetakene 668 mill. kroner i 2016. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Reformen

innpasses på samme måte for regionale helseforetak som i 2015, og regjeringen foreslår å tilføre 500 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene for å gi rom for 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 2016. Reformen innebærer at bevilgningene til helseforetakene reduseres med netto om lag 168 mill. kroner.

Midlertidig tilskudd til innføring av nødnett på 57 mill. kroner er ikke videreført i budsjettforslaget for 2016, selv om det vil påløpe innføringskostnader også dette året.

Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester underregulert noe i forhold til antatt pris- og kostnadsvekst, svarende til om lag 21 mill. kroner for de offentlige og 9 mill. kroner for de private.

Sykehusene skal fra neste år overta ansvaret for overgrepsmottak. Ny spesialistutdanning og ny spesialiststruktur for leger vil innebære en økt kostnad for helseforetakene. Erstatningsutbetalinger i pasientskadeordningen vil øke fra 2016 som følge av endret kapitaliseringsrente. Videre foreslås det å øke den lave satsen for merverdiavgift fra 8 til 10 pst., som medfører økte transportkostnader for de regionale helseforetakene. Disse elementene, som til sammen utgjør om lag 265 mill. kroner, forutsettes håndtert innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen på 2 884 mill. kroner.

I saldert budsjett for 2015 ble det lagt til grunn en lønnsvekst i helseforetakene på 3,3 pst. fra 2014 til 2015. Lønnsveksten i helseforetakene anslås nå til 2,7 pst. i 2015, som gir en innsparing for helseforetakene med om lag 500 mill. kroner.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 2 884 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på 2,5 pst. Kostnadene per prosentenhet vekst i pasientbehandling er anslått til om lag 920 mill. kroner. I dette beløpet er bevilgninger til dekning av pensjoner holdt utenfor. Det vises til omtale ovenfor der det framkommer at det samlet foreslås bevilget 1 950 mill. kroner til å dekke anslått økte pensjonskostnader fra 2015 til 2016.

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 rusbehand-

ling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2015, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2015. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2016.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,8 pst. fra 2015 til 2016. Det er budsjettert med en vekst på 9 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi.

Fra 2009 er flere spesialisthelsetjenester som utføres av andre enn leger inkludert i regelverket for innsatsstyrt finansiering og egenandel. Fra 2016 legges det opp til at polikliniske konsultasjoner utført av flere helsepersonellgrupper inkluderes i ISF innenfor gitte fagområder. Dette vil bidra til mer effektiv bruk av arbeidskraften i spesialisthelsetjenesten.

Som et ledd i samhandlingsreformen vil kommunene fra 1. januar 2016 få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Tidligere øremerkede midler tilsvarende 603 mill. kroner i de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til oppbygging av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i kommunene, foreslås innlemmet i kommunenes frie inntekter.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper med til sammen om lag 1 170 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2016. Dette gjelder bl.a. legemidler til behandling av hepatitt C, veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler og anemilegemidler. Dette er kostbare legemidler, men med relativt få brukere. Oppstart med behandling av disse legemidlene, evaluering og avslutning gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten. Videre er det flere legemidler innenfor disse terapiområdene som kan erstatte hverandre i bruk, slik at det er mulig å dra nytte av priskonkurransen. En overføring av finansieringsansvaret til sykehusene vil derfor gjøre det mulig å oppnå rabatter gjennom anbudsprosesser, noe som ikke kan oppnås med dagens folketrygdfinansiering.

Det foreslås å gi lån til to nye byggeprosjekter med til sammen 365 mill. kroner i 2016. Det foreslås lån til Oslo universitetssykehus til vedlikeholdsinvesteringer med en låneramme på 1,3 mrd. kroner for perioden 2016–2019, og en utbeta-

ling i 2016 på 315 mill. kroner. Det foreslås videre lån til Universitetssykehuset i Nord-Norge til etablering av et PET-senter i Tromsø med en låneramme på 375 mill. kroner, som skal utbetales i perioden 2016–2018. Det foreslås 50 mill. kroner i investeringslån til prosjektet i 2016.

#### Særskilte satsingsområder 2016

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasientene som partnere i utviklingen av tjenestene. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt 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 helsetjenesten med utgangspunkt i pasientenes behov.

I den videre utviklingen av helsetjenesten må alle gode krefter tas i bruk. Bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og mer innovasjon i tjenesteutvikling, arbeids- og samarbeidsformer.

Regjeringen legger fram sin Nasjonale helse- og sykehusplan med pasientens helsetjeneste som førende prinsipp. Store befolkningsendringer vil prege Norge fram mot 2030, med befolkningsvekst, arbeidsinnvandring, aldrende befolkning og økt tilflytting til byer og tettsteder. Sykdomsbildet vil endre seg, med økt forekomst av livsstilssykdommer, kroniske lidelser, rusavhengighet og psykiske helseproblemer. Forskning og innovasjon bringer fram ny medisinsk teknologi og nye behandlingsmuligheter som vil gi stor helsegevinst for pasientene. Endringer i forbruksmønstre og forventninger om fortsatt økning i standarden på offentlige tjenester vil prege forventningene til helsetjenesten. Summen av disse faktorene vil gi økt etterspørsel etter helsetjenester. Utviklingen må planlegges og styres, slik at helsetjenester av høy kvalitet blir rettferdig fordelt og tilgjengelig for alle i et offentlig helsesystem som er bærekraftig for framtiden.

Med dette utgangspunktet vil styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2016 samles i følgende hovedområder:

- Ventetid og effektivitet
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Personell, utdanning og kompetanse
- Forskning og innovasjon
- Samordning på tvers av regionene
- IKT
- Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse



### *Ventetid og effektivitet*

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, tar regjeringen i bruk flere virkemidler.

Det er utarbeidet 28 pakkeforløp for kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegene i løpet av 2015. Pakkeforløp gir en nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i et behandlingsforløp skal ta. Når det er konkret mistanke om en type kreft skal pasienten inn i et pakkeforløp og målet er å fjerne venting som ikke er medisinsk begrunnet. Det er utarbeidet pakkeforløp for de fleste kreftformer. Det er iverksatt et system for koding og monitorering av pakkeforløp for kreft og resultatene vil bli publisert. Det er et mål at helseforetakene bruker resultatene fra monitoreringen til systematisk forbedring og kvalitetsarbeid.

Det legges til rette for å etablere pakkeforløp innen psykiske helsetjenester etter modell fra kreftområdet. Utredningsforløpet skal standardiseres med klare tidsfrister og innhold.

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 vil tre i kraft 1. november 2015. Formålet med de vedtatte lovendringene er bl.a. at pasienter skal få helsehjelp innen forsvarlig tid og tilgang til likeverdige tjenester slik at det ikke kun er de ressurssterke pasientene som sikres helsehjelp innen fristen. Et av de nye kravene er at det er spesialisthelsetjenesten, ikke pasienten selv, som skal ta kontakt med Helfo dersom helseforetakene ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. Det er usikkert hvor mange pasienter Helfo skal gi et tilbud, og det forventes at Helfo særlig rundt tidspunktet for iverksettelse av den nye ordningen, må ta imot et betydelig antall pasienter. Det vil derfor i en overgangsperiode kunne være krevende for Helfo å håndtere et eventuelt stort antall innmeldte fristbrudd og skaffe til veie alternative tilbud. For å gi pasientene et best mulig tilbud, har Helfo arbeidet systematisk med å forberede den nye ordningen. De regionale helseforetakene har på sin side iverksatt tiltak for å redusere antall pasienter som opplever fristbrudd. De regionale helseforetakene må videreutvikle sine pasientadministrative systemer for å oppnå økt pasientsikkerhet, gode pasientforløp og unngå fristbrudd.

Fritt behandlingsvalgreformene er innført i 2015. Regionale helseforetak kan utvikle nye samarbeidsløsninger og motvirke flaskehalsen gjen-

nom anskaffelser fra private. De offentlige sykehusene får økt konkurranse og insentiver til å bli mer effektive. Fjerning av aktivitetstaket fra 1. januar 2015 legger samtidig til rette for at mer effektive offentlige sykehus kan behandle flere pasienter. Pasienter kan velge blant private virksomheter med godkjenning dersom de synes ventetiden er for lang. Det tas sikte på iverksettelse av forskrift om fritt behandlingsvalg i fjerde kvartal 2015.

For å redusere ventetidene har de regionale helseforetakene i 2015 fått i oppdrag å redusere variasjon i ventetid, pasientforløp og effektivitet. Dette viktige arbeidet skal intensiveres og videreføres i 2016. Det skal bl.a. etableres nettverk mellom de regionale helseforetakene med formål å utveksle erfaringer og utvikle metodikk for å redusere ventetidene, uønsket variasjon, øke effektiviteten og kapasitetsutnyttelsen. Videre skal de regionale helseforetakene etablere regionale innsatsteam for å understøtte arbeid på lokalt nivå. De regionale helseforetakene skal også innføre lengre planleggings- og timetildelingshorisont ved poliklinikker. Avtalespesialistenes rolle og tjenesteyting må i større grad utnyttes, særlig innen fagområder med mange ventende og betydelig innslag av avtalespesialister.

Midler til pilotprosjekt for felles tverrfaglige diagnosesentre/poliklinikker for pasienter med langvarige smerte og/eller utmattelsestilstander der årsaker er uklar videreføres i 2016.

Norske pasienter har fra mars 2015 kunnet få refundert utgifter til sykehusbehandling i andre EU/EØS-land uten at det stilles krav om forhåndsgodkjenning, jf. innlemming av pasientrettighetsdirektivet i norsk rett. Forutsetningen er at helsehjelpen tilsvarende helsehjelp pasienten ville ha fått bekostet av det offentlige i Norge.

I budsjettforslag 2016 er det lagt til rette for en generell aktivitetsvekst på 2,5 pst. som omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører.

### *Kvalitet og pasientsikkerhet*

Et sentralt mål for spesialisthelsetjenesten er å sikre god kvalitet i diagnostikk, behandling og oppfølging, og et likeverdig tilbud nasjonalt. Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet forutsetter systematisk arbeid som er godt forankret hos ledelsen på alle nivåer. Uønskede hendelser skal brukes til læring og forbedring. Det skal være full åpenhet om kvalitet og risikoområder. Foretakene må bygge kompetanse slik at kvalitetsresultater og uønskede hendelser blir for-

midlet og kommunisert til pasienter, pårørende og offentligheten på en bedre måte.

Regjeringen la høsten 2014 fram den første årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Stortinget behandlet meldingen våren 2015, og ga sin tilslutning til at det årlig legges fram en melding om dette temaet. Regjeringen vil høsten 2015 legge fram den andre årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.

Det skal legges til rette for gode og effektive pasientforløp basert på kunnskap om beste praksis. Standardiserte pasientforløp vil kunne bidra til mindre uønsket variasjon i tjenestetilbud og i behandlingsresultater.

Satsingen på tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige og utvikling og omstilling av de psykiske helsetjenestene skal videreføres. Det skal også i 2016 være større vekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern enn somatisk sektor. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatri prioriteres med sikte på økt tilgjengelighet gjennom utvikling av ambulante og polikliniske tjenester. Mål for DPS er å etablere beredskap gjennom døgnet og å øke bruken av spesialister i ambulant arbeid. Brukernes innflytelse på valg av behandling og samarbeid med pårørende skal styrkes. Utviklingen av samarbeidet med kommunene forutsettes videreført. Oppgaver og ressurser forutsettes overført fra sykehus til DPS som ledd i pågående omstilling av tjenesten. Opptrappingsplanen for rus inneholder konkrete mål for kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten fra 2016.

Spesialisthelsetjenesten får hovedansvaret for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Formålet med ansvarsovertakelsen er å sikre et tilstrekkelig tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep. Robuste kommunale mottak skal videreføres gjennom avtaler mellom regionale helseforetak og kommuner. Dagens praksis, der helsetjenesten utfører rettsmedisinske undersøkelser som bistand til politiets arbeid der forholdet er anmeldt, videreføres. Regionale helseforetak har ansvar for å inngå avtaler med justissektoren om slik bistand. Det vises til omtale under kap. 762.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal ha nasjonal dekningsgrad, god datakvalitet og resultatene brukes som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenesten på alle nivå. Nasjonalt program for pasientsikkerhet har som mål å bedre pasientsikkerheten. For at programmet skal kunne føre til en målbar reduksjon i antallet uønskede hen-

delser, må tiltakene i programmet bli en integrert del av den daglige virksomheten.

Det foreslås at de regionale helseforetakene fra og med 2016 får finansieringsansvaret for følgende legemiddelgrupper: veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler, anemilegemidler og nye legemidler til behandling av hepatitt C. Legemiddelgruppene har tidligere vært finansiert over folketrygden. Ved overføring vil de bli en del av H-reseptordningen. Det foreslås å flytte om lag 1 170 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2016, fra folketrygden til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. I tillegg skal de regionale helseforetakene ha finansieringsansvar for alle legemidler brukt ved våt makuladegenerasjon.

Det foreslås at de regionale helseforetakene fra og med 2016 dekker utgifter til gjennomføring av tvungen psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket og som ikke er trygdet etter folketrygdloven eller stønadsberettiget i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter). De regionale helseforetakene skal videre dekke utgifter til gjennomføring av dom på overføring til tvungen psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket. Utgiftene har tidligere dels vært dekket over kap. 734, post 70 gjennom søknad om refusjon, og dels over helseforetakenes egne rammer. De regionale helseforetakene styrkes med til sammen 12,2 mill. kroner som følge av dette.

Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten skal sikre at pasienter får nye behandlinger som er veldokumenterte, effektive og sikre, og at dette er grundig gjennomgått og vurdert før pasientbehandlingen iverksettes. Systemet legger opp til bruk av metodevurderinger av alle nye metoder og teknologi. Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet utreder nasjonale metodevurderinger etter bestilling fra de regionale helseforetakene. Det er bevilget midler til Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet til dette formålet på totalt 6,5 mill. kroner hver over årene 2012–2015. Inkludert forslag til styrking i 2016 utgjør dette 11,5 mill. kroner på kap. 750, post 01 og 11,5 mill. kroner på kap. 710, post 01. Dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som er lagt til grunn for ovennevnte bevilgninger og rammer, legger departementet til grunn at disse finansieres over de regionale helseforetakenes budsjett og at det etableres formaliserte strukturer for dette mellom aktørene.

### *Personell, utdanning og kompetanse*

I arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste er personell, utdanning og kompetanse viktige innsatsfaktorer. Regionale helseforetak og sykehusene må ha kunnskap om framtidig behov for kompetanse og personell, og legge planer for hvordan disse best kan møtes.

Å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse, god arbeidsdeling og bedre bruk av personell inngår som tema i Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette er viktige innsatsområder i helseforetakene. Nye personellframskrivninger synliggjør et betydelig merbemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten i årene framover. Særlig oppmerksomhet må rettes mot sykehusenes behov for spesialisert kompetanse, både medisinsk (inkludert ny legespesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin) og annen helsefaglig kompetanse. I tillegg til behov for spesialisert og ulik helsefaglig kompetanse, har sykehusene store behov for annen type fagkompetanse innen bl.a. realfag, IKT, logistikk, merkantile fag og andre støttetjenester. Etablerte samarbeidsarenaer mellom helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene må brukes aktivt i arbeidet med å utvikle og skaffe rett kompetanse. Sykehusene skal være attraktive og utviklende arbeidsplasser som kan tilrettelegge for medarbeideres kompetanseutvikling. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste om kompetanseutvikling og kompetanseoverføring er viktige bidrag for å sikre gode tjenestetilbud og at pasienter skal oppleve gode og mest mulig helhetlige helse- og omsorgstjenester. Nasjonal helse- og sykehusplan vil bidra til bedret kunnskapsgrunnlag og mer kraftfullt samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren.

Spesialistutdanningen og spesialitetsstrukturen skal rettes inn mot framtidens helseutfordringer, ta inn over seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren. Dette er et arbeid som må utvikles over tid, i et tett samarbeid mellom de involverte aktørene. De regionale helseforetakene skal i ordinær styringslinje ha ansvar for at helheten i undervisningen i teori og praksis ivaretas og at systemer etableres, jf. det helhetlige ansvaret for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell. I 2016 tas det sikte på å etablere ett regionalt utdanningssenter i hver region knyttet til de store universitetssykehusene (regionsykehusene). I første omgang skal deres oppgaver være konsentrert om organisering av teoriundervisningen, inklusive de nye kompetansemodulene innrettet på den moderne

legerollen. I tillegg skal de regionale helseforetakene starte arbeidet med å planlegge for effektive og helhetlige utdanningsløp, jf. behovet for flere spesialister. Arbeidet med å etablere dagens turnustjeneste som del 1 i spesialistutdanningen skal også prioriteres. Kostnadene for de regionale helseforetakene i 2016 er estimert til om lag 35 mill. kroner. Det vises også til omtale i del III, kap. 14 Anmodningsvedtak.

### *Forskning og innovasjon*

Det er viktig å styrke kvaliteten på og omfanget av tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning, helsetjenesteforskning og innovasjon. Dette fordi det bidrar til god kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten, økt tilgang til nye behandlingsmetoder, optimering av eksisterende behandlingsmetoder og måter å organisere tjenesten på, og i enkelte tilfeller, ekskludering av behandlingstiltak som viser seg ikke ha god nok effekt. Forskningsprosjekter skal vurderes både ut i fra forskningskvalitet og ut i fra nytte for tjenesten og pasientene. Brukere skal inkluderes aktivt i utformingen av forsknings- og innovasjonsprosjekter. Et nytt nasjonalt program for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten skal gi flere pasienter mulighet til å delta i kliniske studier, bidra til økt koordinering av kompetanse, ressurser og infrastruktur og styrke grunnlaget for å gi data av god kvalitet. Nasjonal database for kliniske intervensjonsstudier og nettside for pasientrettet informasjon om kliniske studier, vil bidra til bedre oversikt over pågående studier. Det er behov for økt forskning på pasientsikkerhet og effekter av behandling, gjennom bl.a. bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det er et mål å øke helseforetakenes deltakelse i EUs rammeprogram for forskning. HelseOmsorg21-strategien bør tas hensyn til i forsknings- og innovasjonsarbeidet i de regionale helseforetakene. Det må utvikles bedre systemer og infrastruktur for uttesting av medisinsk-teknisk utstyr samt spredning og implementering av forskningsresultater og innovasjoner for å sikre kunnskapsbaserte og effektive tjenester. Innovasjonseffekten av anskaffelser i helseforetakene bør økes, eksempelvis innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

### *Samordning på tvers av regionene*

Det er etablert flere felleseide nasjonale foretak de senere årene, og departementet har stilt krav om at de regionale helseforetakene nå skal gjennomgå styringsmodellen for disse med sikte på

mer enhetlig styring. I dette arbeidet er det særlig viktig å utarbeide strategier og planer for det enkelte nasjonale foretak.

De regionale helseforetakene har etablert det felleseide helseforetaket Nasjonal IKT HF for strategisk samarbeid på IKT-området i spesialisthelsetjenesten og for å koordinere tiltak med andre aktører i helse- og omsorgssektoren. Helseforetaket arbeider i 2015 blant annet med å tilrettelegge for felles anskaffelse av nye IKT-løsninger for AMK-sentralene.

De regionale helseforetakene etablerte i 2014 det felleseide helseforetaket Sykehusbygg HF. Helseforetaket skal ha ansvar for oppgaver innen analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer på området sykehusbygg, samt rådgivning og byggherrefunksjoner ved gjennomføring av sykehusbyggprosjekter. I 2015 trappes virksomheten i helseforetaket opp, og de regionale helseforetakene vil bl.a. benytte foretaket i alle byggeprosjekter med ramme over 500 mill. kroner.

De regionale helseforetakene fortsetter arbeidet med å samordne og standardisere innkjøp og logistikk for å sikre effektive nasjonale løsninger. Det vil bli etablert et nytt felleseid nasjonalt foretak for samordning av innkjøp innen 1. januar 2016. Det nye helseforetaket vil være en desentralisert virksomhet med enheter i alle helseregioner for å sikre nærhet til de kliniske miljøene. Alle dagens enheter og ressurser i regionene herunder Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) skal være innlemmet i det nye foretaket innen utgangen av 2016. Ressursene som i dag ligger i Helseforetakenes innkjøpsservice AS (Hinas) i Vadsø vil danne basis i hovedkontoret som skal etableres der.

De regionale helseforetakene har plikt til å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser og katastrofer. De regionale helseforetakene tok i 2015 over beredkapsoppgaver for legemidler i spesialisthelsetjenesten som tidligere ble utført av Helsedirektoratet. I 2015 vil det bli arbeidet med å klargjøre utfordringsbildet og strategier for nasjonal legemiddelberedskap med sikte på implementering fra 2016.

### *IKT*

IKT har bidratt til store endringer i spesialisthelsetjenesten. Informasjonshåndtering og arbeidsrutiner har gått fra å være nesten bare papirbasert og preget av manuelle rutiner, til å bli stadig mer digitalisert og automatisert. Det pågår et betyde-

lig arbeid med å fornye og konsolidere IKT-systemene i de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene er betydelige aktører på IKT-området og er viktige bidragsyttere i utviklingen av nasjonale IKT-løsninger. De regionale helseforetakene skal samarbeide om felles IKT-utvikling. Nasjonal IKT HF er opprettet for å understøtte gjennomføring av felles IKT-prosjekter i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal understøtte Direktoratet for e-helses myndighetsrolle på IKT-feltet, herunder bidra i arbeidet med utredningen av én journal.

Forskrift om IKT-standarder trådte i kraft 1. september 2015. De regionale helseforetakene skal i 2016 bl.a. fortsette videreutviklingen av elektronisk samhandling mellom sykehus og mellom sykehus og andre aktører, som kommuner og fastleger. Det skal videre legges til rette for etablering av en mer kostnadseffektiv administrasjon av refusjonsordningen for transport til og fra behandling (pasientreiser). Ordningen med pasientreiser skal forenkles med standardiserte satser, elektronisk løsning og færre dokumentasjonskrav, se også omtale under kap. 701.

### *Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse*

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammene som er fastlagt, både økonomisk og juridisk, slik at de regionale helseforetakenes ansvar oppfylles, på en mest mulig effektiv måte. Det skal legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som er finansiert i 2014 eller 2015. Det foreslås bevilget 19,3 mill. kroner.

### *Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene*

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet måler Nifu (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning) forskningsaktiviteten i helseforetakene. Måleresultatene ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning over kap. 732, post 78. Oppdraget til Nifu inkluderer

også videreutvikling av målesystemet for forskning i de regionale helseforetakene, samt utarbeidelse av en innovasjonsindeks for helseforetakene, aggregert opp til hvert regionale helseforetak. Nasjonal vitenskapsindeks (NVI), et felles forskningsdokumentasjonssystem for universitets-, høyskole- og institutt- og helsesektoren, benyttes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner i CRISStin.

#### *Prioriteringsutvalget*

Det regjeringsoppnevnte Prioriteringsutvalget leverte sin innstilling november 2014. Det er satt av midler i 2013 og 2014. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp innstillingen med en egen stortingsmelding om prioritering.

#### *Akuttutvalget*

Det regjeringsoppnevnte Akuttutvalget, som skal utrede et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, skal levere sin innstilling 1. desember 2015. Det er satt av midler i 2014 og 2015. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp innstillingen på egnet måte.

#### *Utvalg som vurderer alvorlige uønskede hendelser*

Det er regjeringsoppnevnt et utvalg som skal vurdere hvordan alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten bør følges opp av samfunnet. Utvalget skal levere sin innstilling 1. november 2015. Det er satt av midler i 2014 og 2015. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp innstillingen på egnet måte.

### **Post 70 Særskilte tilskudd**

Det foreslås å flytte:

- 1 mill. kroner til kap. 781, post 79 knyttet til økt rekruttering av blodgivere
- 5,1 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 knyttet til beredskapslager for legemidler
- 35,9 mill. kroner fra kap. 732, post 78 knyttet til Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin

Hovedregelen er at basisbevilgningene til de regionale helseforetakene budsjetteres over post 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70. Det foreslås å bevilge 765,4 mill. kroner i 2016 til tilskudd som er omtalt nedenfor.

#### *Langvarige smerte- og utmattelsestilstander med uklar årsak*

Langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander kan gi betydelige plager og funksjonssvikt. Det ble i 2015 gitt et tilskudd på 20 mill. kroner til pilotprosjekt for utvikling og drift av tverrfaglige poliklinikker/diagnosesentre i spesialisthelsetjenesten for pasienter med relativt likeartede symptomer som langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander. Hovedmålet er å etablere et godt og nasjonalt samordnet tilbud til denne pasientgruppen. Helse Midt-Norge har fått i oppdrag å opprette ett eller flere pilotprosjekter. Et delmål for prosjektet er å utvikle standardiserte diagnoseprosedyrer, lærings- og mestringskurs og e-læringskurs både for de som får CFS/ME-diagnosen, for de med utmattelse som ikke får denne diagnosen, samt for pasienter med langvarige smertetilstander uten kjent årsak. Etablering av et nasjonalt læringsnettverk, i første omgang for smertetilstander av ukjent årsak, har startet. Det tas sikte på at pilotprosjektene kan gjennomføres i løpet av 2016. Helse Vest har ansvar for et prosjekt for tverrfaglig utredning av pasienter med alvorlige kjeveleddsproblemer (TMD). Det vises også til omtale i del III, kap. 7. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 20,4 mill. kroner i 2016. Tilskuddet fordeler seg på følgende måte mellom de regionale helseforetakene:

- 4,1 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 16,3 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF

#### *Forsering av vedlikeholdsinvesteringer – tiltakspakke*

Som ledd i regjeringens tiltakspakke, foreslås det et ettårig tilskudd til helseforetakene. Den ekstra innsatsen rettes mot helseforetak i områder på Sørlandet, Vestlandet og Nordvestlandet, dvs. områder der ledigheten har økt mest. Det foreslås på denne bakgrunn at 50 mill. kroner fordeles til Helse Sør-Øst (for å treffe agderfylkene), 200 mill. kroner til Helse Vest og 50 mill. kroner til Helse Midt-Norge (for å treffe Møre og Romsdal). Midlene skal fordeles av de regionale helseforetakene etter en individuell vurdering. Det skal rapporteres på sysselsettingseffekten. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak.

#### *Norwegian Pumps & Pipes – tiltakspakke*

Stavanger-regionen har verdensledende forsknings- innovasjons- og teknologimiljøer innenfor olje og gass. I dagens situasjon med stort behov for

omstilling er det nødvendig at kunnskapsmiljøene jobber sammen for å utvikle nye næringsområder som eksempelvis innenfor helse og omsorg. Stavanger universitetssykehus har i samarbeid med andre kunnskapsmiljøer i regionen, næringslivet og Stavanger-regionen etablert initiativet Norwegian Pumps & Pipes med målsetning om å øke teknologioverføringen fra olje og gass til helse og omsorg. Som ledd i regjeringens tiltakspakke for økt sysselsetting foreslås det å støtte tiltaket gjennom et ettårig tilskudd på 5 mill. kroner til Helse Vest. Tiltaket støtter opp under helse og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde, i tråd med HelseOmsorg21-strategien.

#### *Nasjonal kreftstrategi 2013–2017*

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt fram en nasjonal kreftstrategi Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 som skal bidra til å bedre kvaliteten i norsk kreftomsorg. Strategien er utarbeidet på bakgrunn av bidrag fra fagfolk, brukere og representanter for tjenesten. Kreftforeningen har hatt en viktig rolle i arbeidet med strategien. Målene i strategien må konkretiseres og tiltakene gjennomføres av helsemyndighetene og de ulike deler av helse- og omsorgstjenestene innenfor deres økonomiske rammer og ansvarsområder. Det er utarbeidet en nasjonal handlingsplan for kreft 2015–2017 som følger opp strategien. Handlingsplanen konkretiserer hva som må gjennomføres for å nå de fem målene i Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013–2017. De fem hovedmålene i kreftstrategien er:

- En mer brukerorientert kreftomsorg
- Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp
- Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging
- Flere skal overleve og leve lenger med kreft
- Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende

Etablering av standardisert pasientforløp integrert i alle handlingsprogram er et mål i kreftstrategien. Pakkeforløp for kreft ble etablert i løpet av 2015, jf. omtale under kap. 781, post 21.

Nedenfor følger omtale av ulike tilskudd til kreftområdet under post 70. Midlene til Pusterom og Vardesentre foreslås videreført over postene 72–75.

#### *Pilotprosjekt screening for tykk- og endetarmskreft*

Pilotprosjekt for et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft ble igangsatt i 2012 i to helsefore-

tak i Helse Sør-Øst. Pilotprosjektet skal etter planen invitere 140 000 deltakere til screening i løpet av fire år. Målet er å forebygge utviklingen og dødsfall av tarmkreft. På bakgrunn av erfaringene i pilotprosjektet, skal det planlegges hvordan et eventuelt nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft kan organiseres.

Sekretariatet og ledelsen for prosjektet er i Kreftregisteret. Styringsgruppen for prosjektet ledes av Helsedirektoratet. To screeningsentre som utfører tarmundersøkelser er i drift i Vestre Viken, Bærum sykehus og Sykehuset Østfold, Moss. Et eget laboratorium for analyse av prøver er i drift ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Det er også etablert en endoskopiskole ved Oslo universitetssykehus for opplæring av leger. Fram til 1. mars 2015 har det blitt invitert 74 980 personer til screening og 40 141 har deltatt før denne datoen. Oppmøtet i prosjektet har vært noe lavere enn forventet og inklusjon av deltakere har tatt noe mer tid enn planlagt. Pilotperioden planlegges derfor forlenget fra fire til seks år, til 2018. Følgeevaluering for å avdekke eventuelle negative effekter av prosjektet pågår med innsamling av data. Det foreslås et tilskudd på 42,9 mill. kroner til prosjektet i 2016.

#### *Partikkelterapi og protonbehandling*

Helseregionene har, under ledelse av Helse Vest, utredet ulike muligheter for etablering av partikkelterapi som behandlingstilbud i Norge. Partikkelterapi vil gi grupper av kreftpasienter et bedre behandlingstilbud og styrke den pasientrettede forskningen. Behandling med protoner og annen type partikkelterapi er et alternativ til ordinær strålebehandling som gjør det mulig å gi høyere stråledoser til dyptliggende svulstvev og tilsvarende lavere doser til nærliggende normalvev. Dette reduserer både risikoen for langtidskader av behandlingen og kan gi økt helbredelse. Betydningen av å unngå langtidskader har særlig betydning for barn og unge ved at flere kan leve som normalt etter kreftsykdom og være i stand til å fullføre skole og delta i arbeidslivet. Det ble i 2015 gitt et tilskudd på 15,9 mill. kroner til videre utredninger. De regionale helseforetakene har i 2015 gjennomført en idéfaserapport om protontterapi, som er kvalitetssikret eksternt. Videre er det startet en langsiktig systematisk satsing på utbygging av kompetanse og kunnskap om slik behandling. Bevilgningen videreføres med 16,3 mill. kroner i 2016. Regjeringen vil sikre at det etableres protonbehandling i Norge. De regionale helseforetakene vil bli bedt om å gå videre med kon-

septfaseplanleggingen slik at endelig konseptvalg og innfasing kan besluttes i statsbudsjettet for 2017. Regjeringen vil foreslå et eget statlig investeringstilskudd til formålet.

#### *Kreftregisteret*

Kreftregisteret er en enhet i Oslo universitetssykehus, som har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Formålet med Kreftregisteret er å redusere kreftsykdom gjennom å etablere viten og spre kunnskap til helsearbeidere og til landets innbyggere. Dette skjer gjennom registrering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Kreftregisterforskriften. Kreftregisteret registrerer alle krefttilfeller samt en rekke forstadier til kreft i et landsdekkende register. Et mål er å sikre komplette data med høy kvalitet som kan brukes til forskning, planlegging og evaluering av helsetjenester. Kvalitetsundersøkelser har vist en kompletthet av kreftdiagnoser på 98,8 pst. Cancer in Norway publiseres årlig, og inneholder data over alle krefttyper, fordelt på bl.a. kjønn, alder og bostedsfylke. Fra og med 2014 publiserer Kreftregisteret også resultater på sykehusnivå fra de åtte nasjonale kvalitetsregistrene.

Datamengden som Kreftregisteret bearbeider og registrerer har økt over tid, både pga. økt risiko for kreft, flere som overlever og at mer klinisk informasjon per krefttilfelle registreres. Kreftregisteret har, sammen med kliniske miljøer, etablert populasjonsbaserte kvalitetsregistre for enkelte kreftformer. Disse registrene vil i tiden framover gi mer utfyllende og komplett informasjon om diagnostisk utredning, primærbehandling, sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon, -metoder og -resultat. Dette er nødvendig for å kvalitetssikre behandlingstilbudet som brukes ved norske sykehus, og kvalitetssikre at det gis et likt behandlingstilbud uansett hvor man bor i landet. Åtte kvalitetsregistre har nasjonal status. Kreftregisteret driver forskning på risikofaktorer for kreftutvikling og progresjon, registerbasert klinisk forskning og forskningsbasert kvalitetssikring av diagnostikk og behandling.

Kreftregisteret har ansvar for masseundersøkelser (screening) som har til hensikt å forebygge og redusere dødeligheten av kreftsykdom ved å oppdage forstadier til kreftceller på et tidlig stadium, hvor prognosene er gode.

For å styrke helseregisterområdet skal det videre arbeidet med nasjonal helseregisterstrategi sees i sammenheng med øvrige tiltak på e-helseområdet. Se omtale under kap. 701, post 21.

Det foreslås et tilskudd på 107,7 mill. kroner i 2016. Det vises til omtale av evaluering av Mamografiprogrammet under kap. 780 Forskning.

#### *Oppfølging av nasjonalt nødmeldingsprosjekt*

Det er etablert et program for forbedring av nødmeldetjenesten som kartlegger forbedringsområdene fra Nasjonalt nødmeldingsprosjekt. Som oppfølging av Nasjonalt nødmeldingsprosjekt har Helse- og omsorgsdepartementet satt i gang en utredning om optimal organisering av den medisinske nødmeldetjenesten. Disse utredningene vil være utgangspunkt for videre utvikling av nødmeldetjenesten. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 0,9 mill. kroner i 2016.

#### *Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati*

Det ble i 2015 gitt et tilskudd på 2 mill. kroner til nasjonal klinisk multisenterstudie av CFS/ME ledet av Helse Vest. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 2 mill. kroner i 2016. Studien er også tildelt midler fra Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene. Det ble videre gitt et tilskudd på 1 mill. kroner til tematisk biobank for CFS/ME ved Oslo universitetssykehus, Aker i 2015. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 1 mill. kroner i 2016.

#### *Transporttilbud for psykisk syke pasienter*

Det ble i 2014 gitt et tilskudd til de regionale helseforetakene for å avlaste politiet for transportoppdrag i tilknytning til psykisk ustabile personer som kan håndteres av helsetjenesten uten politiets assistanse. Tilskuddet ble videreført i 2015 med helårsvirkning på 20 mill. kroner. Det er et mål å etablere en verdig og helsefaglig god transporttjeneste, hvor politi kun bistår når det er nødvendig av sikkerhetsmessige årsaker. De regionale helseforetakene fikk i 2014 i oppdrag å iverksette prosjekter med mål om å bl.a. tydeliggjøre at helsetjenesten har hovedansvaret for transport av psykisk syke pasienter, redusere omfanget av bruk av politi i pasienttransport og forebygge unødvendige innleggelses i akuttavdeling. Alle de fire regionale helseforetakene har meldt tilbake om iverksatte prosjekter som ivaretar formålet med bevilgningen. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 20,4 mill. kroner i 2016. Prosjektene skal etter planen avsluttes i 2016.

Tilskuddet fordeler seg på følgende måte mellom de regionale helseforetakene:

- 8,2 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 4,1 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 4,1 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 4,1 mill. kroner til Helse Nord RHF

#### *Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter*

Formålet med turnustjenesten for fysioterapeuter er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. Det vises også til kap. 783, post 61 for omtale av bl.a. turnustjeneste for leger og fysioterapeuter. Hoveddelen av kostnadene for turnusleger og turnusfysioterapeuter i sykehus dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, post 72–75).

Det ansettes om lag 475 leger i turnusstillinger i sykehus hvert halvår. Om lag 310 turnusfysioterapeuter gjennomførte turnustjeneste i 2014, mens det i 2015 er om lag 320 turnuskandidater. Ved valg av turnusplass for turnusåret 2014/2015 og 2015/2016 fikk alle søkere turnusplass. Det forventes noe økning av turnusfysioterapeuter også i 2016.

Det ytes et årlig tilskudd per turnusplass på 28 200 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med. Det årlige tilskuddet kommer i tillegg til basisbevilgningen og skal kompensere for tilrettelegging, veiledning og supervisjon av turnuskandidater.

Det foreslås et tilskudd på 33,5 mill. kroner i 2016. Tilskuddet vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene i Oppdragsdokument for 2016.

#### *Omlægging av arbeidsgiveravgift*

Omlæggingen av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004 innebar fortsatt nullsats i Nord-Troms og Finnmark, mens det i øvrige soner skulle brukes høyeste sats (14,1 pst.). Samtidig ble det innført en kompensasjonsordning for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift. Fra 2007 ble differensiert arbeidsgiveravgift gjeninnført i Nord-Norge og i mange enkeltkommuner i landet for øvrig. Kompensasjonen til de regionale helseforetakene ble derfor redusert fra 2007. Endringer i arbeidsgiveravgiften fra 1. juli 2014 er ikke hensyntatt i kompensasjonsbeløpet. Kompensasjonen foreslås videreført i 2016 med 160,9 mill. kroner, med følgende fordeling:

- 23,7 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF

- 27,8 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 28,3 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 81 mill. kroner til Helse Nord RHF

#### *Økt rekruttering av blodgivere*

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner til kap. 781, post 79 knyttet til økt rekruttering av blodgivere. Det vises til omtale der.

#### *Beredskapslager for legemidler*

Det foreslås å flytte 5,1 mill. kroner til kap. 732, post 72–75. De regionale helseforetakene har ansvaret for forsyning av legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser og katastrofer. Tilskuddet fordeles mellom de regionale helseforetakene, og midlene foreslås derfor flyttet til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger.

#### *Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin*

Det foreslås å flytte 35,9 mill. kroner fra kap. 732, post 78 knyttet til Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin (NST). Senteret videreføres som et forskningssenter underlagt Helse Nord. Det vises til omtale under post 78.

#### *Skadelig bruk av doping*

I 2015 fikk Helse Sør-Øst 4,2 mill. kroner til å styrke kunnskapen om behandling av personer med skadelig bruk av doping. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 4,3 mill. kroner i 2016.

#### *Narkolepsi hos barn*

Det er behov for å sikre god oppfølging av barn og unge som blir identifisert med narkolepsi som mulig følge av influensavaksinen Pandemrix. Det er etablert et prosjekt ved Oslo universitetssykehus for å utvikle tjenestetilbudet til barn og unge med narkolepsi med flere konkrete tiltak for familier og kurs for helseinstitusjoner og skoler. Det er utarbeidet en retningslinje for utredning og behandling av barn og unge med narkolepsi for målgruppen fastleger og barnehager. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 3,3 mill. kroner i 2016.

#### *Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling*

I Helse Sør-Øst er det opprettet en koordineringsenhet for dom til behandling. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 1,6 mill. kroner i 2016.



### Sykestuefinansiering

Det foreslås å videreføre tilskuddet til sykestuene i Finnmark med 9,3 mill. kroner i 2016. Kravene til registrering og rapportering av pasientbehandlingen til Norsk pasientregister videreføres i 2016. Det er behov for desentraliserte spesialisthelsetjenester ved sykestuene i Finnmark.

### Nødnett

Det er bevilget 225 mill. kroner i årene 2013–2015 for å dekke midlertidige kostnader spesialisthelsetjenesten har ved innføring av nødnett i kommunene. Det er ikke videreført særskilte midler til å dekke disse kostnadene i 2016. Kostnadene knyttet til dette arbeidet må dekkes innenfor den ordinære bevilgningen til de regionale helseforetakene. Det er ifølge reviderte planer lagt opp til at de siste enhetene i helsesektoren vil få nødnett i løpet av 2016. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO) står for mye av det praktiske arbeidet ved innføringen i sykehusene og i kommunehelsetjenesten, og er også ansvarlig for driften for både den statlige og kommunale helsetjenesten. Kommunene betaler for de driftstjenester HDO yter, og en betalingsordning for dette er under innføring. Det vises for øvrig til omtale av organisering og status i prosjektet under kap. 781, post 21.

### Post 71 Kvalitetsbasert finansiering

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene. Det foreslås bevilget 520,5 mill. kroner i 2016. Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer. Det foretas en helhetlig evaluering av ordningen etter tre år. Evaluering pågår nå i regi av Helsedirektoratet.

Forsøksordningen bruker indikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. De fleste indikatorene (32 i alt) oppdateres årlig eller oftere. En bred tilnærming gjør ordningen mer robust og reduserer risiko for uønskede tilpasninger. Forsøksordningen inkluderer både resultatindikatorer, prosessindikatorer og brukererfaringsindikatorer. Resultatindikatorer (i hovedsak femårs- og 30 dagers overlevelsesheter) gir mest direkte uttrykk for effekten av behandlingen på pasientens helse. Det er viktig å fange opp brukererfaringer i en kvalitetsbasert modell. Ved også å inkludere prosessindikatorer, som beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløpet (f.eks. andel korridorpatienter, epikriser innen 7 dager og strykninger fra planlagt operasjonsprogram), vil ordningen stimulere til atferdsendringer som kan måles på kort sikt. Høy måloppnåelse på disse indikatorene vil for mange pasienter oppleves som behandling av god kvalitet. I 2016 er antall indikatorer redusert fra 33 til 32.

Indikatorene innenfor psykisk helsevern og rus (fire i alt) bidrar til å balansere oppmerksomheten rundt kvalitet mellom de ulike fagområdene. Det brukes ulike typer prestasjonsmål, dvs. både absolutte og relative prestasjonsmål. Ved å kombinere ulike typer prestasjonsmål blir fordelingen av den økonomiske rammen mellom helseregionene mindre følsom for utvikling i enkeltindikatorer. Data for de fleste indikatorene foreligger på sykehusnivå. Dette innebærer at helseregionene kan identifisere sykehusene som bidrar til å heve eller senke inntektene til helseregionene. Fordelingen av tilskuddet mellom de regionale helseforetakene vil bli oppdatert i hvert års statsbudsjett. Fordelingen for 2016 følger av tabell 4.1. Ved å sammenlikne tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering med fordelingen av basisbevilgningen, kan en se hvilke helseregioner som gjør det godt eller dårlig.

Tabell 4.1 Fordeling av tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering (mill. kr)

	Fordeling 2016	Fordeling 2015	Endring fra 2015 til 2016	Endring fra 2015 til 2016 i pst.	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst	245,3	252,8	-7,5	-3,0 %	-34,6
Helse Vest	97,3	104,6	-7,3	-7,0 %	-1,5
Helse Midt-Norge	104,7	80,7	24,0	29,7 %	30,0
Helse Nord	73,2	71,2	2,0	2,8 %	6,2
Sum	520,5	509,3	11,2	2,2 %	0,0

Helse Sør-Øst og Helse Vest taper om lag 35 mill. kroner og om lag 2 mill. kroner. Helse Midt-Norge og Helse Nord vinner om lag 30 mill. kroner og om lag 6 mill. kroner. Den største endringen fra 2015 til 2016 er i fordelingen av forbedringspoeng. Dette gjør at midler omforderes mellom de andre helseregionene og Helse Midt-Norge. Hovedårsaken til at Helse Midt-Norge har gjort det så bra er at dette regionale helseforetaket har de har mest fornøyde pasientene slik dette er målt i brukererfaringsundersøkelsene i regi av Kunnskapscentret.

### **Post 72–75 Basisbevilgning til regionale helseforetak**

Basisbevilgning fra staten til de regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Det ble innført et nytt inntektssystem i 2009 som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Inntektssystemet er bygd opp av såkalte behovs- og kostnadsindekser, slik det er i inntektsutjevningen i kommunesektoren. Nedenfor følger forslag med bevilgningsmessige konsekvenser for basisbevilgningene samt oppdatering av inntektssystemet i 2016.

#### *Aktivitetsvekst på 2,5 pst.*

For mange pasienter venter unødvendig lenge på behandling – ofte selv om ledig kapasitet finnes. Regjeringen starter i 2015 innføringen av fritt behandlingsvalg reformen i spesialisthelsetjenesten. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Samtidig har offentlige sykehus fått økt frihet til å utnytte sitt økonomiske handlingsrom til å behandle flere pasienter.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2016 med 2 884 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2015. Med dette legges det til rette for å videreføre antatt høyere aktivitet i sykehusene i 2015 enn forutsatt, svarende til om lag 800 mill. kroner, og øke pasientbehandlingen ytterligere med 2,5 pst. Dette er en høy budsjettert aktivitetsvekst sammenliknet med tidligere år. Bruk av retten til fritt behandlingsvalg antas å utgjøre 0,3 prosentenheter av den budsjetterte aktivitetsveksten. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,7 pst., samtidig som det gis dekning for antatt økte pensjonskostnader med 1 950 mill. kroner fra 2015 til 2016.

I bevilgningsforslaget på 2 884 mill. kroner er det gjort fratrekk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, underregulering av laboratorie- og røntgentakster og utfasing av midlertidig tilskudd til innføring av nødnett, jf. omtale nedenfor.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen utgjør for de regionale helseforetakene 668 mill. kroner i 2016. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Reformen innpasses på samme måte for regionale helseforetak som i 2015, og regjeringen foreslår å tilføre 500 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene for å gi rom for 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 2016. Reformen innebærer at bevilgningene til helseforetakene reduseres med netto om lag 168 mill. kroner.

Midlertidig tilskudd til innføring av nødnett på 57 mill. kroner er ikke videreført i budsjettforslaget for 2016, selv om det vil påløpe innføringskostnader også dette året.

Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester underregulert noe i forhold til antatt pris- og kostnadsvekst, svarende til om lag 21 mill. kroner for de offentlige og 9 mill. kroner for de private.

Sykehusene skal fra neste år overta ansvaret for overgrepsmottak. Ny spesialistutdanning og ny spesialiststruktur for leger vil innebære en økt kostnad for helseforetakene. Erstatningsutbetalinger i pasientskadeordningen vil øke fra 2016 som følge av endret kapitaliseringsrente. Videre foreslås det å øke den lave satsen for merverdiavgift fra 8 til 10 pst., som medfører økte transportkostnader for de regionale helseforetakene. Disse elementene, som til sammen utgjør om lag 265 mill. kroner, forutsettes håndtert innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen på 2 884 mill. kroner.

I saldert budsjett for 2015 ble det lagt til grunn en lønnsvekst i helseforetakene på 3,3 pst. fra 2014 til 2015. Lønnsveksten i helseforetakene anslås nå til 2,7 pst. i 2015, som gir en innsparing for helseforetakene med om lag 500 mill. kroner.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 2 884 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på 2,5 pst. Kostnadene per prosentenhet

vekst i pasientbehandling er anslått til om lag 920 mill. kroner. I dette beløpet er bevilgninger til dekning av pensjoner holdt utenfor. Det vises til omtale ovenfor der det framkommer at det samlet foreslås bevilget 1 950 mill. kroner til å dekke anslått økte pensjonskostnader fra 2015 til 2016.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2015, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2015. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2016.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,8 pst. fra 2015 til 2016. Det er budsjettert med en vekst på 9 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi.

Innenfor den foreslåtte styrkingen på 2884 mill. kroner, foreslås det å dekke tilskudd til nye nasjonale behandlingstjenester. På bakgrunn av søknader fra Helse Sør-Øst med en positiv faglig anbefaling fra Helsedirektoratet og ved kostnadsnyttevurderinger foreslås det å etablere følgende tre nasjonale behandlingstjenester i Helse Sør-Øst med et tilskudd på 5,1 mill. kroner:

- Nasjonal behandlingstjeneste for assistert befruktning ved potensielt blodsmitte
- Nasjonal behandlingstjeneste for hjertesyke gravide
- Nasjonal behandlingstjeneste for medfødte deformiteter i underekstremiteter hos barn

Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2016 med 1 329,5 mill. kroner med følgende fordeling:

- 715,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 252,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 190,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 171,2 mill. kroner til kap. 732, post 75

For å understøtte en vridning fra døgnbehandling til poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern, foreslås det å flytte til sammen 50 mill. kroner fra basisbevilgningene til kap. 732, post 77, med følgende fordeling:

- 26,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72

- 9,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 7,2 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 6,4 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *Fritt behandlingsvalg*

Fritt behandlingsvalg 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. For det første får pasientene rett til selv å kunne velge hvor han eller hun vil behandles blant godkjente virksomheter – på det offentliges regning. Private som tilfredsstillende leverer kravene kan innen definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris. For det andre skal de regionale helseforetakene kjøpe mer fra private gjennom anbud. Det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skal også i framtiden være gjennom anbud. For det tredje får de offentlige sykehusene større frihet. Det aller meste av pasientbehandlingen vil også i framtiden finne sted i de offentlige sykehusene. Det er her de største gevinstene av fritt behandlingsvalgformen i form av reduserte ventetider må realiseres. Reformen skal mobilisere ledig kapasitet uansett om den er i private eller offentlige sykehus. De offentlige sykehusene må få muligheten til å møte konkurransen som følger av fritt behandlingsvalg. Fram til og med 2014 fastsatte staten et tak for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle. Dette er nå fjernet. Offentlige sykehus kan fra 1. januar 2015 behandle flere pasienter enn budsjettert så lenge de kan finansiere dette gjennom innsatsstyrt finansiering.

Gjennom fritt behandlingsvalg får pasienter som ikke er tilfreds med tilgjengeligheten til de offentlige sykehusene en utvidet rett til å bli behandlet hos godkjente private virksomheter. Departementet understreket samtidig i Prop. 56 L (2014–2015) at det primære virkemiddelet for å bruke ledig kapasitet hos private fortsatt skal være gjennom anbud. Konkurransen gjennom anbud bidrar til kostnadseffektivitet, samtidig som det kan legges vekt på kvalitet og samhandling i tillegg til pris. Det var bred tilslutning i høringen av lovforslaget om fritt behandlingsvalg til dette budskapet.

På oppdrag fra departementet, og som del av fritt behandlingsvalgformen, utarbeidet de regionale helseforetakene i 2014 nye strategier for økt bruk av private gjennom anskaffelser. Strategiene skal bidra til å oppfylle målene for fritt behandlingsvalgformen – å mobilisere kapasitet i privat

sektor for å redusere unødvendig venting for pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Strategiene skal bidra til at det ytes trygge og nære helsetjenester til befolkningen i den enkelte region uavhengig av om tjenesten ytes av offentlige eller private aktører. Departementet har i foretaksmøter i 2015 bedt de regionale helseforetakene om å øke omfanget av anskaffelser fra private leverandører innen somatikk innenfor rammen av vedtatte strategier. Styringssignalet ble ytterligere forsterket i revidert oppdragsdokument 2015.

Ny forskrift om godkjenningsordning for fritt behandlingsvalg har vært på offentlig høring sommeren 2015. Forskriften beskriver hvilke krav som skal stilles til private som ønsker å levere helsetjenester mot betaling fra staten. Forslaget beskriver også hvilke helsetjenester som er tenkt inkludert ved oppstart og hvordan prisene skal fastsettes. Godkjenningsordningen vil fra oppstart omfatte døgnbehandling innenfor rusbehandling og psykisk helsevern. I tillegg vil enkelte tjenester innenfor somatikk bli inkludert. Etter hvert vil ordningen utvides å omfatte flere tjenester. På Helsenorge-portalen vil pasientene finne informasjon om hvilke institusjoner og tjenester de kan velge mellom. Det tas sikte på iverksettelse av forskriften i fjerde kvartal 2015.

Utgiftene i 2016 er anslått til 400 mill. kroner. Utgiftene til pasientbehandling i 2015 som omfattes av fritt behandlingsvalg ble i Prop. 1 S (2014–2015) anslått til 150 mill. kroner, gitt at ordningen ble iverksatt 1. juli 2015. For 2016 foreslås det en økning fra 150 til 300 mill. kroner, jf. helårseffekt av bevilgningen for 2015. Det foreslås videre en økning innenfor somatikk fra 100 til 200 mill. kroner i 2016. Det er knyttet usikkerhet til anslagene. Budsjettmessige konsekvenser av å innføre fritt behandlingsvalg vil framgå av de årlige budsjettforslagene.

#### *Pensjon*

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 18 650 mill. kroner. Dette er 1 950 mill. kroner høyere enn bevilgningsnivået for 2015, vedtatt gjennom behandling av Prop. 1 S (2014–2015). Økningen foreslås fordelt på følgende måte:

- 1 048,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 370,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 279,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 251,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### *Narkotikaprogram med domstolskontroll*

Narkotikaprogram med domstolskontroll vil etableres som et nasjonalt tiltak. Det foreslås 5 mill. kroner til de regionale helseforetakene som følge av dette. Midlene fordeler seg på følgende måte mellom basisbevilgningene:

- 2,7 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det vises til omtale også under kap. 762, post 61 og Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

#### *Innsatsstyrt finansiering og helsepersonell*

Det foreslås å flytte til sammen 172,1 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger knyttet til at polikliniske konsultasjoner utført av flere helsepersonellgrupper inkluderes i ISF innenfor gitte fagområder. Av beløpet på 172,1 mill. kroner foreslås det å flytte 109,1 mill. kroner til kap. 732, post 76 og 63 mill. kroner til kap. 2752, post 70. Fordelingen mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger er som følger:

- 92,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 32,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 24,8 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 22,1 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 76 og kap. 2752, post 70.

#### *Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene*

Sykehusene har ansvar for utgifter til legemidler brukt i forbindelse med sykehusopphold og poliklinisk behandling. Folketrygden dekker i hovedsak legemidler som pasienten selv kan ta hjemme. Finansieringsansvaret for en gruppe kostbare legemidler for behandling av revmatiske lidelser ble overført fra folketrygden til sykehusene i 2006, mens enkelte MS-legemidler ble overført på tilsvarende måte i 2008. I 2014 ble videre finansieringsansvaret for enkelte kreftlegemidler overført til sykehusene. Følgende prinsipper begrunnet overføringene:

- Mulighet for forbruksvridning: ulike finansieringsordninger kan føre til at legemiddelvalg baserer seg på økonomiske og ikke medisinske hensyn.
- Riktigere prioritering: sykehuslegene har ofte de beste forutsetningene for å foreta en riktig

prioritering av hva slags behandling pasientene skal få innenfor sitt ansvarsområde.

- Manglende priskonkurranse: Det er mulig å oppnå priskonkurranse mellom medisinsk likeverdige legemidler gjennom f.eks. anbud i sykehusene.

Det er krevende å finne entydige kriterier for fordeling av finansieringsansvaret for legemidler mellom folketrygden og de regionale helseforetakene. Medisinsk teknologi og behandling er i stadig endring. Dette medfører at det ofte oppstår gråsoner når det gjelder hvor ansvaret bør plasseres, og at grensene for hvor ansvaret bør plasseres kan endres over tid. Ett utviklingstrekk innenfor legemiddelområdet er at det kommer stadig flere dyre legemidler for spesialistbehandling.

Som det går fram av Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen, åpner regjeringen for overføring av finansieringsansvaret for enkeltlegemidler eller grupper av legemidler selv om ikke alle tre kriterier nevnt ovenfor gjør seg gjeldende. Det foreslås at de regionale helseforetakene får finansieringsansvaret for følgende legemiddelgrupper:

- Veksthormoner
- Blodkoagulasjonsfaktorer
- Immunstimulerende legemidler
- Anemilegemidler
- Nye legemidler til behandling av hepatitt C

I tillegg foreslås det at de regionale helseforetakene skal ha finansieringsansvar for alle legemidler til bruk ved våt makuladegenerasjon.

Innenfor disse sykdomsområdene initieres, evalueres og avsluttes pasientenes legemiddelbehandling i overveiende grad av leger i spesialisthelsetjenesten. Videre er det flere legemidler innenfor disse terapiområdene som kan erstatte hverandre i bruk, slik at det er mulig å dra nytte av priskonkurranse. En overføring av finansieringsansvaret til sykehus vil derfor gjøre det mulig å oppnå rabatter gjennom anbudsprosesser, noe som ikke kan oppnås med dagens folketrygdfinansiering.

Legemidlene som foreslås overført er kostbare, men med relativt få brukere. Ved overføring vil de bli en del av H-reseptordningen. De regionale helseforetakene inngår avtaler om hvem som har lov til å forskrive H-recepter på deres regning.

Statens legemiddelverk har mottatt søknad om forhåndsgodkjent refusjon for ranibizumab (Lucentis) og aflibercept (Eylea) til behandling av våt AMD (våt makuladegenerasjon; en øyesyk-

dom som fører til tap av synsevne). Disse pasientene har allerede et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, der også de aktuelle legemidlene benyttes. Det foreslås derfor at finansieringsansvaret for disse legemidlene fortsatt skal ligge i sykehusene.

Det foreslås å flytte 1169 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2016, fra kap. 2751, post 70 til kap. 732, postene 72–75 med følgende fordeling:

- 628,7 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 221,9 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 167,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 150,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det vises til omtale under kap. 2751, post 70.

#### *Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket*

Det foreslås at de regionale helseforetakene fra og med 2016 dekker utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket og som ikke er trygdet etter folketrygdeloven eller stønadsberettiget i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter). De regionale helseforetakene skal videre dekke utgifter til gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket. Utgiftene har dels vært dekket over kap. 734, post 70 gjennom søknad om refusjon, og dels over helseforetakenes egne rammer. De regionale helseforetakenes basisbevilgninger styrkes med til sammen 12,2 mill. kroner som følge av forslaget med følgende fordeling:

- 6,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 2,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

Øvrige utgifter som tidligere har vært dekket over kap. 734, post 70 i tråd med formålet på posten, skal fortsatt dekkes der. Det vises til omtale under kap. 734, post 70.

#### *Samhandlingsreformen*

##### *Utskrivningsklare pasienter*

Tall for utskrivningsklare pasienter for hele 2014 viser at ordningen fungerer etter intensjonen. Kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter raskere, noe som frigjør kapasitet i sykehusene. I 2015 er betalingsssatsen 4 387 kroner. Satsen for 2016 prisjusteres til 4 505 kroner.

### *Øyeblikkelig hjelp og døgnopphold*

Iht. ny helse- og omsorgstjenestelov vil kommunene fra 1. januar 2016 få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Dette medfører at øremerkede midler over de regionale helseforetakenes basisbevilgninger innlemmes i kommunenes frie inntekster fra 1. januar 2016, jf. også omtale i Prop. 121 S (2014–2015). Det foreslås å flytte 603,3 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60. Fordelingen blir som følger:

- 324,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 114,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 86,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 77,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Det vises til omtale under kap. 762, post 62.

### *Forskning*

Kravet om at minst 15 mill. kroner av basisbevilgningen skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, foreslås videreført i 2016.

### *Egenandeler*

Egenandelene for lege- og psykologtjenester, poliklinisk helsehjelp, lab/røntgen, opphold ved oppføringsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser foreslås økt med 8 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser, opphold ved oppføringsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Egenandelen for pasientreiser foreslås økt fra 135 kroner til 146 kroner per enkeltreise, fra 270 kroner til 292 kroner tur/retur. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 4 pst. for året under ett.

### *Omlegging av finansieringsordningen for nukleærmedisin*

Nukleærmedisinske undersøkelser inngår i den polikliniske finansieringsordningen for radiologi. Det er like, men separat fastsatte regelverk for offentlige poliklinikker (laboratorier) og private laboratorier og røntgeninstitutter. Tjenesteytingen foregår imidlertid kun ved de offentlige laboratoriene.

I dag består refusjon for slike undersøkelser av to deler. Fast refusjon for selve prosedyren og

refusjon etter regning for radiofarmakum (det radioaktive sporstoffet som anvendes). Det foreslås at finansieringssystemet legges om fra 1. januar 2016 slik at dagens refusjon etter regning erstattes med forutbestemte satser, etter gjeldende sats for aktivitetsbasert tilskudd (40 pst.). Dette innebærer flytting av midler av radiofarmakostnadene (tilsvarende 60 pst.) fra kap. 732, post 77 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger, til sammen 51,7 mill. kroner. Endringene vil både forenkle Helfos arbeid med oppgjørene og bidra til bedre kostnadskontroll. Fordelingen mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger er som følger:

- 33 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 7,6 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 6,5 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 4,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

### *Redusert apotekavanse*

De regionale helseforetakenes utgifter reduseres med 10 mill. kroner som følge av lavere apotekavanse. Det vises til omtale under kap. 2751, post 50. Fordelingen blir som følger:

- 5,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 2 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 1,4 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 1,2 mill. kroner fra kap. 732, post 75

### *Beredskapslager for legemidler*

Det foreslås å flytte 5,1 mill. kroner fra kap. 732, post 70 knyttet til beredskapslager for legemidler. Det vises til omtale der. Fordelingen mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger blir som følger:

- 2,7 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

### *Bibliotek tjenester ved Helse Stavanger*

Helse Stavanger har i dag et bibliotek som skal overdras til Universitetet i Stavanger. Bakgrunnen er at det har skjedd en stor utvikling innenfor bibliotek tjenester de siste årene, spesielt innenfor teknologiske løsninger. Videre kan de tilsatte ved biblioteket ved en overdragelse bli del av et større fagfellesskap. Det foreslås å flytte 4,6 mill. kroner fra Helse Vest sin basisbevilgning til Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 260, post 50.

*Helsenett for psykologer*

I inntektsforhandlingene mellom staten, de regionale helseforetakene og Norsk Psykologforening våren 2015 ble det avtalt at psykologspesialister med driftsavtale med regionale helseforetak fra 1. januar 2016 skal være tilkoblet Norsk Helsenett. Psykologenes økte kostnader vil bli delvis kompensert gjennom en økning av driftstilskuddet. På denne bakgrunn økes bevilgningen med totalt 6,6 mill. kroner, med følgende fordeling:

- 3,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,9 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

*Leiekostnader rettsmedisin*

Det foreslås å flytte 20,5 mill. kroner til kap. 710, post 01. Stortinget besluttet ved behandling av Prop. 74 S (2010–2011) at Rettsmedisinsk institutt skulle overføres fra Universitetet i Oslo til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. juni 2011. Virksomheten er lokalisert i lokalene til Oslo universitetssykehus på Rikshospitalet. Leiekostnadene har vært dekket over basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, men skal i det videre dekkes av Folkehelseinstituttet. Det vises til omtale i Prop. 119 S (2014–2015). Fordelingen mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger blir som følger:

- 11,1 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 3,9 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 2,9 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 2,6 mill. kroner fra kap. 732, post 75

*Inntektssystemet for regionale helseforetak*

Magnussenutvalgets forslag til ny fordeling av basisbevilgningene til regionale helseforetak (NOU 2008: 2) ble innført i 2009 til 2010. Systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene er bygd opp av behovs- og kostnadsindekser, slik det også er i inntektsutjevningen i kommunesektoren. De ulike behovs- og kostnadsindeksene samles i en ressursbehovsindeks som beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionalt helseforetak relativt til landsgjennomsnittet. Ressursbehovsindeksen endres hvert år som følge av oppdatering av nye befolkningskriterier, sosiale kriterier og kostnadsandeler. Ressursbehovsindeksen er påvirket av kostnadsandelene til somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og prehospitaltjenester. Departementet har oppdatert modellen med siste tilgjengelige statistikk for befolkning, alder, ulike sosiale kriterier og kostnadsandeler. Oppdateringene fører til en ny ressursbehovsindeks, andel befolkning og en fordelingsnøkkel er region for 2016 som vist i tabell 4.2.

Tabell 4.2 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2015 og 2016

	Ressursbehovsindeks		Andel befolkning per		Fordelingsnøkkel <sup>1</sup>	
	2015	2016	1.1.2014	1.1.2015	2015	2016
Helse Sør-Øst	97,1	97,1	0,5587	0,5592	0,5422	0,5427
Helse Vest	90,9	90,9	0,2102	0,2104	0,1910	0,1911
Helse Midt-Norge	104,2	104,4	0,1376	0,1373	0,1433	0,1434
Helse Nord	131,9	131,9	0,0936	0,0931	0,1234	0,1228
Norge	100,0	100,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

<sup>1</sup> Fordelingsnøkkel for inntektsgrunnlaget til regionale helseforetak. I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Endringer i fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene i 2016 skjer som følge av oppdatering av de ulike kriterieverdiene. Oppgaveendringer fra 2015 til 2016 vil også påvirke for-

delingen. Tabell 4.3 viser de samlede endringene i 2016 etter pris- og lønnsjustering og oppgaveendring for 2016. Effekten av kapital og gjestepasientoppgjør er innarbeidet.

Tabell 4.3 Endring i basisbevilgning i 2016 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør (mill. kroner (og andel av basisbevilgning))

Helse Sør-Øst	26 (0,0 %)
Helse Vest	18 (0,1 %)
Helse Midt-Norge	12 (0,1 %)
Helse Nord	-57 (-0,4 %)
Sum	0 (0,0 %)

#### **Post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2014 og status 2015 vises det til del III, kap. 7 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 54 086,7 mill. kroner.

#### **Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2014 og status 2015 vises det til del III, kap. 7 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 19 091,7 mill. kroner.

#### **Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2014 og status 2015 vises det til del III, kap. 7 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 14 435,6 mill. kroner.

#### **Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2014 og status 2015 vises det til

del III, kap. 7 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 12 881,2 mill. kroner.

#### **Post 76 Innsatsstyrt finansiering**

Det foreslås å flytte 109,1 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 knyttet til utvidelse av innsatsstyrt finansiering og helsepersonell.

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er derfor rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange, og hva slags, pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Høyere aktivitet enn forutsatt blir bare kompensert gjennom innsatsstyrt finansiering. Refusjonene er i gjennomsnitt bare ment å dekke deler av kostnadene ved økt aktivitet. Resten må dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem. Prioriteringene skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter (bl.a. prioriteringsforskriften) angir. Basisbevilgningen skal brukes til å understøtte ønsket prioritering. Utbetalingene gjennom innsatsstyrt finansiering skal avspeile reell behandlingsaktivitet. Finansieringsmodellen for regionale helseforetak innebærer at helseregionene fordeler basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering til det enkelte helseforetak. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. De regionale helseforetakene skal sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og



ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

#### *Nærmere om finansieringsordningen*

ISF-ordningen omfatter somatisk pasientbehandling, både innleggelser og poliklinisk utredning og behandling. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen dekker 50 pst. av enhetsprisen. De øvrige kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, post 72–75.

Prisen som de regionale helseforetakene betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger eller anbud på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til ISF-refusjonen. ISF bygger på DRG-systemet (se boks 4.1). Innenfor hver enkelt pasientgruppe (DRG) kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Årlige endringer

skal sikre at finansieringsordningen i størst mulig grad avspeiler medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig, og det vil ikke være mulig å være a jour til enhver tid. Helseledelsen har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering.

Regelverket for ISF beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. Helseledelsen publiserer regelverket og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

#### **Boks 4.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)**

DRG er et system for å klassifisere sykehusaktivitet i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Det er i alt om lag 860 diagnoserelaterte grupper. Målsettingen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasienter medisinsk og ressursmessig. Inndelingen i grupper bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 8 000 prosedyre- eller tiltakskoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt DRG har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten. Mens gjennomsnittsbehandlingen som gir DRG-poeng har en kostnadsvekt på om lag 0,2, vil de mest ressurskrevende behandlingene ha en kostnadsvekt på om lag 36. Dette gjelder stamcelletransplantasjoner. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er m.a.o. beregnet til å være om lag 180 ganger høyere enn for gjennomsnittspasienten. I 2014 ble det gjennomført 6,7 mill. behandlinger

fordelt på 1,3 mill. døgn- og dagbehandlingene og 5,4 mill. polikliniske konsultasjoner. I overkant av 1,8 mill. pasienter hadde minst en kontakt med somatiske sykehus i 2014. Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall behandlinger
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (50 pst. av enhetsprisen)

Aktivitetutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke som følge av at pasientbehandlingen er blitt mer ressurskrevende, men også at det har skjedd endringer i registreringspraksis. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke det medføre økte kostnader for sykehusene og derfor skal det heller ikke utbetales ISF-refusjon for dette. Sykehusene ville i så fall fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for reelt sett samme aktivitet. Dette er i strid med intensjonen i ISF-ordningen. Endringer i registreringspraksis håndteres gjennom underregulering av enhetsprisen.

### ISF og KPP

Kostnad per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for beregning av kostnader på pasientnivå. KPP er et viktig verktøy for å analysere medisinsk praksis og kvalitet, for styring på ulike nivåer i helsetjenesten, og for sammenlikning mellom ulike organisatoriske enheter. En undersøkelse om effektivitet i sykehus som ble publisert av Riksrevisjonen høsten 2013 pekte på at KPP kan bidra til mer effektiv drift. Det mest effektive helseforetaket i undersøkelsen bruker KPP aktivt i virksomhetsstyringen. Undersøkelsen finner flere eksempler på at et slikt verktøy har bidratt til å effektivisere driften ved sykehuset gjennom identifisere mangelfulle rutiner og uheldige avgjørelser som påfører sykehuset unødvendige kostnader. Denne type data vil ha stor verdi i utviklingen av pakkeforløp. KPP kan også brukes i forvaltningen av ISF. KPP har størst verdi når kostnadene fordeles til den enkelte pasient basert på en felles nasjonal spesifisering eller standard. Helsedirektoratets publisering av en felles nasjonal modell for kostnader på pasientnivå i 2012 basert på pilotering ved et utvalg helseforetak, er et viktig grunnlag for etablering av KPP i helseforetakene.

KPP vil i hovedsak ta utgangspunkt i data som allerede finnes i sykehusene som settes sammen på en ny måte gjennom rutinemessig bruk av dataverktøy. KPP forutsetter en teknisk løsning for uttrekk, bearbeiding og kobling av grunnlagsdata fra det pasientadministrative systemet, fra forskjellige fagsystem og det ordinære driftsregnskapet. Slik automatisert informasjon vil kunne erstatte informasjon som sykehusene i dag sammenstiller manuelt i kostnadsvektarbeidet i ISF. Krav om etablering av KPP skal bidra til at sykehusene får bedre kunnskap om egen virksomhet slik at de står bedre rustet til å møte økt konkurranse fra private gjennom bl.a. fritt behandlingsvalg.

Helse- og omsorgsdepartementet ba de regionale helseforetakene i foretaksmøtene i januar 2015 om å utarbeide regionale planer for implementering av KPP-modeller i alle helseforetak. Målsettingen er at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy for alle helseforetak innen 1. januar 2017.

### Innsatsstyrt finansiering og helsepersonell

Flere personellgrupper i spesialisthelsetjenesten foretar polikliniske undersøkelser og behandlinger, enten på selvstendig grunnlag eller i samarbeid med en ansvarlig lege. Den polikliniske finan-

sieringen var tidligere i stor grad knyttet til kontakter med lege som utførende helsepersonell. Fra 2009 er flere spesialisthelsetjenester som utføres av andre enn leger inkludert i grunnlaget for ISF-refusjon og egenandel.

I 2015 ble det tydeliggjort i poliklinikkforskriften at det kan kreves egenandeler og refusjonstakster for poliklinisk rusbehandling og psykisk helsevern med sosialfaglig personell som utførende helsepersonell. Helsedirektoratet fikk i 2014 i oppdrag å gjennomgå dagens regelverk for somatisk virksomhet og vurdere om det kan være behov for å foreslå ytterligere endringer. Helsedirektoratet tilrår at polikliniske konsultasjoner utført av flere helsepersonellgrupper inkluderes i ISF innenfor gitte fagområder.

Det foreslås på denne bakgrunn å inkludere tre nye helsepersonellgrupper fra 2016 innenfor gitte fagområder:

- Fysioterapeuter innenfor fagområdet nevrologi, hjerte- og karsystemet og muskel- skjelett og bindevevssykdommer
- Ergoterapeuter innenfor fagområdet nevrologi og muskel-, skjelett og bindevevssykdommer
- Klinisk ernæringsfysiologer innenfor fagområdet fordøyelsessykdommer, sykdommer i lever- galleveier og bukspyttkjertel og indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer, men ikke polikliniske konsultasjoner vedrørende fedme og overvekt

I tillegg foreslås det en utvidelse for audiografer innenfor fagområdet øre-, nese- og halssykdommer og sykdommer hos nyfødte i perinatalperioden.

Helse- og omsorgsdepartementet vil sende på høring forslag om å endre poliklinikkforskriften slik at denne aktiviteten også kan inngå i grunnlaget for ordinær egenandel, med sikte på iverksettelse fra 1. januar 2016.

Forslaget innebærer at aktivitet som i dag finansieres over basisbevilgningen, inkluderes i ISF og grunnlaget for ordinær egenandel. På usikkert grunnlag anslås det at ISF-inntektene vil øke med 99,1 mill. kroner og egenandelsinntektene med 85,2 mill. kroner, til sammen 184,3 mill. kroner. Av de økte egenandelsinntektene vil 63 mill. kroner bli refundert av staten gjennom takordningen og 22,2 mill. kroner bli betalt av pasientene. En budsjett-nøytral endring vil dermed kunne gjennomføres ved at de økte utgiftene for staten på 162,1 mill. kroner finansieres ved en tilsvarende reduksjon i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. For å kompensere for eventuell økt aktivitet som følge av endringene foreslås det videre å flytte ytterligere 10 mill. kroner til kap. 732, post 76 til ev.

økte ISF-utbetalinger, til sammen 109,1 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75 og kap. 2752, post 70.

#### Resultat 2014

I saldert budsjett 2014 ble det lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,6 pst. i sykehusene fra 2013 til 2014 basert på aktivitet per første tertial 2013. Til fradrag fra dette kommer økt pasientbehandling som følge av opprettelse av nye døgntilbud i kommunene, anslått til 0,8 pst. Endelig aktivitet i 2013 ble om lag 0,8 pst. lavere enn lagt til grunn i saldert budsjett. Dette innebærer at saldert budsjett 2014 la til rette for en aktivitetsvekst i sykehusene på 1,6 pst. fra faktisk nivå 2013. Faktisk aktivitet i 2014 viser en vekst i sykehusene på 2,1 pst. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2014 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2015, inkludert eventuelle justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget. Eventuelle mer- eller mindreutbetalinger i 2014 vil på vanlig måte bli motregnet mot a-kontoutbetalingene til de regionale helseforetakene for 2015.

#### Status 2015

Saldert budsjett for 2015 legger til rette for et aktivitetsnivå i 2015 som ligger om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2014 basert på aktivitet per første tertial 2014. Vekstanslaget inkluderer midler til fritt behandlingsvalg. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Endelige tall for 2014 viser at aktivitetsveksten i sykehusene i 2014 ble 0,5 pst. høyere enn lagt til grunn i første tertial. Saldert budsjett 2015 gir dermed rom for en aktivitetsvekst i sykehusene på 0,3 pst. fra 2014 til 2015.

Prognose for 2015 basert på aktivitetstall for første tertial, indikerer en aktivitetsvekst på 2,5 pst. fra 2014 til 2015, eller 2,2 pst. høyere enn lagt til grunn i saldert budsjett 2015. Dette tilsvarer om lag 645 mill. kroner. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til bevilgningsmessige konsekvenser for budsjett 2015 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2015.

#### Mål 2016

For 2016 foreslås det bevilget 31 658 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til

rette for et aktivitetsnivå i 2016 som ligger om lag 1,8 pst. over anslått nivå for 2015 basert på aktivitet per første tertial 2015. Vekstanslaget inkluderer midler til fritt behandlingsvalg. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer.

Enhetsprisen for antall DRG-poeng i oppdragsdokumentet foreslås satt til 42 163 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2015 er riktig fastsatt. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 2,7 pst. En enhetspris på 42 163 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,5 pst. i 2016. Der som omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som er lagt til grunn i enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2016. I forslaget er det tatt hensyn til 149 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dette innebærer at enhetsprisen er redusert med 0,5 pst.

#### Post 77 Poliklinisk virksomhet mv.

Det foreslås å flytte 51,7 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 knyttet til utgifter til nukleærmedisin.

Bevilgningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomheter. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet inngår også i ordningen. For 2016 foreslås det bevilget 4090,2 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet tilsvarende en vekst på 9 pst. fra anslag basert på regnskapstall per mai 2015.

Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester underregulert tilsvarende 21 mill. kroner.

Takstene prisomregnes med 2,7 pst. og hensyntatt avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen tilsvarende 18 mill. kroner eller 0,5 pst., blir endringen 2,2 pst. For at aktivitetsbasert finansiering i større grad skal fange opp relevante aktivitetsformer vil det med virkning fra 1. januar 2016 foretas en utvidelse av regelverket knyttet til polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utvidelsen vil ta høyde for visse typer nettbaserte behandlingstilbud og ambulant virksomhet, herunder teambaserte løsninger. Utvidelsen vil foregå budsjettneutralt. Det foreslås en egenan-

delsøkning på fra 1. juli 2015, som svarer til en økning på 4 pst. for året under ett.

#### Status 2015

Refusjonene for psykisk helsevern, rusbehandling og radiologi ble prisjustert med 2,6 pst. fra 1. januar 2015. Refusjonstakstene for laboratorievirk-somhet ble nominelt videreført. I saldert budsjett ble det samlet sett lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 6 pst. utover anslått nivå i 2014, basert på regnskapstall per mai 2014, jf. Prop. 1 S (2014–2015). Basert på regnskapstall for perioden januar til mai 2015, er samlede utbetalinger i 2015 anslått til 3 765 mill. kroner. Dette er 134 mill. kroner høyere enn saldert budsjett 2015.

### Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester

Alle helseforetak er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet. Forskning er viktig for å bidra til ny kunnskap og kompetanse i tjenesten til utvikling av nye og effektive behandlingsmetoder i sykehusene.

Det foreslås å videreføre økningen i bevilgningen til forskning i helseforetakene på 110 mill. kroner til nasjonale kliniske studier og at disse inngår i nytt, felles forskningsprogram for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at tilskuddet som tidligere er bevilget til program for offentlig initierte kliniske studier på kreftområdet inngår i programmet, jf. omtale på kap. 780, post 50.

Bevilgningen foreslås redusert med 15 mill. kroner for å delfinansiere Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT4. HUNT utgjør et betydningsfullt grunnlag for særskilt epidemiologisk, men også klinisk forskning. Det vises til omtale under kap. 714, post 79.

Det foreslås å flytte 35,9 mill. kroner til kap. 732, post 70 til videre drift av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin ved Helse Nord. Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin foreslås avvirket fra 2016.

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning skal være et økonomisk bidrag og insentiv til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Basistilskuddet på 30 pst. fordeles likt mellom de fire regionale helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet på 70 pst. fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler, avlagte doktorgrader og uttelling for tverregio-

nalt samarbeid og for tildelinger av midler fra EU og Norges forskningsråd) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Beslutning om tildeling av tilskuddet treffes i styrene i de regionale helseforetakene, på bakgrunn av en samlet innstilling fra samarbeidsorganet mellom de regionale helseforetakene og universiteter. Det er ikke lagt føringer for finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.

- Felles forskningsprogram for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten skal imøtekomme behovet for større nasjonale kliniske studier som svarer til behov identifisert av pasienten, i tjenesten, av beslutningstakere og av forskeren selv. I tillegg til nasjonale kliniske multisenterstudier som vil kunne gi pasienter tilgang til utprøvende behandling, skal programmet finansiere sammenliknende effektstudier med dokumentert nytte for pasienten og tjenesten. Fra 2016 foreslås det at program for offentlig initierte kliniske studier på kreftområdet på 20 mill. kroner inngår i felles forskningsprogram for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten, jf. omtale under kap. 780, post 50. Programmet eies av de regionale helseforetakene. Norges forskningsråd gjennomfører utlysningen og administrerer programmet på oppdrag fra de regionale helseforetakene.
- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester skal gi et økonomisk bidrag til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å bidra til å utvikle og heve kvaliteten på tjenestene i hele behandlingsskjeden.

#### Resultat 2014 og status 2015

Samlet bevilgning var 1083,1 mill. kroner i 2014. Tilskudd til forskning utgjorde 621,8 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 461,3 mill. kroner, herunder 193,2 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser og 50 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde.

#### Forskning

Tilskudd til forskning utgjør 647,04 mill. kroner i 2015. Dette inkluderte 10 mill. kroner bevilget til klinisk forskning innen muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser i helseforetakene, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015). Det ble tildelt totalt 210 mill. kroner i 2015 til forskning på seks utvalgte fagområder, etter at midlene fra 2014 og 2015 ble lyst ut i en felles utlysning. CRIS-

tin og Norsk vitenskapsindeks (NVI) brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Indikatorene for forskningsaktivitet ble justert med virkning fra og med 2014. Det tas sikte på å gjennomføre en prøverapportering på antall pågående kliniske studier og antall pasienter som deltar i kliniske studier i 2016. Nasjonal database for kliniske intervensjonsstudier er ventet etablert i 2015 og vil utgjøre datagrunnlaget for en slik prøverapportering. Det vil bli gjennomført justeringer i hvordan publiseringspoeng blir beregnet fra

2017, i tråd med tilrådning fra Det nasjonale publiseringsutvalget under Universitets- og høyskolerådet. Justeringene koordineres med universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren.

Fordelingen av forskningsmidler over statsbudsjettet gjøres på bakgrunn av glidende gjennomsnitt i forskningspoeng over tre år (tabell 4.4). For omtale av forskningspoeng og forskningsaktivitet for 2014, se del III, kap. 7 Spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.4 Gjennomsnittlig treårige beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak

Gjennomsnitt	2012–2014	2011–2013	2010–2012	2009–2011	2008–2010
Helse Sør-Øst	61,6	61,5	61,3	60,2	59,3
Helse Vest	20,3	20,6	20,6	21,7	22,8
Helse Midt-Norge	9,7	9,5	9,9	9,6	9,8
Helse Nord	8,4	8,4	8,2	8,4	8,1

#### *Nasjonale kompetansetjenester*

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 477,7 mill. kroner i 2015, herunder 198,4 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Det er godkjent 50 nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i 2015 etter forskrift.

#### *Mål 2016*

Det foreslås bevilget 1 104,6 mill. kroner i 2016. I forslaget er det tatt hensyn til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, jf. omtale i del I.

#### *Forskning*

Det foreslås et tilskudd på 647,5 mill. kroner til forskning i 2016. Det inkluderer en videreføring av 110 mill. kroner som går til etablering av et nytt, felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet til forskning reduseres med 15 mill. kroner i 2016 som følge av delfinansiering av HUNT4, jf. omtale under kap. 714, post 79.

Tabell 4.5 Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten (mill. kroner)

	Basis (30 %)	Resultat (70 %) <sup>1</sup>	Sum
Helse Sør-Øst RHF	40,3	231,8	272,1
Helse Vest RHF	40,3	76,4	116,7
Helse Midt-Norge RHF	40,3	36,5	76,8
Helse Nord RHF	40,3	31,6	71,9
Totalt	161,2	376,3	537,5

<sup>1</sup> Forskningsresultater for perioden 2012–2014 ligger til grunn for fordeling av midler i 2016, jf. tabell 4.4. Departementet tar forbehold om justering av beløpene i tabellen mellom tilskuddsmottakere som følge av ytterligere kvalitetssikring av data som ligger til grunn for poengberegningen.

*Tilskudd til nasjonalt program for klinisk  
behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten*

Programmet finansieres med 110 mill. kroner over kap. 732, post 78 og 20 mill. kroner over kap. 780, post 50 med midler til samme formål, fra program for offentlig initierte kliniske studier på kreftområdet som utløper i 2015. Tilskuddet på totalt 130 mill. kroner fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene. Det forutsettes at midlene finansierer felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten og kliniske studier med deltakelse fra alle de regionale helseforetakene. Programmet eies og følges opp av de fire regionale helseforetakene i fellesskap.

*Nasjonale kompetansetjenester*

Det foreslås 457,2 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 203,1 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 51,1 mill. kroner til

Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord.

Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin foreslås avvirket fra 2016, og videreføres som et nasjonalt forskningssenter underlagt Helse Nord. Det foreslås å flytte 35,9 mill. kroner fra tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i Helse Nord til kap. 732, post 70 til videre drift av senteret. Det nasjonale senteret skal understøtte nasjonale behov for forskning og utredning innenfor e-helse, telemedisin og mobil helse, herunder følgeforskning og metodevurderinger av e-helsetiltak. Det forutsettes et tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og andre sentrale aktører som de regionale helseforetakene.

For å understøtte etablering av to nye nasjonale kompetansetjenester foreslås det å øke tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester med 4,4 mill. kroner, fordelt med 2,2 mill. kroner til Helse Sør-Øst til etablering av Nasjonal kompetansetjeneste for nevrologisk smerte og 2,2 mill. kroner til Helse Vest til etablering av Nasjonal kompetansetjeneste for trening som medisin.

Tabell 4.6 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	322,0
Helse Vest RHF	34,6
Helse Midt-Norge RHF	33,7
Helse Nord RHF <sup>1</sup>	66,9
Sum	457,2

**Post 79 Raskere tilbake**

Bevilgningen dekker alle utgifter for Raskere tilbake i spesialisthelsetjenesten, bl.a. behandling og transport. Midler til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er inkludert. Samlet foreslås bevilget 584,2 mill. kroner i 2016.

Ordningen tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte ble etablert med utgangspunkt i sykefraværsutvalget, Ot.prp. nr. 6 (2006–2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006–2007), jf. Budsjett-innst. S. nr. 15 (2006–2007). Målgruppen er sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt. Arbeid gir bedre helse. Samtidig i behandling og arbeidsrettet bistand gir raskere overgang til arbeid enn å gjennomføre behandling og arbeidsrettet bistand sekvensielt. Innenfor ordningen

Raskere tilbake er det potensiale for å styrke arbeidsrettingen av tilbudene og vurdere forholdet til arbeid tidligere i sykefraværsforløpet. Det er viktig at det etableres systematisk samarbeid mellom helsetjenestene og Arbeids- og velferdsetaten i alle tilbud under Raskere tilbake. Kontakt mot arbeidsgiver bør så langt det er mulig være en del av tilbudene. Det er et vilkår at personene som omfattes av ordningen med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som direkte følge av behandlingen som tilbys. Det er etablert styrings- og kontrollsystemer som skal sikre at bevilgningen brukes i samsvar med ordningens formål.

**Post 82 Investeringslån**

I 2014 ble det totalt utbetalt 1 591,9 mill. kroner i investeringslån. Lånemidlene ble utbetalt til

utbygging av nytt østfoldsykehus, investeringstiltak ved omstillingen ved Oslo universitetssykehus, fase I av nytt barne- og ungdomssenter ved Haukeland universitetssjukehus, modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø, nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset i Vesterålen, ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-

Norge i Tromsø og nytt lokalsykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes. Nytt lokalsykehus for Nordlandssykehuset i Vesterålen ble offisielt åpnet i august 2014 og høsten 2014 gjenåpnet Sykehuset Østfold Moss etter omfattende renovering og ombygging.

Tabell 4.7 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2014 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kr)

	Lånesaldo per 31.12.13	Tildelt låneramme 2014	Påløpte opptreks- renter 2014 jf. kap. 3732, post 83 og 91	Innbetalte avdrag 2014 jf. kap. 3732, post 85 og 90	Lånesaldo per 31.12.14
Helse Sør-Øst RHF	8 327,7	880,1	62,8	413,6	8 857,0
Helse Vest RHF	2 287,6	205,0	8,8	130,9	2 370,5
Helse Midt-Norge RHF	3 762,9	0,0	0,0	244,1	3 518,7
Helse Nord RHF	2 002,5	506,8	22,3	103,0	2 428,6
Sum	16 380,7	1 591,9	93,9	891,6	17 174,8

Ved inngangen til 2015 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene 17,2 mrd. kroner. Av dette er 12,6 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 4,6 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Lånebevilgningen for 2015 utgjør 697,9 mill. kroner. Bevilgningen i 2015 sikrer fortsatt framdrift av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø, nytt østfoldsykehus, fase I av nytt barne- og ungdomssenter ved Haukeland universitetssjukehus, ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, nytt sykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes, igangsetting av fase II av nytt barne- og ungdomssenter ved Haukeland universitetssjukehus, samt Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold. Østfoldsykehuset er ferdigstilt og det vil være offisiell åpning i november 2015.

#### Budsjettforslag 2016

Det foreslås en bevilgning på 1 229,9 mill. kroner og at to nye prosjekter tas inn i låneordningen i 2016. De nye prosjektene er oppgraderings- og veldlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus og etablering av PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Oslo universitetssykehus har med bakgrunn i store bygningsmessige utfordringer utredet tiltak for oppgradering av bygningsmassen ved syke-

huset. Tiltakene er fordelt i tre pakker med egne gjennomføringsplaner, hvor tiltakene i pakke 1, som dette lånet gjelder, inkluderer tiltak for å håndtere de viktigste og mest tidskritiske pålegg fra ulike tilsynsmyndigheter, og som må håndteres uavhengig av framtidig videre utvikling av Oslo universitetssykehus. Tiltakene gjelder i hovedsak bygg på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker. Prosjektet er kostnadsberegnet til 1,8 mrd. kroner og planlagt gjennomført i perioden 2016–2019. Det foreslås å gi lån til prosjektet med en øvre låneramme på 1,3 mrd. 2016-kroner, som utbetales i takt med framdriften i prosjektet. For 2016 foreslås det bevilget 315 mill. kroner i lån til prosjektet.

Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, har siden 2010 hatt midlertidige lokaler for bruk av PET-teknologi. Det foreslås å gi lån til etablering av et PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, som bl.a. skal inneholde PET-avbildning og -tilvirkning, nukleærmedisin, preklinisk forskning og produksjonslokaler for sykehusapoteket. Senteret har en forventet kostnad på 535 mill. kroner og er planlagt ferdigstilt i 2018. Det foreslås å gi lån til prosjektet med en øvre ramme på 375 mill. 2016-kroner, som skal utbetales i takt med framdriften i prosjektet. For 2016 foreslås det bevilget 50 mill. kroner i lån til prosjektet.

I tillegg omfatter bevilgningsforslaget videreføring av allerede igangsatte prosjekter:

Lån til fase II av nytt senter for barn, unge og fødende ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen, ble vedtatt med en øvre låneramme på 2 084 mill. 2014-kroner, gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015). Lånet utbetales i utbyggingsperioden 2015–2022. Det ble i 2015 bevilget 20 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 160 mill. kroner i lån til prosjektet i 2016.

Lån til Tønsbergprosjektet ved Sykehuset Vestfold ble vedtatt med en øvre låneramme på 1 870 mill. 2014-kroner, gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015). Lånet utbetales i utbyggingsperioden 2015–2020. I 2015 ble det bevilget 70 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 100 mill. kroner i lån til prosjektet i 2016.

Lån til nytt sykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes ble vedtatt med en øvre låneramme på 600 mill. 2013-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2012–2013). Prosjektet var opprinnelig planlagt ferdigstilt i 2018, men framdriften er framskyndet og prosjektet planlegges ferdigstilt i 2016. Til og med 2015 er det bevilget 230,3 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 362,5 mill. kroner til prosjektet i 2016. Resterende låneramme vil utbetales i 2017.

Lån til ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø ble vedtatt med en øvre låneramme på 455 mill. 2012-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2011–2012). Det er foretatt noen endringer i forprosjektet fra konseptfasen. Til og med 2015 er det bevilget 325 mill. kroner i lån til formålet. Det foreslås bevilget 55 mill. kroner i lån til prosjektet i 2016.

Lån til fase I av nytt barne- og ungdomssenter ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen, ble vedtatt med en øvre ramme på 700 mill. 2009-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011). Til og med 2015 er det bevilget 743,3 mill. kroner i lån til prosjektet. Resterende låneramme på 57,23 mill. kroner foreslås bevilget i 2016. Med dette blir den samlede lånerammen på 700 mill. 2009-kroner utbetalt.

Lån til gjennomføring av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø ble ved-

tatt med en øvre låneramme på 1 328 mill. 2008-kroner gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009). Til og med 2015 er det bevilget 1 172,2 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 130 mill. kroner i lån til prosjektet i 2016. Prosjektet var opprinnelig planlagt ferdigstilt i 2016, men framdriften tilsier at prosjektet ferdigstilles i 2018. Den resterende lånerammen vil utbetales i tråd med dette.

#### *Opptreksrenter*

I perioden fram til ferdigstillelse av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt låneporteføljene til de regionale helseforetakene. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartements budsjett (kap. 5605, post 84). Endring i låneordningen fra 2008 med at investeringslån bevilges som en ordinær tilskuddspost innebærer at budsjetteringen av tilhørende opptreksrenter blir delt når det gjelder lån tatt opp før og etter 2008, jf. post 83 og post 91 nedenfor. Samlede opptreksrenter på helseforetakenes investeringslån utgjorde 93,9 mill. kroner i 2014.

#### **Post 83 Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008**

I 2014 utgjorde opptreksrenter på denne posten 93,2 mill. kroner. For 2016 foreslås det budsjettert med 37 mill. kroner i opptreksrenter.

#### **Post 86 Driftskreditter**

Se omtale under kap. 3732, post 86.

#### **Post 91 Opptreksrenter for lån t.o.m. 2007**

I 2014 utgjorde opptreksrenter på denne posten 0,65 mill. kroner. De regionale helseforetakene har nå konvertert alle byggelån tatt opp før 2008 slik at det ikke lenger er aktuelt å benytte denne budsjettposten.



## Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
80	Renter på investeringslån	393 808	383 000	388 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	214 503	257 000	405 000
86	Driftskreditter		2 400 000	4 350 000
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	677 188	670 000	663 000
	Sum kap. 3732	1 285 499	3 710 000	5 806 000

Bevilgningen dekker renter og avdrag.

### Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2014 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 393,8 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

Tabell 4.8 Oversikt over innbetalte renter i 2014 fordelt på regionale helseforetak (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	183,3
Helse Vest RHF	42,9
Helse Midt-Norge RHF	131,2
Helse Nord RHF	36,3
Sum	393,8

Det foreslås at renter på investeringslån budsjetteres med 388 mill. kroner i 2016.

### Avdrag på investeringslån

Avdrag knyttet til investeringslån er todelt, det som gjelder lån tatt opp før 2008 og det som gjelder opplåning i 2008 og årene etter. I 2014 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 891,7 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 2014 utgjorde avdrag på denne posten 214,5 mill. kroner. Avdrag på investeringslån tatt opp etter 2008 foreslås budsjettert med 405 mill. kroner for 2016.

### Post 86 Driftskreditter

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fordele rammen mellom de regionale helseforetakene. Som følge av at de regionale helseforetakene over år har hatt store merutbetalinger knyttet til pensjonspremier, samt tidligere års underskudd, har de fått behov for driftskreditter. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009) ble helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene. Opplegget innebærer at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Dersom det skjer betydelige endringer i pensjonskostnaden som ikke helseforetakene selv har kunnet påvirke, vurderes det i det enkelte tilfelle om det skal gjøres endringer i basisbevilgningene til helseforetakene. Overskuddslikviditet som følge av at pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden har blitt trukket inn gjennom krav til nedbetaling av driftskreditt. I situasjoner med likviditetsbehov som følge av at pensjonspre-

mien har vært høyere enn pensjonskostnaden, har likviditet blitt tilført gjennom økt tilførsel av driftskreditt.

Den resterende aktiviteten ved sykehusene skal håndteres innenfor årlige bevilgninger. Driftskredittrammene er av flere årsaker ulikt fordelt mellom de regionale helseforetakene. Med utgangspunkt i at helseforetakene nå gjennomgående har god økonomisk kontroll og er gitt forutsigbare rammebetingelser, er det lagt til grunn at driftskredittrammene skal fordeles iht. ordinær inntektsfordeling. Den interne omfordelingen mellom de regionale helseforetakene skjer over en periode på tre år og avsluttes i 2015.

#### *Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2014*

2014-budsjettet bygget på anslag fra pensjonsleverandørene for samlede pensjonskostnader på 12 840 mill. kroner og for pensjonspremier på 13 350 mill. kroner. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjorde 510 mill. kroner, som ble foreslått håndtert gjennom en tilsvarende økning av driftskreditten.

I tillegg til anslaget fra pensjonsleverandørene ble det kjent at det fra og med regnskapsåret 2014 skulle benyttes en ny dødelighetstabell (risiko for at vi lever lenge) ved beregning av pensjonskostnader. Slike endringer er regnskapsmessig å regne som et estimatavvik, og innebar at pensjonskostnaden for 2014 isolert sett økte med 15–20 pst., anslagsvis 2 500 mill. kroner, ut over nivået som ble lagt til grunn for 2014-budsjettet. Den forrige dødelighetstabellen var fra 2005. For beregning av pensjonskostnaden for 2014 skulle det også legges til grunn 0,25 prosentpoeng høyere antatt lønnsvekst og 0,05 prosentpoeng lavere diskonteringsrente. Isolert ble denne innstramningen anslått å øke pensjonskostnaden med om lag 1 000 mill. kroner ut over det som ble lagt til grunn i budsjettet.

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 202 L (2012–2013) Endringer i lov om Statens pensjonskasse og enkelte andre lover (ny uførepensjonsordning), jf. Innst. 126 L (2013–2014), ble det vedtatt en endret uførepensjonsordning. Dette er regnskapsmessig å regne som en planendring og hele virkningen ble dermed tatt i 2014. Anslag indikerte at dette innebar en innsparing som brakte pensjonskostnaden for 2014 om lag på nivå med det som er lagt til grunn i 2014-budsjettet.

Norsk Regnskapsstiftelse la i august 2014 fram en veileder vedrørende regnskapsføring av virkningen av at levealdersjustering var blitt innført

for offentlige tjenstepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Som en konsekvens av denne ble pensjonskostnadene for 2014 redusert med 15 140 mill. kroner. Ved behandling av Prop. 23 S (2014–2015) ble basisrammen til de regionale helseforetakene for 2014 satt ned med 5 040 mill. kroner, mens den øvrige kostnadsreduksjonen disponeres til å styrke foretakenes egenkapital, tilsvarende 10 100 mill. kroner. Resultatkravet for 2014 ble som følge av dette endret til et samlet positivt resultat på 10 100 mill. kroner.

#### *Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2015*

Saldert budsjett for 2015 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader på 16 700 mill. kroner og pensjonspremier på 14 300 mill. kroner. Det er tatt forbehold om at ikke alle pensjonsleverandørene har vært i stand til å utarbeide beregninger basert ensartede forutsetninger. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 2 400 mill. kroner som er håndtert gjennom en tilsvarende reduksjon av driftskredittrammen. Årsaken til det økte kostnadsanslaget i forhold til 2014 er at effekten av den nye uførepensjonsordningen i sin helhet ble hensyntatt regnskapsmessig i 2014, som en engangseffekt.

Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene innebærer et anslag for samlede pensjonskostnader for 2015 på 18 450 mill. kroner for de regionale helseforetakene. På denne bakgrunn ble basisrammen til de regionale helseforetakene økt med 1 750 mill. kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2015. Samtidig ble kravet til nedbetaling av driftskreditt økt like mye. Den nye informasjonen om pensjonskostnad for 2015 medfører samtidig en betydelig omfordeling mellom helseregionene sammenliknet med det som tidligere er lagt til grunn for 2015. De regionale helseforetakene har fordelt inntektsrammer og stilt resultatkrav til sine helseforetak på bakgrunn av forutsetningene i Prop. 1 S (2014–2015). Håndteringen av de nevnte endringene ble derfor foreslått fordelt slik at dette ikke endrer på forutsetningene som allerede var hensyntatt hos de regionale helseforetakene. En fordeling av tilleggsbevilgningen i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell ville gitt til dels vesentlig økte omstillingsbehov i enkelte regioner, samtidig som den ville gitt tilsvarende lettelse i andre regioner. Dette forsterkes ytterligere av at håndteringen ikke ble kjent før ved framlegging og behandling av proposisjonen, og at de

endre rammebetingelsene således ville måtte innarbeides sent i året.

Endelig informasjon om nivået for pensjonspremie 2015 vil først være kjent høsten 2015. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle endringer.

#### *Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2016*

Budsjettforslaget for 2016 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader på 18 650 mill. kroner og pensjonspremier på 14 300 mill. kroner. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 4 350 mill. kroner som foreslås håndtert gjennom en tilsvarende reduksjon av driftskredittrammen. Anslag for pensjonspremie for 2016 er utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 2,7 pst.

Endelig informasjon om nivået for på pensjonskostnad 2016 vil tidligst være kjent ultimo januar 2016 mens nivået for pensjonspremie først vil

være kjent høsten 2016. 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 av de regionale helseforetakene som hovedregel på linje med egne helseforetak. Imidlertid fikk disse virksomhetene beholde hele den positive regnskapsmessige effekten i 2014 av at levealdersjustering var blitt innført for offentlige tjenestepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Økte pensjonskostnader i årene etter 2014 vil for disse virksomhetene måtte sees i sammenheng med den positive resultateffekten dette forholdet medførte i 2014. Endelig nivå for pensjonskostnad 2016 vil tidligst være kjent ultimo januar 2016. Regjeringen vil måtte komme tilbake til håndtering av eventuelle endringer.

Tabell 4.9 Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kr)

	Årsslutt 2013	Prop. 1 S (2013–2014)	Prop. 23 S (2014–2015)	Prop. 1 S (2014–2015)	RNB 2015	Prop. 1 S (2015–2016)
1. Innrapportert pensjonskostnad		12 840	-2 300	16 700	18 450	18 650
2. Overskuddskrav			10 100			
3. Pensjonspremie		13 350	14 600	14 300	14 300	14 300
4. Benyttet premiefond			1 250			
5. Endring i driftskredittramme		510	5 040	-2 400	-1 750	-4 350
6. Endring driftskreditt gjennom året (3–1–2–4)		510	5 550	-2 400	-4 150	-4 350
7. Samlet driftskredittramme	7 176	7 686	12 726	10 326	8 576	4 226

#### **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 677,2 mill. kroner i 2014. Det foreslås budsjettert 663 mill. kroner i 2016.

**Kap. 733 Habilitering og rehabilitering**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	14 221	12 395	12 550
70	Behandlingsreiser til utlandet	115 854	119 677	123 148
72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	3 808	6 097	3 374
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	13 191	15 795	16 253
	Sum kap. 0733	147 074	153 964	155 325

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal være koordinerte, tverrfaglige og målrettede. Tjenester skal tilbys og ytes i eller nærmest mulig brukers vante miljø. Habilitering og rehabilitering skal gis til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Det er viktig å oppleve å kunne mestre sitt liv i størst mulig grad. Samhandling mellom nivåene er nødvendig for å gi brukerne gode og helhetlige tjenester. Det forutsettes at både kommunene og de regionale helseforetakene kan kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Valgfrihet er positivt for pasienten, og kan bidra til å øke pasientens mulighet til medbestemmelse på helseområdet. En slik valgfrihet er viktig også for pasienter og brukere med behov for rehabilitering i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med regionalt helseforetak. Pasienter kan i dag velge rehabilitering på ulike offentlige sykehus. De har ikke rett til å velge fritt blant private rehabiliteringsinstitusjoner. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om å innføre en rett til å velge på nasjonalt nivå mellom både offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med helseregionene. Departementet tar sikte på å legge fram en lovproposisjon for Stortinget våren 2016.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Formålet med bevilgningen er å stimulere til utvikling av gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester, og å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av feltet.

I samhandlingsreformen er det innført en lovplagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetaket

bestemmer. Forpliktende samarbeidsavtaler vil være et sentralt verktøy i gjennomføringen og oppfølgingen av samhandlingsreformen. For at kommunene skal kunne yte gode og helhetlige tjenester innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet forutsettes det at spesialisthelsetjenesten følger opp sitt veiledningsansvar overfor kommunene.

Det ble i 2014 gitt støtte til prosjekter som forutsettes å bidra til å styrke habiliterings- og rehabiliteringstjenestene og øke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis ble det gitt støtte til prosjekter som omhandlet fagutvikling i kommuner og spesialisthelsetjeneste, sikring av gode livsfaseoverganger (herunder overgang fra barne- til voksenhabiliteringstjenesten) og utvikling av modeller for standardiserte og sømløse pasientforløp som kan gi god samhandling og brukertilfredshet.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte habiliteringstjenester til barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom. Spesialisthelsetjenesten har videre et ansvar for å tilby tjenester som krever særskilt og tverrfaglig kompetanse og er innrettet mot å gi råd, veiledning og opplæring til kommunene, brukere, pårørende, foreldre og foresatte. Det foreslås bevilget 12,6 mill. kroner i 2016.

**Post 70 Behandlingsreiser til utlandet**

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge. Ordningen innebærer behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal tilfredsstillende faglige krav etter norsk vurdering og gi dokumentert nytte. Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus har det faglige og administrative ansvaret for ordningen. Egenandelene er omfattet

av egenandelstak 2. Egenandelene foreslås økt med 8 pst. fra 1. januar 2016. I 2014 fikk 2712 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 214 ledsagere til barn.

Ordningen er evaluert, og saken har vært behandlet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Departementet vurderer flere aspekter ved ordningen med behandlingsreiser til utlandet. Forslag til hvordan tilbudet om behandlingsreiser best kan utvikles videre vil bli forelagt Stortinget på egnet måte.

### Post 72 Kjøp av oppptrening mv.

Det har fra 2011 blitt bevilget midler til livsstilsendringsprosjektet ved Feiringklinikken, der man

gjennom et forsøksprosjekt undersøker om livsstilsendring kan ha effekt på utvikling av sykdom. De første årene har prosjektet hatt hovedvekt på gjennomføring av 5-dagers livsstilskurs. I de siste årene skal pasientene følges opp med bl.a. dagskurs. Bevilgningen foreslås redusert med 2,9 mill. kroner pga. lavere behov knyttet til prosjektet i 2016. Det foreslås bevilget 3,4 mill. kroner på posten i 2016.

### Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker samme formål som under post 21. Det foreslås bevilget 16,3 mill. kroner i 2016. Det vises til omtale under post 21, jf. ovenfor.

## Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2014	budsjett 2015	2016
01	Driftsutgifter	51 295	49 599	49 569
21	Spesielle driftsutgifter	14 375	14 136	14 313
70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	11 203	2 491	2 563
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	77 611	76 849	79 078
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	17 191	19 041	19 593
	Sum kap. 0734	171 675	162 116	165 116

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 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. 7 Spesialisthelsetjenesten.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjøring og andre utgifter for kontrollkommisjonene innen det psykiske helsevernet. Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon. Landet har 56 kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonene ivaretar rettssikkerheten til pasienter i møtet med det psykiske helsevernet. Kommisjonen skal gjennomgå alle vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Kontroll-

kommisjonen er klageinstans for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven, og skal i tillegg drive noe velferdskontroll. Enkelte av de vedtak kontrollkommisjonen fatter, kan pasienten få overprøvd av domstolene etter tvisteloven kap. 36, jf. psykisk helsevernloven § 7-1. De siste ti årene har antall klagesaker som har blitt brakt til domstolene fordoblet seg. I 2014 var det 230 klagesaker. Økningen forventes å fortsette. Dette antas å ha sammenheng med økt fokus på pasientenes rettsikkerhet og riktig bruk av tvang i det psykiske helsevernet.

Analyser av data fra kontrollkommisjonene og fylkesmennenes klagesaksbehandling viser til dels betydelige forskjeller i medholdsprosent mellom kommisjonene og mellom fylkesmannsembetene. I nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) skal kommisjonenes arbeid kvalitetssikres og mer enhetlig nasjonal praksis oppnås. Helsedirektoratet har

startet arbeidet med disse tiltakene i 2013. Det gjenstår ferdigstilling av opplæringsprogram for kontrollkommisjonsmedlemmer som lanseres høsten 2015.

Helsedirektoratet har et faglig og praktisk oppfølgingsansvar overfor kommisjonene. Den økonomiske forvaltningen er delegert til fylkesmenene gjennom embetsoppdrag og fullmaktsbrev. Helsedirektoratet har gjennomgått rutine og utredning mulige IKT-løsninger for å få bedre oversikt over utgiftene ved kontrollkommisjonene. Det foreslås bevilget 49,6 mill. kroner i 2016.

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Formålet med posten er bl.a. å følge opp nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester. Videre skal bevilgningen finansiere utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer og utviklingsarbeid innenfor rusområdet og psykisk helsevern, samt oppfølgingstiltak på andre områder. Det foreslås bevilget 14,3 mill. kroner i 2016.

#### *Nasjonal strategi for økt frivillighet og bedre kvalitet i psykiske helsetjenester 2012–2015*

Den nasjonale strategien for økt frivillighet i psykiske helsetjenester skal understøtte arbeidet i tjenesten for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Hovedprioriteringen for siste del av strategiperioden er å ferdigstille tiltakene.

Den nasjonale delen av strategi for økt frivillighet og bedre kvalitet i de psykiske helsetjenester omfatter 14 tiltak. Status per mai 2015 er at 4 tiltak er gjennomført, mens de resterende er under gjennomføring. Mange av tiltakene i strategien er omfattende, og det kan ikke påregnes at alle tiltakene vil være ferdigstilt innen utgangen av strategiperioden. Per i dag er det således vanskelig å vurdere den samlede effekten av de ulike tiltakene på omfanget av tvang.

På regionalt og lokalt nivå er det utarbeidet regionale og lokale tvangsreduserende planer knyttet til samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene. Et viktig mål er at nasjonale tiltak understøtter tiltaksplaner på regionalt og lokalt nivå.

Behovet for videreføring av eksisterende tiltak og eventuelt nye tiltak vil bli vurdert på bakgrunn av erfaringene med strategien. Det vises til omtale av strategien også under post 72.

#### *Særskilte oppfølgingstiltak av utilregnelige lovbyggere*

For å forebygge vedvarende og samfunnsskadelige kriminelle handlinger begått av utilregnelige personer ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å etablere et pilotprosjekt Mellom alle stoler (MAS), i samarbeid med politiet i Oslo, Bergen og Trondheim. Politiet har identifisert aktuelle personer som er vurdert i forhold til prosjektets kriterier. 52 personer følges opp per mars 2015, og det antas at flere kan komme til. Om lag en fjerdedel av de aktuelle personene er funnet tilregnelige, dvs. at de kan straffes for sine handlinger. De faller da utenfor dette prosjektet. Tiltaket innebærer tilbud om utredning og oppfølging med sikte på å mestre sin hverdag uten kriminalitet. Prosjektet koordineres av Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsel- og rettspsykiatri i Bergen. I 2014 ble prosjektet praktisk gjennomført i Bergen, Trondheim og Oslo. Pilotprosjektet avsluttes 31. desember 2015. Rapport vil foreligge våren 2016. Helse- og omsorgsdepartementet vil på grunnlag av denne vurdere hvordan erfaringene kan følges opp.

#### *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

Den første tverrsnittundersøkelsen for pasienter ved døgninstitusjoner innen TSB ble gjennomført høsten 2013 og gjentatt høsten 2014. Undersøkelsen var lik for begge tidsrommene. Både i 2013 og 2014 svarte to tredjedeler at de opplevde å ha hatt stort eller meget stort utbytte av behandlingen og at de har fått økt tro på et bedre liv etter utskrivning. Det var samtidig gjennomgående at besvarelse de to årene var noenlunde like. Dette betyr bl.a. at institusjonene har betydelige forbedringspotensialer når det gjelder følgende områder:

- Stort behov for å ha tid nok til samtaler med behandler
- Vel 40 pst. opplevde at behandlere i liten grad eller ikke hadde forstått situasjon den rusavhengige befant seg i
- Om lag 40 pst. svarte at de i liten grad eller ikke hadde tillit til behandlerne/personalets faglige dyktighet
- To tredjedeler fikk mangelfull hjelp med psykiske plager
- Over halvparten hadde lite eller ingen tilgang på psykolog og lege
- Om lag to tredjedeler svarte at de i liten grad eller ikke hadde fått hjelp med fysiske plager eller sykdom

Disse funnene viser at mange rusavhengige i døg-ninstitusjoner ikke får den hjelpen de selv opplever å ha behov for. Det vil derfor være særlig viktig at Helsedirektoratets retningslinjer for TSB blir fulgt. Helsedirektoratet vil i 2015 etter planen slutføre sitt arbeid med nasjonale retningslinjer for alle deler av TSB, inkludert avrusnings- og abstinensbehandling. Videre har Helsedirektoratet startet arbeidet med å revidere gjeldende retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering (LAR) som vil være ferdig i løpet av 2016.

Veileder for tilbakehold i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10–2 til 10–4 ble ferdigstilt i 2015 og vil bidra til mer enhetlig praksis i bruk av tvangsbestemmelsene nevnt i lovverk. Kriminalomsorgsdirektoratet i samarbeid med Helsedirektoratet vil i løpet av 2015 ferdigstille en egen veileder for rusmestringsenhetene. Denne har som målsetting å tydeliggjøre ansvar, oppgaver og samarbeid mellom de ulike tjenestene. En overordnet implementeringsplan for retningslinjene på området psykisk helsevern og TSB er under utarbeidelse og vil bli ferdigstilt i løpet av 2015.

### **Post 70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket**

Bevilgningen har bl.a. dekket utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 5–3. Fra og med 2016 foreslås det at utgiftene til dette formålet skal dekkes av de regionale helseforetakene. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 72–75.

Bevilgningen på posten skal i det videre dekke utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere ved alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet. Videre kan norske myndigheter legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utgifter til transport føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten. I 2014 ble det til sammen transportert 30 pasienter med alvorlig psykisk sykdom, hvorav 23 ble hjemhentes og 7 ble sendt ut. 2 somatiske transporter er dekket over ordningen i 2014. Det foreslås bevilget 2,6 mill. kroner på posten i 2016.

### **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 ikraft-

setting 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 lovbrøyttere. Ansvaret for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes særskilt over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. Det foreslås bevilget 79,1 mill. kroner i 2016. Ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernlovens kapittel 1, kapittel 4 med unntak og kapittel 6 om kontroll etterprøving så langt den passer. Ved fagenheten er det opprettet en egen kontrollkomisjon med ansvar for alle psykiske utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg. Det er anslått at kapasitetsbehovet totalt er 15 personer, basert på at én til to personer dømmes til tvungen omsorg per år. Fagenheten er organisatorisk knyttet til St. Olavs Hospital ved regional sikkerhetsavdeling. Fagenheten inngår avtaler med berørte bostedskommuner om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der, når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhetskonsyn ikke taler mot.

Fra januar 2002 til mai 2015 er til sammen 21 personer dømt til tvungen omsorg. Per mai 2015 er det ingen personer innlagt i fagenhetens sengepost med gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg etter straffelovens § 39a. Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært to til tre personer. Ni personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar. For 12 personer er dom til tvungen omsorg opphørt. Fra januar 2002 til mai 2015 har til sammen 28 personer vært innlagt i fagenheten etter kjennelse fra retten om gjennomføring av varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 og/eller rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167. Per mai 2015 var én person innlagt i fagenhetens sengepost etter straffegjennomføringsloven § 12 etter avtale med Kriminalomsorgen.

### **Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus**

#### *Prosjekt vedrørende organisering av rettspsykiatri*

Helse- og omsorgsdepartementet ledet i 2013, i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedirektoratet, arbeidet med å fremme en modell for organisering av rettspsykiatrien. Modellen prøves ut gjennom et pilotprosjekt ved kompetansesenteret på Brøset i Trondheim. Pilotprosjektet skulle i utgangspunktet vare til utgan-

gen av 2015, men forlenges til utgangen av 2016. Dette for å sikre et tilstrekkelig erfaringsgrunnlag før modellen evalueres. Et godt beslutningsgrunnlag er en forutsetning for at modellen eventuelt kan settes i verk på landsbasis. Tilskuddet til prosjektet foreslås videreført med samlet 3 mill. kroner i 2016. Det vises til omtale under Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

#### *Tvang i psykisk helsevern*

Innenfor rammen av Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015), har tilskuddsmottakerne i 2014 arbeidet planmessig med å bidra til å redusere bruk av tvang gjennom lokale tiltak og ved å styrke kunnskapsutviklingen på området. Det har blitt gitt tilskudd til å stimulere og legge til rette for mer forskning på tvangsområdet, spesielt overfor pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Midler har vært gitt til å videreføre et prosjekt som arbeider med å redusere antallet tvangsinnleggelses ved tre helseforetak, og til å redusere kortvarige tvangsinnleggelses av pasienter som har sitt behandlingsforløp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og som har rusutløste psykoser, i samarbeid med psykisk helsevern. Implementering av ressurshefter som ble ferdigstilt i 2013 til hvordan frivillighet kan økes og tvang kan reduseres, basert på erfaringer fra pasienter og brukere som selv har opplevd tvungent psykisk helsevern, har også blitt prioritert. Videre er det gitt midler til en nasjonal konferanse der erfaringer ved tiltakene har blitt presentert.

Det gjennomføres to større kartlegginger innen psykisk helsevern og rusbehandling med relevans for bruk av tvang i psykisk helsevern: Pasienttellingen 2012–2013 som har kartlagt kjennetegn ved pasienter og brukere i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og en analyse av bruk av tvangsmidler og vedtak om bruk av skjerming i psykisk helsevern. Hittil er resultatene fra 2012-kartleggingen publisert. Tilskuddet vil bl.a. gå til videreføring av enkelte tiltak i Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015), herunder tiltak

som retter seg mot økt frivillighet og forebygging i bruk av tvang i regi av brukerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten. Det vises til omtale av strategien også under kapittel 734, post 21.

#### *Kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri*

Behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser som begår grove kriminelle handlinger, stiller særlig krav til kompetanse. De tre regionale kompetansesentrene og sikkerhetsavdelingene (i Oslo, Bergen og Trondheim) har spesialkompetanse innen fagområdene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som overføres både til lokale sikkerhetsavdelinger og til allmennpsykiatriske avdelinger ved behov. Driften av kompetansesentrene er forankret i de regionale helseforetakene. De regionale kompetansesentrene har etablert et nasjonalt kompetansenettverk seg imellom for å styrke de nasjonale forsknings- og fagutviklingsprosjektene innenfor de tre fagområdene (Sifer). Det foreslås å videreføre tilskuddet til kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen og Trondheim til utviklingsprosjekter.

#### *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 2016.

#### *Fysisk aktivitet i rehabilitering av rusavhengige og psykisk syke*

Det ble i 2015 gitt et tilskudd på 2 mill. kroner til forsknings- og utviklingsprosjekter knyttet til fysisk aktivitet i rehabilitering av rusavhengige og psykisk syke, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015). Midlene foreslås videreført i 2016.



## Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
750	Statens legemiddelverk	259 347	240 034	274 126	14,2
751	Legemiddeltiltak	73 861	75 542	80 460	6,5
	Sum kategori 10.50	333 208	315 576	354 586	12,4

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
01–23	Statens egne driftsutgifter	271 873	250 592	284 817	13,7
70–89	Andre overføringer	61 335	64 984	69 769	7,4
	Sum kategori 10.50	333 208	315 576	354 586	12,4

Programkategorien omfatter bevilgning til Statens legemiddelverk samt spesielle driftsutgifter og tilskudd til bl.a. Norsk legemiddelhandbok, tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk, kompetansenettverk legemidler til barn, driftsstøtte til apotek,

fraktrerefusjon av legemidler og tilskudd til regionale legemiddelsentra og veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter. Kategorien dekker videre gebyrer og avgifter på legemiddelområdet.

### Kap. 750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
01	Driftsutgifter	259 347	240 034	274 126
	Sum kap. 0750	259 347	240 034	274 126

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 12,5 mill. kroner til dekning av flyttekostnader
- 8 mill. kroner til nytt system for bivirkningsovervåking, jf. kap. 5572, post 73

- 5,6 mill. kroner til implementering av ny forordning om klinisk utprøving, jf. kap. 5572, post 73
- 4 mill. kroner til registrering av homøopatiske legemidler, jf. kap. 3750, post 04

- 5 mill. kroner til styrking av arbeidet med vurdering av legemidler i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Statens legemiddelverk leier i dag lokaler på Kalbakken i Oslo og leiekontrakten går ut 31.12.2016. Dagens lokaler er lite hensiktsmessige og omfattende rehabilitering ville være nødvendig hvis Legemiddelverket skulle fortsette leieforholdet. Legemiddelverket flytter derfor til nye lokaler på Helsfyr i Oslo fra årsskiftet 2016/2017. Det vil påløpe engangskostnader knyttet til flyttingen som Legemiddelverket ikke kan finne rom for innenfor egen ramme. Engangskostnadene kan fordeles over to år, og det foreslås en tilleggsbevilgning på 12,5 mill. kroner i 2016. Det vil være behov for tilsvarende beløp i 2017.

Dagens system for legemiddelovervåking er utdatert og det er behov for midler til et nytt system for bivirkningsmeldinger, herunder lisenskostnader, jf. også omtale under kap. 751, post 70, mht. tilleggsbevilgning til Relis-ene. Det foreslås derfor en styrking på 8 mill. kroner for å kunne møte kravene til bivirkningsovervåking av legemidler.

EU har vedtatt nytt regelverk for kliniske utprøvinger av legemidler til mennesker. Alle kliniske studier i Norge skal fortsatt godkjennes av Legemiddelverket og etisk komité (Rek), men fristene blir kortere og det må etableres en EU-portal for håndtering av søknadene og for kommunikasjon mellom landene. Det foreslås derfor en styrking på 5,6 mill. kroner, jf. også forslag i KDs budsjett mht. tilleggsbevilgning til Rek-ene.

Etter EØS-avtalen skal homøopatiske legemidler som selges i Norge være registrert. Legemiddelforskriften har gjort unntak fra kravet om registrering fram til 2017 og registreringsarbeidet må derfor i stor grad gjennomføres i 2016. Det foreslås en tilleggsbevilgning på 4 mill. kroner som dekkes gjennom gebyrfinansiering, jf. kap. 3750, post 04. Det er sendt på høring forskrift om gebyr.

Det foreslås videre en styrking av gjennomføring av metodevurderinger knyttet til system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, jf. omtale også under kap. 710, post 01. Det vises videre til omtale under kap. 781, post 21 og kap. 732.

I Meld. St. 28 (2014–2015) er det foreslått at legemiddelpolitikken skal bidra til bedre folkehelse med følgende mål:

- Sikre god kvalitet ved behandling med legemidler

- Legemidler skal ha lavest mulig pris
- Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler
- Legge til rette for forskning og innovasjon

Statens legemiddelverk er det nasjonale forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og skal bidra til at målene for legemiddelpolitikken og refusjonsområdet blir oppfylt. Legemiddelområdet omfatter legemidler til bruk for mennesker og dyr. Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt ved godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), godkjenning av produktinformasjon (preparatomtale, pakningsvedlegg og merking), fastsettelse av maksimalpris og trinnpris for reseptpliktige legemidler til mennesker, opptak på forhåndsgodkjent refusjon, hurtig metodevurdering av sykehuslegemidler, endringer og vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll og tilsyn med aktører i legemiddelforsyningskjeden. Videre inngår veiledning om riktig legemiddelbruk, godkjenning av legemiddelutprøvinger, utviklingsplaner for legemidler til barn og av avansert terapi. Legemiddelverkets oppgaver omfatter også utredning av dokumentasjon for miljøkonsekvenser av legemiddelbruk. Legemiddelverket arbeider med å tydeliggjøre tilbudet og tilrettelegge for mer systematisk veiledning av norske aktører innen legemiddelforskning og legemiddelutvikling. Legemiddelverket har også ansvar for regelverket som fastslår hva som er narkotiske stoffer (narkotikalistene) og forvalter ordningen med salg av legemidler utenfor apotek (Lua). Videre er Legemiddelverket tilskuddsforvalter for Relis (regionale legemiddelinformasjonscentre) og Vetlis (Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter).

Sikre god kvalitet ved behandling med legemidler

Søknader om markedsføringstillatelser for legemidler behandles innenfor et europeisk samarbeid hvor Norge har de samme plikter og rettigheter som andre europeiske land. Aktiv og målrettet deltagelse i det europeiske samarbeidet styrker kvaliteten på vedtakene som fattes og bidrar til å sikre god nasjonal forvaltning. Legemiddelverket yter særlig innsats på kreftlegemidler, vaksiner, diabeteslegemidler og antibiotika. Det euro-

peiske samarbeidet gir Norge muligheter til å 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.

Den nye lovgivingen for klinisk legemiddelutprøving i Europa skal implementeres. 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. Legemiddelverket har fått ekstra oppgaver med hensyn til å koordinere den nasjonale delen av prosessen mellom Legemiddelverket, etiske komitéer og andre involverte myndigheter.

Bivirkningsovervåking av legemidler til mennesker er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Bivirkningsmeldinger samles i en nasjonal database ved Legemiddelverket. Data i denne databasen deles internasjonalt. Dette samarbeidet gjør at nye bivirkninger kan identifiseres raskt og at harmoniserte tiltak kan settes i verk. Legemiddelverket arbeider med å fornye og digitalisere det nasjonale systemet for bivirkningsovervåking.

Legemiddelverkets tilsynsaktivitet omfatter årlig om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg føres det tilsyn med kliniske legemiddelutprøvinger, systemer for bivirkningsrapportering, blodbanker og virksomheter som håndterer celler og vev. Som følge av Norges internasjonale forpliktelser på legemiddelområdet gjennomføres også inspeksjoner av legemiddelprodusenter og kliniske utprøvinger i land utenfor EØS.

Forfalskede legemidler er en trussel for folkehelsen. Legemiddelverket arbeider sammen med politi- og tolletaten samt internasjonalt i regi av EU og Europarådet for å redusere risikoen for at forfalskede legemidler når norske utsalgssteder.

Stortinget vedtok i 2014 en hjemmel for at myndighetene kan beslaglegge og destruere ulovlig privatimporterte legemidler, uten at det skal være nødvendig å involvere politi- og påtalemyndigheter. Det har vært en høring av forskrift om gjennomføring av ordningen, og iverksetting av denne skjer fra 1. oktober 2015.

For å avdekke nye stoffer og stoffgrupper som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripos, Tolldirektoratet 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 lege-

midler. Informasjonsarbeidet er rettet mot både helsepersonell og publikum. For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet tjenesten Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (Fest) som en del av e-reseptløsningen. Fest muliggjør oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journal-systemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Dataene i Fest inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder nå også informasjon som gjør at legene i forskrivningsprosessen kan få informasjonsvarsler for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Varsler fra Legemiddelverket er også tatt i bruk av Felleskatalogen. Legemiddelverket jobber for bruk av varselfunksjonen også i andre informasjonskanaler.

Legemidler skal ha lavest mulig pris

For å sikre lavest mulig pris på reseptpliktige legemidler fastsettes det en maksimal utsalgspris lik gjennomsnittet av de tre billigste av ni land i Vest-Europa. Disse prisene revurderes årlig for de mest omsatte legemidlene. For å utnytte konkurransen i markedet for byttbare legemidler ble trinnprissystemet innført i 2005. Fra 2014 ble det innført nye kuttsatser og endret apotekavanse. Enkelte kuttsatser ble også endret fra 2015. Trinnprissystemet omfatter mer enn 100 virkestoff. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen. Det vises for øvrig til forslaget om endring av apotekavansen i 2016, jf. omtale under kap. 2751, post 70.

Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler

Legemiddelmangel er en økende nasjonal og internasjonal utfordring. Mangelsituasjoner skyldes at internasjonal farmasøytisk industri ikke leverer de etterspurte legemidler i markedet. Dette kan skyldes ulike forhold – produksjonsproblemer, at legemidlet blir trukket fra markedet, eller at etterspørselen øker mer enn produksjonskapasiteten. Industrien har ingen plikt til å gjøre sine legemidler tilgjengelige for befolkningen. Det er derfor nødvendig å ha gode systemer for å overvåke og følge med på forsyningen av legemidler i Norge, og at forsyningssvikt håndteres på best mulig måte. Legemiddelverket har opprettet samarbeid med Legemiddelindustriforeningen, Apotekforeningen, Helsedirektoratet, Helse Sør-

Øst (OUS) og legemiddelgrossister i dette arbeidet. Det vises for øvrig til omtale av legemiddelberedskap under kap. 702.

Legemiddelverket har ansvar for å utføre hurtige metodevurderinger av nye legemidler i Nasjonalt system for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Legemiddelverket har også ansvaret for å varsle om nye legemidler gjennom metodevarslingsfunksjonen som driftes i samarbeid med andre aktører. Funksjonen styrkes med 5 mill. kroner, jf. nærmere omtale også under kap. 710, post 01. Dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som er lagt til grunn for bevilgninger og rammer nærmere omtalt i kap. 732, legger departementet til grunn at disse finansieres over de regionale helseforetakenes egne rammer og at det etableres formaliserte strukturer for dette mellom aktørene.

I 2014 behandlet Legemiddelverket 91 søknader om forhåndsgodkjent refusjon i blåreseptordningen, hvorav 80 ble innvilget. Søknad om ny indikasjon og endringer i refusjonsbetingelser ble avslått i seks saker da de faglige kriteriene ikke var oppfylt. Fem av søknadene ble oversendt departementet da merutgiftene ved å ta opp legemidlene ble antatt å overskride bagatellgrensen. Alle disse ble tatt opp i januar 2015 etter at bagatellgrensen ble hevet.

Legge til rette for forskning og innovasjon

Legemiddelverket har etablert prosjektet VIRIL (Veiledning og råd i legemiddelutvikling) for å gi vitenskapelig og regulatorisk veiledning i forbin-

delse med utvikling av nye legemidler og planlegging og gjennomføring av kliniske studier. Veiledningen er rettet mot alle aktører, men spesielt små norske bedrifter og akademiske institusjoner kan ha nytte av den. Veiledningen gis i alle faser av utviklingen og livsløpet til et legemiddel for å tydeliggjøre krav til dokumentasjon av kvalitet, sikkerhet og effekt. I løpet av 2013 og 2014 gjennomførte Legemiddelverket 46 rådgivningsmøter med slik bedrifter og institusjoner for å bidra til oppbygging av nødvendig dokumentasjon. Av disse møtene omhandlet 12 legemidler til fisk. I EU-kommisjonens forslag til nytt regelverk for godkjenning av veterinære legemidler, er det inntatt en bestemmelse om at nasjonale legemiddelmyndigheter skal tilby en regulatorisk veiledningstjeneste til små og mellomstore virksomheter. For øvrige tiltak som skal legge til rette for forskning og innovasjon vises til omtale i kap. 780, post 50, kap. 732, post 78 og del III kap. 11 Helse-Omsorg21-strategien.

#### Post 01 Driftsutgifter

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

Bevilgningen foreslås økt med 17,6 mill. kroner, jf. også inntektsøkning over kap. 5572, post 73 og kap. 3750, post 04. Bevilgningen foreslås videre økt med 5 mill. kroner til gjennomføringen av metodevurderinger knyttet til system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og 12,5 mill. kroner til Legemiddelverket flyttekostnader.

### Kap. 3750 Statens legemiddelverk

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
02	Diverse inntekter	19 510	14 637	14 986
04	Registreringsgebyr	74 082	105 591	112 110
06	Refusjonsgebyr	4 194	2 905	2 974
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	380		
16	Refusjon av foreldrepenger	3 648		
18	Refusjon av sykepenger	2 758		
	Sum kap. 3750	104 572	123 133	130 070

Bevilgningen dekker ulike gebyrer industrien må betale for Legemiddelverkets arbeid med god-

kjenning av produkter og virksomhet.

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner, godtgjørelse og refusjoner fra EMA samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

### Post 04 Registreringsgebyr

Bevilgningen dekker gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillat-

telser eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel. Bevilgningen foreslås økt med 4 mill. kroner grunnet krav om registrering av homøopatiske legemidler, jf. omtale under kap. 750, post 01.

### Post 06 Refusjonsgebyr

Bevilgningen dekker det legemiddelfirmaene betaler for å få behandlet søknader om forhåndsgodkjent refusjon.

## Kap. 751 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	12 526	10 558	10 691
70	Tilskudd	61 335	64 984	69 769
	Sum kap. 0751	73 861	75 542	80 460

Bevilgningen dekker spesielle driftsutgifter og tilskudd på legemiddelområdet.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen nyttes til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboka. I tillegg nyttes bevilgningen til bl.a. Helsedirektoratets arbeid med tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk og til direktoratets tilsyn og tiltak på området medisinsk utstyr.

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike legemiddeltiltak.

#### Kompetansenettverk legemidler for barn

Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barnekliviken 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. Legemid-

delutvalgene er tverrfaglige og består av lege, sykepleier og farmasøyt.

Nettverket har følgende fire prioriterte arbeidsfelt: Pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling samt vitenskapelig kompetanse og kunnskapsoppsummering. Nettverket bidrar til kvalitetssikringsarbeid i spesialist- og primærhelsetjenesten ved å støtte prosjekter faglig og økonomisk. Nettverket arrangerer også faglige seminarer.

I årene 2010–2015 har det blitt bevilget 5 mill. kroner per år til nettverket. I tillegg har det fra 2013 blitt bevilget en million kroner til et sekretariat for et forskningsnettverk for legemidler til bruk hos barn. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 6 mill. kroner til Haukeland Universitetssykehus for drifting av kompetansenettverket i 2016.

#### Apotek

Ved utgangen av 2014 var det 800 apotek i Norge, en økning på 33 apotek sammenliknet med året før. Per 1. juli 2015 var det 816 apotek i Norge.

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis

det støtte til samfunnsfunksjoner ved Institutt for energiteknikk i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler. I 2014 ble det gitt støtte til fem vaktapotek og driftsstøtte til elleve distriktsapotek. Tilsvarende fikk sju vaktapotek støtte i 2013 mens antallet som fikk driftsstøtte var det samme som i 2014.

#### Fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen gjelder for pasienter som har lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å oppsøke apotek. Under denne ordningen dekkes inntil 50 pst. av forsendelseskostnaden. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder. Det vil være aktuelt å endre ordningen med fraktrefusjon når løsninger for nettapotek er på plass, jf. omtale i kap. 701.

#### Regionale legemiddelsentra

Det er fire regionale legemiddelinformasjonsentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssyke-

husene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis gir viktig informasjon ved legemiddelforskrivning gjennom sin spørsmål- og svartjeneste for helsepersonell, som også omfatter spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient med spesielle behov.

Relis har også en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger, vurderer årsakssammenhenger og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler. Det foreslås å øke bevilgningen til dette arbeidet med 2,9 mill. kroner i 2016, jf. omtale i kap. 750.

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 hindre antibiotikaresistens. Vetlis bidrar også med å utarbeide og evaluere statistikk over forbruket av antibakterielle midler i veterinærmedisinen.

## Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
70	Legemiddelomsetningsavgift	76 408	73 000	82 000
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 153	4 900	4 900
73	Legemiddelkontrollavgift	85 075	75 322	97 210
	Sum kap. 5572	166 636	153 222	184 110

Bevilgningen dekker sektoravgifter på legemiddelområdet.

ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001).

### Post 70 Legemiddelomsetningsavgift

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist, jf. legemiddeloven § 18. Avgiftssats foreslås uendret fra 2015 på 0,55 pst. Avgiften dekker bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, Relis og tilskudd til apotek mv. jf. omtale under kap. 751, post 70, samt delfinansiere driften

### Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder for legemidler utenom apotek. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader forbundet med tilsyn.

**Post 73 Legemiddelkontrollavgift**

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning, jf. legemiddeloven § 10 og legemiddelforskriften § 15-3 tredje og femte ledd. Avgiften skal bl.a. finansiere Legemiddelverkets arbeid med kvalitetskontroll, bivirkningsovervåking,

informasjonsvirksomhet mv. Det foreslås å øke avgiften fra 0,6 pst til 0,7 pst. i 2016, jf. økte kostnader over kap. 750 og kap. 751, til bivirkningsovervåking og kostnader til implementering av ny forordning om klinisk utprøving omtalt under kap. 750.

## Programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)						
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16	
761	Omsorgstjeneste	3 986 272	4 599 690	5 711 314	24,2	
762	Primærhelsetjeneste	754 109	1 064 800	527 575	-50,5	
763	Rustiltak	773 764				
764	Psykisk helse	893 806				
765	Psykisk helse og rusarbeid		1 872 782	1 892 597	1,1	
769	Utredningsvirksomhet mv.	32 214	19 006	17 257	-9,2	
	<b>Sum kategori 10.60</b>	<b>6 440 165</b>	<b>7 556 278</b>	<b>8 148 743</b>	<b>7,8</b>	

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)						
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16	
01–23	Statens egne driftsutgifter	264 902	392 278	333 607	-15,0	
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	5 247	5 388	5 516	2,4	
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	4 967 646	5 988 852	6 536 934	9,2	
70–89	Andre overføringer	1 202 370	1 169 760	1 272 686	8,8	
	<b>Sum kategori 10.60</b>	<b>6 440 165</b>	<b>7 556 278</b>	<b>8 148 743</b>	<b>7,8</b>	

Vesentlige endringsforslag, ut over effektiviserings- og avbyråkratiseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 16,8 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet, hvorav 10,8 mill. kroner til tilskudd til aktivitet blant seniorer.
- 71,3 mill. kroner til tilskudd til 1200 nye dagaktivitetsplasser for personer med demens i 2016.
- 877,6 mill. kroner til investeringstilskuddet, hvorav 205 mill. kroner i 2016 til å dekke første års utbetaling av innvilgede tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser. Resterende bevilgning går til å dekke tilsagn om tilskudd gitt tidligere år, som kommer til utbetaling i 2016.
- 156 mill. kroner til forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 20,1 mill. kroner til tiltak som følger opp Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, mot at bevilgningen over programkategori 10.20 reduseres tilsvarende.
- 10 mill. kroner til arbeidet med utvikling av beslutningsstøttesystem for sykmeldere.
- 26,9 mill. kroner flyttet fra programkategori 10.10, knyttet til Nasjonal hiv-strategi.



- 8,6 mill. kroner i økt tilskudd til frivillig arbeid, jf. Innst. 360 S (2014–2015).
- 33 mill. kroner til opptrappingsplanen på rusfeltet.
- 5 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli.
- 3 mill. kroner for å øke innsatsen mot radikalisering og voldelig ekstremisme.
- 30,7 mill. kroner til styrking av grunn-, videre- og etterutdanning innen omsorg, hvorav 5,7 mill. kroner gjennom reduksjon i tilskudd til Aktiv omsorg.
- 45 mill. kroner i økt tilskudd for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog, hovedsakelig gjennom tilsvarende reduksjon i andre tilskudd til psykisk helse og rusarbeid over kategori 10.60.
- 75,1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjon for renter og avdrag som følge av redusert rentesats.
- 36,6 mill. kroner i redusert tilskudd til vertskommuner som følge av frafall av beboere.
- 603,3 mill. kroner til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp overføres til kommunenes rammetilskudd.
- 6,8 mill. kroner flyttet til kap. 781, knyttet til tilskudd til Norsk pasientforening og Landsforeningen for uventet barnedød.
- 19,2 mill. kroner flyttet til kap. 714, knyttet til tilskuddsordningen Psykiske helse i skolen.

Øvrige bevilgninger under programkategori 10.60 er redusert med til sammen om lag 57 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet  
Regjeringen la i mai 2015 fram Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meldingen angir en retning for utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet er å skape en helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Den foreslår tiltak for utvikling av tjenesten samlet og for deltjenester/brukergrupper. Det er særlig tre satsingsområder som er belyst: økt kompetanse, ledelse og teamorganisering. Andre sentrale områder i meldingen er psykisk helse og rus, rehabilitering og barn og unge.

#### *Økt kompetanse*

Stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester skal ytes i kommunene. Disse tjenestene står derfor overfor utfordringer med å tiltrekke seg nok

personell med riktig og tilstrekkelig kompetanse. For å heve kvaliteten på tjenesten, må kompetansen løftes. Meldingen legger særlig vekt på å møte behovet for mer og bredere klinisk kompetanse i kommunene. Regjeringen foreslår i meldingen en rekke tiltak for å styrke kompetansen i tjenesten og legger fram en strategi for et samlet løft kalt Kompetanseløft 2020, se egen omtale under.

#### *Bedre ledelse*

Tilsyn viser at det er mangler i ledelsen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder på alle nivå, fra de som jobber direkte med pasientene til administrativ ledelse i kommunen. For at brukerne og pasientene skal få koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, må det stilles høye krav til ledelse. Regjeringen foreslår i meldingen flere tiltak for å bedre ledelsen i tjenestene. Den vil bl.a. bedre tilgangen på lederutdanning og stille tydeligere krav til ledelse.

For å kunne forvalte, lede og utvikle tjenesten, er det behov for bedre data om ulike forhold i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet er derfor i gang med å utvikle et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

#### *Teamorganisering og flerfaglighet*

Mange brukere opplever helse- og omsorgstjenestene som dårlig koordinerte og lite tilgjengelige. Det gjelder særlig for personer med sammensatte behov. Mange av disse kunne hatt en lettere hverdag og færre sykehusinnleggelses dersom tjenestene var organisert og koordinert på en bedre måte. Helse- og omsorgstjenesten må utvikles ut fra pasientens behov og ikke ut fra diagnoser og deltjenester. Pasienter og brukere har sammensatte behov som må møtes med sammensatt kompetanse.

Meldingen skisserer flere måter for å skape bedre koordinerte og helhetlige helse- og omsorgstjenester. En måte er å stimulere til samlokalisering. Samlokalisering bidrar til bredere fagmiljøer og legger til rette for bedre samhandling mellom ulike faggrupper. Et neste skritt er flerfaglige team. Et sentralt tiltak i meldingen er å legge til rette for primærhelseteam. Et primærhelseteam er en utvidet allmennpraksis.

Noen brukere har behov for mer enn de tjenestene som kan leveres av et primærhelseteam. Brukere med store og sammensatte problemer har ofte behov for en fast kontaktperson, en strukturert oppfølging og en individuell plan. Mange av dem vil ha nytte av et oppfølgingsteam som kan

bidra til mer strukturert oppfølging ut fra den enkeltes behov.

#### Rus og psykisk helse

Regjeringen vil gjennomføre et særlig løft for mennesker med rusproblemer og psykiske helseproblemer. Gjennom bedre tilgjengelighet og kapasitet i lavterskeltilbud og ved styrket oppfølging og samarbeid, skal tilbudet til disse gruppene forbedres.

I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, varsler regjeringen at den vil lovfeste kommunenes plikt til å ha psykologkompetanse fra 2020, og slik sikre økt rekruttering av psykologer og hevet kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. For å bidra til å øke rekrutteringstakten, legges rekrutteringstilskuddet om og styrkes med 45 mill. kroner. Det gir rom for inntil 150 nye psykologstillinger i kommunene i 2016. Se kap. 765.

Regjeringen anser det som uheldig at det er diagnose, ikke hjelpebehov, som avgjør hvilken hjelp du får. Derfor innføres virkemidlene i samhandlingsreformen også for psykisk helse og rus. Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnplikt innføres for disse fagområdene fra 2017, mens regjeringen tar sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helse og rus tidligst fra 2017.

#### Opptappingsplan rus

Regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet og vil fremme en ny opptappingsplan for rusfeltet som en egen proposisjon høsten 2015 med en ramme på 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 185 mill. kroner i 2016 inkludert midlene i ordningen med fritt behandlingsvalg.

Målet er å bidra til økt kapasitet og bedre kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer. Det foreslås 80 mill. kroner til en tverrdepartemental oppfølging av opptappingsplanen i 2016, til følgende tiltak:

- 30 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av Narkotikaprogram med domstolskontroll (for nærmere informasjon se Justis- og beredskapsdepartementets budsjettproposisjon).
- 30 mill. kroner til utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller, herunder utvikling av motaks- og oppfølgingssentre og etablering av flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre som f.eks. etter modell av Lasso i Oslo.

- 20 mill. kroner til styrking av arbeidstrening, aktivisering mv. i regi av frivillige organisasjoner (for nærmere informasjon se Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon).

Videre er det i 2016 foreslått at 400 mill. kroner av veksten i de frie inntektene begrunnes med en økt satsing på rusfeltet. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennom etablerte rapporteringsordninger følge nøye med på utviklingen i sektoren, og om kommunene følger opp regjeringens satsing med tiltak innenfor rusområdet.

#### Rehabilitering

God sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål. Opplæring av brukere og pårørende er avgjørende for å mestre livet med sykdom eller funksjonsnedsettelse. Det er nødvendig å tydeliggjøre kommunenes plikt til å sørge for denne opplæringen.

Regjeringen foreslår i Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, at større kommuner kan få et større ansvar for rehabiliteringstjenester som i dag ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Det skal utredes nærmere hvilke oppgaver innenfor rehabiliteringsfeltet kommunene skal få et større ansvar for, samt i hvilken form en slik ansvarsoverføring skal skje.

Regjeringen tar sikte på å fremme en opptappingsplan for habilitering og rehabilitering.

#### Barn og unge

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge og deres familier er et viktig satsingsområde for regjeringen. De viktigste tjenestetilbudene rettet mot denne gruppen er de helsefremmende og forebyggende tjenestene og den tidlige innsatsen som ytes gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud til gravide og barn og unge i alderen 0–19 år samt deres familier. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en høy grad av tillit i befolkningen. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har gjennom flere år blitt styrket gjennom økning av de frie inntektene. En ytterligere styrking av de frie inntektene foreslås for 2016.

Det er igangsatt et arbeid med en ungdomshelsestrategi. Strategien skal dekke aldersgruppen 13–25 år. Strategien skal bl.a. belyse hvordan man sikrer tilgjengelighet, kapasitet og godt koordinerte tjenester til ungdom, herunder

nettbaserte tjenester. I tråd med regjeringens visjon om å skape pasientens og brukerens helse-tjeneste, skal barn og unges egne erfaringer og synspunkter stå sentralt i utviklingen av ungdomshelsestrategien.

#### Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Kompetanseløft 2020 følger opp både Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020.

Kompetanseløft 2020 består av seks strategier:

- Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell.
- Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov.
- Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis.
- Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon.
- Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning.
- Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse.

Tiltakene i Kompetanseløft 2020 er omtalt under kap. 761, 762, 765 og 769 og samlet i del III.

Gjennom Kompetanseløft 2020 samles alle eksisterende og nye tiltak knyttet til kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i en felles plan. Kompetanseløft 2020 trekker bl.a. veksler på de gode erfaringene fra Kompetanseløftet 2015.

Tiltakene omfatter alle nivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og favner bredt.

#### Omsorg 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2013).

For å sikre bedre kvalitet i tjenestene er det i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, presentert nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020. Tiltakene skal bidra til nye løsninger for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Det skal gjennomføres et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene i 20 kommuner med oppstart 1. mai 2016. Formålet er økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktigere behovsdekning. Videre skal staten bidra til å styrke kapasiteten og kvaliteten i tjenestene gjennom å legge til rette for etablering av om lag 1200 nye dagaktivitetsplasser for personer med demens og fornying og bygging av 2500 heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger. Regjeringen vil styrke tjenestetilbudet til personer med demens, og legger derfor høsten 2015 fram Demensplan 2020 med konkrete tiltak for å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester med fokus på diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose. For å sikre bedre kvalitet i tjenestene, skal det iverksettes et systematisk kvalitetsutviklingsarbeid med sikte på å utvikle en trygghetsstandard for sykehjem. Som varslet i kommuneproposisjonen for 2016, foreslås det at rammetilskuddet til kommunene økes med ytterligere om lag 205 mill. kroner til oppfølging av endringen i pasient- og brukerrettighetsloven som gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

#### En nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet

Det er et stort behov og potensial for å ta i bruk samfunnets frivillige ressurser for å beholde og utvikle et godt velferdssamfunn. På denne bakgrunn har Helse- og omsorgsdepartementet, i fellesskap med Frivillighet Norge og KS, utarbeidet en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien ble lagt fram av partene 18. august 2015. Strategien formulerer mål og tiltak for det framtidige samspillet mellom frivillig og offentlig sektor på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal bidra til å motvirke ensomhet, rekruttere og beholde frivillige i alle aldre og styrke det systematiske samarbeidet mellom frivillige organisasjoner, frivillighetsentraler, frivillige enkeltpersoner og kommunene. Strategien skal revideres årlig.

### Samhandling

Det var og er bred politisk enighet om utfordringsbildet som ligger til grunn for samhandlingsreformen. Reformen videreføres gjennom et bredt virkemiddelapparat, herunder betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene og etablering av lovplikt om øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen somatisk helse i 2016. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold vil fra 2017 også omfatte brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer.

Innføringen av samhandlingsformen følges nøye både gjennom et følgeforskning i regi av Norges forskningsråd og fra Helsedirektoratet som årlig utgir en samhandlingsstatistikkrapport. De endelige resultatene av følgeforskningsprosjektene foreligger høsten 2015. Foreløpige resultater fra den forskningsbaserte evalueringen og Helsedirektoratets statistikk indikerer at reformens mål om at en større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunen, i noen grad er oppnådd. Foreløpige resultater av evalueringen kan tyde på at reformen har ført til mer oppstykkede pasientforløp, og at pasienter som skrives ut til kommuner er sykere.

De obligatoriske samarbeidsavtalene mellom kommuner og sykehus er ett av de viktigste virkemidlene for å realisere målene med samhandlingsreformen. Et annet virkemiddel er spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som følge av reformen skal flere behandles nær der de bor. Dette krever økt kompetanse og kvalitet i de kommunale tjenestene. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet omtaler utviklingsbehovene innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ett av forslagene i meldingen er å gi kommunene en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten som speiler spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene.

### Vold og traumatisk stress

Undersøkelser viser at vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. Det gjennomføres et omfattende tverrdepartementalt arbeid for å forebygge og avverge vold og overgrep og å bedre tilbudet til voldsutsatte, voldsutøvere og traumatiserte. En viktig del av dette arbeidet er å tydeliggjøre ansvar i lov. Arbeidet omfatter bl.a.

traumatiserte asylsøkere og flyktninger, overgrepsofre, herunder barn og unge som er utsatt for seksuelle overgrep, personer som utsetter seg for selvskading og selvmordsutsatte. Videre er personer som utsettes for menneskehandel, kjønnslemlestelse og tvangsekteskap særskilt sårbare grupper. Regjeringens handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme videreutvikles, og helsemyndighetenes arbeid styrkes.

### Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

De regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene utgjør en viktig del av nasjonale myndigheters satsning på å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet fastsatt samfunnsoppdrag og oppgaver for 21 av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Disse er: Antibiotikasenter for primærmedisin, Nasjonalt kompetanseenheter for minoritetshelse (Nakmi), Nasjonalt kompetansemiljø på området psykisk utviklingshemning (Naku), Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (Napha), regionale kompetansesentre angående rusmiddelspørsmål og Pro-senteret. I tillegg de regionale ressursentrene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Sentrene er nærmere omtalt under aktuell kapittel og post på Programområde 10.60.

Samfunnsoppdraget for kunnskaps- og kompetansesentrene er undervisning, veiledning, informasjon og nettverksarbeid. I tillegg kan sentrene delta i praksisnær og praksisrelevant forskning. Sentrene skal samarbeide med relevante kompetansesentre og tjenester. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene til sentrene og har fått i oppdrag å sørge for tiltak som skal sikre tjenestene bedre kjennskap til sentrenes virksomhet og likeverdig tilgang til kunnskaps- og kompetansesentrene. Dette kan skje gjennom etablering av et felles nettsted/nettportal hvor sentrene er knyttet opp. Flere av kunnskaps- og kompetansesentrene har formidlet ønsker om organisatorisk sammenslåing. Et sentralt formål med slik sammenslåing må blant annet være at de aktuelle sentre på bedre måte blir i stand til å levere kompetansestøtte til målgruppene, innenfor gjeldende økonomisk ramme. Sentre som primært har forskning som oppgave vil departementet komme nærmere tilbake til.

Forskning og utvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Det er utarbeidet en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorg etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet. Denne har fått navnet HelseOmsorg21. Et forslag til innsatsområder i strategien er et kunnskapsløft for kommunene.

Regjeringen vil i løpet av 2015 legge fram en handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21. Det vises til nærmere omtale i del III kap. 11.

HelseOmsorg21 strategien har påpekt behov for en styrket forskningsinnsats på og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Departementet finansierer forskning gjennom Norges forskningsråd. Fra 2016 vil antall program reduseres og bli vesentlig større. Det etableres tre nye brede ti-årige program fra 2015 og 2016. Disse programmene er bl.a. sentrale i å styrke forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Norges forskningsråd har også fått i oppdrag å gi en oversikt over prosjekter i regi av Forskningsrådet der de kommunale helse- og omsorgstje-

nestene inngår eller er tema. Videre har Forskningsrådet fått i oppdrag å etablere HelseOmsorg21 Monitor for forsknings- og innovasjonsindikatorer som skal dekke hele sektoren. Med etableringen av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og andre databaser kan det utvikles indikatorer for forskning og innovasjon i og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samlet vil dette bidra til å gi en bedre oversikt over forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringens satsing på kompetanse er også sentralt i arbeidet med å styrke kunnskapsgrunnlaget i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å bidra til kunnskapsspredning og økt kunnskapsbasert praksis i tjenestene, vil regjeringen dra erfaringer fra de strukturerte samarbeidene som er etablert på flere områder, bl.a. gjennom sentrene for omsorgsforskning som følger opp utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i sine regioner.

Departementet er i gang med å utarbeide en egen forskningsstrategi for tannhelse i samarbeid med sentrale aktører, se nærmere omtale kap. 770 Tannhelsetjenesten.

## Kap. 761 Omsorgstjeneste

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	100 116	214 753	134 546
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	264 319	113 460	114 150
61	Vertskommuner	947 723	949 150	940 115
62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	131 370	220 608	296 333
63	Investeringstilskudd, <i>kan overføres</i>	1 142 406	1 655 641	2 533 206
64	Kompensasjon for renter og avdrag	1 043 147	984 700	909 600
65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>			156 000
66	Brukerstyrt personlig assistanse	37 720		
67	Utviklingstiltak	73 501	71 277	67 889
68	Kompetanse og innovasjon		259 954	336 948
71	Frivillig arbeid mv.	9 839	10 164	13 109
72	Landsbystiftelsen	70 150	72 465	74 566
73	Særlige omsorgsbehov	20 529	22 206	22 850
75	Andre kompetansetiltak	9 418	10 729	11 040
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	136 034	14 583	100 962
	Sum kap. 0761	3 986 272	4 599 690	5 711 314

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering:

- 16,8 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet, hvorav 10,8 mill. kroner til tilskudd til aktivitet blant seniorer.
- 71,3 mill. kroner til tilskudd til 1200 nye dagaktivitetsplasser for personer med demens i 2016.
- 877,6 mill. kroner til investeringstilskuddet, hvorav 205 mill. kroner i 2016 til å dekke første års utbetaling av innvilgede tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser. Resterende bevilgning går til å dekke tilsagn om tilskudd gitt tidligere år som kommer til utbetaling i 2016.
- 156 mill. kroner til forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 30,7 mill. kroner til styrking av grunn-, videre- og etterutdanning innen omsorg, hvorav 5,7 mill. kroner gjennom reduksjon i tilskudd til Aktiv omsorg.
- 44,1 mill. kroner flyttet fra kap. 765, knyttet til kompetansetilskudd.
- 75,1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjon for renter og avdrag, som følge av redusert rentesats.
- 36,6 mill. kroner i redusert tilskudd til vertskommuner, som følge av frafall av beboere.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med til sammen 21,2 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

#### Omsorg 2020

For å sikre bedre kvalitet i tjenestene skal det iverksettes nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020. Følgende hovedsatsingsområder løftes fram for 2016:

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

Regjeringen inviterer kommunene til å søke om å delta i en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Forsøket omfatter alle omsorgstjenester og brukergrupper.

I forsøket skal det prøves om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktige behovsdekning. Kommunene kan søke om å delta i forsøket innen 1. desember 2015. Forsøket skal gjennomføres i 20 norske kommuner og vare i tre år. Det tas sikte på at forsøket starter fra 1. mai 2016. Forsøket skal følgeevalueres. Helsedirektoratet står for tilretteleggingen og gjennomføringen av forsøket. Det foreslås å bevilge 171 mill.

kroner til forsøket i 2016. Det vises til nærmere omtale på post 21 og post 65.

##### *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*

Fra 1. januar 2015 trådte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven i kraft, jf. Prop. 86 L (2013–2014) og Innst. 294 L (2013–2014). Endringen gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse. Retten omfatter også avlastningstiltak etter samme lov for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. De samlede merkostnadene av forslaget anslås til 300 mill. kroner i 2015, økende til 500 mill. kroner i 2016. Over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett er det i 2015 bevilget 300 mill. kroner til oppfølging av endring i pasient- og brukerrettighetsloven. Som varslet i kommuneproposisjonen for 2016 foreslås det at rammetilskuddet til kommunene økes med ytterligere om lag 205 mill. kroner til oppfølging av endringen i pasient- og brukerrettighetsloven.

Oppfølgingen av rettighetsfestingen må ses i sammenheng med andre tiltak, herunder nytt rundskriv, kompetansetilskudd, samt utarbeiding av opplæringsmateriell. Det er satt i gang en følgeevaluering av lovendringen. Det vises til nærmere omtale på post 21 og post 68, samt Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60.

##### *Demensplan 2020*

Regjeringens mål er å skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste. Det krever at brukernes egendefinerte behov står i fokus ved utvikling av tjenestene og at det legges opp til prosesser som sikrer reell brukermedvirkning. Derfor har brukerne hatt en sentral rolle i utviklingen av Demensplan 2020. Det er arrangert en rekke regionale dialogmøter for personer med demens, pårørende, frivillige og ansatte i tjenestene. Samtidig bygger Demensplan 2020 på erfaringer med dagens demensplan og ny oppdatert kunnskap. Planen har vært på bred høring.

Med bakgrunn i brukeres og pårørendes behov, uløste utfordringer fra dagens plan og ny kunnskap har Demensplan 2020 fem strategiske grep:

- forebygging
- diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
- aktivitet, mestring og avlastning

- pasientforløp – systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
- involvering og deltakelse

Planen skal vektlegge tiltak som kan settes inn før det blir aktuelt med heldøgnsstilbud og som kan støtte og avlaste pårørende. Sentrale tiltak er aktivitetstilbud, videreføring av kompetanseheving for ansatte, pårørendeskoler og opplæring i utredning og diagnostisering. Videre skal det utvikles modeller for oppfølging etter diagnose, og det skal legges til rette for utvikling av brukerskoler for personer som har demens.

Regjeringen vil, som oppfølging av Stortingets behandling av Dok. 8:53 (2014–2015), jf. Innst. 221 S (2014–2015), fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et aktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gjeldende fra 1. januar 2020. Tilskuddsordningen til dagaktivitetstilbud for personer med demens vil videreføres og skal stimulere til utbygging av tilbudet fram mot 2020.

Det foreslås å bevilge midler til 1200 flere dagaktivitetsplasser i 2016. Gitt full utnyttelse av rammen på 1070 plasser i 2015 og 1200 plasser i 2016, er det ifølge tidligere anslag behov for i overkant av 4800 flere aktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens i perioden 2017–2020.

Det vises til postene 21, 60, 62, 68 og 71, samt kap. 780, post 50 for nærmere omtale av tiltakene i Demensplan 2015. Planen legges fram som et særtrykk i løpet av høsten 2015.

#### *Investeringsstilskudd til heldøgns omsorgsplasser*

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å heve kvaliteten og øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser. For å stimulere kommunene ytterligere til både fornyelse av tilbudet og økning i kapasiteten, foreslås det å legge til rette for tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser i 2016. Det foreslås 205 mill. kroner som første års utbetaling av innvilgede tilskudd i 2016. Det vises til post 63 for nærmere omtale.

#### *Kompetanseløft 2020*

Kompetanseløft 2020 har som formål å bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste, og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2020 følger opp

Meld. St. 26 (2014–2015) og regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020. Kompetanseløft 2020 erstatter Kompetanseløftet 2015, som var kompetanse- og rekrutteringsplanen for omsorgstjenestene i perioden 2007–2015. De fleste av tiltakene i Kompetanseløftet 2015 er videreført i Kompetanseløft 2020.

Det foreslås å øke bevilgningen til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene med 30,7 mill. kroner, fordelt på 10 mill. kroner til tilskudd til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag på post 60 og 20,7 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68.

Det foreslås å bevilge 4 mill. kroner til etablering av et nytt rekrutteringstiltak med formål å bidra til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Se post 60 for ytterligere omtale.

Se omtale av tiltakene under postene 21, 60, 67 og 68. Se for øvrig kategoriinnledningen og del III for overordnet omtale av Kompetanseløft 2020. Se også omtale av ledelse nedenfor.

#### *Ledelse*

God ledelse er avgjørende for utviklingen av gode tjenester, faglig utvikling og innovasjon. For å bidra til økt ledelseskompetanse, foreslås det å øke bevilgningen til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten med 5,2 mill. kroner, slik at samlet bevilgning til formålet blir 16,2 mill. kroner i 2016. Den nye lederutdanningen har oppstart høsten 2015 og omfatter den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Lederutdanningen inngår i Kompetanseløft 2020.

Se omtale av tiltaket under post 21, kap. 765, post 21 og kap. 770, post 70.

#### *Velferdsteknologi*

Det er et mål at velferdsteknologi skal være tatt i bruk i helse- og omsorgstjenestene innen 2020, jf. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Regjeringen vil ta i bruk velferdsteknologi og mobil helseteknologi (m-helse) for behandling og oppfølging av personer med kroniske sykdommer. Dette skal styrke pasientenes mestring i hverdagen og gi bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestens ressurser. Det pågår flere nasjonale prosjekter som ledes av Helsedirektoratet. For å sikre synergieffekter og en raskere framdrift, ses prosjektene i sammenheng.

Flere kommuner prøver ut velferdsteknologi for trygghet og mestring gjennom Nasjonalt pro-

gram for utvikling og innføring av velferdsteknologi 2014–2020. For å sikre en helhetlig tjeneste hvor systemer fungerer sammen, er det nødvendig å ta i bruk felles standarder for velferdsteknologi. Regjeringen har besluttet å innføre det internasjonale rammeverket Continua Health Alliance. Standardisering av velferdsteknologi skal ses i sammenheng med det øvrige standardiseringsarbeidet på e-helseområdet, og skal også omfatte personlig helseteknologi, telemedisin og m-helse. Velferdsteknologiprogrammet inngår i Omsorg 2020. Velferdsteknologiprogrammet foreslås styrket med 6,6 mill. kroner. Se nærmere omtale av tiltak under post 21 og post 68 og kap. 769, post 70.

Se omtale av arbeidet med teknologiske verktøy som kan motvirke ensomhet og bidra til å vedlikeholde og styrke eldres sosiale nettverk under kap. 761, post 21.

Se omtale av nasjonalt velferdsteknologiprojekt for avstandsbehandling og avstandsoppfølging av kronisk syke og prosjekt for mobil helse-teknologi under kap. 701, post 21.

#### Kvalitetsutviklingsprosjekt sykehjem – trykghetsstandard

Det skal iverksettes et systematisk kvalitetsutviklingsarbeid med sikte på å utvikle en trykghetsstandard for kvalitet i sykehjem. Målet er at alle beboere på sykehjem skal ha et godt og likeverdig tilbud. Systemet skal bestå i et sett kriterier for god praksis og en metode for å implementere disse kriteriene i den enkelte virksomhet. Arbeidet skal baseres på temaene ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater. KS, bruker- og pårørendeorganisasjoner og yrkesorganisasjonene vil bli invitert til å delta i prosjektet. Det vises til kap. 769, post 70 for nærmere omtale.

#### Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen ønsker å bidra til å forebygge ensomhet. Ved Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015), jf. Innst. 360 S (2014–2015) ble det bevilget midler til en forsterket innsats for å hindre ensomhet. Gjennom samarbeid med frivillig sektor skal det legges til rette for økt sosial kontakt og aktivitet gjennom gågrupper, dansegrupper og besøks- og aktivitetsvenner for eldre. Videre skal det utvikles teknologiske verktøy som kan bidra til å vedlikeholde og styrke eldres muligheter til å opprettholde sitt sosiale nettverk. Aktiviteten ved eldresentra skal økes gjennom tiltak for å motvirke ensomhet, passivitet og sosial

tilbaketrekning. Det foreslås bevilget til sammen 36,8 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet i 2016. Det vises til nærmere omtale av tiltakene på kap. 761, post 21 og post 71, samt kap. 714, post 70 og post 79.

#### Egenandeler

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 36 200 kroner til 37 250 kroner med virkning fra 1. januar 2016.

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester ble i 2015 endret som følge av økningen i det generelle prisnivået. For å oppdatere fribeløpet før beregning av vederlag for opphold i institusjon i samsvar med den generelle kostnadsøkningen, foreslår departementet at dette fastsettes til 7 800 kroner med virkning fra 1. januar 2016. Samtidig foreslås det å justere maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G fra 186 kroner til 190 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, foreslås det å endre maksimal egenandel fra 147 kroner til 150 kroner per døgn, og fra 77 kroner til 80 kroner per dag/natt.

Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Regjeringen har satt i gang et utredningsarbeid om finansiering og egenbetaling for ulike boformer. Formålet med utredningsarbeidet er å få et rettferdig og forutsigbart regelverk som er enkelt å forstå for både brukere, pårørende og kommunene.

#### Unge personer med nedsatt funksjonsevne i sykehjem

Unge personer med nedsatt funksjonsevne bør ikke bo i institusjoner beregnet for eldre. Med institusjon regnes primært somatiske sykehjem. Fylkesmennene har i flere år fulgt opp kommuner som har personer under 50 år innskrevet for langtidsopphold i sykehjem. Fra 2015 er rapporteringsrutinene noe endret. Kommunene skal melde fra til fylkesmennene om antallet personer under 50 år som er innskrevet på langtidsopphold i sykehjem og gi utfyllende informasjon om hver enkelt beboer. Fylkesmennene skal på bakgrunn av innmelding fra kommunene veilede kommu-



nene for å finne en tilfredsstillende løsning. I tillegg skal informasjon om hvilke kommuner som har unge personer bosatt i sykehjem hentes fra Iplos-registeret (Statistisk sentralbyrå). Helsedirektoratet rapporterer at kommunene har meldt inn 135 unge personer innskrevet for langtidsopphold i sykehjem. Fylkesmennenes oversikt viser at det var 30 av de 135 som ønsket et annet botilbud. Av disse opplyser fylkesmennene at 15 hadde en flytteplan. Iplos har registrert mellom 140 og 144 personer mellom 18 og 49 år innskrevet for langtidsopphold i somatisk sykehjem. En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området. Helse- og omsorgsdepartementet viser for øvrig til finansieringsordningen for ressurskrevende tjenester på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

#### Evalueringsrapport om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A

Reglene om helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelpen i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A trådte i kraft 1. januar 2009. Under behandlingen i Stortinget ba komiteen om at evalueringen av reglene forelegges Stortinget, jf. Innst. O. nr. 11 (2006–2007).

Av evalueringsrapporten fra Oxford Research AS fra desember 2013 framgår at regelverket oppleves som legitimt og i hovedsak hensiktsmessig. Videre har reglene bidratt til rettsklarhet, samt til økt bevissthet og refleksjon. Det er utarbeidet en rekke gode hjelpemidler for forståelsen og den konkrete praktiseringen av regelverket. Likevel viser rapporten at det blant helsepersonell er varierende kunnskap om og ferdighet i å anvende regelverket. Antall registrerte tvangsvedtak har økt siden innføringen av reglene. Det antas at dette skyldes økt fokus på og kjennskap til regelverket og ikke nødvendigvis økt bruk av tvang. Det går fram at det er rimelig å anta at det fortsatt er en underrapportering av tvang. Manglende kunnskap om dette er framholdt som en utfordring. Det er registrert stor variasjon i antall vedtak fra de ulike kommunene og i ulike deler av helsetjenesten. En tredjedel av kommunene hadde i 2012 ikke truffet vedtak med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Funnene bygger opp under Helsetilsynets funn i landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem i 2011 og 2012. På bakgrunn av tilsynsfunnene mener Statens helse-

tilsyn at helsepersonells kunnskap om tvungen helsehjelp må forbedres, og at kommunens ledelse i større grad må sikre kvalitet og rettssikkerhet i sykehjem.

Evalueringen viser at kommunene har utfordringer knyttet til kunnskap om og ferdighet i å anvende regelverket. Etter departementets vurdering er det fortsatt behov for fylkesmennenes aktive rolle i disse sakene, slik at rettssikkerhetskravene knyttet til fylkesmennenes kontroll bør beholdes slik de er i dag.

Evalueringen tar også opp grensen mellom lov om psykisk helsevern og kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven. Det stilles bl.a. spørsmål om dette lovverket også bør omfatte tvangsbehandling av mindre alvorlige psykiske lidelser. Behandling av psykiske lidelser når pasienten motsetter seg behandlingen, er et svært inngripende tiltak som bør forbeholdes de mest alvorlige lidelsene. Dette taler for at tvangshjemlene forbeholdes de mest alvorlige tilstandene og at terskelen for tvang ikke senkes. Departementet vil imidlertid vurdere om det er andre grenseflater mellom de to regelverkene som bør vurderes nærmere. Bl.a. bør det vurderes om regelverket setter unødige begrensninger på hvordan helse-tjenestene er organisert.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har behov for et bedre kunnskapsgrunnlag både om tjenesteinnhold og tjenestekvalitet generelt og om tvungen helsehjelp og alternativer til tvang spesielt. Kunnskap om tjenestene fordrer data om tjenesteutøvelsen, inkludert gode datasystemer og rutiner for dokumentasjon og rapportering. For å bidra til god informasjon om tvangsbruk, kompetanse og enhetlig registreringspraksis skal det vurderes tilpasninger i registreringsverktøyet Nestor.

Det gjennomføres årlig omfattende opplæring- og veiledning av helsepersonell i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. For å videreutvikle og tilpasse opplæringsprogrammet, har Helsedirektoratet fått i oppdrag å sette ned en gruppe bestående av representanter fra ulike instanser, som Statens helsetilsyn, fylkesmennene, ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, KS og brukerrepresentanter. Arbeidsgruppen bør bl.a. vurdere ulike nettverksmodeller for opplæring og erfaringsutveksling.

Det vises videre til sentrale tiltak i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, knyttet til lederopplæring og kompetanseheving av ansatte i tjenestene.

Det vises til kap. 721 for nærmere omtale av prioriterte områder for tilsyn i 2016.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 0,5 mill. kroner knyttet til kompetanse og innovasjonstilskudd til post 68.
- 87 mill. kroner til post 79 for å sikre mer samsvar mellom budsjett og regnskap mellom postene.
- 2,5 mill. kroner knyttet til Fritidsaktivitet med assistanse til post 68.
- 4 mill. kroner knyttet til Mitt livs ABC fra post 60.

Bevilgningen foreslås økt med:

- 10,8 mill. kroner til aktivitet ved eldresentra.
- 3 mill. kroner til bekjempelse av ensomhet.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 13,1 mill. kroner til å styrke andre prioriterte tiltak, hvorav 5,7 mill. kroner for å styrke grunn-, videre- og etterutdanning.

Bevilgningen skal dekke driftsutgifter knyttet til formålet for kapittelet.

Bevilgningen kan nyttes under post 79. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 21.

#### FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet

Midler over denne bevilgningen nyttes til utvikling av omsorgstjenestene, tjenestetilbudet til mennesker i livets slutfase, personer med nedsatt funksjonsevne, herunder barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier, personer med psykisk utviklingshemming og andre vanskeligstilte grupper. Oppfølgingen av Omsorg 2020 skal prioriteres. Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell og bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering.

#### Fylkesmennene

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak knyttet til fylkesmennenes oppfølging av regjeringens samlede omsorgspolitik, Omsorg 2020, herunder tiltak som følger av Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2103) og Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, samt øvrige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene.

Bevilgningen går til fylkesmennenes oppfølging av Kompetanseløft 2020, investeringstilskud-

det til heldøgns omsorgsplasser, Demensplan 2020, samt øvrige tiltak som følger av Omsorg 2020. Fylkesmennene har ansvaret for det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet, som del av sitt arbeid med å følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på utvikling og innovasjon i omsorgstjenestene.

Fylkesmennene skal ha oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser. Fylkesmennene skal også følge opp tiltak for å bedre kvaliteten i omsorgstjenestene. 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.

#### Omsorg 2020

##### *Statlig finansiering av omsorgstjenestene*

Det ble ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 11 S (2014–2015) bevilget 20 mill. kroner til utredning og gjennomføring av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Ved Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015), jf. Innst. 360 S (2014–2015), ble bevilgningen for 2015 til utredning og gjennomføring av forsøket redusert med 11 mill. kroner grunnet senere forsøkstart enn opprinnelig lagt opp til.

Helsedirektoratet har ansvaret for utredningsprosjektet, og vil også få ansvaret for gjennomføringen av forsøket fra mai 2016. Bevilgningen skal i 2016 dekke kostnader for Helsedirektoratet relatert til utredning, tilrettelegging og gjennomføring av forsøket, samt kostnader ved følgeevaluering. Det foreslås bevilget 15 mill. kroner til formålet i 2016. Enkelte kommunale administrasjonskostnader vil også dekkes over post 65. Se for øvrig omtale under post 65.

##### *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*

I forbindelse med endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. Prop. 86 L (2013–2014) og Innst. 294 L (2013–2014), som gir rett til BPA for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse, arbeides det med å utarbeide et nytt rundskriv om BPA-ordningen. Rundskrivet skal bidra til å gjøre lovbestemmelsen om BPA mer tilgjengelig for brukere, kommunene og andre som skal anvende regelverket, og

bidra til økt rettsikkerhet og god praksis. Oppfølgingen av rettighetsfestingen må ses i sammenheng med annet generelt arbeid som foregår på området, bl.a. opplæringsmateriell og kompetansetilskudd.

Helsedirektoratet publiserte våren 2015 en opplæringshåndbok for BPA. Boken er sendt til alle landets kommuner. Våren 2015 leverte Høgskolen i Lillehammer sluttrapport fra prosjektet Brukerstyrt personlig assistanse Utredning/analyse av innhold, omfang og effekt av ordningen. Videre har Helsedirektoratet igangsatt et prosjekt for å utvikle opplæringsmateriell for arbeidsledere og assistenter, samt kommunens saksbehandlere. Det vises til nærmere omtale av kommunale kompetansemidler på post 68.

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven følgeevalueres med en tidshorisont på to år fra mai 2015. KS er involvert i arbeidet gjennom konsultasjonsordningen. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner til følgeevalueringen av lovendringen i 2016.

#### *Pårørendeprogrammet*

Formålet med Program for en aktiv og framtidrettet pårørendepolitikk 2014–2020 (Pårørendeprogrammet) er å bedre vilkårene for den uformelle omsorgen, samt å bidra til å bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen.

Det ble i 2015 bevilget 10 mill. kroner til Pårørendeprogrammet. Som del av programmet er Helsedirektoratet i gang med kunnskapsinnhenting og et flerårig utviklingsarbeid sammen med kommuner, og er i dialog med organisasjoner for å utvikle tiltak for en aktiv og framtidrettet pårørendepolitikk. Det er under utarbeidelse en overordnet pårørendeveileder for kommunene på tvers av alle pårørendegrupper. Opplæringstiltak rettet mot spesielle målgrupper planlegges i oppfølgingen av veilederen.

I 2013 etablerte Helsedirektoratet en tilskuddsordning med mål om å utvikle kommunale modeller som skal bidra til å forbedre pårørendes situasjon, synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver gjennom f.eks. fleksibel avlastning, opplæring, råd og tilpasset veiledning, sosiale nettverk, omsorgslønn mv. I 2014 deltok 21 kommuner i dette arbeidet. I 2015 er det innvilget 23 søknader. Innvilgede søknader fordelte seg på ulike pårørendegrupper. Flere av prosjektene var også diagnoseuavhengige. I fire av prosjektene er målet å starte opp et kommunalt pårørendesenter og/eller en pårøren-

dekoordinator. Det foreslås at tilskuddet prioriteres til prosjekter for å utvikle modeller for fleksible og tilrettelagte avlastningsordninger i 2016.

Pårørendes situasjon skal styrkes gjennom bedre tilbud om avlastning, veiledning og en gjennomgang av støtteordningene for pårørende. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å sende ut et høringsnotat om styrket pårørendestøtte i løpet av høsten 2015. Der vil omsorgslønn være et tema.

Det foreslås bevilget 10 mill. kroner til Pårørendeprogrammet i 2016.

#### *Mobilisering mot ensomhet*

##### *Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy*

Det foreslås bevilget 3 mill. kroner til utvikling og utprøving av teknologiske verktøy. Formålet er å mobilisere eldre, pårørende, unge og eldre på måter som kan motvirke ensomhet, og som kan bidra til å vedlikeholde og styrke Eldres muligheter til å opprettholde sitt sosiale nettverk. Tiltaket skal legge til rette for møteplasser og samhandling mellom generasjoner f.eks. gjennom tilbud om datahjelp fra unge til eldre mennesker. Styrkingen er en del av regjeringens mål om å forebygge ensomhet blant eldre og en videreføring av styrkingen vedtatt ved Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015), jf. Innst. 360 (2014–2015).

#### *Aktivitet for seniorer og eldre*

Bevilgningen foreslås styrket med 10,8 mill. kroner til tilskuddsordningen Aktivitet seniorer og eldre. Styrkingen er en del av regjeringens mål om å forebygge ensomhet blant eldre, og en videreføring av styrkingen vedtatt ved Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015), jf. Innst. 360 (2014–2015). Det foreslås bevilget til sammen 18,8 mill. kroner til tilskuddsordningen Aktivitet seniorer og eldre i 2016. Tilskuddet inngår også i nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet 2015–2020.

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning og skape aktivitet, deltakelse og sosial fellesskap hos eldre, i eget hjem eller i omsorgsbolig. Ordningen skal bidra til å skape møteplasser som er åpne for alle seniorer og eldre, enten gjennom utvikling/videreutvikling av egne tilbud til gruppen eller ved å legge til rette for møteplasser på tvers av generasjoner. I 2015 er prosjekter som bidrar til rekruttering av yngre seniorer/pensjonister, møteplasser på tvers av generasjoner og

prosjekter som er et samarbeid mellom kommune og ideelle/frivillige organisasjoner prioritert. Utviklingsprosjektene skal ha dokumenterbar overføringsverdi og stimulere til brukermedvirkning. 1. august 2015 var det registrert 239 søknader til tilskuddet.

#### *Strategi for en ny og moderne eldrepolitikk*

Det foreslås bevilget 2 mill. kroner til tiltak i regjeringens strategi for en ny og moderne eldrepolitikk som skal fremmes høsten 2015. Midlene skal bl.a. nyttes til å bekjempe aldersdiskriminering og fremme modeller for bedre inkludering av eldre mennesker i lokalmiljøene. Det vises til øvrige tiltak for mobilisering mot ensomhet på post 71, samt kap. 714, post 70 og post 79.

#### *Frivillig arbeid*

Helse- og omsorgsdepartementet har i fellesskap med Frivillighet Norge og KS utarbeidet en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet 2015–2020. Strategien ble lansert i august 2015. Aktivitet ved eldresentra, livsglede for eldre og livsgledesertifisering og opplæring av frivillighetskoordinatorer er pågående tiltak som inngår i strategien. Helse- og omsorgsdepartementet deltar også i Kulturdepartementets forskningsprogram på sivilsamfunn og frivillig sektor. Det vises til nærmere omtale under kap. 769, post 70.

#### *Livsglede for eldre og livsgledesertifisering*

Det ble i 2013 igangsatt en nasjonal sertifiseringsordning av livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre. Det er en målsetting å 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 gjennomført og planlagt en gradvis spredning av tilbudet i perioden 2013–2020. Per 1. august 2015 var 57 sykehjem i totalt 17 kommuner sertifisert, resertifisert eller i prosess for å bli sertifisert som Livsgledesykehjem.

Det ble i 2015 bevilget 5,5 mill. kroner til stiftelsen Livsglede for eldre og livssertifisering av sykehjem. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Stiftelsen Livsglede for eldre til livsgledesertifisering av sykehjem og annet utviklingsarbeid i regi av stiftelsen i 2016. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

#### *Frivillighetskoordinatorer*

For å bidra til økt kompetanse i å koordinere og lede frivillige, gis det støtte til opplæring av koordinatorer for frivillig arbeid gjennom Verdighets-senteret i Bergen. Det nasjonale opplæringsprogrammet Frivillighetskoordinering – eldreomsorg er ett av stiftelsens hovedsatsingsområder.

Koordinatorutdanningen skal bidra til økt kunnskap om å mobilisere og lede frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Målgruppen er ledere og medarbeidere som samarbeider med frivillige i omsorgstjenestene.

Det tildeles videre midler til Verdighets-senteret for å utvikle og spre det nasjonale opplæringsprogrammet Omsorg ved livets slutt. Opplæringen skal bidra til å styrke fagkompetanse, gi økt trygghet i eget arbeid og bidra til økt kommunikasjon på tvers i helse- og omsorgstjenesten. Målgruppen er ansatte, ledere og beslutningstakere på alle nivåer. Siden oppstart har representanter fra 17 fylker og 70 av landets kommuner deltatt.

I 2015 ble det bevilget 7 mill. kroner til Verdighets-senteret til opplæring av frivillighetskoordinatorer og spredning av opplæringsprogrammet Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Verdighets-senteret i Bergen til disse tiltakene i 2016. Tiltakene inngår i Kompetanseløft 2020.

#### *Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014–2020*

Helsedirektoratet inngikk i juli 2014 en avtale med KS om videreutvikling av verktøyet Veikart for velferdsteknologi og Velferdsteknologiens ABC. Veikart for velferdsteknologi gir veiledning for kommunene i hvordan velferdsteknologiprojekter kan drives fram i praksis. I september 2015 ble det utvidet med nye verktøy og heter nå Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi. Velferdsteknologiens ABC vil foreligge i første versjon høsten 2015 og skal bli en praktisk opplæringspakke for kommunene.

Helsedirektoratet arbeider videre med å etablere en infrastruktur og etablering av standarder for velferdsteknologi. Norge ble i 2015 medlem av det internasjonale rammeverket Continua Health Alliance. Videre arbeides det med å etablere et nordisk samarbeid som kan legge grunnlaget for et felles nordisk marked for velferdsteknologiske løsninger. Det ble i 2015 ferdigstilt en veileder i personvern og informasjonssikkerhet ved bruk av velferdsteknologi. De første anbefalinger til nasjonal infrastruktur vil etter planen foreligge ved

utgangen av 2015. Det arbeides også med kravspesifikasjoner for lokaliseringsteknologi, digitale trygghetspakker og responscenterløsninger, som kan benyttes av kommunene i anskaffelsesprosesser.

Bevilgningen foreslås økt med 4,6 mill. kroner i 2016 til Helsedirektoratets ivaretagelse av bl.a. prosessveiledning av kommuner, nettverks-samlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner. Det foreslås bevilget 18,3 mill. kroner til tiltaket over post 21 i 2016. Se også omtale av bevilgning på kap. 769, post 70. Det vises til post 68 for nærmere omtale av de kommunale utviklingsprosjektene.

#### *Demensplan 2015/Demensplan 2020*

Demensplan 2015 avsluttes ved utgangen av 2015. Gjennom planens tre hovedsaker; tilpasset dagaktivitetstilbud, tilrettelagte boliger og økt kunnskap og kompetanse, har kommunene iverksatt tiltak for å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet til personer med demens. Over 20 000 ansatte i over 90 pst. av landets kommuner får opplæring i demens gjennom Demensomsorgens ABC, om lag 75 pst. av kommunene har tilbud om pårørendeskoler eller samtalegrupper og om lag 77 pst. av kommunene har demensteam eller demenskoordinator. For å bidra til økt kunnskap om demens er det gjennomført et utredningsarbeid for å kartlegge de samfunnsøkonomiske konsekvensene av demens, og Helsedirektoratet er i ferd med å utvikle retningslinje og veileder på demensområdet.

Mange kommuner har satt demens på dagsorden i kommunalt planarbeid, men det er fortsatt utfordringer og mangler i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Regjeringen har derfor, i samarbeid med personer som selv har demens og deres pårørende, utviklet en ny plan for å bedre både kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende, Demensplan 2020. Det foreslås at bevilgningen i 2016 skal benyttes til følgende nye tiltak:

- utvikle brukerskoler etter modell av pårørendeskoler
- utvikle modeller for systematisk oppfølging etter diagnose
- utvikle opplæringspakke om demens for ansatte i ulike samfunnssektorer
- utvikle gode modeller for hjemmetjenester til personer med demens
- sikre økt kunnskap om forekomst av demens i samfunnet.

Det foreslås i tillegg å videreføre følgende tiltak over bevilgningen i 2016:

- spre tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper
- implementere ulike opplæringspakker om demens for personell, frivillige og pårørende, herunder Demensomsorgens ABC, Miljøbehandlingens ABC og opplæring i utredning og diagnostisering av demens
- utvikle retningslinje og veileder på demensområdet
- 1 mill. kroner i støtte til Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen sitt lokale informasjons- og veiledningsarbeid
- spre informasjons- og veiledningsmateriell om yngre med demens og personer med innvandrerbakgrunn med demens.

Det foreslås bevilget 40,8 mill. kroner over post 21 til Demensplan 2020 i 2016. Det vises videre til tilskudd til Demensplan 2020 over postene 60, 62, 68, 71, samt kap. 780, post 50.

#### *Tilskudd til personer med neurologiske skader og sykdommer*

Nevroplan 2015 avsluttes ved utgangen av 2015. Gjennom planen er det utviklet og opprettet tilpassede treningstilbud og dag- og aktivitetstilbud til personer med neurologiske skader og sykdommer. Det er gjennomført modellprosjekter som har utarbeidet opplæringsmateriell, som metodebøker, instruksjonsfilmer og andre verktøy for å jobbe systematisk med egenmestring, hjemmetrening og andre aktivitetstiltak. Mange av prosjektene er implementert i ordinær drift.

For å styrke organisasjonenes arbeid med å formidle informasjon om neurologiske skader og sykdommer ble det i 2010 etablert en tilskuddsordning til informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner for personer med neurologiske skader og sykdommer. Ordningen er evaluert av Senter for omsorgsforskning. Evalueringen viser at tilskuddsordningen har bidratt til å styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid i betydelig grad og derigjennom bidratt til å styrke brukermedvirkning i tråd med målene for ordningen. I 2015 ble det bevilget 3 mill. kroner til ordningen. Det foreslås å videreføre midlene i 2016.

Det ble i 2015 bevilget 1,8 mill. kroner til evaluering av tilskuddsordningen til brukerorganisasjonene og modellene for dag- og aktivitetstilbud og tilpassede treningstilbud, basert på erfaringer fra utviklingsprogrammene. Det er et mål at slike til-

bud kan integreres i det øvrige kommunale tilbudet, gjerne i samarbeid med frivillige organisasjoner. Modellene skal være ferdig utviklet innen utgangen av 2015. Det foreslås bevilget 1,8 mill. kroner til spredning og implementering av modellene i 2016.

Det foreslås bevilget 1 mill. kroner i øremerkede midler til Hjernerådet. Formålet er å styrke Hjernerådets arbeid for å samordne informasjons- og opplysningsarbeid på nevrologifeltet og videreutvikle samarbeidet med brukerorganisasjoner, fagmiljøer og fagforeninger.

Det vises også til bevilgning til fagnettverk Huntington over post 75.

#### *Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt*

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 11 S (2014–2015) ble det bevilget 10 mill. kroner til å styrke tiltak som skal gi økt kompetanse i lindrende behandling. 5 mill. kroner av midlene ble bevilget til følgende tiltak:

- 2 mill. kroner ble øremerket Verdighetssentret. Midlene skal tilrettelegge for utvidet kursvirksomhet innen palliasjon og lindrende behandling.
- 1,5 mill. kroner ble øremerket Ja til lindrende enhet og omsorg for barn for å styrke deres kurs- og opplysningsvirksomhet om barnepalliasjon.
- 1,5 mill. kroner ble bevilget til etablering av et videreutdanningstilbud innen barnepalliasjon for helsepersonell.

De øvrige 5 mill. kronene ble bevilget til oppfølging av fagrapporten om lindrende behandling, herunder utarbeidelse av veiledningsmateriale for ivaretagelse av personer i livets slutfase, evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg, implementering av den kommende retningslinjen om lindrende behandling av barn og unge og utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for å iverksette og følge opp disse tiltakene. Det foreslås å videreføre midlene i 2016.

#### *Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom*

Tilskuddsordningens formål er å øke kunnskap og gi informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom gjennom å styrke frivillige organisasjoners informa-

sjons- og opplysningsvirksomhet. I 2015 ble det bevilget 2 mill. kroner til ordningen. Det foreslås at midlene videreføres i 2016. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det vises også til tilskuddsordningen Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og utvikling av en opplæringspakke om lindrende omsorg under post 67.

#### *Ledelse, rekruttering og fagutvikling*

##### *Styrking av ledelseskompetanse*

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015. Oppdraget er gitt til Handelshøyskolen BI. Målgruppen er ledere i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Utdanningen starter opp høsten 2015 med to klasser i Oslo og Bergen/Stavanger med 56 studenter i hver klasse. Det var 190 søkere til studiet i Oslo og om lag 100 til studiet på Vestlandet. Utdanningen skal evalueres. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Bevilgningen foreslås økt med 5,2 mill. kroner, slik at samlet bevilgning på post 21 blir 10,2 mill. kroner i 2016. Tiltaket finansieres i tillegg med 5 mill. kroner over kap. 765, post 21 og 1 mill. kroner over kap. 770, post 70.

Som del av Kompetanseløftet 2015 ble det i 2010 etablert en praktisk opplæringspakke for ledere i de kommunale omsorgstjenestene. Lederutdanningen tilbys av Høgskolen i Hedmark i samarbeid med Ressursenter for omstilling i kommunene og Fagakademiet. 1164 personer fra 130 ulike kommuner har i perioden 2010–2014 gjennomført en eller flere ulike moduler av utdanningen. Forventet antall nye studenter i 2015 er 375. Lederutdanningen foreslås avsluttet våren 2016.

##### *Tiltak for rekruttering: Menn i helse*

For å bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren, er det etablert et nasjonalt prosjekt basert på erfaringer fra prosjektet Menn i helsevesenet i Trondheim kommune. Modellen baserer seg på et samarbeid mellom kommune og Nav lokalt. KS har mottatt tilskudd til iverksetting og gjennomføring av prosjektet, i nært samarbeid med prosjektet i Trondheim. Modellen er spredt til nærmere 30 kommuner i Nord- og Sør-Trøndelag, Hedmark, Buskerud, Vestfold, Møre og Romsdal, og Aust- og Vest-Agder. Akershus, Rogaland og Østfold har planer om å delta. I 2015 har hittil 325 menn søkt om stilling som helserekrutt

og 137 har fått tilbud om å bli det. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det ble i 2015 bevilget 4 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til KS til prosjektet Menn i helse i 2016.

#### *Hverdagsrehabilitering*

I 2013 ble det etablert et tilskudd til kommuner til utvikling og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering skal bidra til økt livskvalitet og forbedret funksjonsnivå hos brukerne gjennom å ta utgangspunkt i brukernes egne muligheter og støtte den enkeltes evner til å bidra aktivt for å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå.

Prosjektene følgeevalueres for å dokumentere effekter og gevinster for kommunene og brukerne. Evalueringen skal pågå ut 2015, og prosjektrapporten skal etter planen leveres våren 2016. Helsedirektoratet leder det nasjonale prosjektet med følgeevaluering av prosjektene. Det vises til post 68 for nærmere omtale av de kommunale prosjektene.

#### *Forebyggende hjemmebesøk*

Seks utviklingssentre for hjemmetjenester har fått tilskudd til å utvikle verktøy og metodikk for forebyggende hjemmebesøk. Prosjektene skal sammenstilles, og det skal utvikles nasjonale modeller for forebyggende hjemmebesøk. Dette arbeidet skal ferdigstilles innen 2015. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en veileder for forebyggende hjemmebesøk. Det skal også utarbeides et rundskriv for forebyggende hjemmebesøk.

Det ble i 2015 bevilget 2 mill. kroner til forebyggende hjemmebesøk. Det foreslås at midlene videreføres i 2016.

#### *Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg*

Det nasjonale kompetansesenteret for kultur, helse og omsorg skal i samarbeid med sentrale fag- og forskningsmiljøer, bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak og ivareta samspillet mellom forskning, utdanning og praksis. Det er etablert et partnerskap for Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg bestående av HUNT forskningssenter (NTNU), Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune og

Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT). Det er HiNT som administrerer tiltaket.

Kompetansesenteret skal samarbeide med andre fag- og forskningsmiljø på feltet og har etablert formelt samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Det er videre etablert dialog med andre fagmiljø, som f.eks. Høgskolen i Telemark og Livsglede for eldre.

Det ble i 2015 bevilget 3 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) på vegne av partnerskapet for Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak i 2016.

#### *Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang*

Det ble i 2015 bevilget 5 mill. kroner for å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Høgskolen i Nord-Trøndelag og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er hovedsamarbeidspartnere i utviklingen av opplæringsprogrammet. Det foreslås at midlene videreføres i 2016.

#### *Styrking av kompetansen på aktiv omsorg*

Kultur, aktivitet og trivsel er grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. For å styrke kompetansen i aktiv omsorg ble det i 2013 bevilget midler til et opplæringsprogram i aktiv omsorg for ansatte i de kommunale omsorgstjenestene. Programmet er utviklet av Senter for omsorgsforskning Sør ved Høgskolen i Telemark. Opplæringsprogrammet er nå gjennomført av over 500 deltakere. Det ble i 2015 bevilget 5,7 mill. kroner til tiltaket. Tiltaket foreslås avvirket i 2015.

#### *Fritidsaktivitet med assistanse*

Gjennom utviklingsprosjektet Støttekontakt, kultur og avlastning er det etablert et nasjonalt nettsted Fritid for alle. Nettstedet driftes av Helse Nord gjennom Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Det er i 2015 gitt tilskudd til Høgskolen i Bergen som i 2015 har tilbudt videreutdanning i organisering og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige. Tiltaket skal bidra til å øke kompetansen hos ansatte slik at de kan utvikle

tilpassede fritidstilbud til mennesker med spesielle behov. Tiltaket avsluttes ved utgangen av 2015.

Prosjekt Aktive muligheter skal bidra til at personer med psykisk utviklingshemming får reelle muligheter til deltakelse i ordinære fritidsorganisasjoner og aktiviteter.

Det ble bevilget samlet 4,4 mill. kroner til fritidsaktivitet med assistanse i 2015. Det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner til post 68 i 2016. Midlene skal gi rom for at kommunene setter i verk kompetansetiltak og nybrotts,- og utviklingsarbeid bl.a. for å bidra til å utvikle aktivitetstilbud for personer med spesielle behov. Det foreslås bevilget 1,9 mill. kroner til prosjektet Aktive muligheter, inkludert en evaluering av tiltaket, i 2016.

#### *Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenestene*

Satsingen på å styrke ernæringskompetansen i omsorgstjenestene har pågått siden 2010. Satsingen består bl.a. av en tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak, utvikling av veiledningsmaterieell og kartlegginger for å avdekke status i tjenestene.

Kostholdshåndboken som ble utgitt i 2012, er per 2015 distribuert i om lag 40 000 eksemplarer. En landsomfattende spørreundersøkelse om mat og måltider i sykehjem i 2015 viser at det har skjedd forbedringer knyttet til kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus, men at det fortsatt er rom for forbedringer. Se post 60 for øvrig omtale av satsingen.

Satsingen på styrking av ernæringskompetansen avsluttes i 2015. Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner til post 68.

#### *Senter for alders- og sykehjemsmedisin*

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 11 S (2014–2015) ble det bevilget 2 mill. kroner i prosjektstøtte til Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen i 2016.

#### *Kompetansehevende tiltak til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier*

Formålet med tiltaket er å identifisere og prøve ut kommersielt tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger, slik at barn og unge med funksjonsned-

settelse enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter. Aktivitetene skal støtte opp under den enkeltes habiliterings- og rehabiliteringsprosesser. Tiltaket skal også bidra til at foreldre skal kunne kombinere arbeid med omsorg for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Satsingen skal følgeevalueres. Det ble i 2015 bevilget 4 mill. kroner til dette tiltaket. Midlene foreslås videreført i 2016 som del av Kompetanseløft 2020.

#### *Kompetansehevende tiltak i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming*

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle kompetansehevende tiltak som skal bidra til å bedre tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming, herunder en grunnleggende opplæringspakke, Mitt livs ABC. Det overordnede målet med Mitt livs ABC er å bidra til økt kunnskap blant ansatte som yter tjenester til brukere med utviklingshemming. Innhenting av kunnskap om kompetansesituasjonen og utredning av etiske problemstillinger, vil utgjøre en del av tiltaket. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, Naku, samarbeider om oppdraget. Det ble bevilget 6 mill. kroner til tiltaket i 2015. Midlene til tiltaket foreslås videreført i 2016 som del av Kompetanseløft 2020. Se post 67 for omtale av andre tiltak for å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.

#### *Formidling av forskning og innovasjon*

Det ble i 2015 bevilget 1 mill. kroner til omsorgsforskningssentrene arbeid med å formidle kunnskap om forskning og innovasjon i omsorgssektoren. Sentrene har i 2015 etablert et omsorgsbibliotek som skal samle dokumentasjon fra innovasjonsprosjekter, utviklingsarbeid og resultater fra følgeforskning. Formidlingsarbeidet er lagt til Senter for omsorgsforskning Øst, som innehar koordineringsansvaret for omsorgsforskningssentrene. Formidling av forskning og innovasjon må ses i sammenheng med sentrenes formaliserte samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i sin region, og deres oppdrag om å være et dokumentasjonssenter for forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i omsorgssektoren. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Senter for omsorgsforskning Øst til formidling av forskning og innovasjon i 2016.



### *Evaluering av Omsorg 2020*

Evalueringen av Omsorgsplan 2015 vil bli lagt fram i november. Regjeringens nye plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, skal også følges opp med et evalueringsprogram fra 2016. 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. Det vises for øvrig til omtale under kap. 780, post 50.

### Andre tiltak

#### *Kvalitetsindikatorer*

Regjeringen vil innføre kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren bl.a. basert på bruker- og pårøndererfaringer. Kvalitetsindikatorer er ett av flere verktøy for å måle kvaliteten i tjenestene. Helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenestene.

Det finnes i dag 13 nasjonale kvalitetsindikatorer innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Av disse er fire av indikatorene for omsorgssektoren. Det er stort behov for flere indikatorer. Helsedirektoratet er i gang med å utvikle nye indikatorer. Helsedirektoratet har også fått i oppdrag å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelser som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Målet er å etablere en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse.

#### *Noklus*

Det ble i 2014 igangsatt et pilotprosjekt for å vurdere organiseringen av laboratorievirksomheten for brukere av hjemmetjenestene. Det utvikles ulike modeller som prøves ut i tre fylker i 2014 og 2015. Hjemmetjenesteprojektet må ses i sammenheng med arbeidet for å kvalitetssikre laboratorievirksomhet i sykehjem.

Det ble i 2015 bevilget 6 mill. kroner til Noklus. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Noklus i 2016.

#### *Helse og omsorg i plan*

Ved behandlingen av Prop. 1 S (2010–2011), jf. Innst. 11 S (2010–2011) sluttet Stortinget seg til at det skal utvikles et opplærings- og utviklingsprogram i langsiktig og strategisk samfunnsplanlegging innen folkehelse og helse- og omsorgstje-

nestene. Målgruppen er medarbeidere som har ansvar for planlegging i kommuner og helseforetak. For studieåret 2014–2015 fikk 132 personer tildelt studieplass. Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har fått i oppdrag å evaluere studiet gjennom prosjektperioden (2011–2015). I tillegg til en sluttrapport som skal ferdigstilles våren 2016, skal det utarbeides delrapporter som leveres ved avslutningen av hvert kull. I 2015 ble det bevilget 9,5 mill. kroner til Samplan. Bevilgningen på 9,5 mill. kroner til Helse og omsorg i plan foreslås videreført som en oppfølging av kompetanse- og ledelsestiltak i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste og Kompetanseløft 2020.

#### *Iplos*

Iplos er et nasjonalt register for de kommunale omsorgstjenestene. Registeret er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for både kommuner og statlige myndigheter, og gir detaljert informasjon om tjenesteforbruk og utviklingstrekk. Registeret kan bl.a. vise hvor mange enkeltindivider som har mottatt en eller flere kommunale omsorgstjenester i løpet av året, og i hvor stort omfang vedkommende har mottatt de ulike tjenestene. Registeret har dermed en svært sentral rolle i utviklingen av den kommunale omsorgssektoren.

Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig og forvalter og videreutvikler registeret. Helsedirektoratet samarbeider med Statistisk sentralbyrå, fylkesmennene og kommunene for å sikre data av god kvalitet.

### **Post 60 Kommunale kompetansetiltak**

Det foreslås å flytte:

- 3,4 mill. kroner knyttet til ernæringskompetanse til post 68.
- 4 mill. kroner knyttet til Mitt livs ABC til post 21.

Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner til fagskoleutdanning.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 5,2 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

#### Kompetanseløftet 2015/Kompetanseløft 2020

Kompetanseløftet 2015 har hatt som hovedmål å sikre omsorgssektoren tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning og å bidra til utvikling av

kompetanse, tjenester og fagmiljø i omsorgssektoren.

Rapportering fra kommunene viser at nærmere 4900 personer gjennomførte en utdanning eller opplæring i 2014 med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015. Av disse fullførte i overkant av 200 personer en desentralisert høgskoleutdanning, i overkant av 1000 personer et kvalifiseringsløp som fører til fagbrev tilsvarende helsefagarbeider, nærmere 700 personer en fagskoleutdanning og i overkant av 2300 personer en videreutdanning innenfor høgskole.

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå var veksten i antall årsverk i omsorgssektoren i 2014 på om lag 1600. Rapportering fra fylkesmennene til Helse- og omsorgsdepartementet viser at kommunene planlegger en vekst på i underkant av 1300 årsverk i 2015.

Årsverksveksten de siste årene har i hovedsak bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning var i 2014 om lag 71,5 pst., som er en økning på om lag fire prosentpoeng siden planen ble satt i verk i 2007. Veksten i andelen personell med høgskoleutdanning har vært spesielt høy. I 2014 var økningen blant sykepleiere 700 årsverk, vernepleiere 371 årsverk, miljøterapeuter og pedagoger 243 årsverk, sosionomer 126 årsverk og ergoterapeuter 101 årsverk. Samtidig var økningen i utdanningsgruppen helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere 278 årsverk.

Kompetanseløftet 2015 avsluttes i 2015 og etterfølges av et nytt Kompetanseløft 2020. Det vises til kategoriinnledning og del III for nærmere omtale av Kompetanseløft 2020.

#### *Fagskoletilskudd*

Det er etablert et tilskudd til finansiering av fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Gjennom fagskolene tilbys videreutdanning av personell med videregående opplæring innen helse- og sosialfag. Tilskuddet forvaltes av fylkeskommunene. Tilskuddet vil være tema i den varslede stortingsmeldingen om fagskoleutdanning, som er under utarbeidelse i Kunnskapsdepartementet. I 2014 fullførte om lag 660 personer fagskoleutdanning i helse- og sosialfag med støtte fra Kompetanseløftet 2015. I underkant av 5400 personer har fullført fagskoleutdanning med støtte fra Kompetanseløftet 2015 de åtte første årene av planperioden (2007–2014). Tiltaket foreslås videreført i 2016 som del av Kompetanseløft 2020. Økningen av bevilgningen vil gi flere ansatte i omsorgstjenestene med videreutdanning. Økt kompetanse er

viktig for å utvikle god praksis og sikre trygge og gode tjenester tilpasset den enkeltes behov.

#### *Styrket kompetanse i legemiddelhåndtering*

Midlene er i 2014 benyttet i kommuner som del av Pasientsikkerhetskampanjen til gjennomføring av læringsnettverk innen legemiddelavstemning, legemiddelgjennomgang, styrket kompetanse på legemiddelhåndtering mv. Per mars 2015 var om lag 55 pst. av landets kommuner involvert i pasientsikkerhetsprogrammet med ett eller flere innsatsområder. I de fleste kommunene dreier det seg om innsatsområder for riktig legemiddelbruk. Det vises til kap. 769, post 70 for nærmere omtale av Pasientsikkerhetskampanjen. Bevilgningen ble i Prop. 1 S (2014–2015) overført til kompetanse- og innovasjonstilskuddet som del av tilskuddet til grunn-, videre- og etterutdanning.

#### *Kvalifisering av fremmedspråklige*

Det ble i 2013 etablert en tilskuddsordning som skal stimulere til opprettelse av yrkesfaglig språkopplæring innenfor helsearbeiderfaget. Formålet med ordningen er å øke kvaliteten på kommunenes omsorgstjenester for brukere og pårørende. Det ble i 2014 gitt tilskudd til åtte prosjekter, primært i regi av fylkeskommunene. Tiltaket foreslås videreført i 2016 som del av Kompetanseløft 2020.

#### *Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC*

Gjennom ABC-modellene Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC tilbys gratis studiemateriell til kommunene beregnet på bedriftsinternt tverrfaglig opplæring i studiegrupper. I 2014 har i overkant av 600 personer fullført Eldreomsorgens ABC og i overkant av 3900 personer fullført Demensomsorgens ABC. Tiltaket foreslås videreført i 2016 som del av Kompetanseløft 2020 og Demensplan 2020.

#### *Kurspakke for ufaglærte*

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har siden 2010 hatt i oppdrag å utvikle og tilby en kurspakke for ufaglærte. Formålet er opplæring av ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider, alternativt kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. Til sammen 319 personer deltok i 2014. Siden oppstart i 2011 til utgangen av 2014 er det registrert

392 deltakere fra 18 fylker og 97 kommuner. Av deltakerne har 136 bestått Vg3 skriftlig eksamen til helsearbeiderfaget. Tiltaket foreslås videreført i 2016 som del av Kompetanseløft 2020.

#### *Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenestene*

I 2015 mottok 12 kommuner tilskudd til utvikling og implementering av kompetansetiltak innen ernæring i form av e-læringskurs, opplæringsfilmer, oppskriftskort, kursopplegg mv. I 2015 har arbeidet hovedsakelig bestått av spredning til andre kommuner bl.a. gjennom en erfaringskonferanse. Se videre omtale på post 21. Tiltaket avsluttes i 2015.

Det foreslås å flytte 3,4 mill. kroner til post 68. Midlene på post 68 skal gi kommunene anledning til å sette i verk kompetanse-, innovasjons- og utviklingsarbeid også innenfor ernæringsområdet.

#### *Bli helsefagarbeider*

Bli helsefagarbeider var et samarbeidsprosjekt mellom KS, Virke og Spekter. Prosjektet Bli helsefagarbeider ble avsluttet i 2014, men deler av aktiviteten er videreført i 2015. Bli helsefagarbeider hadde som formål å bidra til økt rekruttering til helsearbeiderfaget, bidra til tilstrekkelig antall læreplasser og til å øke antall søkere til læreplass.

Ved utgangen av 2014 var det 40 aktive rekrutteringspatroljer, hvorav en nyetablert samisk patrolje. Det er i tillegg arbeidet videre med yrkeskonkurranser i helsefag både på fylkesnivå og nasjonalt nivå. Prosjektet har gjennomført konferanser, drevet informasjonsarbeid og utarbeidet veiledere. Tiltaket avsluttes i 2015.

#### *Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere*

Framskrivninger viser at det vil være en betydelig underdekning av sykepleiere og helsefagarbeidere de kommende år. Rekrutteringsutfordringene i omsorgstjenestene forsterkes av høy aldersrelatert avgang i årene framover, spesielt blant hjelpepleiere. Samtidig opplever omsorgstjenestene rekrutteringsutfordringer som følge av bl.a. dårlig omdømme og dårlig rekrutteringsgrunnlag i mange kommuner.

Det foreslås bevilget 4 mill. kroner til etablering av et nytt rekrutteringstiltak med formål å bidra til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltaket vil bl.a. trekke vekslere på erfaringer fra Bli helsefagarbeider med rekrutterings-

patroljer i skoler og yrkeskonkurranser. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

#### **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 prosjektrengskap for tilskuddet. Kommunene må kunne legge dette fram for Helsedirektoratet på forespørsel.

Reduksjon i det øremerkede tilskuddet som følge av frafall av beboere

En del av vertskommunene vil pga. frafall av beboere, kunne få store endringer i inntekt fra ett år til et annet. Dette kan gi enkelte kommuner utfordringer i arbeidet med omstilling og nedbygging av tjenestetilbudet. For å sikre vertskommuner mot brå inntektsbortfall, er det innført en skjermingsordning slik at ingen kommuner ved frafall av beboere, trekkes mer enn et fastsatt beløp knyttet til antallet innbyggere i kommunen. Skjermingsbeløpet per innbygger skal svare til beløpet som gjelder for overgangsordningen i inntektssystemet. Uttrekk av midler vil bli foretatt uavhengig av øvrige uttrekk av rammetilskuddet til kommunene. Den delen av tilskuddsreduksjonen som den enkelte kommune ikke blir trukket pga. skjermingsordningen, hefter ved denne kommunen de påfølgende år. Ordningen med 50 pst. uttrekk for kommuner, som ligger under dagens gjennomsnitt for vertskommunene samlet, videreføres. Telling og uttrekk av midler ved frafall av beboere vil bli gjennomført hvert år fram til alle beboere har falt fra, og tilskuddsordningen er avviklet i sin helhet. Tilskuddet til den enkelte kommune settes ned i forhold til antall beboere som faller fra. Det foreslås å redusere bevilgningen med 36,6 mill. kroner i 2016 som følge av dette.

#### **Post 62 Dagaktivitetstilbud**

Regjeringen vil styrke satsingen på tilbudet til personer med demens og legge til rette for økt dag- og aktivitetstilbud. Utbygging av tilpassede og fleksible dagaktivitetstilbud vil være en av hovedsatsingene i regjeringens nye Demensplan 2020.

De siste årene av livet må ha et meningsfylt innhold, også for eldre som rammes av demens og andre lidelser. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gir mening, mestring og gode opplevelser for den enkelte og avlastning for pårørende, i tillegg til å bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Alle kommuner kan søke om tilskudd til dagaktiviteter, og tilskuddet utgjør om lag 30 pst. av kostnadene for etablering og drift av en dagaktivitetsplass.

Det er anslått et behov for 9200 dagaktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens. Fra 2012 til 2014 er det etablert til sammen om lag 2100 plasser. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 11 S (2014–2015) ble det lagt til rette for 1070 nye plasser. Ved utgangen av august 2015 er det opprettet noe over 440 nye plasser. Det foreslås å legge til rette for 1200 nye plasser i 2016, med en bevilgning på 71,3 mill. kroner. Øvrig bevilgning på posten er knyttet til plasser opprettet i perioden 2012 til 2015.

Regjeringen vil, som oppfølging av Stortinget behandling av Dokument 8:53 S (2014–2015), jf. Innst. 221 S (2014–2015), fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020. Det legges opp til en utbygging av tilbudet fram mot 2020.

Det er behov for økt kunnskap og informasjon om tilskuddsordningen. Helsedirektoratet har anmodet fylkesmannsembetene om å forsterke innsatsen for å spre informasjon og kunnskap om tilskuddsordningen og det mangfold som finnes av muligheter for innretning av dagaktivitetstilbud. Embetene er i tillegg bedt om å følge opp kommuner som ikke har søkt på ordningen.

### Post 63 Investeringstilskudd

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger ble innført i 2008. Tilskuddet skal stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Tilskuddet forvaltes av Husbanken.

Husbanken innvilger investeringstilskudd til prosjekter som kan 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 omsorgsde-

partementet, 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 2 533,2 mill. kroner i 2016, hvorav 205 mill. kroner er knyttet til tilskudd som innvilges i 2016 og 2 328,2 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2016. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 9 246,5 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 4100 mill. kroner i 2016. Rammen vil kunne dekke tilskudd til om lag 2500 heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsbolig. Det foreslås å heve den maksimale anleggskostnaden per enhet fra 2,972 mill. kroner til 3,06 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og fra 3,4 mill. kroner til 3,5 mill. kroner for pressområdekommuner. Som følge av økte maksimale anleggskostnader, heves dermed de maksimale tilskuddssatsene som vist i tabell 4.10.

Det legges til grunn at omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd er universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2015/2020 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming. Slik tilpasning innebærer bl.a. små avdelinger og bofellesskap lokalisert som en del av nærmiljøet i tettsteder og bydel, gjerne med sambruk av fellesarealer til hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud, kantine/kafeteria og lett tilgang til tilpasset uteareal, forretninger og transport.

Forskning viser at beboere med demens har roligere adferd i mindre, oversiktlige enheter med hjemlig miljø. Småskala omsorgstilbud understøtter den enkeltes orienterings- og mestringsevne og reduserer bruk av tvang. Uavhengig av brukergrupper skal derfor ikke tallet på boenheter som lokaliseres sammen være for stort, og boligene skal plasseres i ordinære bomiljøer slik at prinsippene om normalisering og integrering oppfylles. Ulike brukergrupper skal heller ikke samlokaliseres på en uheldig måte. Ved tildeling av tilskudd fra Husbanken forutsettes det at et prosjekt har funksjonell og god standard, slik at det blir et godt sted å bo og en god arbeidsplass. Det skal legges vekt på kvaliteter som bidrar til at både omsorgsboliger og sykehjem kan fungere som gode hjem, og gi rammen om et verdig og meningsfullt liv.

*Rapportering*

I 2014 utbetalte Husbanken investeringstilskudd for 1 142,4 mill. kroner. Det ble i 2014 innvilget tilskudd til 2463 omsorgsplasser, fordelt på 1030 plasser i omsorgsbolig og 1433 plasser i sykehjem. Det ble også innvilget tilskudd til bygging av 11 576 kvm. fellesareal i tilknytning til eksisterende boligmasse, slik at det kan ytes heldøgnstjenester i boligene. For første gang siden 2008 ble hele den tilgjengelige tilsagnsrammen utnyttet.

I perioden 2008 til utgangen av august 2015 har Husbanken mottatt søknader om investeringstilskudd til totalt 11 595 heldøgns omsorgsplasser, innvilget tilskudd til totalt 11 161 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på 5010 plasser i omsorgsbolig og 6151 plasser i sykehjem, og utbetalt tilskudd til totalt 6882 ferdigstilte heldøgns omsorgsplasser. Det er i samme periode også innvilget tilskudd til totalt 77 193 kvadratmeter fellesareal.

Tilsagnsrammen for 2015 er satt til 3 982,5 mill. kroner. Rammen gir rom for at det i 2015 kan

innvilges tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser. Av denne rammen var det ved utgangen av august 2015 innvilget tilskudd til i alt 1297 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på 591 plasser i omsorgsbolig og 706 plasser i sykehjem. Fra årets start til utgangen av august er det fremmet søknader fra kommunene tilsvarende 1446 heldøgns omsorgsplasser.

*Oppfølging og kontroll*

Fylkesmannen gir Husbanken faglig assistanse under søknadsbehandlingen for å sikre kvaliteten på prosjektene. Bl.a. gir fylkesmannen bistand ved vurderinger av ev. spørsmål knyttet til kravet om at omsorgsplassene skal benyttes til personer med behov for heldøgns omsorg. Fylkesmannen bistår også ved ev. spørsmål om omsorgsplassene er utformet i tråd med Demensplan 2015/2020 og formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

Tabell 4.10 Foreslåtte tilskuddssatser i 2016 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per enhet i 2016 (tusen kroner)	Pressområde-kommuner	Andre kommuner
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 925	1 683
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 575	1 377
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 750	1 530
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	3 500	3 060

*Fremtidige behov*

Det er innledet et samarbeid med KS om et løpende planarbeid for å kartlegge og utrede framtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og omsorgsboliger innenfor planperioden for Omsorg 2020. KS vil bl.a. bidra med nye undersøkelser om kommunale planer og behov. Samtidig vil prognosene for framtidige utbyggingsbehov, som ble presentert i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, bli fornyet og videreutviklet i samarbeid med Statistisk Sentralbyrå, og moderniserings- og fornyelsesbehovet av kommunale omsorgsplasser vil bli gjennomgått på nytt. Husbanken vil bidra med statistikk og vurderinger i det løpende planarbeidet. Det er videre behov for å evaluere hvordan de nye

institusjonene og omsorgsboligene som er bygd de siste årene, fungerer for de som bor og arbeider der og for pårørende og lokalmiljøet.

Planarbeidet vil bygge på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Arbeidet vil bli forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS.

Regjeringen har sendt på høring forslag om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Enkelte kommuner kan se behov for økt kapasitet, om de skal innfri sine plikter på området. Gjennom budsjettene for 2014 og 2015 er den statlige tilskuddsordningen forbedret og regjeringen har lagt til rette for flere søknader om tilskudd til heldøgns omsorgsplasser. I tillegg er det lagt til rette for en vekst i kommunenes økonomiske handlingsrom.

Regjeringen vurderer enklere regler for bruk av investeringsordningen ved utbygging i regi av private, ideelle og borettslag.

### Post 64 Kompensasjon for renter og avdrag

Tilskuddene som bevilges over posten er knyttet til omsorgsbolig- og sykehjemsprosjekter som fikk oppstartstilskudd under handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2003 og opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2004. For omtale av tildelingskriterier vises det til Prop. 1 S (2009–2010) Kommunal- og regionaldepartementet. Ordningen forvaltes av Husbanken.

I 2014 ble det utbetalt 1043 mill. kroner i kompensasjonstilskudd. Bevilgningen for 2015 er på 984,7 mill. kroner.

Som følge av endret rentesats, foreslås bevilgningen satt ned med 75,1 mill. kroner. Rentesatsen for 2016 er redusert fra 2 pst. til 1,5 pst. Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragskompensasjon.

Det foreslås bevilget 909,6 mill. kroner i 2016.

### Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Det er i 2015 satt i gang et utredningsarbeid for å starte opp et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Forsøket vil settes i gang i 2016 med to modeller og vil løpe over tre år. Det foreslås bevilget 156 mill. kroner i inntektpåslag til deltakende kommuner i forsøket i 2016. Forsøket skal omfatte alle pasient- og brukergrupper og alle kommunale omsorgstjenester. Det legges opp til at forsøksordningen skal inkludere 20 kommuner med sikte på oppstart 1. mai 2016. Kommunene søker selv om å delta i forsøket innen 1. desember 2015.

Forsøket skal omfatte to modeller (modell A og modell B). I forsøkets modell A skal det prøves ut om statlige tildelingskriterier og statlig finansiering gir riktigere behovsdekning og økt likebehandling på tvers av kommunegrenser. I denne modellen har kommunen fortsatt ansvaret for tjenestetilbud og produksjon, men tildeler i henhold til statlige tildelingskriterier. I forsøkets modell B skal det prøves ut om øremerket sektortilskudd til kommunen gir økt likebehandling og riktigere behovsdekning. I denne modellen står kommunen for både tildeling, tilbud og produksjon av tjenester. Forsøket skal ikke føre til en forringelse av tjenestene til nåværende og framtidige brukere.

Plikten til å sikre at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift skal opprettholdes i forsøksperioden for alle forsøkskommunene. Kommunens planleggingsansvar for å imøtekomme framtidige behov innen omsorgstjenestene opprettholdes også. Kommunen skal i forsøksperioden sikre nødvendige investeringer i heldøgns omsorgsplasser. På samme måte som i dag vil kommunen stå ansvarlig for kvaliteten på tjenesten. Forsøket innebærer ingen avvik fra helse- og omsorgstjenesteloven sett fra brukers side. Klagehåndtering og tilsyn med tjenestene blir som i dag.

#### *De økonomiske rammene for forsøket*

De kommunale omsorgstjenestene finansieres i dag gjennom kommunens frie inntekter, egenbetaling fra brukere, inntekter fra ev. salg av tjenester, tilskudd fra eksisterende øremerkede ordninger og andre inntekter direkte knyttet til omsorgsvirksomheten. I forsøksperioden vil finansieringen som stammer fra frie inntekter bortfalle. Øvrige inntekter videreføres som før. Det legges til grunn at egenbetalingsordninger videreføres på samme reelle nivå i forsøkskommunene, og at kommuner som deltar i forsøksordningen fortsatt utnytter de muligheter som ligger i eksisterende øremerkede tilskuddsordninger, slik som f.eks. toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester.

Det økonomiske utgangspunktet for forsøket er kommunens netto driftsutgifter til omsorgstjenester året forut for oppstart, tillagt den generelle veksten i kommunerammen (kompensasjon for lønns- og prisvekst, samt realinntektsvekst til bl.a. å dekke demografiske endringer). Grunnlaget vil være foreløpige regnskapstall for 2015. Kommunal- og moderniseringsdepartementet vil stå for gjennomføringen av uttrekket og midlene vil overføres til post 65.

Forsøkskommunene vil bli kompensert for det bortfallet av midler som uttrekket utgjør. Kommunene som deltar i modell A, vil kompenseres gjennom en kombinasjon av et øremerket tilskudd og en statlig prismodell. Prismodellen vil baseres på antallet vedtak, type vedtak og prisene for de ulike tjenestene. Nasjonale gjennomsnittssatser vil legges til grunn for prismodellen. Prisene vil imidlertid bli korrigert for ulikhet i arbeidsgiveravgiftsats og ulikheter i reiseavstand for tjenester i hjemmet. I tillegg vil kommunene motta deler av kompensasjonen i form av øremerkede tilskudd til f.eks. administrasjon og utvalgte tjenester. Kommunene som deltar i modell B kompenseres gjen-

nom et øremerket tilskudd som tilsvarer netto driftsutgifter foregående år tillagt den generelle veksten i kommunerammen. Eventuelle budsjettoverskridelser i modell B dekkes av kommunen selv.

Utover kompensasjonen som beskrevet ovenfor, vil hver forsøkskommune få et eget inntektspåslag tilsvarende 4 pst. av netto driftsutgifter til omsorgstjenester i kommunen. Inntektspåslaget er oppad begrenset til 25 mill. kroner per år for en enkelt kommune. Inntektspåslaget er samlet anslått til om lag 234 mill. kroner årlig. Anslaget baserer seg på gjennomsnittlige driftsutgifter for kommunene. Basert på oppstart 1. mai 2016 foreslås det bevilget 156 mill. kroner i inntektspåslag til deltakende kommuner i 2016. I modell A skal inntektspåslaget gå til tjenesteproduksjon. Inntil 500 000 kroner per kommune per år kan imidlertid øremerkes til utgifter knyttet til prosjektgjennomføring i kommunene. I modell B gis inntektspåslaget til omsorgstjenester uten ytterligere bindinger. Inntektspåslaget vil utbetales til kommunene over post 65. Etter at forsøket er avsluttet vil inntektspåslaget bli trappet ned over tre år.

I forsøksperioden vil forsøkskommunene motta driftsmidler til omsorgstjenester over post 65. Helse- og omsorgsdepartementet vil stå for utbetalingene i forsøksperioden. Stikkordet overslagsbevilgning er knyttet til posten. Dette for å kunne håndtere merutgifter som oppstår som følge av statlige tildelingskriterier, prismodell og et ev. merbehov for tjenester i modell A. Hvilke kommuner som vil inngå i forsøket vil først være kjent i februar 2016. Av den grunn vil størrelsen på uttrekket og omdisponeringen fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett fremmes for Stortinget senest i Revidert nasjonalbudsjett for 2016.

### *Tjenestetildeling*

I kommuner innenfor modell B fortsetter kommunen å tildele tjenester som i dag.

I kommuner innenfor modell A skal tjenester tildeles etter statlig fastsatte tildelingskriterier. Tildelingsansvarlige i kommunen skal fortsette å håndtere tildelinger. Tjenestetilbudet skal dekke bistandsbehovet med grunnlag i en individuell vurdering av brukerens funksjonsevne og være tilpasset den enkeltes behov for tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet utvikler kriterier for tildeling av lovpålagte omsorgstjenester i tråd med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vil ikke bli utviklet statlige tjenestekriterier for tjenester som ikke er lovpålagt, men i tråd med Leon-prinsippet

vil slike tjenester inngå i prismodellen. Forsøket innebærer ingen avvik fra arbeidsmiljøloven og de kommunalt ansatte vil opprettholde sitt ansettelsesforhold i kommunen.

### *Avtaler med kommunene*

Kommunene som deltar i forsøket skal inngå en avtale med Helse- og omsorgsdepartementet. Avtalen vil regulere og beskrive kommunens og Helse- og omsorgsdepartementets roller og ansvar i forsøksperioden. I modell A vil det i avtalen bli presisert at Helse- og omsorgsdepartementet har mulighet til å gripe inn og på generelt grunnlag instruere enkeltkommuner i tildelingsaker dersom kommunen bryter med føringene som er gitt i tildelingskriterier og rutiner for vedtak, eller bryter med de overordnede målene for forsøket.

### *Rapportering og følgeevaluering*

Rapportering av økonomi- og tjenestedata fra kommunene vil i størst mulig grad baseres på gjenbruk av den ordinære rapporteringen som skjer gjennom Kostra og Iplos. Forsøksordningen skal evalueres. Følgeevalueringen vil særlig rette fokus på måloppnåelse, effekt av endret finansiering og av statlige tildelingskriterier. I tillegg vil det fokuseres på effekter for brukere, brukermedvirkning, kompetanse og praksis hos medarbeidere, tildelingskontorenes samhandling med tjenestene i og utenfor kommunen og andre forhold som viser seg viktige for kvaliteten på omsorgstjenesten. Følgeevalueringen vil starte opp fra det tidspunkt kommuner er valgt ut for deltagelse, senest 1. mars 2016.

### **Post 67 Utviklingstiltak**

Det foreslås å flytte 3 mill. kroner knyttet til kompetansetiltaket innen demensområdet til post 68.

Bevilgningen foreslås videre redusert med til sammen om lag 2,5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen skal gå til ulike kompetansehevende tiltak, herunder utvikling og spredning av kunnskap, samt organisasjonsfremmende tiltak. Tilskuddene skal bidra til nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren.

### *Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester*

Utviklingsentrene for sykehjem og hjemmetjenester i alle landets fylker skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i omsorgstjenestene ved å

fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving, samt bidra til videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter. Utviklingssentrene skal være modeller for andre hjemmetjenester og sykehjem i fylket, og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Kommuner med utviklingssentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning. Sentrene for omsorgsforskning får midler til å følge opp utviklingssentrene i sin region. Det er utviklet en samlet strategi for utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester for årene 2011–2015. Utviklingssentrene evalueres i 2014–2015 av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR). Det ble bevilget 45,3 mill. kroner til tiltaket i 2015. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og foreslås videreført i 2016.

Som del av Demensplan 2015 er det i perioden 2011–2015 bevilget midler til seks utviklingssentre med særlig ansvar for kompetanseutvikling i demens (demensfyrtårn). Som del av Demensplan 2020 foreslås det at demens blir et sentralt temaområde for alle utviklingssentrene. Undersøkelser viser at mer enn 80 pst. av alle beboere i sykehjem har demens, og mange av landets utviklingssentre arbeider allerede med prosjekter og tiltak innen demens. Det foreslås at midlene som er øremerket til demensfyrtårnene flyttes til post 68 og benyttes til kommunale kompetanse- og innovasjonstiltak på demensområdet.

#### Kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Det er etablert en tilskuddsordning som skal bidra til kompetanseutvikling i landets kommuner. Formålet er å styrke kvaliteten i tilbudet til pasienter med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Tilskuddsordningen skal også bidra til å sette søkelys på tiltak for å ivareta pårørendes behov. Prosjekter skal bidra til god fagutvikling, kompetanseheving og ha nasjonal overføringsverdi. Tilskuddsforvaltningen er delegert til fylkesmennene i Oslo og Akershus, Vest-Agder, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms. For mange av prosjektene som fikk midler i 2014 er tverrfaglig samarbeid, pårørendearbeid, frivillighet og læringsnettverk sentrale elementer. Videre er det gitt tilskudd til prosjekter som retter seg mot lindrende behandling og omsorg til personer med demens. Det ble i 2015 bevilget 16 mill. kroner til tilskuddsordningen. Tiltaket inngår som del av Kompetanseløft 2020 og foreslås videreført i 2016.

Helsedirektoratet har utgitt en rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Rapporten viser at det er iverksatt mange gode tiltak på palliasjonsfeltet. Samtidig peker rapporten på utfordringer, herunder behovet for å styrke kompetansen om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i helse- og omsorgstjenestene. Rapporten følges opp gjennom midler til palliasjonstiltak bevilget ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 11 S (2014–2015) og gjennom generelle tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestene. Det vises til post 21 for nærmere omtale.

Høgskolen i Hedmark fikk i 2014 tildelt oppdraget om utvikling av en opplæringspakke rettet mot ufaglærte og helsearbeidere innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Dette arbeidet må ses i sammenheng med nye satsinger på feltet, herunder utvikling og implementering av opplæringsstiltak for lindrende behandling til personer med demens.

Helsedirektoratet har også fått i oppdrag å utarbeide egne diagnoseuavhengige retningslinjer for lindrende behandling spesielt knyttet til barns behov fra nyfødtperiode og gjennom hele barnealderen. Arbeidet skal etter planen ferdigstilles i 2015.

#### Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

For å styrke fag- og tjenesteutvikling og sørge for kompetanseheving i tjenestene til personer med utviklingshemming, er det etablert en kommunal tilskuddsordning. Tiltakene som mottar tilskudd skal sikre god fagutvikling, tjenesteutvikling og ha nasjonal overføringsverdi. Tilskuddsordningen ble opprettet i 2014. For 2015 kom det inn 92 søknader, og 33 kommuner har fått innvilget eller delvis innvilget søknaden. Det ble bevilget 7 mill. kroner til ordningen i 2015. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og foreslås videreført i 2016.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet revidert rundskriv om Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Rundskrivet er publisert på Helsedirektoratets nettsider.

Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport om forholdet mellom reglene i kap. 9 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og kompetansesituasjonen i tjenestene til personer med utviklingshemming. Kap. 9 omhandler regler om



rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkeltpersoner med utviklingshemming. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å følge opp rapporten. Oppfølgingen må ses i sammenheng med innføringen av nytt rundskriv om kap. 9 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

### Post 68 Kompetanse og innovasjon

Det foreslås å flytte:

- 0,5 mill. kroner knyttet til ernæringskompetanse fra post 21.
- 3,4 mill. kroner knyttet til ernæringskompetansen fra post 60.
- 2,5 mill. kroner knyttet til fritidsaktivitet med assistanse fra post 21.
- 3 mill. kroner knyttet til kompetansetiltak innen demensområdet fra post 67.
- 44,1 mill. kroner knyttet til kompetansetiltak psykisk helse og rus fra kap. 765, post 61.

Bevilgningen foreslås økt med 20,7 mill. kroner til grunn-, videre- og etterutdanning.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 4,7 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet skal understøtte regjeringens målsettinger om å utvikle en omsorgstjeneste som i større grad preges av brukerdeltakelse, egenmestring og faglig kvalitet. Tilskuddet inngår i regjeringens omsorgspolitik, Omsorg 2020 og Kompetanseløft 2020.

Det skal prioriteres midler til grunn-, videre- og etterutdanning. Målet 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. Bevilgningen skal gi rom for at kommunene setter i verk kompetansehevede tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov.

Midlene til grunn-, videre- og etterutdanning foreslås økt med 20,7 mill. kroner. Økt kompetanse er viktig for å utvikle god praksis og sikre trygge og gode tjenester tilpasset den enkeltes behov. Det skal videre prioriteres midler til opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse og tiltak som har til formål å styrke helse- og omsorgstjenestens kompetanse om rus og psykiske lidelser.

Videre skal tilskuddet bidra til utvikling av nye tiltak og metoder for forebygging og tidlig innsats,

egenmestring, aktivitet og kulturopplevelser, ernæring, legemiddelhåndtering, rehabilitering og samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og i demensomsorgen spesielt.

Midlene i 2015 er fordelt til embetene etter en fordelingsnøkkel basert på fordeling av midlene til Kompetanseløftet 2015 og Kommunal- og moderniseringsdepartementets fordeling av innovasjonsmidlene i skjønnsstilskuddsordningen til kommunene.

I en overgangsfase skal pågående tiltak sikres finansiering, slik at disse fullføres. Dette gjelder bl.a. velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering. Det er som del av Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi gitt støtte til 31 kommuner i 2015, til utprøving av trygghetspakker med ulike komponenter som skal gi brukere og pårørende bedre trygghet, helsepakker for avstandsoppfølging og behandling av personer med kroniske sykdommer, digitale medisindispensere, GPS-lokalisering av personer med demens, digitalt tilsyn på natt, elektroniske dørlåser, velferdsteknologiske løsninger i sykehjem/boliger med heldøgns tjenester, samt verktøy for bedre ruteplanlegging i hjemmetjenesten.

Videre har 43 prosjekter i 47 kommuner fått midler til utvikling og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering i 2014 og 2015. Disse prosjektene avsluttes ved utgangen av 2015.

Satsingen på å styrke kompetansen i legemiddelhåndtering i omsorgstjenestene ble i Prop. 1 S (2014–2015) overført til kompetanse- og innovasjonstilskuddet som del av det tilskuddet til grunn-, videre- og etterutdanning. Se rapportering for 2014 på post 60.

Tilskuddsordning skal legge til rette for å se de ulike satsingene under Omsorg 2020 i sammenheng, og sikre bedre samordning med tilskudd som gis til andre kommunale tjenesteområder under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Innovasjons- og kompetansetilskuddet skal også ses i sammenheng med Kommunal- og moderniseringsdepartementets skjønnsstilskudd, som også kan benyttes til kommunal innovasjon og utvikling.

Tilskuddet forvaltes av fylkesmennene. Helsedirektoratet har ansvar for styringsdialogen med fylkesmennene. Det foreslås en samlet bevilgning på 336,9 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2016.

### Post 71 Frivillig arbeid mv.

Formålet med tilskuddsordningen er å fremme landsdekkende organisasjoners særskilte infor-

masjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv.

Bevilgningen foreslås styrket med 3 mill. kroner til tilskudd til frivillige organisasjoner som legger til rette for besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorgen. Styrkingen er en del av regjeringens mål om å forebygge ensomhet blant eldre og en videreføring av styrkingen vedtatt ved Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015), jf. Innst. 360 (2014–2015). For øvrig er bevilgningen redusert med 0,4 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Det foreslås å videreføre tilskudd til fire særskilte tiltak

- 2 mill. kroner til Hørselshemmedes Landsforbund
- 1,5 mill. kroner til Demenslinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Røde Kors besøkstjeneste
- Hjertelinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen

Det er også anledning for andre landsdekkende frivillige organisasjoner å søke om tilskudd. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet, som følger opp virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

### **Post 72 Landsbystiftelsen**

Camphill Landsbystiftelsen i Norge eier og driver landsbyer, som fram til 1986 var en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av stiftelsens landsbyer. Stiftelsen tilbyr 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.

Følgende landsbyer omfattes av tilskuddsordningen:

- Vidaråsen, Vestfold
- Hogganvik, Rogaland
- Jøssåsen, Sør-Trøndelag
- Solborg, Oppland
- Vallersund Gård, Sør-Trøndelag
- Rotvoll, Sør-Trøndelag

Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til landsbyene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap. Nye rapporteringskrav gjeldende fra 2011 gir bedre over-

sikt over beleggsprosent mv. og vil gi Helsedirektoratet bedre kontroll av tilskuddet. Kommuner som har psykisk utviklingshemmede beboere ved landsbyene får ikke tildelt midler for disse gjennom inntektssystemet.

### **Post 73 Særlige omsorgsbehov**

Bevilgningen skal delvis dekke utgifter til drift av fag- og opplæringsseksjonen ved Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter, Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter.

Tilskudd til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter

Bevilgningen går til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter som gir helsemessig og sosialmedisinsk behandlings- og omsorgstilbud til døve og døvblinde med særskilte og sammensatte behov. Formålet med tilskuddet er å bidra til drift av fag- og opplæringsseksjonen ved senteret. Fag- og opplæringsseksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde internt på Signo Conrad Svendsen senter, i omsorgsboliger, arbeids- og fritidstilbud og i rehabiliteringsavdelingen. Seksjonen gir også opplæring og veiledning om døve og døvblinde med tilleggsvansker i landets kommuner. I tillegg til kunnskapsutvikling- og spredning gjennom flere prosjekter, har seksjonen fokus på å utvikle tegnspråkferdigheter, samt bruk av alternativ og supplerende kommunikasjon. I 2015 ble det utbetalt 12,5 mill. kroner til senteret.

Tilskudd til Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter, og derigjennom stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Følgende vilkår for bevilgningen foreslås videreført:

- Bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn.
- Tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger.
- Tilskuddet skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for et tjenestetilbud.

- Subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak.

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene over, kan anvendes overfor medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved tiltaket. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass, hjemmebesøk mv. Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av tilskudd mellom de to institusjonene. I 2015 ble det samlet utbetalt om lag 8 mill. kroner til de to institusjonene. Helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midler gjennom årsmelding, budsjett og regnskap.

### **Post 75 Andre kompetansetiltak**

#### Fagnettverk Huntington

Formålet med bevilgningen er å forbedre omsorgstilbudet for personer med Huntingtons sykdom og deres familier. Midlene skal gå til administrasjon av Fagnettverk Huntington, hvor Landsforeningen for Huntington, Senter for sjeldne diagnoser (SSD)/Oslo Universitetssykehus (OUS), Helse Sør-Øst RHF (eier av SSD), NKS Kløverinstitusjon og de fem ressursentrene for Huntington er representert.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddet til Fagnettverk Huntington, og NKS Kløverinstitusjon koordinerer nettverket. Videre tildeles en del av midlene som tilskudd til Huntington ressursentrene. Ressursentrene skal ha ansvar for drift og utvikling av hvert sitt regionale fagnettverk, samt delta i det nasjonale fagnettverket. I samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser skal fagnettverk Huntington samle og spre informasjon, kunnskap og kompetanse.

Ressursentrene har arrangert regionale fagnettverksmøter og knyttet kontakt med lokale fagmiljøer. Det gis tilbud om veiledning/undervisning og hospitering. Ressursentrene har fire årlige møter og samarbeider om en årlig nasjonal Huntingtonkonferanse.

Det ble bevilget 5 mill. kroner til Fagnettverk Huntington i 2015. Det foreslås å videreføre tilskuddet til Fagnettverk Huntington i 2016.

#### Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, Naku

Naku skal utvikle og styrke tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming, og være et faglig knutepunkt for utvikling av tjenestene. Naku skal være en faglig pådriver for utvikling av tjenestene. Målgruppen for Naku er personell i kommuner og andre som gir tjenester til utviklingshemmede. Naku skal bidra til å produsere, oppdatere og formidle kunnskap, materiell og verktøy tilpasset målgruppene.

Utvikling av kunnskapsbank og fagnettverket Psykisk helse og utvikling videreføres. Det er et siktemål at kunnskapsbanken skal fungere som en base for ansatte i tjenestene til personer med utviklingshemming. Naku skal innhente, utvikle og spre eksisterende informasjon og kunnskap om psykisk helse hos utviklingshemmede, gjennom eksisterende og nye formidlingskanaler. Naku og Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse utvikler Mitt livs ABC – et nasjonalt opplæringstiltak i tjenester til utviklingshemmede.

Det ble bevilget 6,4 mill. kroner til Naku i 2015. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Naku i 2016 til utvikling og styrking av tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming.

### **Post 79 Andre tilskudd**

Det foreslås å flytte 87 mill. kroner fra post 21 for å sikre mer samsvar mellom budsjett og regnskap mellom postene. Posten er for øvrig redusert med 1 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen skal dekke tilskudd knyttet til formålet for kapittelet.

Bevilgningen kan nyttes under post 21. Omtalen av postene er samlet i sin helhet under post 21.

#### Betinget tilsagn om tilskudd

Departementet garanterer for ev. inntektsbortfall ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern med 1 mill. kroner for inntil tre beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

**Kap. 762 Primærhelsetjeneste**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	22 204	40 284	61 499
50	Samisk helse	5 247	5 388	5 516
60	Forebyggende helsetjenester	71 147	51 101	50 182
61	Fengselshelsetjeneste	137 605	142 517	150 545
62	Øyeblikkelig hjelp, <i>kan overføres, kan nyttes under kap. 732 post 70 og 76</i>	386 021	586 319	
63	Allmennlegetjenester	30 140	133 411	136 904
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	52 365	48 262	48 096
71	Frivillig arbeid mv.	6 591	6 583	
73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	26 566	32 177	55 531
74	Stiftelsen Amatheia	16 223	18 758	19 302
	Sum kap. 0762	754 109	1 064 800	527 575

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 16,1 mill. kroner til tiltak som følger opp Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, mot at kap. 720 reduseres tilsvarende.
- 10 mill. kroner til arbeidet med utvikling av beslutningsstøttesystem for sykmeldere.
- 26,9 mill. kroner flyttet fra kap. 719, knyttet til Nasjonal hiv-strategi.
- 603,3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til overføring av midler til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp til kommunenes rammetilskudd.
- 6,8 mill. kroner flyttet til kap. 781, knyttet til tilskudd til Norsk pasientforening og Landsforeningen for uventet barnedød.

Bevilgningen foreslås videre redusert med 13,6 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet  
Regjeringen la fram Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (primærhelsemeldingen) våren 2015.

Regjeringen foreslår i meldingen en rekke tiltak, noen med effekt på kort sikt, andre mer på

lang sikt. Samlet peker tiltakene tydelig ut retningen regjeringen vil utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene framover. De største endringene er det behov for innen organisering, arbeidsdeling, arbeidsformer, kompetanse og ledelse. Retningen som pekes ut er i samsvar med samhandlingsreformens målsettinger, og tar denne videre. Veien framover må ses i sammenheng med kommunereformen, som gir nye muligheter for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen kommer tilbake til de ulike tiltakene i det enkelte års statsbudsjett. Tiltakene vil bli gjennomført når det er budsjettmessig inndekning. I Prop. 1 S (2015–2016) foreslås det å bevilge midler over kapitlene 761, 762, 765 og 769 for å utvikle tjenesten i tråd med den framlagte meldingen.

*Team, proaktivitet og forebygging*

Primærhelseteam er en utvidet allmennlegepraksis der flere profesjoner samarbeider for å gi grunnleggende helsetjenester til hele befolkningen. Slike team muliggjør et bredere og mer samordnet tilbud, bedre tilgjengelighet og riktigere bruk av personellressursene.

Regjeringen vil legge til rette for en mer teambasert tjeneste. Samlokalisering av tjenester er et

godt første steg for bedre samhandling og samordning på tvers av dagens deltjenester. Regjeringen vil legge til rette for samlokalisering. Det vises til post 63 for omtale av aktiviteten i allmennlegetjenesten, rekruttering av fastleger og tilskudd til samlokalisering.

Etablering av team gjør det mulig å arbeide annerledes enn før. For å møte behovene til hele befolkningen, er det ikke lenger nok at tjenestene følger opp når behov oppstår og folk selv oppsøker behandlere. Det er nødvendig med en mer aktiv, befolkningsrettet tilnærming, oversikt over behov og en systematisk tilnærming for å fordele ressurser i tråd med behovene.

#### *Kompetanse og ledelse*

Flere brukere med større og faglig sett mer komplekse behov har betydning for kompetansebehovet i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er behov for flere med helse- og sosialfaglig kompetanse, flere med høyere og bredere helsefaglig kompetanse, og ikke minst en større tverrfaglig bredde enn før, tilpasset de utfordringer brukerne har. Det er behov for ledere med mer kompetanse både om ledelse og om de tjenestene de skal lede. Det er utarbeidet en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Det vises til omtale i del III 10 Kompetanseløft 2020.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er blitt en stor og kompleks virksomhet som legger beslag på en stor del av samfunnets ressurser. Det er et stort behov for innovasjon og utvikling i årene framover. Det stiller store krav til ledelse og til lederne. Tjenesten trenger et lederløft. Det er behov for å styrke ledelsen på alle nivåer. Det er behov for flere ledere, men framfor alt for ledere med god lederkompetanse og tilgang på solid helse- og sosialfaglig kompetanse.

#### *Data for forvaltning og tjenesteutvikling*

For å utøve god ledelse, styring, forvaltning og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene på alle nivåer, er det en forutsetning at det er tilgjengelige data om tjenestenes innhold, aktivitet og resultater. I dag mangler i betydelig grad slike data for deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å legge til rette for en kunnskapsbasert utvikling framover, vil regjeringen etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). KPR vil også legge til rette for forvaltning og styring, men også lokalt kvalitetsarbeid og forskning på og i disse tjenestene.

#### *Ny teknologi*

Teknologi vil bli en av bærebjelkene i framtidens helse- og omsorgstjeneste. Informasjonsteknologi (IKT) kan bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det skal arbeides videre for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de nødvendige IKT-verktøyene som understøtter deres arbeidsoppgaver på en god måte. Regjeringen vil modernisere IKT-plattformen slik at nødvendige helseopplysninger kan følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Det vises til kap. 701 Direktoratet for e-helse.

#### *Barn og unge*

For barn og unge er lett tilgjengelighet til tjenestene viktig. Problemer hos barn og unge må avdekkes tidlig for at problemene ikke skal utvikle seg videre. Til tross for at barn og unge i Norge har god helse sett i internasjonal sammenheng, har mange psykiske helseutfordringer. For å avdekke og hjelpe barna, ungdommene og deres familier raskt, må mange aktører samarbeide og opptre koordinert. Regjeringen har allerede startet arbeidet for at barn i Norge skal få enda bedre oppvekstvilkår og møtes av kompetente og koordinerte tjenester med tilstrekkelig kapasitet. I 2014 ble kommunenes frie inntekter økt med 180 mill. kroner begrunnet med behovet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2015 ble rammen ytterligere styrket med 270 mill. kroner med samme begrunnelse. I 2016 foreslås en ytterligere økning på 200 mill. kroner gjennom vekst i kommunenes frie inntekter. Tiltak for å ta arbeidet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten videre beskrives i primærhelsemeldingen.

Det vil bli utarbeidet en ungdomshelsestrategi.

#### *Psykisk helse og rus*

Regjeringen vil styrke tjenestetilbudet til personer med rusproblemer og med psykiske helseutfordringer. Meldingen om framtidens primærhelse-tjeneste beskriver hvordan regjeringen vil følge opp løftet om å bruke lov, plan og finansiering for å få på plass et lavterskel psykisk helsetilbud, herunder flere psykologer i kommunene. I meldingen beskrives veien videre når det gjelder krav om øyeblikkelig hjelp døgntilbud og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Brukerne med psykiske helseutfordringer har behov for oppfølging der også deres somatiske

problemer ivaretas på god måte, og for opplæring og hjelp til å endre livsstil, mestre livet og følge opp egne helseutfordringer. Primærhelseteam og bedre opplæringstilbud vil derfor ha stor betydning for denne brukergruppen. For de med store og sammensatte behov som følge av psykisk sykdom og/eller rusproblemer er ikke primærhelseteam tilstrekkelig. Disse brukerne har dokumentert nytte av oppsøkende behandlingsteam. Regjeringen vil også fremme en ny opptrappingsplan for rusfeltet i løpet av 2015, jf. omtale under kap. 765.

#### Opplæring, habilitering og rehabilitering

Mange får i dag ikke den habilitering og rehabilitering de har behov for. Ofte kartlegges og vurderes ikke behovet. Dette har med kompetanse, ledelse, ressurser, holdninger og kultur i tjenesten å gjøre. Når brukere blir spurt om hva som er viktig for dem, er svaret ofte å mestre daglige gjøremål. Oppfølgingen må reflektere dette. Derfor har regjeringen varslet en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Opplæring av pasienter og pårørende er et sentralt element i et rehabiliteringstilbud og helt nødvendig for å skape mestring. Viktig er også tiltakene knyttet til kompetanse og ledelse. Rehabilitering er en tankegang som må gjennomsyre alle ledd og deltjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. God sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling. Den enkelte må få bedre hjelp til å endre livsstil og mestre livet med sykdom. For å bidra til dette har det over flere år blitt ytt tilskudd til etablering av frisklivssentraler og lærings- og mestringstilbud, se post 60.

Helsedirektoratet legger høsten 2015 fram en veileder for rehabiliteringsfeltet. Denne viser gode eksempler på organisering og tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og dens samarbeid med andre etater og virksomheter. Regjeringen har varslet i Meld. St. 14 Kommune-reformen – nye oppgaver til større kommuner, at det skal utredes nærmere hvilke oppgaver innenfor rehabiliteringsfeltet som i dag ivaretas i spesialisthelsetjenesten som store kommuner skal få et større ansvar for, samt i hvilken form en slik ansvarsdeling skal skje.

Fysioterapeuter utgjør en viktig faggruppe i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Regjering-

gen har varslet flere tiltak for å sikre brukerne bedre habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Bl.a. pågår det et arbeid med å utarbeide en forskrift som skal regulere avtalefysioterapeutenes virksomhet med formål å utnytte ressursene best mulig. Når forskriften er utarbeidet, vil regjeringen vurdere å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans, bl.a. for at pasienten skal komme raskere til behandling. Kommunene kan søke fastlønnstilskudd for ansatte fysioterapeuter. Ordningen er hjemlet i forskrift. For å gjøre tjenesten mer fleksibel for kommunene vil regjeringen vurdere å endre vilkårene for fastlønnstilskudd.

#### Øyeblikkelig hjelp

God tilgang til øyeblikkelig hjelp er av stor betydning for folks trygghet. Kommunal legevakt har over lang tid vært vurdert som et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden. Helse- og omsorgsdepartementet har begynt et arbeid med å styrke kompetanse og kvalitet i legevaktstjenesten. Ny forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) trådte i kraft 1. mai 2015. I forskriften stilles krav til minimumskompetanse for å kunne ha legevakt alene. Forskriften legger også til rette for innføring av et nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktsentraler. Et nasjonalt legevaktnummer 116117 ble innført 1. september 2015. Legevakt inngår som tema i primærhelsemeldingen. Blant andre pågående arbeider av betydning for utvikling av legevaktstjenesten og øvrige akuttmedisinske tjenester er akuttutvalget, som vil legge fram en sluttrapport i desember 2015, og nasjonal helse- og sykehusplan.

Innføringen av akuttmedisinforskriften vil følges nøye. Mange kommuner, særlig i distriktene har utfordringer knyttet til å skaffe nødvendig kompetanse i denne tjenesten. Kompetansekravene som stilles i forskriften er nødvendige minimumskrav for å oppfylle kravet til en forsvarlig legevaktstjeneste. For at kravene skal være mulige å oppnå for alle kommuner, har det vært nødvendig å innføre en overgangsordning på tre år for kravet til grunnkompetanse for lege. Helse- og omsorgsdepartementet vil, sammen med bl.a. KS, følge med på utviklingen framover.

Det vises til kap. 762, post 63 for nærmere omtale. Det vises også til kap. 701, post 21 for nærmere omtale av nasjonalt legevaktnummer 116117.

## Vold og overgrep

Vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Altfor ofte lever barn og voksne i årevis med vold uten at dette avdekkes. Å avdekke vold og seksuelle overgrep er et ansvar for alle, men personell som jobber med og møter barn daglig har et særlig ansvar. Det gjelder bl.a. helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet for å utvikle tjenestene på dette området vil bli forsterket og ansvaret bli tydeliggjort i lov. Kompetansen skal økes, og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert fastleger og legevakt for at disse, bl.a. skal bli bedre i stand til avdekke og bekjempe overgrep. Fra 2016 vil spesialisthelsetjenesten få hovedansvar for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep, samtidig som eksisterende, robuste kommunale overgrepsmottak videreføres gjennom avtaler mellom regionale helseforetak og kommuner. Legevakttjenesten vil fortsatt ta hånd om de fleste personer utsatt for vold i nære relasjoner.

Helsetjenesten skal fortsatt utføre rettsmedisinske undersøkelser som bistand til politiets arbeid der forholdet er anmeldt. Regionale helseforetak har ansvar for å inngå avtaler med justissektoren om slik bistand. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet har gjennom tildelingsbrevene for 2015 gitt Helsedirektoratet og Politidirektoratet i oppdrag å utrede ansvarsforhold rundt sporsikring ved vold og/eller seksuelle overgrep i tråd med tiltak 35 i Handlingsplan mot voldtekt 2012–2014. Uklare ansvarsforhold er spesielt en utfordring der forholdet ennå ikke er anmeldt, og det skal gjøres vurderinger av om spor mv. skal sikres.

Det vises til post 63 for omtale av kompetansehevende tiltak knyttet til legevakttjenesten. Det vises for øvrig til omtale under kap. 732.

## Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 0,8 mill. kroner knyttet til godkjenning av tilleggskompetanse for fysioterapeuter i manuell terapi til kap. 724, post 01.
- 4,5 mill. kroner flyttet fra kap. 719, post 21, knyttet til nasjonal hiv-strategi.
- 10 mill. kroner knyttet til beslutningsstøttesystem for sykmeldere fra kap. 605, post 01.

Bevilgningen foreslås økt med 7,3 mill. kroner fra kap. 720, post 21 til oppfølging av Fremtidens pri-

mærhelsetjeneste, herunder 4 mill. kroner til læringsnettverk.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 0,5 mill. kroner for å styrke andre tiltak.

Bevilgningen skal dekke driftsutgifter knyttet til formålet med kapittelet.

Bevilgningen kan nyttes under post 70. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 70.

## Oppfølging av Fremtidens primærhelsetjeneste

Det foreslås å bevilge 3,3 mill. kroner til oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, herunder utredning av endringer i finansieringsordningen for fastleger, etablering av en ungdomshelsestrategi, utredning av utdanningsspørsmål vedr. sykepleiere og å utarbeide en veileder for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov.

## Læringsnettverk

KS har disponert 4 mill. kroner knyttet til sitt arbeid med gjennomføringen av samhandlingsreformen. Midlene foreslås omdisponert til å finansiere videreføring av Læringsnettverk for gode pasientforløp. Dette tiltaket er varslet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet. Læringsnettverk er en arena for gjensidig læring og bidrar med faglig påfyll og verktøy for forbedringer. Læringsnettverk kan bidra til bedre samhandling, og at ny kunnskap og metoder tas i bruk. Det er etablert to læringsnettverk forankret i Kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS. Nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med kroniske lidelser og nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer. 48 norske og to danske kommuner deltar i to læringsnettverk for personer med kroniske lidelser. Læringsnettverkene skal samarbeide med Skil (Senter for kvalitet i legekontor), for en tettere forankring opp mot legetjenesten i kommunen. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Se for øvrig kap. 765, post 21.

## Smittevern

Det foreslås å videreføre midler til arbeidet med smittevern. Det er behov for å fokusere på antibiotikaresistens, riktig bruk av antibiotika, tuberkuloseutfordringer, smittevernkongresser og smittevernhygiene på sykehjem og oppfølging av smitte-

vernarbeidet i kommunene mv. Midlene skal disponeres av Helsedirektoratet.

#### Utdanningsstillinger allmennmedisin

Det er driftsoppgaver knyttet til tilskuddsordningen med utdanningsstillinger i allmennmedisin. Det foreslås 1 mill. kroner til dette formålet i 2016. Det er forutsatt at ordningen skal evalueres. Det vises for øvrig til omtale av utdanningsstillinger i allmennmedisin under post 63.

#### Nasjonalt legevaktnummer 116117

Staten finansierer prosjektering/etablering og drift av nasjonalt telefonnummer 116117 til kommunale legevaktsentraler som ble innført 1. september 2015. I 2014 og 2015 ble det bevilget 2 mill. kroner til tiltaket på kap. 762, post 21. Midlene foreslås videreført i 2016. For øvrig vises til omtale under kap. 701, post 21.

#### Helse- og omsorgstjenester i fengsel

Helsedirektoratet ivaretar tilskuddsforvaltning til kommuner og fylkeskommuner med fengsel og følger med på faglige problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenester til innsatte. I 2012 ble det etablert et fagråd for helse- og omsorgstjenester til innsatte, der både helsetjenesten og kriminalomsorgen er representert. Det foreslås 0,4 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid på dette området i 2016. For øvrig vises til omtale av fengselshelsetjenesten under post 61.

#### Utvikling av beslutningsstøttesystem for sykmeldere

Det er dokumentert at det er variasjon i bruken av gradert sykmelding, og at fastlegene kan påvirke sin pasientgruppes sykefraværsadferd. Regjeringen ønsker å legge til rette for større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen, og vil derfor innføre beslutningsstøttesystem til hjelp for sykmeldere. Det ble iverksatt et utviklingsarbeid under ledelse av Helsedirektoratet og med bistand fra Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2014 med sikte på implementering så snart det er faglig forsvarlig. De samlede kostnadene for tiltaket i perioden 2014–2017 er anslått til 47,1 mill. kroner. Det ble bevilget 7 mill. kroner til tiltaket i 2014 og 10 mill. kroner i 2015 over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og tilsvarende over Arbeids- og sosialdepartementets budsjett. Det er forsinkelser knyttet til til-

taket i både 2014 og 2015. Det foreslås å styrke bevilgningen over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett med 10 mill. kroner, mot en tilsvarende reduksjon av Arbeids- og sosialdepartementets kap. 605, post 01. Tilsvarende flytting er foretatt ved Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015), jf. Innst. 360 S (2014–2015). Til sammen foreslås det å bevilge 20 mill. kroner for å dekke kostnader knyttet til gjennomføring av et utviklingsarbeid med beslutningsstøttesystem.

#### Anvendelse av deler av helselovgivningen på Svalbard og Jan Mayen

Fra og med 1. oktober 2015 har deler av helselovgivningen anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Anvendelsen medfører økt saksmengde for Fylkesmannen i Troms, f.eks. i form av behov for økt beredskap og økt tilsynsvirksomhet. Det foreslås å bevilge 0,2 mill. kroner til Fylkesmannen i Troms knyttet til disse oppgavene.

#### Seksuell helse

Regjeringen har varslet at det skal lages en samlet strategi på seksuell helse fra 2016. En samlet strategi skal omfatte områder som dekkes av hhv. Handlingsplan for uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – Strategier for bedre seksuell helse og Aksept og mestring – Nasjonal hiv-strategi (2009–2014) forlenget til 2015. Det foreslås å bevilge 5,5 mill. kroner til dekke enkelte diverse driftsutgifter og anskaffelser i tilknytning til arbeidet, herunder anskaffelser av kondomer, samt utviklingstiltak innen kvalitetsforbedring av hivarbeidet.

#### Lederutdanning

Det ble i 2015 tildelt 0,5 mill. kroner til Nasjonal lederutvikling (NLU) ved Helse Sør-Øst til et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten om å styrke lederskap i helse. NLU og KS skal utvikle felles tiltak for å styrke ledelse og ledelsesutvikling i helse- og omsorgssektoren. Det vises også til omtale av lederutdanning for primærhelsetjenesten under kap. 761, post 21.

#### Post 50 Samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Dette skjer bl.a. gjennom utvikling av Sametingets helsepolitiske innspill til sentrale myndigheter, dialog med helseforetakene



og saksbehandling i forbindelse med tildeling av prosjektmidler til samiske helseformål og administrasjon av tilskuddsordningen. Det ble i 2015 bevilget 5,4 mill. kroner til Sametingets arbeid med samisk helse. Det foreslås 5,5 mill. kroner i 2016.

### Post 60 Forebyggende helsetjenester

Bevilgningen foreslås redusert med 2,4 mill. kroner knyttet til friskliv og mestring av sykdom, for å styrke andre prioriterte tiltak.

Forebygging av og opplæring for å mestre sykdom kan utføres av kommunene på mange ulike måter. Sentrale deler av tjenestene tilbys gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene. Finansieringen av forebyggende tjenester over dette kapittel går i hovedsak til disse tjenestene.

#### Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har stor oppslutning i befolkningen. Ingen annen helsetjeneste når så mange, og det er bred politisk enighet om tjenestens viktighet. Det er allikevel utfordringer og geografiske ulikheter når det gjelder dimensjonering og kvalitet på tilbudet. Det vises til omtale av det landsomfattende tilsynet med helsestasjonstjenester til barn i alderen 0–6 år, i Rapport fra Helsetilsynet 4/2014 i Prop. 1S (2014–2015).

Gjennom tverrfaglig og tverretattlig samarbeid kan helsestasjons- og skolehelsetjenesten bidra til å skape et godt oppvekst- og læringsmiljø for barn og ungdom. Det er viktig med en helhetlig og tverrfaglig organisering av de kommunale helsetjenestene til barn og unge.

Kostra-tallene viser en vekst i antall helsesøsterårsverk i kommunene på 157 fra 2013 til 2014. Det har også vært en vekst for andre personellgrupper. Helsesøster er en viktig aktør, men mange kommuner har behov for å styrke også andre personellgrupper knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som jordmor, fysioterapeut, psykolog og lege. Styrkingen vil bl.a. kunne bidra til en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste slik at elevene lettere kan nå tjenesten.

Det foreslås å videreføre tilskuddsordningen til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer i 2016 med 28,4 mill. kroner. I 2015 var det 75 kommuner som søkte om tilskudd, totalt ble det søkt om 50 mill. kroner. Alle midlene er fordelt. En samlet vurdering av ordningen er at det kommer godt med i

kommunene, og at tilskuddet blir brukt i tråd med formålet. Det er lagt vekt på tverrfaglig samarbeid i kriteriene for tilskuddet, og det har blitt fulgt opp av kommunene. De aller fleste øker ressursene i helsesøsterstillinger, men også psykologtjenesten var en viktig del av tilbudet. Tilskuddsordningen må bl.a. sees i lys av regjeringens strategi mot barnefattigdom, Barn som lever i fattigdom.

Det foreslås å videreføre 4,2 mill. kroner til områdesatsingen i indre Oslo øst, til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Områdesatsingen er et virkemiddel for å bedre miljø, boforhold og levekår i indre Oslo øst, et område av byen med særskilte levekårsutfordringer. Arbeidet med områdesatsingen ledes av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Flere departementer deltar i samarbeidet.

#### Friskliv og mestring av sykdom

God sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandring i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling. Dette gjelder særlig ved kroniske sykdommer som diabetes og kols. Det er etablert en tilskuddsordning til utvikling av kommunale tilbud for personer som står i fare for å utvikle sykdom eller som må lære å leve med sykdom. Formålet med ordningen er å stimulere til utvikling av kommunale helse- og omsorgstilbud som støtter opp under og realiserer målene i Samhandlingsreformen og NCD-strategien om å fremme fysisk og psykisk helse, forbygge sykdom, bidra til mestring av sykdom og til bedret ressursutnyttelse av samlet innsats i helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås 17,5 mill. kroner til denne ordningen i 2016.

Tilskuddsordningen forvaltes av Fylkesmannen. Det skal legges vekt på brukerinvolvering og utnyttelse av likemannsarbeid.

### Post 61 Fengselshelsetjeneste

Bevilgningen foreslås økt med 3,9 mill. kroner, fordelt med:

- 0,9 mill. kroner knyttet til helårsvirkning av vedtak om nye soningsplasser i 2015.
- 3 mill. kroner til utvidelse av ordningen med Narkotikaprogram med domstolkontroll.

Det er 47 fengsler i Norge, og de er lokalisert i 43 av landets kommuner. Tilskuddsordningen skal bidra til at kommunene gir innsatte et helsetjenestetilbud som er likeverdig det tilbudet som gis

befolkningen for øvrig. Det foreslås 146 mill. kroner til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsler for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte. Bevilgningen er økt med 0,9 mill. kroner knyttet til helårsvirkning av vedtak om nye soningsplasser i 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å legge fram et forslag til endringer i fordelingen av tilskuddsmidler til kommuner og fylkeskommuner. Forslaget vil bli drøftet med berørte aktører.

I januar 2015 ble det publisert en rapport basert på en kartlegging av psykiske lidelser blant innsatte. Den bekrefter et stort omfang av psykiske lidelser og rusavhengighet.

De regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenestens tilbud når det gjelder psykiatri, rus og somatikk. Spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel finansieres gjennom rammetilskudd til de regionale helseforetakene.

I 2014 ble det tildelt 136,1 mill. kroner til helse-tjenester til innsatte i fengsler. Summen ble fordelt mellom vertskommuner for fengsel som mottok tilsammen 119,1 mill. kroner og fylkeskommuner som mottok 17 mill. kroner.

Utover dette ble det bevilget 1,5 mill. kroner til prøveordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) i 2015. ND har i perioden 2006–2015 vært et prøveprosjekt i Oslo og Bergen. Det foreslås 30 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av ND i 2016, hvorav 4,5 mill. kroner over kap. 762, post 61. Dette er en økning på 3 mill. kroner fra 2015. Øvrige midler foreslås tildelt fra Justis- og beredskapsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementets kap. 732. For nærmere omtale av forslaget, se Justis- og beredskapsdepartementets budsjettproposisjon.

Antall årsverk sykepleiere i fengselshelsetjenesten har gått ned fra 114 årsverk i 2013 til 102 årsverk i 2014, mens antall legeårsverk er uendret på 14. Ordinær soningskapasitet er om lag 3800 plasser.

### **Post 62 Øyeblikkelig hjelp**

Kommunene vil fra 1. januar 2016 få en plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med somatiske sykdommer. Dette medfører at til sammen 1 206,644 mill. kroner foreslås flyttet fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til rammetilskuddet til kommunesektoren. 603,322 mill. kroner flyttes fra post 62 og tilsvarende beløp fra kap. 732, post 72–75. Tilbudet innen somatikk er blitt faset inn fra 2012. Det tas sikte på å innføre

plikt til kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen psykisk helse- og rusområdet fra 2017.

Ved utgangen av 2014 hadde om lag 269 kommuner etablert tilbud, med totalt drøyt 450 døgnplasser. De etablerte tilbudene dekket da om lag 76 pst. av landets befolkning. Tre av fire kommuner har valgt å etablere tilbudet som et interkommunalt samarbeid. Antall samarbeidende kommuner varierer fra to til tolv. 60 pst. av tilbudene er organisert i tilknytning til sykehjem. Øvrige tilbud er organisert i tilknytning til lokalmedisinske eller distriktsmedisinske sentre, legevakt eller i tilknytning til sykehus. Tilbudet benyttes oftest til eldre pasienter. Over halvparten av innlagte pasienter var 80 år eller eldre. 63 pst. av pasientene ble henvist fra legevaktslege, 26 pst. fra fastlege. Innleggelsene var i hovedsak av kort varighet. 76 pst. av pasientene hadde en liggetid på tre døgn eller kortere. Gjennomsnittlig liggetid har økt noe fra 2013 til 2014.

### **Post 63 Allmennlegetjenester**

Bevilgningen foreslås økt med 8,8 mill. kroner fra kap. 720, post 21 til å styrke lønnstilskudd til videreutdanning av sykepleiere som arbeider i kommunale helse- og omsorgstjenester.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 9,2 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

I 2012 ble det opprettet et rekrutteringstilskudd med formål å stimulere etablering av nye fastleghejemler/-stillinger og redusere antallet ubesatte hjemler/stillinger. Dette har vært et engangstilskudd på 0,3 mill. kroner som tildeles kommuner etter søknad basert på spesifikke kriterier. Veksten i hjemler skal komme i tillegg til den naturlige veksten som de senere år har vært 60–80 hjemler i året. Data fra Helsedirektoratet viser at antallet fastleger i 2013 økte med 108. Kommunene meldte at tilskuddet hadde ført til tilfredsstillende legedekning og større valgfrihet for innbyggerne i ordningen. Antallet fastleger økte med 125 i 2014.

Fastlegestatistikken viser at det er mange små- og utkantkommuner som over tid har rekrutterings- og stabilitetsutfordringer i fastlegeordningen. Undersøkelser viser at det er svært sannsynlig at de samme kommunene har spesielle utfordringer knyttet til kapasitet og kompetanse i legevakt. Ut fra dette ble ubrukte midler til legevakt-tjenesten i 2014, sammen med midlene til rekrutteringstilskuddet, høsten 2014 benyttet til et felles tilskudd til rekruttering av fastleger og kvalitetshevende tiltak i legevakt. Det ble utarbei-

det kriterier for et tilskudd rettet inn mot distriktskommuner med rekrutteringsutfordringer samtidig som den maksimale rammen for tilskudd per kommune ble økt fra 0,3 til 0,5 mill. kroner. Helse- og omsorgsdepartementet kan i 2015 benytte inntil 10 mill. kroner til formålet.

Det er i 2015 benyttet 21,8 mill. kroner til å etablere en tilskuddsordning for å stimulere kommuner til å samlokalisere helse- og omsorgstjenester og allmennlegetjenester. Målet med tilskuddsordningen er å legge til rette for bedre koordinerte og mer tverrfaglige helse- og omsorgstjenester i kommunen, slik den nylig fremlagte stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten foreslår. Kommuner kan søke om midler for å utrede mulighetene for samlokalisering av allmennlegetjenester og andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Legevakt utgjør et viktig ledd i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Det er tidligere vedtatt at det skal stilles krav til minimumskompetanse for leger som skal ha legevakt alene (uten kvalifisert bakvakt). Ny forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) ble fastsatt 20. mars 2015 og trådte i kraft 1. mai. I forskriften stilles bl.a. krav til kompetanse og svartider. Forskriften pålegger kommunene å ha et nasjonalt legevaktnummer 116117 fra 1. september 2015. Videre tydeliggjør forskriften krav til samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester. På legevaktområdet stilles krav til grunnkompetanse for lege som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt, og krav til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i legevakt. I de kommunale legevaktsentralene er kravet til bemanning styrket, sentralene skal ha utstyr for lydopptak av samtaler med innringer, og det stilles krav til svartiden på telefon som er den samme som for fastlegekontorene. Forskriften er i noen grad justert etter høringsrunden. De foreslåtte kompetansekravene vil bl.a. medføre ekstra kostnader til bakvakt for noen kommuner. Det ble bevilget 17 mill. kroner til kompensasjon for bakvakt i 2012 og 17 mill. kroner i 2013. I 2014 ble det bevilget ytterligere 50 mill. kroner for å styrke kvalitet og kompetanse i legevakt, der konkrete tiltak skulle fremmes i ny akuttmedisinforskrift. I 2015 ble det bevilget totalt 73 mill. kroner til å dekke merkostnader til bakvakt og kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for kommunene ved innføring av ny akuttmedisinforskrift.

Bevilgningen foreslås videreført med 75,1 mill. kroner i 2016. Aktuelle tilskuddsordninger forvaltes av Helsedirektoratet.

Forsinkelsene som har vært i arbeidet med akuttmedisinforskriften har medført at midler til kompensasjon for utgifter til bakvakt ikke kunne benyttes i 2014 og i liten grad i 2015.

Rundt 2 mill. kroner i 2015 benyttes til forsterket veiledning av allmenn-/fastleger utdannet i EØS-land. Midlene foreslås videreført.

8,5 mill. kroner er i 2014 og 2015 benyttet til utviklingsarbeid av elektronisk pasientjournal (EPJ) ved allmennlegekontorene. Dette er et arbeid som ledes av Helsedirektoratet og finansieres sammen med Legeforeningen. Utviklingsarbeidet skal gjøre EPJ-systemene bedre tilpasset dagens krav som hjelpemiddel til effektiv virksomhet ved legekontorene. Dette omfatter bl.a. bedre oversikter, rapportering og kommunikasjon.

For øvrige stimuleringsiltak knyttet til allmennlegetjenesten vises det til omtale av utdanningsstillinger i allmennmedisin under, og til post 70. Tiltaket kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i vakt inngår i Kompetanseløft 2020.

Lønntilskudd til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie

Videreutdanning i avansert klinisk sykepleie (nurse practitioners) er et sentralt satsingsområde i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Det er behov for å styrke tilskuddsordningen utover dagens bevilgning på 12,5 mill. kroner. Bevilgningen foreslås økt med 8,8 mill. kroner knyttet til omdisponering av samhandlingsmidler fra kap. 720, post 21, totalt 21,3 mill. kroner.

Formålet med lønntilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie rettet mot behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Målet er å styrke forebyggings-, behandlings- og omsorgstilbudet til innbyggere som er i ferd med å utvikle eller som har utviklet kroniske, sammensatte og/eller kompliserte sykdomstilstander, som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet skal forvalte ordningen. Målgruppen er sykepleiere med minst to års yrkeserfaring fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltaket inngår i kompetanseløft 2020.

### Utdanningsstillinger i allmennmedisin

For å styrke rekrutteringen til og stabiliteten i allmennlegetjenesten i distriktene og innhente erfaringer om hva som bidrar til å motivere og stimulere legene og øke kommunenes evne til å legge til rette for et fullstendig utdanningsløp for leger som ønsker å bli spesialister i allmennmedisin, ble det i 2012 utviklet en tilskuddsordning som en prøveordning som skal gå over en femårsperiode. Tilskuddsmidlene kan benyttes av de utvalgte kommuner ut fra lokale behov. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Nye kommuner ble inkludert i ordningen i 2012 og 2013. 20 kommuner mottok tilskudd i 2014. Tilbakemeldingen fra kommunene er at tilskuddet/tilrettelegging for spesialistutdanning har stor betydning for rekruttering og stabilitet i legetjenesten og har, i noen kommuner, vært avgjørende for å beholde legen. Kommunene har benyttet tilskuddet bl.a. til dekning av kursavgifter, utgifter til veileder/mentor, reise- og oppholdsutgifter, vikar og tap av refusjonsutgifter. Helsedirektoratet opplyser at det for noen leger er knyttet usikkerhet til når de er ferdige spesialister grunnet påvente av sykehustjeneste som siste del av spesialiseringen. Det tas likevel sikte på å avslutte prosjektet som planlagt i 2017. Tiltaket skal evalueres. Bevilgningen foreslås videreført i 2016 med 4,1 mill. kroner over post 63 og 1 mill. kroner over post 21. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen foreslås redusert med 1,6 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen skal dekke tilskudd knyttet til formålet med kapittelet.

Bevilgningen kan nyttes under post 21. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 70.

### Retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Et arbeid med å revidere Retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005 ble påbegynt i 2015. Det tas sikte på ferdigstilling og publisering i 2017. Oppdaterte enkelttema vil fortløpende bli publisert digitalt. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen skal utgjøre en del av felles retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009), En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Mange temaer, også nye, skal gjennomgås. Et forslag til revidert ret-

ningslinje må omfatte en anbefaling om antall konsultasjoner i svangerskapet ut fra en totalvurdering basert på prioritering og utredning av økonomiske og administrative konsekvenser. Som del av oppdrag knyttet til opptrappingsplan for rus (2007–2012), jf. også Meld. St. 30 (2011–2012), Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, og Innst. 207 S (2012–2013), gjennomførte Helsedirektoratet i 2012 og 2013 et pilotprosjekt i svangerskapsomsorgen med tidlig samtale om livsvaner i graviditet. Sluttrapport forelå i mai 2014. Tidlig samtale i svangerskapsomsorgen har et potensial for å ta opp mange viktige temaer. Helsedirektoratet er bedt om å ta med erfaringene fra pilotprosjektet inn i retningslinjearbeidet. Temaet vold mot gravide i eksisterende retningslinje ble oppdatert og publisert i mai 2014; Retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold. 1,1 mill. kroner foreslås videreført til formålet i 2016 over kap. 762, post 21/70.

### Samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkning og til at tjenestene er kunnskapsbaserte. Helsedirektoratet arbeider for å fremme samisk språk og kulturkompetanse gjennom rådgivning og nettverksvirksomhet mot kommuner, helseforetak, fylkesmenn og utdanningsinstitusjoner og andre aktører med en rolle i helse- og omsorgstjenesten. 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. Senteret gjennomførte i 2012–2014 en befolkningsundersøkelse kalt Saminor II som ble gjennomført i kommuner med stor samisk bosetting. Bevilgningen dekker oppfølging av denne undersøkelsen. Det ble i 2015 bevilget 7,2 mill. kroner til formålet som inkluderer om lag 1 mill. kroner til enkeltprosjekt som forvaltes av Helsedirektoratet. Det foreslås å omprioritere den delen av bevilgningen på 1 mill. kroner som forvaltes av Helsedirektoratet og overføre denne som tilskudd til Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (Nakmi). Den øvrige bevilgningen foreslås videreført i 2016.

### Forskning på kiropraktikk

Det er behov for å opprettholde forskningsaktiviteten på kiropraktikk. Norsk Kiropraktorforbund har etablert en forskningsstiftelse som i nært samarbeid med Universitetet i Stavanger vil bidra

til opprettelse av forskningsaktivitet på feltet. Det planlegges utdanning i tilknytning til et etablert universitetsmiljø i Norge. Det er naturlig at midlene senere vil inngå i forskningsaktiviteten ved den aktuelle undervisningsinstitusjonen. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til formålet i 2016.

#### Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Per 1. januar 2015 har om lag 16 pst. av befolkningen innvandrerbakgrunn. Innvandreres helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer, etter landbakgrunn og etter årsak til innvandring. Det er store helseutfordringer i enkelte innvandrergrupper. Regjeringen er opptatt av å tilby likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen og viderefører Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017. Tjenestetilbudet skal tilpasses den enkelte, slik at tilgangen og kvaliteten blir like god uavhengig av brukerens norskkunnskaper, kulturelle tilhørighet og sosioøkonomisk bakgrunn. Økningen i flyktingestrømmen til Europa og også til Norge vil innebære et press på helse- og omsorgstjenestene. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (Nakmi) som har kompetanse på feltet, skal i samarbeid med relevante instanser arbeide for å utvikle og formidle kunnskap om helse- og kulturutfordringer for flyktinger og den øvrige innvandrerbefolkningen. Det ble bevilget 8 mill. kroner til tiltaket i 2015. Senteret driver flere forsknings- og utviklingsprosjekter som skal bidra til å tilgjengeliggjøre tjenester og bedre kvalitet for innvandrerbefolkningen. Pga. den store etterspørselen etter kunnskapsoppdatering på innvandrerhelse i helse- og omsorgssektoren foreslås det å omprioritere 1 mill. kroner fra prosjektmidler som forvaltes av Helsedirektoratet til samisk helseprosjekt til Nakmi, slik at total bevilgning er 9 mill. kroner.

Det foreslås å videreføre midler til Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (Sohemi) i 2016. Sohemi har en viktig rolle som Helsedirektoratets rådgivende organ når det gjelder å opprettholde gode tjenester til innvandrerbefolkningen.

Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016)

Handlingsplanen koordineres av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Den er en videreføring av tidligere handlingsplaner mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, men er utvi-

det til å omfatte forebyggende tiltak mot alvorlige begrensninger av unges frihet.

Helsetjenestens hovedmål på området kjønnslemlestelse er effektivt forebyggende arbeid for å forhindre at jenter blir kjønnslemlestet, og god behandling av jenter/kvinner som allerede er kjønnslemlestet. Arbeidet er en del av regjeringens samlede arbeid på området.

I 2014 ble det tildelt midler til Nasjonal kunnskapsenhet for minoritetshelse (Nakmi) og de regionale sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) til forebyggende og holdningsskapende arbeid mot kjønnslemlestelse. RVTS har som oppgave å undervise og veilede tjenester, sørge for informasjon og nettverk på vold og traumeområdet.

Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner i 2016 til arbeidet mot kjønnslemlestelse som forvaltes av Helsedirektoratet. Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til informasjonsarbeid, forskning og økt kunnskap og kompetanse hos helsepersonell og andre berørte aktører gjennom aktiviteter i regi av Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), og Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (Nakmi)

#### Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til rekruttering og stabilitet av leger i primærhelse-tjenesten, særlig i distriktskommuner.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger, forum for helsestasjonsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. Forum for helsestasjonsleger ble etablert i 2014. Forumet arrangerer halvårslige møter med undervisning i relevante tema og formidling av erfaringer mellom kommunene. I 2014 var overvekt og spiseforstyrrelser hos barn og unge hovedtema. Innen samfunnsmedisin er det to aktive veiledningsgrupper med til sammen 24 deltakere (20 pst. av fastlegene). Slike nettverk antas å føre til at legene blir lengre i sine stillinger/avtaler og har dermed en stabiliserende effekt. En kartlegging utført av Fylkesmannen i januar 2014 viser at det fortsatt er utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i flere kommuner. Rundt 16 pst. av fastlegestillingene i fylket er ubesatte eller betjenes av vikarer, en femtedel av legene har vaktfritak og nær en tredjedel er over 55 år.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Finnmark omfattet i 2014 veiledningssamlinger for unge leger i hele fylket, arbeid med rekruttering av turnusleger i den nye ordningen og med rekruttering av medisinerstudenter fra Universitetet i Tromsø (UiT) til Finnmark.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge bidrar til å styrke rekruttering og stabilitet av primærleger. Resultatene har vakt oppsikt internasjonalt. Midlene skal dekke legenes utgifter i forbindelse med deltakelse i veiledningsgrupper i de to spesialitetene. Utdanningsgruppen i samfunnsmedisin har i tillegg to andre funksjoner som virker stabiliserende. I 2014 formidlet Fylkesmannen i Finnmark tilskudd til spesialisering i allmennmedisin for 26 leger (til sammenlikning var det totalt 37 i 2012 og 76 i 2013). Innen spesialisering i samfunnsmedisin driftes én veiledningsgruppe. Det har også vært gitt støtte til enkeltkandidater i Troms og Nordland.

Tiltakene inngår i Kompetanseløft 2020 og foreslås videreført i 2016.

Det er etablert fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE). Formålet med dem er å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennmedisin og derigjennom kvaliteten på allmennlegetjenestene.

De fire forskningsenhetene ble i 2012 innvilget midler fra Norges forskningsråd til et åtteårig prosjekt for å etablere Nasjonal forskerskole i allmennmedisin. Det er inngått forskningssamarbeid mellom forskningsenhetene og de regionale odontologiske kompetansesentrene.

For 2015 ble det bevilget 16,5 mill. kroner til forskningsenhetene, hvorav 4 mill. kroner til forskning med spesielt fokus på tjenester til brukere med sammensatte behov, herunder mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige. Forskningsenhetene vil være viktige aktører i oppfølgingen av Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg – et kunnskapsystem for bedre folkehelse (HelseOmsorg21-strategien), jf. omtale i del III. Ett av satsningsområdene i strategien er et kunnskapsløft for kommunene. Det foreslås videreført 16,5 mill. kroner til formålet i 2016.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble etablert i 2004 og er organisatorisk tilknyttet Uni Research Helse og faglig forankret ved Universitetet i Bergen. Senteret skal gjennom forskning, fagutvikling og undervisning, i samarbeid med andre fagmiljø, bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal lege-

vaktmedisin. Blant senterets hovedoppgaver er å bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet samt bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet, etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet og sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse. Senteret bidrar også i mange kartleggingsprosjekter. Virksomheten omfatter også ansvar for kompetanseutvikling mv. i helsetjenestetilbudet til volds- og overgrepstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over posten. Det ble bevilget 11,4 mill. kroner i 2015. Tilskuddet foreslås videreført med 11,4 mill. kroner i 2016. Det vises også til omtale under kap. 765, post 75.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har siden 2007 vært fast etablert som et kompetansesenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Helsedirektoratet og Helse Nord RHF. Formålet med senteret er å fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger samt å bygge nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene. Senteret skal bidra til å bygge bro mellom praksis og akademi og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i distriktshelsetjenesten. Et program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling gir såkornmidler til lokale prosjekter og doktorgradsprojekter med relevans for distriktsmedisin. Utover avtalte kjerneoppgaver arrangerer senteret konferanser. Driften dekkes i hovedsak over kap. 762. I tillegg gis et mindre tilskudd fra Helse Nord RHF. Det foreslås å gi tilskudd til NSDM også i 2016.

#### Antibiotikasenter for primærmedisin

Antibiotikasenter for primærmedisin er et kompetansesenter som har som formål å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten, og på den måten redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. Det foreslås å videreføre tilskudd til senteret.

#### Post 71 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 781, post 79.

#### Post 73 Seksuell helse

Det foreslås å flytte 22,4 mill. kroner fra kap. 719, post 70, knyttet til Nasjonal hiv-strategi.

For øvrig foreslås det å endre postbenevnningen fra Forebygging av uønskede svangerskap og abort til Seksuell helse.

Regjeringen har varslet at det skal lages en samlet strategi på seksuell helse fra 2016. En samlet strategi skal omfatte områder som dekkes av hhv. handlingsplan for uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – Strategier for bedre seksuell helse og Aksept og mestring – Nasjonal hvi-strategi (2009–2014) forlenget til 2015. Det skal legges vekt på samordning og målrettede virkemidler og tiltak, og vurderes om det er behov for egne delstrategier og handlingsplaner f.eks. på forebygging av uønskede svangerskap og abort samt hiv-området.

Bevilgningen til Nasjonal hiv-strategi dekker tilskudd til frivillige organisasjoner, helseforetak og kommuner til oppfølging av nasjonal hiv-strategi, samt drift av tiltaket Aksept i regi av Kirkens bymisjon i Oslo. Formålet med tilskuddsordningen er å forebygge nysmitte av hiv blant menn som har sex med menn (msm) med risikoatferd og blant mennesker som har vært eller er i en migrasjonssituasjon, samt helhetlig ivaretagelse av hiv-positive. Ordningen er lagt om for 2016 etter en omfattende prosess i dialog med de frivillige aktørene. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet.

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

I 2015 er det totalt bevilget 37,9 mill. kroner til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse. Av dette er om lag 32 mill. kroner bevilget over denne posten og om lag 5,75 mill. kroner over kap. 762, post 21. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av handlingsplanen. Fylkesmennene er delegert oppgaven med å integrere strategien i det lokale folkehelsearbeidet, og utbetalte 12,7 mill. kroner til kommunale

og fylkesvise tiltak i 2015. 5 mill. kroner var øremerket forsøksprosjekt med regionale sentre for ung seksualitet i Rogaland og Oppland. Som oppfølging av nasjonale tiltak ble 14,5 mill. kroner bevilget som tilskudd til 18 ulike tilskuddsmottakere. Mottakerne representerer et bredt anlagt arbeid for bedre seksuell helse, herunder arbeid rettet mot minoritetsgrupper, LHBT-ungdom (lesbiske, homofile, bifile og transpersoner), arbeid for å øke prevensjonsbruk samt familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort. Sentrale indikatorer på seksuell helse viser en positiv utvikling siste femårsperiode. Forbruket av prevensjon øker, abortraten fortsetter å gå tilbake. Forekomsten av klamydia holder seg på et stabilt høyt nivå.

Regjeringen har vedtatt at helsesøstre og jordmødre skal få forskrivningsrett på all type hormonell prevensjon og kobberspiral, uavhengig av tjenestested. Forskriften ble vedtatt våren 2015 og trer i kraft 1. januar 2016. Tiltaket vil gjøre alle typer prevensjon lettere tilgjengelig for alle kvinner.

#### **Post 74 Stiftelsen Amatheia**

Det foreslås 19,3 mill. kroner som driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia. Stiftelsen tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide, samt tjenester som bidrar til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort. Stiftelsen ønsker å bidra til å gi kvinner et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og å imøtekomme et behov hos særlig vanskeligstilte kvinner og par. Fra november 2014 ble Stiftelsen Amatheia fusjonert med Susstelefonen (Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet). Stiftelsen har 13 veiledningskontorer. Per 31. desember 2014 var det 28 ansatte fordelt på 22 årsverk. Det ble gjennomført 11 251 konsultasjoner der 4210 av klientene hadde personlig frammøte. Av klientene var 95 pst. kvinner og 407 av konsultasjonene var parsamtaler.

## Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>		118 993	123 085
60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>		319 308	383 171
61	Kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>		52 532	
62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>		448 874	461 891
71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>		123 341	132 918
72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>		219 223	216 378
73	Utviklingstiltak mv.		145 499	120 540
74	Kompetansesentre		298 151	297 094
75	Vold og traumatisk stress		146 861	157 520
Sum kap. 0765			1 872 782	1 892 597

Vesentlige endringsforslag, ut over effektiviserings- og avbyråkratiseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 45 mill. kroner for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog, hvorav 41 mill. kroner i reduksjon i andre tiltak over kapitel 765.
- 30 mill. kroner til utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller, herunder utvikling av mottaks- og oppfølgingssentre og etablering av flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre som f.eks. etter modell av Lasso i Oslo.
- 5 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli.
- 3 mill. kroner for å øke innsatsen mot radikalisering og voldelig ekstremisme.
- 44,1 mill. kroner flyttet til kap. 761, post 68, knyttet til kompetansetiltak.
- 19, 2 mill. kroner flyttet til kap. 714, post 79, knyttet til tilskudd til psykisk helse i skolen.
- 8,6 mill. kroner i økt tilskudd til frivillig arbeid, jf. Innst. 360 S (2014–2015).
- 1 mill. kroner flyttet til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 440, post 70, knyttet til Lauras hus.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med til sammen 22,1 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen dekker bl.a. statlige stimuleringsmidler til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, midler til brukerstyring, prosjekter innen arbeid og psykisk helse, drift av kompetansesentre og arbeid mot vold, traumatisk stress og selvmord.

Regjeringen har som overordnet mål at tjenestene til personer med psykisk helse og/ eller rusproblemer skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede. Arbeidet omfatter også volds- og traumefeltet.

Regjeringen har som målsetning å sikre pasienter med psykisk sykdom og/eller rusproblemer et verdig liv, med god tilgang på behandling og oppfølging, deltakelse i arbeid, aktivitet og sosialt liv og bedret livskvalitet. Dette skal skje bl.a. gjennom økt valgfrihet for den enkelte, reduserte ventetider, bedre oppfølging etter utskrivning og styrket lavterskeltilbud i kommunene. Regjeringen vil sørge for at brukerne og pasientene står i sentrum for tjenesteutviklingen. Brukerinnflytelse er viktig på systemnivå for å sikre at tjenestene utvikler seg til det beste for brukerne, men er minst like viktig på individnivå. At også mennesker med psykisk sykdom og/eller rusproblemer får råderett over sine egne liv og økt valgfrihet er et mål i seg selv. Gjennom å arbeide for reduksjon av tvangsbruk i psykisk helsevern, bedre tverrfaglig oppfølging, bedre samarbeid mellom tjenestenivåene og flere brukerstyrte plasser får brukerne tilbake makten i eget liv.



Samtidig vil regjeringen styrke det forebyggende arbeidet på psykisk helse- og rusområdet. En styrket satsning på forebygging av psykiske problemer og rusproblemer hos barn og unge vil kunne gi store samfunnsmessige gevinster og gi økt livskvalitet og mulighet til livsutfoldelse for den enkelte. En hovedoppgave de kommende årene vil derfor være å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusproblemer for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet. Gjennom forebygging, tidlig innsats, god behandling, oppfølging og tilrettelegging kan konsekvensene av rusproblemer og psykiske lidelser reduseres. For å styrke kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid og skape flere lavterskel behandlingstilbud, foreslås det å legge om og styrke rekrutteringstilskuddet slik at det blir rom for inn-til 150 nye psykologårverk i kommunene i 2016. Det legges også til grunn at 200 mill. kroner av økningen i kommunens frie inntekter skal gå til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kommunene er helt sentrale for å lykkes på rus- og psykisk helsefeltet. Et godt kommunalt psykisk helse- og rusarbeid bygger på bred tverrfaglig og tverrsektoriell tenkning. De kommunale tjenestene til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen, og fordrer således tett samarbeid både innad i kommunene, med relevante spesialisthelsetjenester og med frivillig sektor. God kunnskap hos de ansatte som jobber i helse- og omsorgstjenesten om rus- og voldsproblemer og psykisk lidelse er avgjørende for at tjenestene skal bli gode, sammenhengende og forsvarlige.

Regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet og vil fremme en ny opptrappingsplan for rusfeltet som en egen proposisjon høsten 2015 med en ramme på 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 185 mill. kroner i 2016 inkludert midlene i ordningen med fritt behandlingsvalg.

Målet er å bidra til økt kapasitet og bedre kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer. Det foreslås 80 mill. kroner til en tverrdepartemental oppfølging av opptrappingsplanen i 2016, til følgende tiltak:

- 30 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av Narkotikaprogram med domstolskontroll (for nærmere informasjon se Justis- og beredskapsdepartementets budsjettproposisjon).
- 30 mill. kroner til utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller, herunder utvikling av mot-

taks- og oppfølgingsentre og etablering av flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre som f.eks. etter modell av Lasso i Oslo.

- 20 mill. kroner til styrking av arbeidstrening, aktivisering mv. i regi av frivillige organisasjoner (for nærmere informasjon se Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon).

Videre er det i 2016 foreslått at 400 mill. kroner av veksten i de frie inntektene begrunnes med en økt satsing på rusfeltet. Regjeringen vil gjennom etablerte rapporteringsordninger følge nøye med på utviklingen i sektoren, og om kommunene følger opp regjeringens satsing med tiltak innenfor rusområdet.

Undersøkelser viser at vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Det er viktig med et tverrsektorielt samarbeid for å løse disse utfordringene. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. Det gjennomføres et omfattende tverrdepartementalt arbeid for å forebygge og avverge vold og å bedre tilbudet til voldsutsatte, traumatiserte og voldsutøvere. En viktig del av dette arbeidet vil være å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme skal bedres ved å styrke de fem Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Arbeidet skal bidra til bedre tverrsektorielt og -faglig arbeid mot voldelig ekstremisme.

For en nærmere omtale av satsingen på det rusmiddelforebyggende arbeidet vises det til kap. 714, og for satsingen innen spesialisthelsetjenesten vises det til kap. 732 og 734.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra kap. 720, post 21, knyttet til handlings- og tiltaksplaner om vold og overgrep. Tiltaket er en del av oppfølgingen av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Det foreslås å styrke RVTS Sør med 0,6 mill. kroner for å øke arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

For øvrig foreslås bevilgningen på posten redusert med 1,3 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen dekker statlige driftsutgifter til kompetanse- og kvalitetsutvikling på rus-, volds- og psykisk helsefeltet.

### RVTS Sør

Det foreslås å øremerke 18 mill. kroner til Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – RVTS Sørs grunnbevilgning over denne posten. I tillegg kan senteret få finansiering knyttet til særskilte oppdrag, herunder forslag om 0,6 mill. kroner for å øke arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

Bevilgningen til de fire øvrige sentrene dekkes over post 75.

### Opptappingsplan for rusfeltet

Opptappingsplanen for rusfeltet legges fram for Stortinget høsten 2015, som en egen proposisjon og med en ramme på 2,4 mrd. kroner i løpet av perioden 2016–2020. Helse- og omsorgsdepartementet og rådgiverne i rusmiddelsspørsmål hos Fylkesmannen vil være sentrale i gjennomføringen av planen i løpet av planperioden. Helse- og omsorgsdepartementet vil få i oppdrag å etablere et evalueringsprogram for å følge effektene av opptappingsplanen etter hvert som denne gjennomføres, og eventuelt justere bruken av virkemidlene. Evalueringen bør inkludere brukere og pårørendes erfaringer fra planperioden. Det foreslås satt av 1 mill. kroner til evalueringen i 2016.

I tillegg til monitorering av framdrift og evaluering, er det viktig å bidra til å gjøre planen kjent og holde oppmerksomheten oppe. Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med rusrådgiverne hos Fylkesmannen vil derfor få i oppdrag å etablere et opplegg som sikrer erfaringsutveksling og spredning av gode eksempler.

### Statistikkutvikling

Helse- og omsorgsdepartementet 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 Helse- og omsorgsdepartementet betydelig informasjon fra kommunene om status og utvikling innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-8- og IS-24-rapportering). Statistikken dekker kommunenes årsverksinnsats, kompetanse og tjenesteorganisering. Fra 2015 er de to rapporteringsskjemaene samlet i en enhetlig rapporteringsløsning, for å sikre forenklet rapportering for kommunene og for å bedre kunne se kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i sammenheng.

Brukerplan er et verktøy som i utgangspunktet var utformet for kommuner som ønsket å kart-

legge omfang og karakter av rusmiddelproblemer blant brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og/eller velferdstjenester. Fra og med 2014 ble Brukerplan-kartleggingen utvidet til også å omfatte kartlegging av brukere med psykiske helseproblemer. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Stavanger HF i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål og Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (Napha) arbeidet systematisk med opplæring og tilrettelegging for Brukerplan-kartlegging blant landets kommuner. I 2014 gjennomførte om lag 200 kommuner Brukerplan-kartlegging og 17 500 brukere ble kartlagt.

Arbeidet med videre statistikkutvikling innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, herunder utarbeidelse av nye kvalitetsindikatorer og tilretteleggelse for økt andel kommuner som gjennomfører Brukerplan-kartlegging foreslås videreført.

### Rådgivere i rusmiddelsspørsmål og i psykisk helse

Det er ved samtlige fylkesmannsembeter etablert egne stillinger med et særlig ansvar for å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene om rus- og psykisk helse. Fylkesmannen er en viktig ressurs i styrkingen av det kommunale rus- og psykisk helsearbeidet, og belastningsfullmaktene til Fylkesmannen bidrar til drift av tverrfaglige regionale fora og nettverk, samt iverksetting av ulike kompetanseutviklingstiltak. Bevilgningen foreslås videreført i 2016.

### Nasjonal overdosestrategi

Stortinget ga, gjennom behandlingen av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!, jf. Innst. 207 S (2012–2013), tilslutning til at det skal utarbeides en egen nasjonal femårig overdosestrategi med mål om en årlig nedgang i antallet narkotikadødsfall. Det ble videre besluttet å legge til grunn en nasjonal nullvisjon for overdosedødsfall, jf. Innst. 207 S (2012–2013). Strategien ble lansert våren 2014 for perioden 2014–2017.

Resultatrapporteringen for 2014 viser at bl.a. følgende gjort:

- Switch-kampanjen som legger til rette for en overgang fra inntak av rusmidler med sprøyte til mindre skadelige inntaksmåter, er etablert i de største kommunene.
- Et læringsnettverk og en tilskuddsordning for kommunene med størst overdosebelastning er etablert med mål å bistå i utarbeidelse av lokale handlingsplaner.

- Verdens overdosedag 31. august er etablert som nasjonal minnedag i Norge med arrangementer i de største kommunene.
- Prøveprosjektet med livreddende motgift i form av nalokson neseppray ble iverksatt i 2014. Totalt er det delt ut vel 1000 neseppray det første året av prøveprosjektet, hvorav om lag 200 nesepprayer er blitt benyttet ved overdoser, slik at det er grunn til å anta at dette tiltaket allerede har reddet liv.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til overdosestrategien i 2016.

#### Læringsnettverk for gode pasientforløp i kommunene

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle et verktøy for forbedring av pasientforløp i kommunene for personer med psykisk helse og/eller rusproblemer før og etter opphold i institusjon, jf. Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester og Innst. 250 S (2012–2013). Tiltaket er forankret i kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS. Arbeidet ledes av KS og utføres i samarbeid med Kunnskapssentret gjennom opprettelse av læringsnettverk i kommunene. Læringsnettverket hvor verktøyet skal utvikles, kan rekrutteres fra kommuner som mottar tilskudd til samhandlingsmodeller over kap. 765, post 60.

I 2015 ble det bevilget 2 mill. kroner til utviklingen av verktøyet til KS. Det er etablert fem læringsnettverk med 61 deltagende kommuner. Innholdet i nettverkene omfatter samhandlingsutfordringer, brukermedvirkning, forbedringsarbeid og forbedringskompetanse. Arbeidet bygger på veilederen Sammen om mestring: En veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Se for øvrig omtale av pasientforløp i kommunene for personer med kroniske lidelser og eldre, kap. 762, post 21.

Det foreslås å videreføre midler til videreutvikling av læringsnettverk innen psykisk helse og rus i 2016.

#### Vold og traumatisk stress

Bevilgningen over posten dekker arbeid med tiltak mot vold og seksuelle overgrep, herunder tiltaksplan om barn og unge, arbeidet mot radikalisering og voldelig ekstremisme, arbeid med traumatiserte og arbeid med overgripere. Bevilgningen dekker finansiering av handlingsplantiltak som Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og de fem Regionale kompetanse-

sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging skal gjennomføre.

Ved behandling av Innst. 315 S (2014–2015) om tiltak for å bekjempe vold gjorde Stortinget en rekke vedtak som skal følges opp. Bevilgningen over posten skal dekke oppfølgings- og utredningsarbeid knyttet til dette.

Mange asylsøkere og flyktninger som kommer til Norge er traumatisert. Økningen i flyktnin-gestrømmen til Europa og også til Norge vil innebære et ytterligere press på tjenesteapparatet. Forskningsrapporter viser at forholdene ved mottak i stor grad kan bidra til traumatisering. Norge har etter hvert mange erfaringer fra mottak, og det er behov for å gjennomgå hvilke faktorer og forhold som er beskyttende og hvilke som må unngås. Videre er det behov for å gjennomgå det veiledningsmaterialet som tjenestene er utstyrt med og oppdatere det ut ifra sist oppdatert kunnskap. Web-baserte løsninger med sjekklister og anbefalinger kan være relevant. Den nye flyktningssituasjonen forsterker behovet for at relevante direktorater og kompetansesentre gjennomgår og følger opp hva som bør gjøres nå. Målet er at tilbud og tjenester og samarbeid med frivillig sektor kan bidra til en optimal mottakssituasjon. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner over denne posten til dette arbeidet i 2016.

#### Barnehus

Barnehusene skal gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at dommeravhør, medisinsk undersøkelse og behandlingstilbud tilbys samlet. De skal også bidra til å styrke samarbeidet mellom de involverte faginstansene, og dermed sikre best mulig ivaretagelse av barnet og behandling av saken. Tilskuddet gis som belastningsfullmakt til Politidirektoratet, og er et ledd i satsningen på vold- og traumefeltet. I 2015 ble det bevilget 4,3 mill. kroner til Barnehusene. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Barnehusene i 2016.

#### Styrking av ledelseskompetanse

Nasjonale lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015. Oppdraget er gitt til Handelshøyskolen BI. Målgruppen er ledere i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Utdanningen starter høsten 2015 opp to klasser i Oslo og Bergen/Stavanger med 56 studenter i hver klasse. Det var 190 søkere til studiet i Oslo og om lag 100 til stu-

diet på Vestlandet. Utdanningen skal evalueres. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020, som også finansieres over kap. 761, post 21 og kap. 762, post 21. Bevilgningen foreslås økt med 5,2 mill. kroner, slik at samlet bevilgning blir om lag 10,6 mill. kroner i 2016.

#### Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp har vist seg som et svært etterspurt og godt lavterskel behandlingstilbud for mennesker med angst- og depresjonslidelser. Det er behov for å videreutvikle modellen og spre den til flere kommuner. Det forutsetter arbeid med videreutdanning i kognitiv terapi, erfaringsutveksling, utvikling av selvhjelpsmateriell og digitale verktøy mv. Det foreslås bevilget 1,9 mill. kroner til formålet i 2016. Se også omtale under kap. 765, post 60.

#### Evaluerings av den psykososiale modellen etter 22. juli

Helsedirektoratet koordinerer den psykososiale oppfølgingen av rammede etter terrorangrepene 22. juli 2011. Oppfølgingen har fulgt to ulike modeller, en proaktiv kommunemodell for overlevende, pårørende og etterlatte fra terrorangrepet på Utøya, og en egen bedriftsmodell for departementsansatte og deres pårørende. En evaluering av oppfølgingen vil kunne gi verdifull kunnskap om styrker og svakheter i organisering og gjennomføring av den psykososiale oppfølgingen. Det foreslås 1,5 mill. kroner i 2016 til evaluering av den psykososiale oppfølgingen.

#### Arbeid og psykisk helse

Målsettingen er å styrke samhandlingen mellom helsetjenesten og Nav for å hjelpe flere mennesker med psykiske helseutfordringer ut i arbeid og aktivitet. Det er bl.a. behov for å inkludere brukere i det videre arbeidet med å utvikle dette samarbeidsområdet, gjennomføre evaluering av tiltak og arbeide for å spre effektive og veldokumenterte arbeidsmetoder og –modeller. Det foreslås 2,8 mill. kroner til dette arbeidet i 2016. Se for øvrig omtale under kap. 765, post 73.

#### Evaluerings av fleksible oppsøkende behandlingsteam (FACT)

Evaluerings av de aktivt oppsøkende behandlingsteamene etter ACT-metoden viste impo-

rende gode resultater. De siste årene har det blitt etablert flere fleksible oppsøkende behandlingsteam etter Fact-modellen, som er en mer fleksibel ACT-modell. Etableringen av Fact-modellen er ikke evaluert. Det foreslås derfor å bevilge 2 mill. kroner til evaluering av Fact-modellen. Se også omtale under kap. 765, post 60.

#### Utvikling, implementering og evaluering av gode samarbeidsmodeller i tjenestetilbudet til barn og unge og deres familier

Det arbeides systematisk for å utvikle og implementere gode samhandlingsmodeller for å gi barn, unge og deres familier gode og kunnskapsbaserte psykisk helse- og rustjenester. Det er likevel behov for å sikre at de samhandlingsmodellene som i dag mottar tilskudd, reelt sett bidrar til å styrke tjenestetilbudet til disse svakeste gruppene. Det foreslås 2 mill. kroner til dette arbeidet i 2016.

#### Bolig for velferd

I 2014 la regjeringen fram en nasjonal strategi for boligsosialt arbeid, Bolig for velferd (2014–2020). Strategien skal styrke kommunenes arbeid med å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Målet er at kommunene skal møte en samordnet stat og få bedre rammebetingelser i arbeidet. Innsatsen overfor barnefamilier og unge som ikke bor bra, skal forsterkes. Helsedirektoratet har sammen med Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet har ansvaret for å gjennomføre strategien på statlig nivå.

I 2014 har direktoratene lagt vekt på å etablere strukturer og rutiner for statlig samarbeid og samordning overfor kommunene. I 2015 er det laget en felles tiltaksplan for direktoratene, og det er satt i gang utvikling av en digital boligsosial veiviser. Direktoratene har også satt i gang et nasjonalt prosjekt sammen med kommunene som skal gi bedre styringsinformasjonen for det boligsosiale arbeidet. Formålet er å bedre kunne måle resultater og effekter av innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Helsedirektoratet har i arbeidet et særskilt ansvar for innsatsen overfor personer med rusproblemer og psykiske problemer, herunder bidra til forenkling av tilskuddsforvaltningen.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Formålet med tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er å tilby en praksisnær videreutdanning for høgskoleutdannet personell. I 2015 ble det bevilget 20 mill. kroner til videreutdanningen. Bevilgningen foreslås videreført i 2016.

Utvikling av stressmestringsverktøy

Som oppfølging av St.meld. nr. 34 (2008–2009) Fra vernepliktig til veteran og den interdepartementale handlingsplanen I tjeneste for Norge, lanserte regjeringen i 2014 en oppfølgingsplan. Utvikling og oppfølging av tiltak i oppfølgingsplanen gjennomføres i samarbeid mellom syv departementer.

I arbeidet med å forebygge stressrelaterte lidelser i grupper av innsatspersonell, har andre vestlige nasjoner tatt i bruk ulike selvhjelpsverktøy som brukere anonymt kan gå inn på enten via PC eller mobiltelefon. I et stressmestringsperspektiv kan slike verktøy, som selvhjelpsverktøyet Wellbeing toolbox og mobilapplikasjonen High Res (high resilience), være nyttige supplement overfor ulike grupper av militært og sivilt innsatspersonell, bistandsarbeidere, journalister, pårørende og andre. Anonymitet gjør at man kan nå fram til personer som i liten grad, eller sent, oppsøker hjelp for stressrelaterte plager. I tillegg vil det kunne være en ressurs som tjenesteytere både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten kan anvende i sitt arbeid med brukere/pasienter.

Det foreslås 0,5 mill. kroner til Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Øst (RVTS Øst) for oversetting og publisering av selvhjelpsverktøyet Wellbeing toolbox og mobilapplikasjonen High Res (high resilience).

### Post 60 Kommunale tjenester

Bevilgningen foreslås økt med til sammen 54,7 mill. kroner, hvorav:

- 30 mill. kroner for å stimulere til etablering av flere MO-sentre og etablering av flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre som f.eks. etter modell av Lasso i Oslo.
- 24,7 mill. kroner for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog.

I tillegg foreslås det å redusere tilskuddsordningen til personer med langvarige og sammensatte behov og tilskuddsordningen til barn og unge

med sammensatte behov med til sammen 20,4 mill. kroner, for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog.

Bevilgningen dekker tilskudd til utviklingstiltak og kvalitetsforbedring i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Videre er formålet med bevilgningen å stimulere til utvikling og videreutvikling av samhandlingsprosjekter mellom kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer, herunder private og ideelle behandlingstilbud.

Rekruttering av psykologer i kommunene

I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, varslet regjeringen at den vil innføre et lovkrav om psykologkompetanse i norske kommuner fra 2020. For å bidra til forsterket rekruttering fram til kravet om psykologkompetanse trer i kraft, foreslår regjeringen å legge om rekrutteringstilskuddet til et flatt årlig tilskudd på 300 000 kroner per psykologårsverk som rekrutteres fra 2016 inntil lovplikten trer i kraft. For kommuner som allerede mottar tilskudd gjennom ordningen, foreslår regjeringen at de tas inn i den nye ordningen fra 2016.

Psykologene som rekrutteres gjennom ordningen, skal arbeide med mennesker i alle aldersgrupper med risiko for å utvikle, eller som har utviklet psykisk helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Målgruppen inkluderer spesifikt også barn og unge som står i fare for å falle ut av, eller har falt ut av skole og opplæring. Det er videre også et mål at økt tilgang på psykologkompetanse skal gi styrket helsefremmende arbeid i kommunene, f.eks. gjennom lærings- og mestringstiltak.

Fra 2013 til 2014 økte antall psykologer rekruttert gjennom ordningen fra 130 til 270 fordelt på 165 kommuner og bydeler.

I 2015 ble det bevilget 100 mill. kroner til rekrutteringstilskuddet. Det foreslås bevilget 145 mill. kroner til formålet i 2016. Dette gir rom for inntil 150 nye psykologårsverk i 2016.

Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester, og barn og unge med sammensatte hjelpebehov

Formålet med ordningen er å styrke tilbudet til brukere med store tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer. Formålet rommer også utvikling av tjenester til barn og unge. Det er også

behov for å styrke brukerinnflytelsen i disse tjenestene. Konkrete løsninger må utvikles lokalt, men det er behov for å stimulere til økt samarbeid mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Tiltak som lavterskeltilbud, MO-sentre, lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av Lasso, behandlingsforberedende tiltak, oppsøkende behandlingsteam inkludert ACT- og Fact-team, og oppfølgingstjenester i bolig vil bli prioritert.

I 2014 ble det gitt midler til etablering og drift av 18 ACT- og Fact-team, og den forskningsbaserte evalueringen av 12 ACT-team ble fullført. Resultatene av evalueringen er gode, og gir klare anbefalinger om styrking og videreføring av denne måten å tilby tjenester på. 66 samhandlings tiltak, hvorav 25 nye prosjekter, mottok støtte i 2014. Det ble også ytt tilskudd til totalt 26 storbytiltak, hvorav to var nye, i 2014, hvor flere av tiltakene retter seg mot bolig og oppfølgingstjenester i bolig.

I 2015 ble det bevilget 202 mill. kroner til formålet. Det foreslås til sammen 217,5 mill. kroner til utvikling av tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester i 2016.

#### Rask psykisk helsehjelp

Formålet med bevilgningen er å prøve ut og evaluere et lavterskel kommunalt behandlingstilbud til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon. Evalueringen gjennomføres av Folkehelseinstituttet. Se også omtale under kap. 765, post 21.

I 2014 ble det gitt tilskudd til 18 piloter. Datainnsamling til evalueringen vil være ferdig i løpet av 2015, og endelig evalueringsrapport vil foreligge i 2016.

I 2015 ble det bevilget 17 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 17 mill. kroner til utprøving og evaluering av Rask psykisk helsehjelp i 2016.

#### Post 61 Kompetansetiltak

Det foreslås å flytte bevilgningen til kap. 761, post 68, som ledd i utviklingen av en felles satsing på kompetanse og kvalitetsutvikling for hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten – Kompetanseløft 2020.

Bevilgningen foreslås videre redusert med 10 mill. kroner for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog.

Tilskuddsordningen stimuleringstilskudd til videre-/etterutdanning i rusproblematikk skal sti-

mulere til videre-/etterutdanning av personell som arbeider innen rusfeltet i kommuner, kriminalomsorg, politietat, stiftelser, private bedrifter og organisasjoner. Fylkesmennene forvalter tilskuddet. For 2015 ble det tildelt 20 mill. kroner til ordningen. 1. august 2015 var det registrert 263 ansatte som søkte videreutdanning i rusproblematikk eller annen relevant videreutdanning.

Det er fylkesmennene som forvalter tilskuddet til videreutdanning i psykisk helsearbeid og psykososialt arbeid med barn og unge, med en total ramme på 32,8 mill. kroner. Det ble innvilget tilskudd til 223 ansatte for videreutdanning i psykisk helsearbeid, og til 134 ansatte for å gjennomføre tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. I 2014 fullførte 111 ansatte videreutdanningen i psykisk helsearbeid, og 51 ansatte fullførte utdanningen for barn og unge.

#### Post 62 Rusarbeid

Formålet med bevilgningen er å øke kapasiteten i det kommunale rusarbeidet, slik at mennesker med rusproblemer får et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Tilskuddet skal bidra til en reell kapasitetsøkning i det samlede kommunale arbeidet på rusfeltet. Videre er det et prioritert mål for regjeringen å styrke bruker- og pårørendeperspektivet i tjenestene. Brukermedvirkning er nødvendig for å sikre at brukernes erfaringer blir hørt, og at deres behov blir ivare tatt. Medarbeidere med brukererfaring eller erfaringskonsulenter kan ansettes gjennom ordningen.

Tilskudd skal primært disponeres til årsverk i kommunene. Kommunene kan velge å utvikle egne tiltak og tjenester, eller i samarbeid med andre kommuner, spesialisthelsetjenesten, frivillig sektor eller andre aktører. I tilfeller hvor kommunene velger å utvikle tjenester i samarbeid med andre, forutsettes det at lov om offentlige anskaffelser og reglene om offentlig støtte følges.

Tiltak som ble etablert under opptrappingsplanen for rusfeltet 2007–2012, og som ble videreført gjennom rammefinansiering i 2013, er omfattet av tilskuddsordningen.

Endringer i bevilgning på statsbudsjettet ga en ramme på 351,8 mill. kroner i 2014, jf. Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014) og Innst. 11 S (2013–2014). Sett i sammenheng med tilskudd til samhandlingsmodeller på rusfeltet ble den samlede fullmakten til fylkesmennene på 356,4 mill. kroner. Fullmakten ble benyttet i sin helhet. Samlet mottok fylkesmennene søknader for om lag 530 mill. kroner. Resultatrapporteringen fra Helsedirekto-

ratet viser at det ble gitt tilskudd til 395 tiltak fordelt på 201 kommuner (inkl. alle bydeler i Oslo) i 2014. Enkelte kommuner mottok tilskudd til to eller flere tiltak. Om lag 130 tiltak ble rapportert inn fra fylkesmennene som videreføring av tiltak som også mottok tilskudd over ordningen i 2012.

Enkelte kommuner har inngått interkommunalt samarbeid, men hovedregelen er at den enkelte kommune søker og utvikler egne tilbud lokalt. Tiltak i samarbeid med frivillige, ideelle aktører finner sted i mindre grad. Dette har i en viss utstrekning å gjøre med regler for kjøp av tjenester/anskaffelser i offentlig sektor og fordi disse aktørene ikke er etablert i alle kommuner/regioner.

I 2015 ble det bevilget om lag 448 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 461,8 mill. kroner til formålet i 2016.

### Post 71 Brukere og pårørende

Det foreslås å flytte 6 mill. kroner fra post 72, knyttet til diverse øremerkede tilskudd.

Bevilgningen dekker tilskudd til styrking av bruker- og pårørendearbeid, og videreutvikling av selvorganisert selvhjelp på rus- og psykisk helsefeltet.

#### Tilskudd til bruker- og pårørendearbeid

Formålet med tilskuddet er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet, slik at de kan fremme økt brukermedvirkning både individuelt og på systemnivå i utformingen av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Tilskuddet dekker videre støtte til brukerstyrte tiltak og selvhjelpsgrupper mv.

I 2014 ble det gitt tilskudd til 16 ulike organisasjoner innen psykisk helsefeltet. Sentrale elementer i organisasjonenes aktiviteter er å fremme økt brukermedvirkning, opplæring av brukerrepresentanter samt å være en møteplass. Tilskuddet bidrar til å videreføre drift av organisasjoner på dagens nivå.

Det ble gitt tilskudd til drift av seks brukerstyrte sentre i 2014. Disse drev utstrakt formidling av brukererfaring og gir tilbud om brukerstyrte aktiviteter og er viktige møteplasser for brukere, pårørende, organisasjoner og fagmiljø. Ordningen evalueres i 2015. I 2014 formidlet Angstringen Norge informasjon om angst og selvhjelp til rundt 34 000 mennesker, og gjennomførte et landsdekkende arbeidsseminar for landets Angstringer.

Det foreslås 99,5 mill. kroner til tilskudd til bruker- og pårørendearbeid i 2016.

Det foreslås å øremerke 2 mill. kroner til Harry Benjamin ressurscenter og 0,5 mill. kroner til organisasjonen Mot.

#### Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse arbeider for økt kunnskap om og mer helhetlig forståelse av psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering. Rådet gjennomfører opplysningsarbeid innen psykisk helsefeltet på en rekke arenaer. I 2014 fortsatte rådet å gi ut bladet Psykisk helse, gjennomførte flere konferanser og satt i 40 ulike komiteer og utvalg.

I 2015 ble det bevilget 3,6 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført i 2016.

#### Verdensdagen for psykisk helse

Verdensdagen for psykisk helse har som mål å øke befolkningens forståelse av egen psykiske helse, hva som bidrar til god og dårlig psykisk helse samt økt åpenhet om psykisk helse. Mental Helse koordinerer arrangementene som blir gjennomført for å nå målene med bevilgningen. Tilskuddet skal bidra til at flest mulig arrangementer og tiltak gjennomføres i tiden rundt 10. oktober.

Overordnet tema i både 2013, 2014 og 2015 er inkludering og relasjoner. I 2014 var temaet hverdagsstress og psykisk helse, med kampanjenavn Se hverandre – senk skuldrene. Det ble arrangert 12 dialogkonferanser, to minikonferanser og en organisasjonskonferanse i forkant av arrangementene. I 2014 ble det satt ny rekord med 757 arrangementer fordelt over alle landets fylker.

I 2015 ble det bevilget 6,2 mill. kroner til Verdensdagen for psykisk helse. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2016.

#### Selvhjelp

Målet med bevilgningen er å gjøre selvorganisert selvhjelp som metode tilgjengelig for flere, og fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling på rus- og psykisk helsefeltet. I 2014 ble Nasjonal plan for selvhjelp revidert. Planen skal virke fra 2014 til 2018. Det ble også gjennomført en evaluering av Selvhjelp Norges distriktskontorer, hvor konklusjonen var at disse har bidratt til økt informasjonsformidling. Ved utgangen av 2014 hadde Selvhjelp Norge registrert 107 kontaktpunkter, mot 90 i 2013.

I 2015 ble det bevilget 17 mill. kroner til selvhjelpsarbeid. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Selvhjelp Norge i 2016.

### Post 72 Frivillig arbeid mv.

Det foreslås å flytte 6 mill. kroner til post 71 knyttet til diverse øremerkede tilskudd.

Det foreslås å øke bevilgningen med 8,6 mill. knyttet til tilskudd til frivillig arbeid, jf. Innst. 360 S (2014–2015).

Bevilgningen foreslås videre redusert med 11,8 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige og ideelle organisasjoner på rus- og psykisk helsefeltet. Bevilgningen omfatter følgende ordninger:

- Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester.
- Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud.
- Hjelpetelefoner.

Tilskuddsordningen kunngjøres årlig blant aktuelle ideelle leverandører. Dette gjøres for å sikre åpen konkurranse om midlene og for at alle parter skal kunne konkurrere på like vilkår. Vilåret om åpen konkurranse avvikes kun som følge av vedtak fattet av Stortinget, i form av øremerking av navngitte organisasjoner innenfor ordningen. Øremerking til navngitte organisasjoner bidrar til at den reelle summen som kunngjøres reduseres.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester

Målet med ordningen er å støtte opp om frivillige eller ideelle organisasjoner som driver institusjonsbaserte dag- og døgntiltak med oppfølging og rehabilitering av personer med rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring. Tiltakene det gis tilskudd til skal være et supplement til det offentlige tiltaksapparatet, og bidra til styrking og samordning av samfunnets samlede innsats overfor målgruppene. Det blir lagt vekt på at virksomhetene kan dokumentere et samarbeid med kommunen, som har hovedansvaret for tjenester til personer med rusproblemer, og at det er etablert et system for brukermedvirkning.

Helsedirektoratet mottok 24 søknader på til sammen 131 mill. kroner for 2014. Av disse ble det gitt tilskudd på om lag 102 mill. kroner til 20 tilskuddsmottakere, hvorav 52 mill. kroner var øre-

merket fire mottakere. Tilsvarende ble det bevilget 99,7 mill. kroner i tilskudd i 2015, hvorav 61,3 mill. kroner var øremerket seks organisasjoner. Tilskuddene dekker imidlertid flere institusjoner da enkelte søknader er samlesøknader for organisasjoner som driver flere institusjoner.

Resultatrapporteringen fra Helsedirektoratet viser at ordningen har bidratt til å støtte opp om institusjonsbaserte tiltak i regi av frivillige og ideelle organisasjoner. Store deler av midlene er bundet opp av store organisasjoner som har mottatt midler over flere år, og som i all hovedsak har en kristen formålsparagraf/religiøs innretning. Dette innebærer at målet om mangfold i mindre grad er nådd, ettersom brukere som ikke ønsker seg til kristne tiltak, eller som har en annen religiøs bakgrunn, ikke opplever samme valgfrihet blant frivillige organisasjoner.

Videre går det fram av resultatrapporteringen at mottakerne har en begrenset geografisk spredning og at mange av mottakerne har lav kapasitetsutnyttelse og at det er en lav andel brukere med kommunal betalingsgaranti. Plass i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester er en lovpålagt kommunal oppgave, og manglende lokalkunnskap gjør det utfordrende å vurdere behovet for institusjonsbaserte tiltak i den enkelte søkers opptaksområde.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide tildelingskriterier og kriterier for måloppnåelse som er bedre egnet til å vurdere kvaliteten i tiltakene, antall plasser som tilbys og den frivillige innsatsen. Helsedirektoratet vil i samarbeid med partene og kommunene gjennomgå tilskuddsregelverket med sikte på en mer rettferdig og forutsigbar tildeling av midler i tråd med gjeldende regelverk, herunder kriterier som bidrar til bedre samordning av innsatsen fra frivillige og ideelle med det offentlige tjenenesteapparatet.

I 2015 ble det gitt tilskudd på om lag 99,7 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført på om lag samme nivå.

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 rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring. Tiltakene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Tiltakene skal som en hovedregel komme i tillegg til de ordinære, lovpålagte oppgavene som utføres i regi av kommunene. Det blir lagt vekt på at virksomhe-



tene kan dokumentere et samarbeid med kommunen, som har hovedansvaret for tjenester til personer med rusproblemer, og at det er etablert et system for brukermedvirkning.

Helsedirektoratet mottok 81 søknader på til sammen 105 mill. kroner for 2014. Av disse ble det gitt tilskudd på om lag 57 mill. kroner til 66 tilskuddsmottakere. Tilskuddene dekker imidlertid langt flere tiltak da søknadene omhandler flere prosjekter. Resultatrapporteringen fra Helsedirektoratet viser at ordningen oppfyller sitt formål om å støtte opp om frivillige virksomheter og større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Store deler av midlene er bundet opp av store organisasjoner som har mottatt midler over flere år. Ordningen bidrar i mindre grad til å utvikle frivillighetsfeltet gjennom å mobilisere nye aktører og å legge til rette for ildsjeler og innovatører, dermed blir det lite rom for å gi nye prosjekter tilskudd. Videre går det fram at det er behov for økt kunnskap om lokale behov for å vurdere om tiltakene og tilskuddsordningen kommer som et supplement og dekker lokale behov, eller om det bygges konkurrerende tiltak parallelt med offentlige tiltak.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide tildelingskriterier og kriterier for måloppnåelse som er bedre egnet til å vurdere kvaliteten i tiltakene, antall plasser som tilbys og den frivillige innsatsen. Videre vil det legges vekt på tidsavgrensede prosjekter for å stimulere til innovasjon, og skille tydeligere mellom prosjekter og drift.

I 2015 ble det gitt tilskudd på om lag 89,1 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført på om lag samme nivå.

#### Hjelpetelefoner og netjtjenester

Formålet med bevilgningen er å sikre driften av den landsdekkende hjelpetelefonen og nettsiden for mennesker med psykiske vansker og deres pårørende drevet av Mental Helse og Kirkens SOS krisetjeneste. Videre er formålet også å bidra til drift av den nasjonale kontakttelefonen Vern for eldre i Oslo, et tilbud for støtte, informasjon, råd og veiledning til voldsutsatte eldre, til pårørende og til ansatte i hjelpeapparatet.

I 2014 besvarte Mental Helses hjelpetelefon 59 547 anrop, en nedgang på 7,1 pst. fra 2013. Samtidig har aktivitet på netjtjenesten økt betydelig. Kirkens SOS hadde 177 820 besvarte innkomne anrop, en økning på 4 pst. fra 2013. Det ble også besvart 7135 SOS-meldinger i 2014, mot 6436 i 2013. Den nasjonale kontakttelefonen Vern for

eldre registrerte i 2014 238 henvendelser, en nedgang fra 273 året før.

I 2015 ble det bevilget 36,1 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 37,3 mill. kroner i 2016, hvor midlene foreslås øremerket med 17,6 mill. kroner til Kirkens SOS' krisetjeneste, 17 mill. kroner til Mental Helses hjelpetelefon, 1,5 mill. kroner til Blå Kors-prosjektet Snakk om mobbing og 1,1 mill. kroner til Vern for Eldre i Oslo.

#### Post 73 Utviklingstiltak mv.

Det foreslås å flytte 19,2 mill. kroner til kap. 714, post 79, knyttet til tilskudd til psykisk helse i skolen.

Bevilgningen foreslås videre redusert med 1 mill. kroner for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 9 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Formålet med bevilgningen er å styrke befolkningens kunnskap om psykisk helse og rusproblematikk, øke den samlede kompetansen i helsetjenestene og bidra til utviklingsarbeid på særskilte satsningsområder. Formålet favner også økt kompetanse om vold og traumer. Kommunal sektor skal prioriteres.

#### Stimuleringstiltak for psykologer

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Dobbeltkompetanse i psykologi ble etablert for å bedre tilgangen på kvalifiserte søkere til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helsevesenet som krever både forskningsmessig- og klinisk kompetanse. Prosjektet omfatter utdanningsløp for 30 stipendiater og spesialistkandidater, og har blitt evaluert av Nifu Step. Så langt er det avlagt 22 doktorgrader og 23 kandidater har fullført spesialistutdanningen i programmet. Det forventes at ytterligere seks kandidater fullfører dobbeltkompetanseløpet i 2015. I 2015 ble det bevilget 5,4 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2016.

#### Institutter og foreninger

Det gis tilskudd over denne posten til institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning innen psykisk helse. Det gis også tilskudd til Tilskuddsordningen for videregående utdanning i psykoterapi og psykoanalyse, som er en individuell støtteordning. Administrasjon av tilskuddsordningen finansieres over post 21. Det pågår et arbeid med gjennomgang av tilskudds-

ordningen. I 2015 ble det bevilget 32,2 mill. kroner til formålet.

#### Arbeid og psykisk helse

Målet med bevilgningen er å styrke satsingen på arbeid og psykisk helse gjennom å videreutvikle samhandlingsmodeller mellom helsetjenesten og Nav. De fleste som har psykiske helseproblemer deltar i arbeid eller utdanning. Samtidig har mange mennesker med psykiske helseutfordringer svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Det er stor enighet i forskningsmiljø om at arbeid kan bidra til god helse, og at behandling samtidig med deltakelse i arbeid, aktivitet eller utdanning både kan gi bedre behandlingseffekt og bidra til å opprettholde tilknytningen til arbeidslivet. Bevilgningen går til tilskuddsordninger for Jobbmestrende oppfølging, utprøving av Individuell jobbstøtte, kurslederopp-læring i mestring av depresjon og tilskudd til drift av landets Fontenehus og organisasjonens Fontenehus Norge. I 2014 ble det gitt tilskudd til åtte Fontenehus og paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge. Det ble ikke etablert nye Fontenehus i 2014. Det ble videre gitt tilskudd til åtte pilotprosjekter for Individuell jobbstøtte, og ti prosjekter inspirert av programmet i 2014. Effektevalueringen av ordningen planlegges ferdigstilt i 2016. For Jobbmestrende oppfølging ble det i 2014 gitt tilskudd til seks prosjektfylker og følgeforskning. Effektevalueringen er gjennomført og offentliggjort, og viser at to år etter inklusjon i programmet hadde fortsatt 60 pst. av deltakerne tilknytning til arbeidslivet.

I 2015 ble det bevilget 58,5 mill. kroner til tiltak innen området arbeid og psykisk helse. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2016.

Støtten til Fontenehusene og Fontenehus Norge foreslås videreført på samme nivå som tilskuddet i 2015.

#### Psykisk helse i skolen

Som ledd i oppfølgingen av Meld. St. 19 (2014–2015), Folkehelsemeldingen, foreslås bevilgningen flyttet fra kap. 765, post 73 til kap. 714, post 79. Se for øvrig omtale der.

I 2014 ble det ytt tilskudd til ti tiltak i ordningen. Til sammen har tilskuddsordningen medført flere hundre skolebesøk og arbeidsøkter med psykisk helse og trivsel som tema.

#### Arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme

Formålet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse i helsetjenestene om radikaliserings og vol-

delig ekstremisme. Det er videre et mål å styrke kompetansen i helsetjenesten om behandling av traumer hos voksne.

Regjeringen vedtok i 2014 Handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. I planen er arbeidet i helsetjenesten knyttet både til forskning og til økt kompetanse i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Planen skal rulleres fortløpende og arbeidet er fra 2015 styrket med 7,5 mill. kroner til tiltak i førstelinjen og behandlingstiltak. EUs Radicalization Awareness Network (RAN) har utviklet en metode som er anvendbar for ansatte i førstelinjetjenester som møter radikalisererte. Modellen implementeres i mange europeiske land. Alle de fem Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har deltatt i opplæring av og har videreutviklet en kurspakke tilpasset norske forhold. Dette er tilbudt ledelse og førstelinje i mange kommuner. Det er også utarbeidet en skoleringspakke for kommunale psykososiale kriseteam, Når krisen rammer. I tråd med handlingsplanen er det nå utviklet en web-basert modul om voldelig ekstremisme.

Arbeidet med opplæring av helsepersonell i traumebehandling for barn (TF-CBT) har pågått over flere år. Det har ikke vært noen tilsvarende satsning for voksne. I 2015 ble det bevilget 5 mill. kroner til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner for traumer for voksne. Arbeidet er forsinket, men skal prioriteres framover. I tillegg til det generelle behovet for traumekompetanse i tjenestene, forsterker flyktnings situasjonen behovet for å prioritere dette nå.

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 2,6 mill. kroner til RVTS-ene for videre implementering av ran-modellen og den nye modulen om voldelig ekstremisme i Når krisen rammer. Det foreslås bevilget 5,1 mill. kroner til NKVTS som i samarbeid med RVTS-ene skal utvikle og implementere kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner slik at helsetjenestene får spesialkompetanse i traumebehandling for voksne.

#### Seksuelle minoriteter

Formålet med bevilgningen er å støtte det forebyggende arbeidet mot psykiske helseproblemer, bl.a. gjennom å øke kompetansen om psykisk helse i gruppene av seksuelle minoriteter. Bevilgningen dekker tilskudd til Ungdomstelefonen til Skeiv ungdom, og Rosa kompetanse-prosjektet til Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (Llh).

I 2014 hadde Rosa kompetanse 49 oppdrag over hele landet, og inngikk samarbeid med flere større aktører i helsesektoren for å prøve ut nye modeller for systematisk implementering av Rosa kompetanses kunnskapshevende tiltak. Ungdomstelefonen oppnådde i 2014 målet om å få en markant økning i henvendelser fra unge mellom 13 og 17 år, etter å ha gjennomført målrettet markedsføring i 2014.

I 2015 ble det bevilget 2,3 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre øremerkede tilskudd til Skeiv ungdom og Llh i 2016.

### Post 74 Kompetansesentre

Bevilgningen foreslås redusert med 9,7 mill. kroner for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog.

Formålet med bevilgningen er drift av nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre innen rus- og psykisk helseområdet. 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. Se omtale av kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, programkategori 10.60.

#### Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Senteret skal være en brobygger i møtet mellom erfarings- og fagkompetanse innen psykisk helsefeltet gjennom å samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendekunnskap. Gjennom å bygge en kunnskapsbase om erfaringskompetanse, er senteret i en særskilt posisjon til å avdekke kunnskapsmangler og styrke forskernettverk rundt brukerperspektiv. Videre skal senteret ivareta relasjoner til enkeltpersoner, brukerorganisasjoner, regionale brukerstyrte sentre, fag- og forskningsmiljøer, tjenesteapparat, politikere og samfunn.

I 2014 videreutviklet senteret bibliotek og kunnskapsbase, og gjennomførte samling for brukerorganisasjoner. Senteret bidro også til å arrangere en forskningskonferanse innen psykisk helsearbeid og et rådslag om medisinfrie behandlingalternativer.

I 2015 ble det bevilget 9,9 mill. kroner til formålet. Det foreslås 11 mill. kroner i øremerket tilskudd til formålet i 2016.

#### De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål

De syv regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (KoRus) skal bidra til å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til statlige satsinger på rusområdet i den enkelte region. Sentrene skal bidra med kunnskapsstøtte til tjenestene, og i samarbeid med fylkesmannen iverksette ulike kompetanse- og utviklingstiltak og bidra til at kommunene tar i bruk kunnskap som er basert på forskning og god praksis.

Årsmeldingene fra kompetansesentrene viser at de aller fleste kommuner har forankret arbeidet i enten rusmiddelpolitiske eller alkoholpolitiske planer. Gjennom kartleggingsverktøyet Ungdata har sentrene bidratt til at det ble foretatt undersøkelser i 86 kommuner i 2014. Siden 2010 har i alt over 200 000 elever svart på spørsmålene. Sentrene bistår også kommunene i kartlegging gjennom BrukerPlan. Det vises også til omtale på kap. 714.

I 2014 har sentrene hatt kjerneoppdrag som er felles for alle sentrene; rusmiddelforebygging/folkehelsearbeid, tidlig intervensjon og rusbehandling. Rapporteringen fra KoRus viser at kommunene i økende grad tar i bruk anerkjente kartleggingsverktøy.

Årsmeldingene fra KoRus viser at de aller fleste kommuner har forankret arbeidet i enten rusmiddelpolitiske eller alkoholpolitiske planer. Gjennom kartleggingsverktøyet ungdatabase har KoRus bidratt til at det ble foretatt undersøkelser i 86 kommuner i 2014. Siden 2010 har i alt over 200 000 elever svart på spørsmålene, noe som har ført til at ungdatabase har et unikt datamateriale som aktivt benyttes i kommunene.

I 2015 ble det bevilget 84 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Det foreslås 85 mill. kroner til formålet i 2016.

#### Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Bevilgningen går til drift av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen, samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R-bup) øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved R-bup øst og sør. Målet er å styrke kompetanse- og kunnskapsutvikling i arbeidet med barn og unge. Sentrene har omfattende samarbeid med ulike fag- og kompetansmiljøer i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert samar-

beid med landets fylkesmenn, og den oppsøkende virksomheten mot kommunene er styrket gjennom egne ansatte som jobber direkte mot kommunene.

Regionsentrene skal fortsatt ha fokus på kommunene og det forebyggende perspektivet i kompetanseheving, forskning og formidling.

I 2015 ble det bevilget totalt 176,4 mill. kroner til regionsentrene og sped- og småbarnsnettverket. Det foreslås 177 mill. kroner i øremerket tilskudd i 2016 til Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen, samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R-bup) øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved R-bup øst og sør.

#### Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Bevilgningen går til drift av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha). Senteret ble opprettet for å øke forskning og styrke kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Prioriterte oppgaver for senteret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. Videre skal senteret samarbeide med relevante fag- og kompetansemiljøer, og vurdere behov for kompetansehevende tiltak. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet. I 2015 ble det bevilget 23,6 mill. kroner til Napha i Trondheim. Det foreslås 24 mill. kroner til formålet i 2016.

#### Post 75 Vold og traumatisk stress

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner knyttet til Lauras hus til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 440, post 70.

For øvrig foreslås bevilgningen økt med 7,4 mill. kroner til:

- Nasjonal støttegruppe etter 22. juli, 5 mill. kroner.
- 4 RVTser knyttet til oppfølging Handlingsplan mot radikaliserings og voldelige ekstremister. i 2,4 mill. kroner.

Vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i ulike deler av tjenesteapparatet om forebygging av vold, traumatisk stress og selvmord/

selvskading, samt behandling av allerede oppståtte skader hos rammede. Kompetansetiltak overfor voldsutøvere er inkludert. Posten omfatter også midler til forskning på feltet. Det vises for øvrig til kap. 765, post 21 og post 73 hvor det ytes tilskudd til flere utrednings- og kompetansetiltak innen vold og traumefeltet.

#### Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Målet med bevilgningen er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på vold- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Videre er målet å bidra til internasjonalt samarbeid på feltet. Bevilgningen dekker Helse- og omsorgsdepartementets del av grunnbevilgningen til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Kunnskapssenteret ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. Senteret er et datterselskap av Unirand AS. Det er et frittstående og faglig uavhengig senter, som er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold i nære relasjoner, traumatiserte flyktninger, mindreårige asylsøkere, kjønnslemlestelse, samt andre seksuelle og fysiske overgrep mot barn. Videre dekker bevilgningen senterets arbeid med de tre hovedprosjektene som ble satt i gang etter terrorhandlingene som rammet Norge 22. juli 2011. Grunnbevilgningen dekker også senterets oppgaver knyttet til helsemyndighetenes tiltak i flere tverrdepartementale handlingsplaner. Dette inkluderer bl.a. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017, oppfølgingsplanen I tjeneste for Norge, Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016) og En god barndom varer livet ut – Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017). Videre skal NKVTS utvikle kompetanse på helsetjenestens arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

NKVTS har i 2014 jobbet aktivt med forsknings- og utviklingsprosjekter, utvikling av veiledere, formidlingsaktiviteter og studentrelatert arbeid, inkludert masterprogrammet Psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer ved Universitetet i Oslo. Senteret hadde bl.a. 48 pågående FoU-prosjekter, 44 vitenskapelige artikler ble publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift med fagfelle-

vurdering og arbeidet med å forberede prosjekter innenfor rammen av EØS-finansieringsmekanismen (EEA/Norway Grants) ble videreført. I 2014 ble arbeidet med kompetanseheving relatert til forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme igangsatt. Prosjektet Implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i klinikk har de siste 2–3 årene gradvis implementert traumekartlegging og behandling i bup-er over hele landet, med gode resultater på alle nivåer. I løpet av 2014 ble antall deltagende poliklinikker doblet, og omkring halvparten av landets bup-er er nå engasjert i implementeringen. Barna som får TF-CBT har stor nedgang i posttraumatiske stressplager, og klinikkene melder at traumeforståelsen som implementeres oppleves som viktig og nyttig i hele organisasjonen.

I 2014 har det vært arbeidet med alle de tre forskningsprosjektene som ble igangsatt etter terrorhandlingene i 2011. Formålet er å skaffe ny kunnskap om konsekvensene av terroraksjonen for direkte berørte på Utøya og i regjeringskvartalet, samt for befolkningen generelt.

Det foreslås å øremerke 36 mill. kroner til grunnbevilgningen til NKVTS i 2016. I tillegg kan senteret få finansiering fra denne eller andre poster knyttet til særskilte oppdrag.

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

Målet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionene på områdene vold, traumer og selvmordsforebygging. Bevilgningen går til drift av de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene).

Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging er opprettet i Sør, Øst, Vest, Midt og Nord-Norge i årene 2006–2008. Etableringen var en tverrdepartemental satsning mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD), Justis- og beredskapsdepartementet (JD), Forsvarsdepartementet (FD) og Arbeids- og sosialdepartementet (AD).

Grunnbevilgningen dekker de regionale sentrenes primære oppgaver, som er å sørge for undervisning, veiledning, informasjon og nettverksbygging på vold og traumeområdet. Sentrene har sentrale oppgaver og tiltak i alle handlingsplaner og strategier innenfor tematikken. RVTS-ene er fra 2014 gitt i oppdrag å utvikle kompetanse på helse-tjenestens arbeid på området, slik at de kan veilede, ha nettverk og gi undervisning om dette.

Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge kom høsten 2014. RVTS har fått oppdrag om å gjennomføre enkelte tiltak i planen.

RVTS-ene har i 2014 jobbet aktivt med kompetanseheving og utviklingsarbeid, veiledning og konsultasjoner for primær- og spesialisthelsetjenesten, barnevernet, Barnehusene, familievernet, krisesenter, asylmottak, Nav og andre relevante tjenester. Sentrale temaer i RVTS-enes arbeid er selvmordsforebygging, kompetanse om traumer og sorg og psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer, flyktningehelse og tvungen migrasjon, oppfølging av beboere på asylmottak, kjønnslemlestelse og tvangsekteskap, oppfølgingstilbud til FN/Nato-veteraner, vold i nære relasjoner, seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. RVTS-ene har bidratt til implementering og spredning av sinnemestringsmodellen fra Brøset i nært samarbeid med St. Olavs Hospital, avd. Brøset. Brøset rapporterer stor etterspørsel etter Sinnemestringsutdanningen og har gjennomført utdanning etter planen, samt startet nye utdanningskull.

Fra og med 2014 har RVTS-ene ansvar for økt kompetanse i helsesektoren om radikaliserings og voldelig ekstremisme. I 2015 er det av grunnbevilgningen beregnet 0,5 mill. kroner til hvert senter for å arbeide med tematikken. Fra og med 2016 er det foreslått å styrke hvert senter med 0,6 mill. kroner for å bedre tverrsektorielt og -faglig arbeid mot voldelig ekstremisme.

Ett av hovedområdene for RVTS spisskompetanse er flyktningehelse og migrasjon. Økningen i flyktningestrømmen til Europa og også til Norge vil innebære et større behov for veiledning, informasjon og undervisning til tjenester og personell. Arbeidet med disse temaene må prioriteres i 2016.

Det foreslås å øremerke 74,4 mill. kroner til de fire sentrenes grunnbevilgning i 2015. I tillegg kan sentrene få finansiering knyttet til særskilte oppdrag. Det femte senteret ytes tilskudd over post 21. Sentrenes arbeid mot kjønnslemlestelse ytes tilskudd over kap. 762, post 21.

Sinnemestring

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved Brøset Kompetansesenter. Bevilgningen går til Brøset kompetansesenter, og dekker deres bidrag til RVTS-enes arbeid med spredning av sinnemestringsmodellen.

Det foreslås å bevilge 1,5 mill. kroner til Brøset Kompetansesenter i 2016.

#### Traumebehandling

Målet med bevilgningen er å spre traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), en kunnskapsbasert metode for traumebehandling i spesialisthelsetjenesten for barn og unge. NKVTS har forsket på traumebehandling (TF-CBT) for barn og unge, og utviklet et opplæringsprogram for tjenestene. Det er behov for videre implementering og utvidelse av tjenester som får opplæring i denne traumebehandling i perioden til og med 2017. NKVTS har i 2015 videreført arbeidet med implementering i psykisk helsevern for barn og unge i hele landet. Det ble bevilget 6,5 mill. kroner i 2015. Bevilgningen foreslås videreført i 2016 med 6,7 mill. kroner.

#### Oppfølging etter 22. juli

Helsedirektoratet har i oppdrag å forestå koordinert oppfølging av helsetjenestens innsats etter 22. juli. De regionale helseforetakene har samtidig fått i oppdrag å bidra til direktoratets arbeid og følge opp tiltak som gjelder spesialisthelsetjenesten. Det ble i 2014 gitt 3,7 mill. kroner over kap. 764, post 21, til en ettårig tilskuddsordning, hvor formålet var støttegruppevirksomhet etter 22. juli,

Ved Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015), jf. Innst. 360 S (2014–2015) ble det bevilget 5 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli. Det foreslås å videreføre denne bevilgningen i 2016 til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli.

#### Helsetjenestetilbud til volds- og overgrepssatte

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 overgrepssatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). Det foreslås å øremerke 2,8 mill. kroner i 2016 til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) til formålet. Det vises for øvrig til omtale under kap. 762, post 63 og 70.

#### Tiltak mot menneskehandel og prostitusjon

Formålet er å bedre oppfølgingen av, og tjenestetilbudet til personer som er ofre/mulige ofre for menneskehandel og til personer som erprostituerte. I 2015 ble det bevilget 8 mill. kroner til formålet over denne posten. Tiltakene skal bidra til et tilpasset tilbud til sårbare og vanskeligstilte personer, som kan være vanskelig å nå for de ordinære tjenestene. Tilskuddet på 1 mill. kroner til Lauras hus er foreslått overført til Justis og beredskapsdepartementet. Handlingsplan mot menneskehandel (2011–2014) skal nå følges opp med en ny handlingsplan fra 2017. Det foreslås at bevilgningen over denne posten videreføres i 2016.

#### Selvskading og selvmord

Målet med bevilgningen er å bidra til å redusere forekomsten av selvmord og selvskading, og bedre oppfølgingen av etterlatte etter selvmord. Bevilgningen går bl.a. til drift av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), videreføring av Vivat-kurs i selvmordsforebygging og til å arrangere Verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september.

Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading ble lagt fram i 2014. Planen setter i gang nye tiltak og viderefører og videreutvikler pågående arbeid med mål om å redusere forekomst av selvmord og selvskading. I 2013 begikk 554 mennesker selvmord i Norge. Folkehelseinstituttet oppgir at antall selvmordsforsøk kan stipuleres til å være 7–15 ganger høyere enn antall selvmord. Omfanget av selvskading med liten eller ingen intensjon om selvmord er usikkert, men sannsynligvis høyere enn omfanget av selvmordsforsøk

I 2014 ble det gitt tilskudd til Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (Leve) og Vivat selvmordsforebygging. NSSF utvikler, vedlikeholder og sprer ny kunnskap om forekomsten av, og årsaks- og risikofaktorer for selvmordsatferd og arbeider for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk. Gjennom støtte til Vivat har kompetansen i selvmordsrisikovurderinger i helsetjenestens førstelinje blitt styrket. Tilskuddet til Leve bidro i 2014 til bedre støtte, informasjon og omsorg for etterlatte etter selvmord.

Det ble bevilget 23 mill. kroner til arbeid mot selvmord og selvskading i 2015.

Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2016.

## Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	28 864	18 248	14 477
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 350	758	2 780
	Sum kap. 0769	32 214	19 006	17 257

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering:

2 mill. kroner for å følge opp Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, mot at bevilgningen på kap. 720 reduseres tilsvarende.

- 4 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog.
- 0,2 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til oppfølging av Omsorg 2020 og andre tiltak for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt utredningsvirksomhet for å utvikle nye og innovative løsninger i omsorgssektoren.

I tråd med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 16 S (2014–2015) ble Den kulturelle spaserstokken videreført i 2015. Midlene bevilges over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 572, post 60.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen er redusert med:

- 4 mill. kroner for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog.
- 0,2 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen kan nyttes under post 70. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 70.

### Post 70 Utredningsvirksomhet mv.

Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner til tiltak for å følge opp Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, mot at bevilgningen på kap. 720 reduseres tilsvarende.

Bevilgningen kan nyttes under post 21. Omtalen av postene er samlet i sin helhet under post 70.

Avtalen med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Den tredje avtalen mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble inngått i 2012. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Målene i avtalen knytter seg til bærekraft og nye løsninger, tjenesteutvikling, personell og kompetanse. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen. Målsettingene i avtalen er fulgt opp gjennom tiltak knyttet til ledelsesutvikling, innovasjon, kvalitetsystemer, personell og kompetanse, mestring blant brukere, boligløsninger, psykisk helse, rus og folkehelsearbeid. Helse- og omsorgsdepartementet og KS vil vurdere å utarbeide en ny bilateral avtale før kvalitetsavtalen utløper i 2015.

### Etikkprosjektet

Det ble i 2015 bevilget 5 mill. kroner til prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving. Formålet er å styrke den etiske kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Prosjektet avsluttes ved utgangen av 2015. Over 240 kommuner har deltatt i prosjektet. Erfaringene viser at kommunene har etablert ulike møteplasser for systematisk etisk refleksjon og forankret etikksatsingen i kommunens administrative ledelse. Det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid.

Det er behov for å videreføre en systematisk satsing på etisk kompetanseheving blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Satsingen bør knyttes enda tettere opp mot kvalitetsarbeid og fagutvikling i tjenestene. Det foreslås å bevilge midler til å bistå kommunene i

deres arbeid gjennom støtte til lokale veiledere. Videre foreslås det å benytte midler til koordinering og oppfølging av veilederne og en faglig kvalitetssikring av satsingen. Den årlige etikkprisen foreslås videreført. Det foreslås å bevilge et øremerket tilskudd på 2,6 mill. kroner til KS for å videreføre satsingen på etisk kompetanseheving i kommunene. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2020.

#### Senter for medisinsk etikk

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo skal sikre et langsiktig og helhetlig arbeid med utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Midlene benyttes til veiledning og undervisning av kommuner som driver systematisk etikkarbeid, tilbud om kompetanseutvikling og bistand til pågående prosjekter. Senteret har også bidratt med undervisning og veiledning overfor kommuner som er med i prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving. I 2014 og 2015 har senteret et oppdrag med å evaluere den nasjonale etikksatsingen i kommunene. Det ble i 2015 bevilget 3,2 mill. kroner til senteret. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo i 2016.

#### Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi

Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i 2016. Programmet sørger for Helsedirektoratets ivaretagelse av bl.a. prosessveiledning av kommuner, nettverkssamlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner. Se innledningen til kap. 761 for nærmere omtale av velferdsteknologiprogrammet.

#### Bevegelse fra hjertet og kreativ skriving for eldre

Prosjektene Bevegelse fra hjertet og Kreativ skriving for eldre i regi av Kirkens Bymisjon skal bidra til spredning av bevegelsesveiledning som metode i demensomsorgen og bidra til utvikling og spredning av kreativt skrivearbeid innenfor omsorgstjenestene. Prosjektet Bevegelse fra hjertet avsluttes i 2015. Det foreslås å videreføre 1,5 mill. kroner som et søkbart tilskudd til prosjekter som skal stimulere til kreativ skriving blant eldre. Målet med tilskuddsordningen er å bidra til økt mestring og livskvalitet for eldre.

#### Kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem – trygghetsstandard

Som et ledd i satsingen på kvalitet i tjenesten, skal det igangsettes et prosjekt for å lage et kvalitetsutviklingssystem for sykehjem. Prosjektet skal operasjonalisere lovkrav og andre kvalitetsstandarder på en måte som gjør det enkelt for virksomhetsledere og avdelingsledere ved det enkelte tjenestested å ta dem i bruk. Videre skal prosjektet prøve ut systemet i et sykehjem. Sluttproduktet skal være et kvalitetsutviklingssystem for sykehjem som kan tas i bruk i hele landet. Arbeidet skal ses i sammenheng med øvrige tiltak for å sikre kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgssektoren.

Representanter fra KS, bruker- og pårørendeorganisasjoner, yrkesorganisasjonene og aktuelle fagmiljø skal inviteres til å delta i prosjektets styringsgruppe. Prosjektet baserer seg på fem områder: ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater. Sammen med Helsedirektoratet skal styringsgruppen konkretisere disse områdene slik at de kan tas i bruk av virksomhetsledere og avdelingsledere i sykehjem. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å prøve ut kvalitetsutviklingssystemet i utvalgte sykehjem. Utprøving, evaluering og korrigerende skal skje i samråd med styringsgruppen.

I 2015 ble det bevilget 3 mill. kroner til å iverksette et kvalitetsutviklingsarbeid. Det foreslås å styrke bevilgningen med 2 mill. kroner i 2016.

#### Kommunal innovasjon i omsorg

Som en del av satsingen på kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeid, er det f.o.m. 2012 gitt støtte til et fireårig velferdsteknologiprojekt i tre fylker i Midt-Norge. Midlene er i 2014 benyttet til å finansiere tre fylkesvise læringsnettverk i det midtnorske velferdsteknologinettverket. Læringsnettverkene har bestått av syv kommuner i Nord-Trøndelag, 12 kommuner i Sør-Trøndelag og 11 kommuner i Møre og Romsdal. Prosjektet avsluttes i 2015.

#### Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Programmet skal bidra til innovative offentlige anskaffelser og verdiskapning. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet, som er initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS. Tiltaket foreslås videreført i 2016.



### Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Arbeidet med Omsorgsplan 2015 har bidratt til å forsterke det kommunale planarbeidet med helse- og omsorgstjenestene. Fortsatt er det imidlertid bare vel halvparten av kommunene som har satt de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Det må være et mål at alle kommuner foretar mer kunnskapsbaserte analyser av morgendagens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet og gjør dem til ett av hovedtemaene i sitt kommunale planarbeid. Helsedirektoratet er bedt om å komme med forslag til hvordan dette planarbeidet kan intensiveres som en del av arbeidet med Omsorg 2020.

Ett av tiltakene kan være å gi kommunene bedre verktøy for å sammenstille data og lage gode analyser som grunnlag for sin planlegging. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har i samarbeid med en rekke partnere og med støtte fra departementet, utviklet verktøy som nå er tatt i bruk i Trøndelagsfylkene. Prosjektet Verktøy for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene har bl.a. utarbeidet egne statistikk- og analyseverktøy og veileder for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenester i samarbeid med tre kommuner. Prosjektet har som overordnet mål å utvikle en felles portal hvor kommunene på en enkel måte kan finne relevante plan- og styringsdata og analyseveiledning. Alt ligger i dag i en Ressursportal på nettsiden til Fylkesmannen i Nord-Trøndelag. I 2015 ble det bevilget 1 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2016.

### Forskning på frivillighet

For å styrke kunnskapsgrunnlaget for langsiktig planlegging og systematisk samarbeid mellom det

offentlige og frivilligheten, deltar Helse- og omsorgsdepartementet i Kulturdepartementets forskningsprogram på sivilsamfunn og frivillig sektor. Frivillig innsats og motivasjon, samspill mellom sivilsamfunn og andre samfunnsaktører og nye former for kollektiv handling er noen av områdene som inngår i programmet. Tiltaket foreslås videreført i 2016. Se også omtale under kap. 714, post 21.

### Avtalen om Sevs og Samplan

Samarbeidsavtalen mellom KS og flere departementer om etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging er fornyet. Dette samarbeidet står bl.a. for gjennomføringen av utdanningsprogrammene Samplan og Helse- og omsorg i plan. Tiltaket foreslås videreført i 2016.

### Pasientsikkerhetsprogrammet

Det ble i 2015 bevilget midler til det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Sentralt i programmet er å videreutvikle kommunespektivet. Pasientsikkerhetsprogrammet har fokus på riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste og på å forebygge infeksjoner, trykksår og fall. Arbeidet foreslås videreført i 2016. Det vises til kap. 781, post 21 for nærmere omtale.

### Pensjonistforbundets bekymringstelefon

Norsk Pensjonistforbund har i flere år drevet Bekymringstelefon for eldre og uføre. Telefontjenesten er nå utvidet med fire telefonverter under faglig ledelse som kan gi faglig kvalifisert informasjon, råd og veiledning. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Norsk Pensjonistforbund til Bekymringstelefon for eldre og uføre i 2016.

## Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
770	Tannhelsetjenester	203 163	231 574	263 703	13,9
	Sum kategori 10.70	203 163	231 574	263 703	13,9

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
01–23	Statens egne driftsutgifter	28 251	23 798	27 097	13,9
70–89	Andre overføringer	174 912	207 776	236 606	13,9
	Sum kategori 10.70	203 163	231 574	263 703	13,9

Programkategorien omfatter statlige tilskudd og virksomhet som retter seg mot hele tannhelsetjenesten.

### Brukere av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av lov om tannhelsetjenesten og av lov om folketrygd og forskrifter til disse to lovene.

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er videre pålagt et samordningsansvar for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat sektor. Videre skal den gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til definerte grupper etter

lovens § 1-3. Gruppene er barn og ungdom 0–18 år, psykisk utviklingshemmede, eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, samt andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. I tillegg skal fylkeskommunen, som følge av Stortingets budsjettbevilgning, tilby gratis tannhelsehjelp til rusmiddelavhengige og til innsatte i fengsel. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan også tilby tjenester til den øvrige befolkningen etter priser fastsatt av fylkeskommunen, for dermed å sikre at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket.

Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i kjever/munnhulen, og som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, har rett til stønad til tannbehandling etter folketrygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir utført i privat sektor. Det vises til omtale av stønad ved tannbehandling under kap. 2711, post 72, under programområde 30.

Tabell 4.11 Antall personer undersøkt/behandlet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste

	2008	2013	2014
Prioriterte personer, undersøkt/behandlet	824 977	851 614	868 032
Voksne betalende personer	169 172	196 084	203 124
Sum	994 149	1 047 698	1 071 156

Tabellen viser at om lag 23 500 flere ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2014 sammenliknet med 2013. Dette er en økning på om lag 2,2 pst. I fylker der den private tannlegedekningen er svak, er det mange voksne som selv betaler for utgiftene til tannbehandling som oppsøker den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette er særlig tydelig i Midt-Norge og i Nord-Norge. På landsbasis utgjorde voksne 19,0 pst. av alle som ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2014 (18,7 pst. i 2013).

#### Bedre tannhelse hos barn og unge

En økende andel barn og unge er uten karies (hull i tennene). Av femåringene som ble undersøkt, var det i 2014 82 pst. som verken hadde tenner som trengte behandling eller tenner som tidligere hadde vært behandlet. For 12-åringene som ble undersøkt i 2014, gjaldt det samme for 60 pst. (56,5 pst. i 2013). For 18-åringene var andelen 21 pst. (19,8 pst. i 2013). 18-åringene hadde i gjennomsnitt 4,0 tenner med karieserfaring, dvs. i gjennomsnitt to tenner i hver kjeve.

#### Personell

Sammenliknet med andre land har Norge god tannlegedekning. Antall tannlegeårsverk har økt med om lag 22 pst. fra 2003 til 2014. Veksten i antall tannpleierårsverk var om lag 49 pst. i samme tiårsperiode.

Sett i sammenheng med veksten i befolkningen har tannlegedekningen økt fra 0,8 avtalte tannlegeårsverk per 1000 innbyggere i 2003 til 0,89 i 2014, dvs. en økning med om lag 11 pst. Fra 2013 til 2014 økte dekningsgraden med om lag 1 pst.

Fylkeskommunal og privat tannhelsetjeneste har til sammen 10 634 avtalte årsverk i 2014, hvorav 7419 årsverk i privat tannhelsetjeneste og 3215 årsverk i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Fra 2013 til 2014 var det i privat sektor en økning i årsverk med 1,7 pst. I fylkeskommunal tannhelsetjeneste ble antall årsverk redusert med 3,2 pst. Antall tannlegeårsverk (allmenntannleger) ble redusert med om lag 3 pst. (fra 1180 til 1145 årsverk), mens i privat sektor økte antall tannlegeårsverk med om lag 1,4 pst. I fylkeskommunal tannhelsetjeneste har om lag 4 pst. av tannlegene spesialistgodkjenning. Tilsvarende andel i privat tannhelsetjeneste er 10,5 pst.

Tabell 4.12 Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Antall årsverk	9 817	9 723	9 931	10 565	10 467	10 614	10 634
Herav:							
Tannlegespesialister	384	387	386	452	519	447	466
Allmenntannleger	3 710	3 638	3 703	4 050	3 961	4 012	4 019
Tannpleiere	753	735	774	826	834	859	863
Tannhelsesekretærer	3 718	3 769	3 854	3 934	4 000	4 100	4 108

Andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er redusert fra 10,1 pst. i 2003 til 3,8 pst. i 2014 (3,5 pst. i 2013). Tilgangen på tannleger i Nord-Norge er blitt bety-

delig bedre etter at tannlegeutdanningen i Tromsø kom i drift. Over 90 pst. av tannlegene som så langt er utdannet i Tromsø, arbeider i Nord-Norge, de fleste i fylkeskommunale stillin-

ger. For Finnmark har andelen ubesatte tannlegestillinger i fylkeskommunal tannhelsetjeneste gått ned fra 39,2 pst. i 2003 til 6,7 pst. i 2013 og 2,2 pst. i 2014. I samme periode ble andelen ubesatte tannlegestillinger i Nordland redusert fra 28,4 pst. i 2003 til 3,1 pst. i 2014. De fylkene som i 2014 hadde høyest andel ubesatte tannlegestillinger var Troms (18,4 pst., de fleste i ytterdistriktene av fylket), Møre og Romsdal (14,7 pst.), Nord-Trøndelag (8,9 pst.) og Vestfold (7,1 pst.).

Om lag 1346 tannleger med utenlandsk landbakgrunn arbeidet i Norge i 2014. Disse utgjorde om lag 30 pst. av alle tannlegeårsverk. Størst er andelen i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, med om lag 46 pst. tannleger med utenlandsk landbakgrunn. Tilsvarende andel i privat sektor er om lag 24 pst. I både privat og offentlig tannhelsetjeneste har om lag to tredeler av de aktuelle tannlegene landbakgrunn fra europeiske land.

## Finansiering

Tabell 4.13 Fylkeskommunenes brutto og netto driftsutgifter til tannhelsetjenester

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brutto driftsutgifter, konsern	2 464 233	2 602 675	2 749 416	2 901 437	2 937 059	3 075 724	3 290 809
Netto driftsutgifter, konsern	1 855 354	1 962 762	2 059 309	2 159 037	2 135 534	2 208 585	2 365 222

Målt i brutto driftsutgifter brukte fylkeskommunene til sammen i underkant av 3,3 mrd. kroner på tannhelsetjenester i 2014. Dette omfatter også fylkeskommunenes utgifter til helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, til drift av regionale odontologiske kompetansesentre og til tannbehandling til voksne som selv betaler for behandlingen. Utgiftene i 2014 økte med om lag 7 pst. sammenliknet med 2013, og var om lag 26,5 pst. høyere sammenliknet med 2008. Fylkeskommunenes netto driftsutgifter utgjorde 2,37 mrd. kroner i 2014. Det meste av fylkeskommunenes inntekter knyttet til tannhelse, utgjøres av egenbetaling fra voksne pasienter.

Fra folketrygden ble det etter kapittel 5 i folketrygdloven utbetalt 2 173 mill. kroner i stønad til tannbehandling i 2014. Det vises til nærmere omtale under programområde 30, Stønad ved helsetjenester.

## Oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007)

I oppfølgingen av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidens tannhelsetjenester, jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008), prioriterer regjeringen i budsjettssammenheng følgende

innsatsområder; geografisk tilgjengelighet, kompetanseløftet i tannhelsetjenesten og tannhelsetilbud til personer med store tannhelseproblemer.

I Innst. 333 S (2014–2015) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, jf. Meld. St.14 (2014–2015), har komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, følgende merknad angående forslaget om overføring av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene:

«Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialist-tannhelsetjenesten.»

Oppfølgingen av denne merknaden er nærmere beskrevet under omtalen av de regionale odontologiske kompetansesentre.

En markedsportal med elektronisk prisopplysningstjeneste for tannbehandling ble åpnet vinteren 2013 ([www.hvakostertannlegen.no](http://www.hvakostertannlegen.no)). Markedsportalen inneholder et utvalg av tannlegers og tannpleieres priser, og ble oppgradert og utvidet våren 2015. Forbrukerrådet har ansvar for driften og utviklingen av markedsportalen.

## Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	28 251	23 798	27 097
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	174 912	207 776	236 606
	Sum kap. 0770	203 163	231 574	263 703

Vesentlige endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering:

- 3 mill. kroner til utredning av sosial ulikhet i tannhelse hos barn og unge og til kartlegging av tannhelseforhold hos personer som mottar kommunale tjenester i hjemmet og i institusjon.
- 5 mill. kroner til videre oppbygging av psykolog/tannlege-team i fylkeskommunene for utredning og behandling av mennesker som har vært utsatt for tortur og/eller overgrep eller som har stor angst for tannbehandling (odontofobi).
- 13,3 mill. kroner til videre oppbygging av virksomheten ved regionale odontologiske kompetansesentre i fylkeskommunene, inkl. oppbygging av infrastruktur for forskning og forskningsaktivitet og til veiledning av kandidater under spesialistutdanning.
- 2 mill. kroner til spesialistutdanning og dobbelkompetanseløp av tannleger, inkl. tilskudd til lønn til tannleger under spesialistutdanning i pedodonti (barnetannpleie) og til tannleger under videreutdanning i klinisk odontologi.
- 2,5 mill. kroner til Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) for videreutvikling av klinisk rettet materialforskning i samarbeid med kompetansesentrene og med kliniske fagmiljøer i andre nordiske land.

Forslag om styrking av kap. 770 må ses mot tilsvarende reduksjon av folketrygdens stønad til tannbehandling på kap. 2711, post 72.

Øvrige tilskuddsområder på kap. 770 foreslås videreført om lag på samme nivå som saldert budsjett 2015.

Formålet med bevilgningen under kap. 770 er å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer, likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, til kunnskapsutvikling og kvalitet i tjenestetilbudet.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utredningsarbeid og forsøksordninger på tannhelsefeltet.

Bevilgningen kan nyttes under post 70.

Det foreslås å styrke posten med 3 mill. kroner mot reduksjon på kap. 2711, post 72.

Sosial ulikhet i tannhelse hos barn og unge og tannhelseforhold hos personer som mottar kommunale tjenester i hjemmet og i institusjon

Helsedirektoratet har igangsatt et utredningsarbeid som har som formål å få fram kunnskap om sosial ulikhet i tannhelse hos grupper i befolkningen, og hvilke tiltak som kan bidra til å redusere slik ulikhet. I første omgang kartlegges sosial ulikhet hos barn og unge. Dette tiltaket inngår i regjeringens strategi mot barnefattigdom. Videre planlegges kartlegginger rettet mot grupper i voksenalderen. Bevilgningen foreslås styrket med 3 mill. kroner i 2016.

#### Tannbehandlingstilbud

Fra 2012 er det gitt tilskudd til regionale helseforetak til forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus. Tilskuddet utgjorde hhv. 14 mill. kroner i 2014 og 15,5 mill. kroner i 2015. De sykehus som deltar i forsøksordningen er St. Olav (Trondheim), Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø), Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg sykehus (Oslo) og Haukeland Universitetssykehus (Bergen). Formålet med forsøket er kunnskapsoppbygging av behovet for tannhelsetjenester til innlagte pasienter på sykehus. Forsøket omfatter forebyggende tjenester, opplæring av sykehusansatte i munnstell og vurdering av tannhelseforhold. I tillegg omfattes undersøkelser og aktuell tannbehandling av sykehusets pasienter. Videre omfatter forsøket utvikling av rutiner for systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten

etter utskrivning fra sykehus. Tjenestene skal bl.a. rettes inn mot pasienter hvor de odontologiske tilstander har sammenheng med eller påvirker den sykdommen pasienten er innlagt for eller er til behandling for. Bevilgningen foreslås videreført med 16 mill. kroner i 2016.

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen har som formål å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer, bedre tilgjengeligheten til spesialisttannlegetjenester, spesielt i offentlig tannhelsetjeneste, økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseutvikling i tannhelsetjenesten, i hovedsak knyttet til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Det foreslås å styrke posten med 22,8 mill. kroner mot reduksjon på kap. 2711, post 72.

#### Tilrettelagt tannhelsetilbud

Som oppfølging av anmodningsvedtak i Stortinget er det gitt tilskudd til fylkeskommunene til etablering av tannlege-/psykologteam. Til sammen 24 team var etablert ved utgangen av 2014. Teamene har som oppgave å tilby nødvendig utredning og behandling/tannhelsehjelp til tortur- og voldsutsatte, og til personer med odontofobi (stor angst for tannbehandling). Dette er personer med særskilt store tannhelseproblemer. I 2014 og 2015 er det hvert år tildelt om lag 20 mill. kroner i tilskudd til formålet. Tannlege-/psykologteam ved de regionale odontologiske kompetansesentre har et veiledningsansvar overfor de øvrige behandlerteam i regionen. Tilskuddet dekker kostnader til opplæring av behandlerteam, til fobibehandling (behandling av angst for tannbehandling) og til kunnskapsoppbygging. I 2014 fikk om lag 630 personer behandling av teamene, hvorav 1/3 var barn og unge under 19 år. For om lag 55 pst. av personene var stor angst for tannbehandling (odontofobi) eneste årsak til behandlingen. Om lag 15 pst. av personene som fikk behandling hadde vært utsatt for overgrep, mens 1,5 pst. hadde vært utsatt for tortur. Mange voksne har rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til selve tannbehandlingen. Nødvendig tannbehandling som ikke dekkes av folketrygden dekkes av tilskuddsmidlene. Tilskuddet foreslås økt med 5 mill. kroner i 2016.

#### Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten

Formålet med tilskuddet er å bidra til nødvendig tilgang på tannhelsepersonell, særskilt tannlegespesialister, og en god geografisk fordeling av disse. Det er videre et formål å bidra til nødvendig kunnskapsutvikling i tannhelsetjenesten gjennom oppbygging av forskningsvirksomhet ved de regionale odontologiske kompetansesentrene som er etablert av fylkeskommunene.

Det foreslås å videreføre tilskudd til Universitetet i Bergen til kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger som er bosatt i Norge og som har utdanning fra land utenfor EØS-området, med sikte på norsk autorisasjon. I løpet av 2013–2014 var det syv kandidater som fullførte utdanningen. Høsten 2015 tas det opp åtte nye kandidater. Videre foreslås det å videreføre tilskuddet til Hedmark fylkeskommune til praksisplasser for tannpleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark. All praksis for disse studentene foregår i regi av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Hedmark fylkeskommune, i samarbeid med nabofylker. I 2014 omfattet dette praksisplasser for om lag 85–90 tannpleierstudenter.

I 2015 er det gitt tilskudd til utvikling av et utdanningstilbud for tannpleiere, Videreutdanning i tannpleie og helsefremmende arbeid, organisert ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Utdanningen skal foregå som et deltidsstudium over to år, og er tilrettelagt for senere påbygging til Master i helsefremmende arbeid. De første kandidatene planlegges å starte utdanningen i 2016. Videreutdanningen er viktig sett i lys av Stortingets vedtak om å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til større kommuner, jf. Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, og Innst. 333 S (2014–2015). Bevilgningen foreslås videreført i 2016 som tilskudd til drift av utdanningstilbudet.

De regionale odontologiske kompetansesentrene, organisert av fylkeskommuner i samarbeid, skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til spesialisttannlegetjenester i alle regioner. Dette gjelder særlig den delen av befolkningen som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. De regionale kompetansesentrene skal samarbeide med de fylkeskommunale tannklinikkene i regionen og med aktuelle sykehusavdelinger om pasientutredning og behandling, og skal gi råd, veiledning og opplæring av tannhelsepersonell i fylkene. Sentrene skal bidra til generell kompetanseheving, forskning og fagutvikling, spesielt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Odontologisk

kompetansesenter ble høsten 2014 etablert i Trondheim (TkM-N). Regionalt kompetansesenter Vest, Rogaland, flytter inn i nye lokaler høsten 2015. For fylkeskommunene Østfold, Hedmark, Oppland og Oslo kommune ferdigstilles nye lokaler høsten 2015.

I Innst. 333 S (2014–2015) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, jf. Meld. St. 14 (2014–2015), har komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, følgende merknad angående forslaget om overføring av ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene:

«Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialist-tannhelsetjenesten.»

Kompetansesentrenes betydning som kunnskapsutvikler og fagstøtte for den offentlige tannhelsetjenesten blir forsterket når forvaltningsansvaret for tannhelsetjenester overføres fra fylkeskommunene til kommunene, etter planen fra 2020. Det er derfor av stor betydning at samtlige kompetansesentre på det tidspunkt har befestet sine samfunnsoppdrag og er bemannet med nødvendig kompetanse og kapasitet.

Det er stort behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget på tannhelsefeltet. Dette understrekes også i forslag til Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg (Helse-Omsorg21). En kartlegging og analyse utført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet viser at forskning og fagutvikling på tannhelseområdet er betydelig svakere sammenliknet med andre tjenesteområder, og sammenliknet med de øvrige nordiske land. Departementet har derfor startet et arbeid med en forskningsstrategi på tannhelsefeltet. Det legges til grunn at de regionale odontologiske kompetansesentrene skal ha en viktig rolle i særskilt den praksisnære tannhelseforskningen, rettet mot innbyggere med rettigheter til tannhelsetjenester. Forskningen vil foregå i samarbeid med bl.a. universitetene, Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS), Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG), Senter for omsorgsforskning, allmennmedisinske forskningsenheter, sykehus og andre forskningsmiljøer.

Tilskuddet til kompetansesentrene utgjorde om lag 65 mill. kroner i 2014, og om lag 90 mill. kroner i 2015. Økningen i 2015 er særlig knyttet til

tilskudd til utstyr og inventar ved to av kompetansesentrene som flytter inn i nybygg i 2015. Bevilgningen til videre oppbygging og drift av sentrene foreslås økt med 13,3 mill. kroner i 2016.

Spesialistutdanning av tannleger og utdanning av tannleger med dobbelkompetanse (spesialist og forsker) er organisert ved de universitetene som utdanner tannleger, dvs. universitetene i hhv Oslo, Bergen og Tromsø. Utdanningen ved Universitetet i Tromsø skjer i nært samarbeid med Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN). Om lag 85 kandidater er til enhver tid under utdanning. Tilskuddet til dette formålet utgjorde om lag 70 mill. kroner i 2014, og om lag 80 mill. kroner i 2015 (inkludert tilskudd til regionale odontologiske kompetansesentre til bl.a. spesialistkandidater som tar deler av praksisdelen på kompetansesentre). Tilskudd til dobbelkompetanseutdanning er basert på et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det er behov for tannleger med dobbelkompetanse ved de odontologiske lærestedene og ved de regionale odontologiske kompetansesentrene. Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner i 2016.

Gjennom tilskuddet til universitetene i Bergen og Oslo forutsettes det at disse i betydelig grad bistår de regionale odontologiske kompetansesentre i forskningssammenheng. Det forutsettes også at universitetene bistår med veilederressurser til stipendiater ved Universitetet i Tromsø. Spesialistutdanning av tannleger vil fra 2015 gradvis bli organisert som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentre, jf. spesialistutdanningen i Tromsø. Avhengig av oppbyggingen av kompetansesentrene og pasienttilgangen ved sentrene, vil disse på sikt kunne organisere store deler av den kliniske praksis for flere spesialistkandidater. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide et forslag til en slik integrert samarbeidsmodell.

Utprøving av en eventuell ny breddespesialitet i klinisk odontologi startet opp i Tromsø i 2011 og er evaluert av ekstern evaluator. Det er behov for å forlenge prøveperioden. Det vil også bli gjennomført en behovsvurdering av videreutdanningen. Bevilgningen videreføres i 2016 med sikte på opptak av nye kandidater fra høsten 2016.

#### Tannbehandlingsmaterialer

Formålet med tilskuddet er å heve kvaliteten i tannhelsetilbudet gjennom å øke kunnskapen om odontologiske biomaterialer, bidra til å sikre kvali-

teten på materialene som anvendes i tannhelsetjenesten og øke kunnskapen om bivirkningsproblematikk knyttet til slike materialer. Tiltakene inngår bl.a. i departementets oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, jf. Innst. 250 S (2012–2013).

Bevilgning til et samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av tannfyllingsmaterialet amalgam startet i 2013. Flere fagmiljøer deltar i prosjektet, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Prosjektet innebærer bl.a. at tannleger, fastleger og spesialisthelsetjenesten samarbeider om utprøvende behandling for aktuelle pasientgrupper. Målet er bedre helse og livskvalitet til personer med mistanke om helseproblemer knyttet til bruk av amalgam. I internasjonal sammenheng er dette et unikt prosjekt, som vil måtte strekke seg over noen år. Et delprosjekt om utprøvende behandling planlegges startet i 2016. Bevilgning til samarbeidsprosjektet foreslås videreført i 2016.

Det foreslås å videreføre tilskudd til drift og aktivitet ved Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG) ved Universitetet i Bergen/Uni Research med 5,3 mill. kroner i 2016. BVG har også en sentral rolle i det ovenfor omtalte samarbeidsprosjektet.

Statsaksjeselskapet Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) er et nordisk samarbeidsorgan (samarbeidsorgan under Nordisk Ministerråd). Arbeidet ved Niom bidrar til kunnskap om bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer i de nordiske land. Niom deltar med ledende posisjoner i internasjonalt standardiseringsarbeid og drifter en nordisk produktdata-base mv. Materialforskningen ved Niom har høy internasjonal anerkjennelse. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjekapitalen i Niom AS. Nordisk Ministerråd finansierer i underkant av 50 pst. av driftskostnadene til Niom

AS. I 2015 ble det gitt en basisbevilgning på 14 mill. kroner over kapittel 770. Tilskuddet fra Nordisk Ministerråd videreføres i 2016 på samme nivå som i 2015. Bevilgningen over kap. 770 foreslås økt med 2,5 mill. kroner. Niom AS tildeles 18 mill. kroner i 2016. Infrastruktur for klinisk odontologisk materialforskning, opplæring og kunnskapsformidling skal prioriteres innenfor denne økningen. Aktivitetene skal foregå i et samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentre, med utdanningsinstitusjonene og med fagmiljøer i øvrige nordiske land, i første omgang med fagmiljøer i Finland.

Systematisk kvalitetsarbeid i tannhelsetjenesten

Bevilgninger til følgende tiltak foreslås videreført i 2016:

- Utarbeiding av nasjonale faglige retningslinjer angående utredning og behandling ved helse-tilbud til personer med kjeveleddslidelser (TMD). Arbeidet ferdigstilles i 2016.
- Undersøkelser med formål å øke kunnskapen om tannhelsen i den voksne befolkningen generelt og i minoritetsbefolkningen og grupper med sosioøkonomiske utfordringer spesielt.
- Prosjekter i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som har systematisk kvalitetsforbedring som formål og til helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid.
- Tiltak under Kvalitetsavtalen med KS – Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.
- Prosjekt om IKT-utvikling i tannhelsetjenesten, inkludert utvikling av standard kodeverk for diagnoser og behandlinger som kan anvendes i elektronisk pasientjournal, og som kan danne basis for innsamling av pasientdata i det planlagte kommunale pasient- og brukerregister (KPR).



## Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
780	Forskning	323 306	337 182	358 225	6,2
781	Forsøk og utvikling mv.	148 572	136 709	143 482	5,0
782	Helseregistre	53 070	84 177		-100,0
783	Personell	184 498	200 271	205 607	2,7
	Sum kategori 10.80	709 446	758 339	707 314	-6,7

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
01–23	Statens egne driftsutgifter	154 118	161 224	126 016	-21,8
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	323 306	337 182	358 225	6,2
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	132 897	137 669	141 661	2,9
70–89	Andre overføringer	99 125	122 264	81 412	-33,4
	Sum kategori 10.80	709 446	758 339	707 314	-6,7

Forskning, utdanning og innovasjon er viktige virkemidler for å nå målsettingen om å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid og gi befolkningen trygge og gode helse- og omsorgstjenester, og for å nå samhandlingsreformens målsettinger. Helse- og omsorgstjenesten er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av arbeidskraften. Tjenesten har viktige roller inn mot utdanningssystemet som praksisarena og som framtidig arbeidsgiver og avtalepart. Tilstrekkelig personell med riktig kompetanse og relevant forskning er avgjørende

for å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester til befolkningen. En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er derfor viktig for å legge til rette for en kunnskapsbasert, framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Regjeringens oppfølging av HelseOmsorg21-strategien er en del av denne langsiktige satsingen innenfor forskning og innovasjon. Programmene i Norges forskningsråd er viktige virkemidler for å følge opp flere av anbefalingene i HelseOmsorg21. Se nærmere omtale av HelseOmsorg21 i budsjettets del III.

## Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2016
		2014	Saldert budsjett 2015	
50	Norges forskningsråd mv.	323 306	337 182	358 225
	Sum kap. 0780	323 306	337 182	358 225

Forskning, utvikling og innovasjon er sentrale elementer i arbeidet for utvikling av kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet i helse- og omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet. Sektoransvaret for forskningen innebærer bl.a. et overordnet ansvar for anvendt forskning og utvikling av langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging. Forskningen skal kjennetegnes av både høy kvalitet og nytte for tjenesten, forvaltningen og pasienten/brukeren. I 2014 er det utarbeidet en helhetlig strategi for helse- og omsorgsforskning og innovasjon, HelseOmsorg21, jf. nærmere omtale i del III.

### *Forskning og driftstilskudd*

Departementet finansierer i hovedsak forskning om og for helse- og omsorgssektoren gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale kompetansetjenester og forskningssentre utenfor spesialisthelsetjenesten. I tillegg gis tilskudd til drift og oppbygging av forskningsmiljøer slik at forskning og kompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes. For forskning og innovasjon i helseforetakene vises det til omtale under kap. 732. For forskning og innovasjon knyttet til den kommunale helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten vises det til omtale under kap. 762 og kap. 770. Forsknings- og utviklingsarbeid er en integrert del av arbeidsoppgavene til Folkehelseinstituttet. De viktigste tiltakene er omtalt under følgende kapitler og poster:

- kap. 714 Folkehelse, post 79
- kap. 715 Statens strålevern overføres til kap. 720 Helsedirektoratet fra 2016
- kap. 716 Sirius overføres til kap. 710 Folkehelseinstituttet fra 2016
- kap. 725 Nasjonalt kunnskapsenter for helse-tjenesten overføres til kap. 710 Folkehelseinstituttet og kap. 720 Helsedirektoratet fra 2016
- kap. 732 Regionale helseforetak, post 70, Krefregisteret

- kap. 732 Regionale helseforetak
- kap. 761 Omsorgstjeneste, postene 21, 60 og 67
- kap. 762 Primærhelsetjeneste, postene 21 og 70
- kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, postene 21, 74 og 75
- kap. 770 Tannhelsetjenester, postene 21 og 70
- kap. 781 Forsøk og utvikling mv., post 21
- kap. 783 Personell, postene 21 og 79

### **Post 50 Norges forskningsråd mv.**

Bevilgningen dekker fem forskningsprogram, to strategiske satsinger og to evalueringer i Norges forskningsråd. Det foreslås bevilget 358,2 mill. kroner i 2016. Dette er en styrking på 13 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2015. Styrkingen skal gå til finansiering av to følgeevalueringer som Norges forskningsråd får i oppdrag å administrere gjennomføringen av. Dette er evaluering av fritt behandlingsvalg og pakkeforløp for kreft.

Med virkning fra 2016 vil de ni helseforskningsprogrammene og flere av de strategiske satsingene Helse- og omsorgsdepartementet finansierer gjennom Norges forskningsråd reduseres i antall. Helse- og omsorgsforskningen videreføres i ny programstruktur. Den nye strukturen vil gi økt fleksibilitet og forenkling, samt økt langsiktighet og forutsigbarhet for forskerne og brukerne. Det etableres tre større tverrgående 10-årige programmer. Disse er nytt Stort program for Gode og effektive helse-, omsorgs-, og velferdstjenester (Helsevel) med oppstart fra 2015, program for God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (God behandling) og Bedre helse og livskvalitet gjennom hele livsløpet (Bedre helse). Forskningsrådet vil bidra i administrasjon av et nytt nasjonalt program for nasjonale kliniske multisenterstudier i de regionale helseforetakene, jf. omtale under kap. 732, post 78. I tillegg finansierer departementet Global helse- og vaksinasjonsforskningsprogrammet sammen med Utenriksdepartemen-

tet og program for stamcelleforskning som avsluttes i 2017.

I ny programstruktur er det ønskelig med brukermedvirkning i hele forskningsprosessen og at alle prosjekter skal vurderes ut ifra kvalitet og nytte. Sist skal også programmene finansiere forskning som retter seg mot brukerens behov for ny kunnskap og områder der det er identifisert kunnskapshull innenfor utvalgte tematiske områder, gjennom virkemiddelet behovsidentifisert forskning. Behovsidentifisert forskning blir et supplement til dagens forskerinitierte prosjekter.

Regjeringen har fastsatt nye mål for Forskningsrådet som gjelder fra 2015. Målene er:

- økt vitenskapelig kvalitet
- økt verdiskaping i næringslivet
- å møte store samfunnsutfordringer
- et velfungerende forskningssystem
- god rådgivning

Kunnskapsdepartementet fortsetter arbeidet med å utvikle styringssystemet for Forskningsrådet i samarbeid med de andre departementene og Forskningsrådet. Styringssystemet er nærmere omtalt i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon for 2016.

Som hovedregel skal Forskningsrådet konsentrere sine tildelinger om nasjonale prosjekter, mens forskningsinstitusjonene skal finansiere mindre regionale/lokale forskningsprosjekter. Forskningsrådets totale innsats innenfor temaområdet Bedre helse- og omsorgstjenester var på vel 1227 mill. kroner i 2014. Dette er en økning fra 2013 da den var på 960 mill. kroner. Økningen har to hovedforklaringer. Den ene er at nesten alle helseprogrammene hadde store utlysninger i februar 2013 og prosjektene som ble innvilget kom i gang ved årsskifte 2013/2014. Den andre forklaringen er at det har vært en økning i antall helseprosjekt gjennom bl.a. programmet Brukerstyrt Innovasjonsarena, Sentre for fremragende forskning og Infrastruktursatsingen. Sistnevnte innebærer ikke nødvendigvis en budsjettvekst til helseprosjektene innenfor ovennevnte program og aktiviteter, men kan ha sammenheng med at helserelevante prosjekter har nådd gjennom i konkurransen og mottatt en større andel innenfor nevnte aktiviteter som ikke finansieres over Helse- og omsorgsdepartementets midler. Midlene innenfor temaområdet omfatter tilskudd til prosjektstøtte, forskningsinfrastruktur, sentre/nettverk, miljøstøtte og arrangementer. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet bidrar mest til finansiering av temaområdet helse. I tillegg kommer større bidrag fra

Nærings- og fiskeridepartementet og Utenriksdepartementet.

Ved bruk av analyseredskapet Health Research Classification System (HRCS-systemet) går det fram at 25 pst. av forskningsaktiviteten på totalt 383 mill. kroner i 2014 var knyttet til forskning på årsaks- og sykdomsforståelse, 16 pst. på forebygging, 24 pst. på identifisering, diagnostisering og utvikling av nye behandlingsformer og 13 pst. på underbyggende helserelevant forskning. Innenfor de ulike helsekategoriene er det mest forskning på generell helserelevans, psykisk helse, infeksjoner og deretter kreft.

#### Programmer

*Forskningsrådets operative ansvar for EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020 mv.*

Forskningsrådet har det operative ansvaret for realiseringen av samarbeidet om EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020 som startet opp i 2014 og det europeiske forskningsområdet European Research Area. For 2014 har det vært to utlysninger. De foreløpige resultatene viser at miljøer i Norge sendte totalt inn 144 søknader og fikk innstilt totalt 10 søknader, hvor Norge er koordinator i ett prosjekt. Sammenliknet med Sverige og Danmark sendes det færre søknader fra Norge, men flere enn til EUs 7 rammeprogram.

Fellesprogrammene i EU (Joint Programming) er et viktig virkemiddel i utviklingen av European Research Area (ERA). Norge deltar i tre helserelevante fellesprogrammer. Disse er programmer for nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer, antibiotikaresistens og helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer. Hvert land finansierer sin deltakelse. Norske forskningsmiljøer har deltatt i 7 av i alt 8 utlysninger i den felleseuropeiske satsingen på nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer og et norsk miljø leder ett av disse. Første utlysning i programmet A Healthy Diet For A Healthy Life ble gjennomført i 2012. To norske grupper deltar i en kunnskapsgruppe knyttet til determinanter for kosthold og fysisk aktivitet og en gruppe deltar med et prosjekt innenfor området kosthold og matproduksjon. To nye utlysninger er i prosess. Første fellesutlysning i fellesprogrammet Antimicrobial Resistance var i 2014 og den andre er nå lyst ut. Et norsk prosjekt er med etter første utlysning.

Norge deltar også i felles europeiske forskningsinfrastrukturprogrammer innenfor klinisk forskning (European clinical research infra-

structure network) og biobanker (Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure). Norge deltar også i videreføringen av European and Developing Countries Clinical Trials Partnership og Active Assisted Living, samt i et forskningsnettverk for translasjonsforskning innenfor kreftområdet (Translational Cancer Research).

Forskningsprogrammet til Euratom er en del av EUs rammeprogram for forskning, men omfattes ikke av EØS-avtalen. Innenfor EUs i 7. rammeprogram, har det innenfor strålevernsforskning blitt startet opp 16 nye prosjekter med deltakere fra Statens strålevern, Universitetet for miljø- og biovitenskap, Universitetet i Oslo, Kreftregisteret og Folkehelseinstituttet.

#### *Bedre helse og livskvalitet gjennom hele livet (2016–2025)*

Hovedmålet for programmet Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet (Bedre helse) vil være forskning og innovasjon som har høy kvalitet og er nyttig for at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel, og for å redusere sosiale helseforskjeller. Programmet skal fremme ny kunnskap om forekomst av og årsaker til helse og sykdom, og om utvikling, implementering og effekt av helsefremmende tiltak. Programplanen ferdigstilles i løpet av høsten 2015. Arbeidet med programplanen bygger på Folkehelsemeldingene Meld. St. 19 (2014–2015) og Meld. St. 34 (2013–2014), folkehelseloven, HelseOmsorg21 og Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning og Forskningsrådets nye hovedstrategi for 2015–2020.

Fra 2016 vil Folkeprogrammet sammen med program for miljøeffekter og helse, deler av program for psykisk helse og deler av Rusmiddelforskningsprogrammet inngå i det nye programmet.

Folkehelseprogrammet (2011–2015) har bl.a. finansiert 21 forskerprosjekter, 6 personlige postdoktorprosjekter, to prosjekter til EUs fellesprogram A Healthy Diet For A Healthy Life.

Program for miljøpåvirkning og helse (2011–2015) har i alt finansiert 25 prosjekter, hvorav 22 forskerprosjekter og 3 personlige postdoktorprosjekter. Programmet hadde ingen utlysning i 2014. Siste søknadsbehandling for programmet i programperioden var i 2013. I 2014 ble kun et prosjekt avsluttet, men i 2015 planlegges det at 12 prosjekter skal avsluttes. Programmet finansierer norsk deltakelse i den vitenskapelige rådgivende komiteen i Fellesprogrammet gjennom EU, Joint Programming Initiative innenfor Antimikrobiell resistens.

#### *Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (2015–2025)*

Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (Helsevel) er et nytt Stort program i Forskningsrådets programportefølje fra 2015. Det tidligere programmet helse- og omsorgstjenester inngår som hovedelementet i dette programmet, samt den strategiske satsingen Praksisrettet FoU for helse- og velferdstjenestene med mer. Programmet finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet er hovedfinansør av programmet. Fra 2016 vil også deler av Rusmiddelforskningsprogrammet (2011–2015) og Program for psykisk helse (2011–2015) inngå i programmet.

Programmet skal bidra til forskning og innovasjon på god kvalitet, kompetanse og effektivitet i de nevnte tjenestene og har fire delmål. Disse knytter seg til å heve kvaliteten og den internasjonale orienteringen i tjenesteforskningen, styrke grunnlaget for kunnskapsbasert utdanning og yrkesutøvelse på tvers av sektor gjennom satsing på praksisnær og praksisrettet tjenesteforskning, utvikle ny kunnskap som er til nytte for sluttbrukerne og skape synergier og større helhet i tjenesteforskning og innovasjon for de aktuelle tjenestene, samt skape nye samarbeidsarenaer.

Helse- og omsorgstjenesteprogrammet som ble avsluttet i 2014, hadde totalt 91 prosjekter i porteføljen i 2014. En gjennomgang av innvilgede prosjekter i 2013 og 2014, viser at 33 av de 52 vurderte prosjektene inneholder et brukerperspektiv, 15 prosjekter hadde et klart formulert samhandlingsfokus, mens 17 prosjekter på en eller annen måte fokuserte på temaer som er knyttet til styring, ledelse, prioritering mv. Prosjektene omhandler både forskning i spesialisthelsetjenesten, og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Programmet ble styrket med 40 mill. kroner til omsorgsforskning i perioden 2007–2015, og videreføres i Helsevel, med sikte på å følge opp temaområdene i Omsorg 2020, herunder demensplanen. Senter for omsorgsforskning mottar 11 mill. kroner pr år som grunnfinansiering gjennom Forskningsrådet. Senteret har etablert seg som en sentral institusjon for forskning på omsorgsfeltet, og har etablert et panel av omsorgsforskningssammuner.

*God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (2016–2025)*

Programmet God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (God behandling) skal gjennom klinisk forskning bidra til god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering for å bedre klinisk praksis gjennom hele sykdomsforløpet. Endepunktene for forskningen som programmet understøtter skal være pasient- og tjenesterelevante og brukermedvirkning skal ivaretas. Endelig programplan ferdigstilles høst 2015.

Programmet består av følgende tidligere programmer/deler av programmer i Forskningsrådet: Program for klinisk forskning, Program for psykisk helse, Rusmiddelforskningsprogrammet, Program for stamcelleforskning (fra 2017).

Program for klinisk forskning (2011–2015) har totalt finansiert 27 forskerprosjekter og tre postdoktorprosjekter. Ved siste utlysning (2013), ble søknadstypen personlig postdoktorstipend forbeholdt kandidater som søkte om prosjekter i tannhelsetjenesten og prosjekter i allmennmedisin og primærhelsetjenesten å stimulere til søknader innenfor disse områdene. Det ble innvilget hhv. ett og tre prosjekter innenfor tannhelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Programmet har arrangert en konferanse om brukermedvirkning i forskning: Brukermedvirkning i helseforskning, fra ord til handling.

Program for psykisk helse (2011–2015) finansierte i 2014 30 forskerprosjekter, i tillegg 4 forskerprosjekter under Barn som pårørende og to samarbeidsprosjekter med National Institute of Health i USA. Programmet samarbeider med det nasjonale satsingsområdet Alvorlige psykiske lidelser, i samarbeid med de regionale helseforetakene. For å stimulere til psykisk helseforskning i de forskjellige helseregionene arrangeres det årlige forskningskonferanser.

Rusmiddelforskningsprogrammet (2013–2015) har finansiert i alt 7 nye prosjekter i 2014. Programmet finansierer Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo som har fått forlenget sin finansiering for perioden 2013–2018. Det satses på økt internasjonalt forskningssamarbeid og det er et samarbeidsprosjekt med National Institute of Health i USA. Programstyret som er felles med program for psykisk helse har fra 2014 innført en stimuleringsordning for å øke antall søknader til Horisont 2020 innenfor psykisk helse- og rusmiddel-forskning.

*Program for stamcelleforskning (programperiode 2013–2017)*

Programmet har som overordnet mål å utvikle og styrke kompetansen innenfor grunnforskning og klinisk forskning på stamceller med sikte på behandling av alvorlig og kronisk syke pasienter. Det ble ikke utlyst midler i 2014. Programmet hadde i 2014 16 prosjekter, hvorav 14 forskerprosjekter, 1 doktorgradsstipend i utlandet, samt en bevilgning til Nasjonalt senter for stamcelleforskning. Programmet videreføres ut 2017.

*Offentlige initierte kliniske studier (programperiode 2011–2015)*

Fra 2016 foreslås programmet inngått i nytt nasjonalt program for kliniske multisenterstudier i de regionale helseforetakene som skal administreres av Forskningsrådet, jf. omtale under kap. 732, post 78. Av de 30 mill. kronene som ble utlyst til praksisnære sammenliknende effektstudier av etablerte tiltak ble 15 mill. kroner fordelt i 2014. Norge deltar i ERA-net Transcan med midler fra Forskningsrådet og Kreftforeningen. I 2014 fikk norske forskere tildelt totalt 8,4 mill. kroner til å delta i tre prosjekter i Transcans tredje fellesutlysning (JTC2013).

*Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (programperiode 2012–2020)*

Programmets overordnede mål er å støtte forskning som kan bidra til vedvarende bedringer i helsetilstanden og utjevning av helseulikheter for fattige mennesker i lav- og mellominntektsland. De prioriterte temaområdene er vaksine- og vaksinasjonsforskning, helsesystem- og helsepolitikkforskning, innovasjon i teknologi og metodeutvikling og implementeringsforskning. Programmet har fem tematiske hovedprioriteringer knyttet til a) Forebygging, behandling og diagnostikk av smittsomme sykdommer med særlig relevans for lavinntekts- og lavere mellominntektsland, b) Familieplanlegging, reproduktiv helse, mødre-, nyfødt- barne- og ungdomshelse, c) Forskning på helsesystemer og helsepolitikk, d) Implementeringsforskning og e) Innovasjon i teknologi og metodeutvikling for mødre- og barnehelse. I 2014 fikk 22 prosjekter finansiering. Utlysningen i mars 2014 innvilget 270 mill. kroner i støtte til 15 forskerprosjekter og to postdoktorprosjekter og skulle særlig støtte store tverrfaglige prosjekter, og var koplet til anbefalinger fra FN's kommisjon for Life Saving Commodities for

Women and Children. Programmet finansierer også videreføringen av EUs forskningsprogram European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTPII). Det er både en økning i antall søknader til programmet og kvaliteten på disse sammenliknet med tidligere programperioder.

#### *Strategiske satsinger*

Strategisk satsing brukes som en betegnelse for aktiviteter som ikke organiseres gjennom eget program. Dette omfatter tverrgående temaer som f.eks. kvinners helse og kjønnsperspektivet, og temaer der bevilgningen er for liten til å forsvare egne programetableringer.

#### *Kvinnens helse og kjønnsperspektivet*

Totalt har satsingen på kvinners helse basert på kvinnehelsestrategien finansiert 19 prosjekter i perioden 2004–2014. Det er i tillegg flere pågående prosjekter med relevans for kvinners helse både i Forskningsrådets helseprogrammer og i øvrig programportefølje. Det foreslås at satsingen i Norges forskningsråd framover understøtter innsatsområder som regjeringen har valgt å løfte fram på likestillingsområdet. Det er bl.a. behov for sterkere vektlegging av kjønn i all helseforskning, mer forskning på unge kvinners psykiske helse, forskning på eldre kvinners helse og forskning på minoritetskvinners helse mm. Det foreslås at kjønnforskning inngår som del av den strategiske satsingen på kvinnehelse som heretter skal kalles Strategisk satsing på kvinners helse og kjønnsperspektivet.

#### *Barn som pårørende (2011–2015)*

Barn som pårørende har vært et femårig strategisk forskningsområde i perioden 2011–2015. Det største prosjektet er en fireårig multisenterstudie i samarbeid mellom fem helseforetak i fire helseregioner som skal utvikle ny kunnskap om prevalens, situasjon og tilpasning hos barn som er pårørende til foreldre som mottar behandling fra spesialisthelsetjenesten. Multisenterstudien vil foreligge med en ferdig rapport fra hovedstudien høsten 2015. For nærmere omtale av levekårsundersøkelsene, se kap. 781, post 21. Fra 2016 vil satsingen deles og inngå i program for God og sikker diagnostikk og behandling på alle nivåer og Bedre helse- og livskvalitet gjennom hele livsløpet.

#### *Evalueringer*

##### *Mammografiprogrammet*

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Norges forskningsråd gjennomført en forskningsbasert evaluering av Mammografiprogrammet. Syv delprosjekter har inngått i evalueringen av mammografiprogrammet, og har omfattet bl.a. studier om dødelighet, omfang av kreft oppdaget mellom to screeningsrunder (intervallkreft), omfang av overdiagnostikk, kvinners opplevelse av og erfaring med screeningsprogrammet og en økonomisk evaluering av Mammografiprogrammets kostnader. Evalueringen ble avsluttet våren 2015. I evalueringsrapporten går det fram at det er store usikkerhet knyttet til resultatene, og at dette bl.a. skyldes manglende kunnskap om mammografiscreening utenfor programmet og en for kort oppfølgingsperiode etter invitasjon. I følge rapporten er en lang oppfølgingsperiode nødvendig for å kunne måle både fordeler og ulemper ved mammografiscreening. Evalueringen har undersøkt om Mammografiprogrammet har oppnådd intensjonene. Evalueringen konkluderer med at målet om 30 pst. dødelighet av brystkreft nesten er nådd. Evalueringen konkluderer videre, tross stor usikkerhet rundt resultatene, at det fra et samfunnsperspektiv ser ut til at balansen mellom kostnader og effekt er innenfor det nivået helsemyndighetene definerer som akseptabelt for helsetjenester.

##### *Følgeevaluering av samhandlingsreformen*

Forskningsrådet er tildelt 10 mill. kroner årlig over en fireårsperiode (2012–2015), til sammen 40 mill. kroner over Prop. 1 S, kap. 780, post 50, til en forskningsbasert følgeevaluering av reformen. Tre større tverrfaglige prosjekter ble startet opp i 2012 og ytterligere tre ble igangsatt i 2013. Endelige resultater foreligger høsten 2015. Det skal også utarbeides en samlet evalueringsrapport ved utgangen av 2015.

Bevilgningen på 10 mill. kroner til Forskningsrådet videreføres og rettes fra 2016 inn mot forskning som er relevant for oppfølgingen av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Det skal legges til rette for at forskningsinnsatsen i større grad rettes mot prioriterte behov for å styrke beslutningsgrunnlaget i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

*Følgeevaluering av fritt behandlingsvalg*

Departementet legger opp til en forskningsbasert følgeevaluering av fritt behandlingsvalg over 3 år. Evalueringen skal belyse hvordan fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene for ordningen som reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og stimulans til de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Det er ønskelig at evalueringen i tillegg skal vurdere effekten på andre sentrale helsepolitiske mål som likeverdig tilgang, prioritering i tråd med prioriteringsforskriften og -veiledere, kostnadskontroll, de offentlige sykehusenes evne til å ivareta sine grunnleggende roller (akuttberedskap, forskning, utdanning og pasientopplæring) og administrativ byrde. Evalueringen skal legges opp slik at den muliggjør læring og legger til rette for et framtidig godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av fritt behandlingsvalg. Det er behov for ulike typer prosjekter som både kan gi en prosess- og resultatorientert evaluering. Det foreslås en bevilgning på 10 mill. kroner til formålet.

*Følgeevaluering av pakkeforløp for kreft*

Departementet legger opp til en forskningsbasert evaluering av pakkeforløp for kreft over 3 år.

Tidligere pasientforløp ved kreftsykdom har ikke vært optimale i Norge. Det er derfor innført totalt 28 pakkeforløp for kreft i 2015. Målsettingen med innføring av pakkeforløp er å hindre ventetid på utredning og behandling som ikke er medisinsk begrunnet. Målet er å gi kreftpasienter god kvalitet, rask oppfølging og et forutsigbart pasientforløp i forbindelse med kreftsykdom. Fra 1. januar 2015 ble det innført pakkeforløp for fire kreftdiagnoser. Det ble innført ytterligere ti pakkeforløp fra 1. mai og 14 pakkeforløp fra 1. september 2015. Pakkeforløpene skal kodes og monitoreres, og de første resultatene ble offentliggjort i august 2015.

Pasientperspektivet er viktig i utredning og behandling av kreft. Det må undersøkes hvordan pasienttilfredshet endres og brukermedvirkning sikres ved innføring av de nye pakkeforløpene. Det er behov for å gjøre studier på implementering og etterlevelse av de definerte forløpstidene i pakkeforløpene. Pasientforløpene ved kreftsykdom krysser ulike nivåer i helsetjenesten, både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å undersøke hva som er optimal funksjonsfordeling, ut fra kvalitet, logistikk, pasienttilfredshet og ressursutnyttelse. Det foreslås 3 mill. kroner til formålet i 2016.

**Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	102 572	85 549	86 964
79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	46 000	51 160	56 518
	Sum kap. 0781	148 572	136 709	143 482

Endringsforslag, ut over avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 1,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ferdigstillelse av prioriteringsveilederne
- 1 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til Stiftelsen organdonasjon
- 0,7 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til at International Cancer Benchmarking Project avsluttes i 2015
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til reduserte driftsbevilgninger til sentral helseadministrasjon, herunder spesielle driftsutgifter

- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til nødnett

Øvrig flyttinger er omtalt under de enkelte postene.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Formålet med bevilgningen er å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av helse-tjenester. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som ble finansiert i 2015, og enkelte av pro-

sjektene som vil bli finansiert i 2016. Det foreslås å flytte:

- 2,2 mill. kroner fra kap. 781, post 79 knyttet til barn som pårørende
- 2 mill. kroner fra kap. 781, post 79 knyttet til beslutningsstøtteverktøy for pasienter

#### Nødnett

Nødnett er det nye digitale radiosambandet for landets nød- og beredskapsstasjoner. Nødnett skal gi nødnettene et avlyttingssikkert kommunikasjonsnett uavhengig av de kommersielle mobilnettene. For helsetjenesten består nødnettleveransen av utstyr og programvare for håndtering av radiokommunikasjon og telefoni til samtlige AMK-sentraler, akuttmottak og legevaktsentraler. Helsedirektoratet ivaretar det overordnede prosjektansvaret for innføring av nødnett i helsetjenesten. De regionale helseforetakene har gjennom Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) det praktiske ansvaret for utbygging og drift i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Første byggetrinn ble avsluttet i 2011 samme år som nasjonal utbygging ble vedtatt i Stortinget. Helsetjenestens innføring i Hedmark og Oppland (fase 1) ble ferdigstilt etter plan i 2013. Nordre Buskerud, Vestfold og Telemark ferdigstilles i 2015. Forskyvning av radionettleveransen og leveransen av små kontrollrom gjør at innføringen først vil ferdigstilles i 2016. Erfaring med bruk av nødnett viser at teknologien, rutineene for bruk og opplæringsmodellene fungerer i samsvar med forutsetningene. Sluttbrukere peker på at systemet gir en mer effektiv samhandling og koordinering både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt med de øvrige nødnettene.

Drift og oppgradering av det eksisterende helse-radionettet er nødvendig inntil nytt nødnett er ferdig utbygget i Fastlands-Norge. I perioden 2012 til 2015 har det blitt gjort nødvendige tilpasninger av helse-radionettet for å sikre at nettet har nødvendig funksjonalitet i utbyggingsperioden og i overgangen mellom gammel og ny teknologi. Det vil være nødvendig å fortsette med denne type tiltak og justeringer i 2016 med bakgrunn i utviklingen i telenettet og utbyggingen av nødnett. Det foreslås at tilskuddet videreføres med 22 mill. kroner i 2016 til finansiering av Helsedirektoratets aktiviteter i prosjektet.

#### Nasjonal kreftstrategi 2013–2017

Bedre og mer effektiv utredning og behandling av kreftsykdommer er et viktig satsingsområde. Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 trekker opp nasjonale målsettinger og delmål på flere viktige områder: En mer brukerorientert kreftomsorg, gode pasientforløp uten unødige forsinkelser, kreftforebygging, økt kreftoverlevelse og bedre livskvalitet for kreftpasienter og pårørende. Gjennomføring av tiltakene i Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 vil være et viktig bidrag for å gjøre resultatene av norsk kreftbehandling bedre.

Det ble i løpet av 2014 utarbeidet utkast til 28 pakkeforløp for kreft, og tilhørende diagnoseveiledere for fastlegene. Fire pakkeforløp ble implementert i januar 2015. De resterende ble ferdigstilt og implementert i sykehusene i mai og september 2015. Pakkeforløp for kreft innebærer en nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i et behandlingsforløp skal ta. Det er utarbeidet et kodings- og monitoreringssystem for forløpstidene angitt i pakkeforløpene. Etter hvert som pakkeforløpene implementeres, vil forløpstidene monitoreres gjennom et eget rapporteringssystem for pakkeforløpene. Forløpstidene vil etter hvert bli offentliggjort på regionsnivå.

Helsedirektoratet påbegynte i 2014 utarbeidelsen av en nasjonal handlingsplan for oppfølging av den nasjonale kreftstrategien, med konkretisering av hvordan målene i kreftstrategien skal nås. Planen ble ferdigstilt i mars 2015. Det ble også startet et arbeid med en gjennomgang av kreftkirurgien i Norge, med anbefalinger til robusthetskrav for sykehus som skal utføre kreftkirurgi. Dette arbeidet ble ferdigstilt i mars 2015.

Partnerskap mot kreft ble etablert i 2013, bestående av Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, KS, brukerrepresentanter, Kreftregisteret og Kreftforeningen, og skal bidra til å sikre god og helhetlig samhandling og koordinering på kreftområdet.

Handlingsprogrammene for kreft er avgjørende for at helse- og omsorgstjenesten skal oppnå det langsiktige målet om god kvalitet og kapasitet i tilbudet til kreftpasienter, og er et viktig verktøy for å etablere nasjonal likeverdighet i utredning og behandling. Det er ferdigstilt og publisert totalt 19 nasjonale handlingsprogrammer for ulike kreftformer og flere er under utvikling. Det arbeides med å utvikle handlingsprogrammene til å omfatte bl.a. fastlegens rolle, sen-effekter og rehabilitering. Oppdatering av handlingsprogrammene er et kontinuerlig arbeid.



I 2014 ble det utarbeidet en styringsstruktur og strategi for nasjonale screeningprogram, som også inkluderer andre områder enn kreft. Den skal sikre god kvalitet og styring av nasjonale screeningprogrammer. Helsedirektoratet er ansvarlig for oppfølging av den nye styringsstrukturen.

Utvikling av nye kvalitetsindikatorer på kreftområdet fortsetter. Kvalitetsindikatorerne er viktige for å få relevant og pålitelig styringsinformasjon i spesialisthelsetjenesten. Det vises til omtale av kreftstrategien også under kap. 732, post 70.

#### *Pakkeforløp for kreft*

Helsedirektoratet fikk i 2014 i oppdrag å utvikle pakkeforløp for kreft, inkludert diagnoseveiledere til fastlegene og en implementeringsplan for pakkeforløp i sykehus. Det ble i 2015 bevilget 3,5 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med pakkeforløp for kreft. Midlene foreslås videreført i 2016 til oppdatering og videreutvikling av pakkeforløpene.

#### Norsk helsearkiv

Det er besluttet å etablere Norsk helsearkiv på Tynset, organisert som en enhet i Arkivverket. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten. Norsk helsearkiv vil bl.a. være en stor satsning for å fremme medisinsk og helsefaglig forskning.

De nødvendige lovendringer er gjennomført, jf. Prop. 99 L (2011–2012) Endringer i helseregisterlova mv. (etablering av Norsk helsearkiv m.m.) og Innst. 351 L (2011–2012). Forslag til forskrifter har vært på alminnelig høring. Departementet arbeider med å slutføre forskriften på bakgrunn av høringsinnspillene.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for etableringen og oppbyggingen av Norsk helsearkiv, og departementet har budsjettansvar for Norsk helsearkiv i denne perioden. Riksarkivaren har, etter oppdrag fra Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, etablert en interimorganisasjon for Norsk helsearkiv. Interimorganisasjon har bl.a. som oppgave å:

- kartlegge og vurdere aktuelt papirbasert og elektronisk arkivmateriale mv som kan avleveres til Norsk helsearkiv
- utvikle/tilpasse IT-systemer til bruk i Norsk helsearkiv
- legge til rette for etablering av organisasjonen på Tynset

- bidra i arbeidet med avklaring av egnede lokaler for Norsk helsearkiv på Tynset

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 10 mill. kroner i 2016. Bevilgningen skal i hovedsak dekke interimorganisasjonens utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjektleder, IKT-utstyr og andre utgifter knyttet til forprosjektet.

For byggeprosjektet med samlokalisering av Norsk helsearkiv og sentralmagasin for Arkivverket vises det til omtale i budsjettproposisjonen til Kulturdepartementet, programkategori 08.20 kulturformål.

#### *Nasjonalt program for kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i Helse- og omsorgssektoren (InnoMed)*

Målsettingen til InnoMed er å utvikle nye innovative løsninger basert på pasientenes og brukernes behov for å øke kvaliteten og effektiviteten i sektoren. InnoMed har et strategisk samarbeid med Innovasjon Norge og inngår i den tiårige satsingen på innovasjon i helse- og omsorgssektoren mellom Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. InnoMed deltar sammen med Helse- og omsorgsdepartementet i nasjonalt program for leverandørutvikling initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS, jf. omtale under kap. 769, postene 21 og 70.

Av tildelingen til InnoMed går 5 mill. kroner til oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014). Midlene skal bl.a. gå til å følge opp et kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon og kompetanseheving og prosessveiledning for kommuner som deltar i nettverket.

InnoMeds virksomhet har i 2014 resultert i 10 nye forprosjekter og 18 nye hovedprosjekter. 6 nye innovasjoner er realisert gjennom ferdigstilte og implementerte løsninger i helse- og omsorgssektoren. Det er inngått ny avtale (2015–2016) med Sintef om drift av InnoMeds sekretariat.

Styringsgruppen til InnoMed og Koordineringsutvalget som følger opp samarbeidsavtalen for den tiårige satsingen på innovasjon i helse- og omsorgssektoren er slått sammen til en ny Styringsgruppe for innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren – InnoMed. Helsedirektoratet leder styringsgruppen med deltagelse fra de regionale helseforetakene, kommunesektoren ved KS, Forskningsrådet, Innovasjon Norge, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Universitets- og høyskolerådet.

### *Nasjonale helsekonferanser*

Det er behov for arenaer hvor aktører i helse- og omsorgstjenesten kan møtes for å stimulere til videreutvikling av tjenesten for å nå de helsepolitiske målene. Helse- og omsorgsdepartementet har, i samarbeid med Helsedirektoratet, invitert til nasjonale helsekonferanser siden 2007. Konferansene er blitt et møtested for ledere, brukere, bransjeorganisasjoner og fagfolk, og er en viktig arena for dialog.

### *Nasjonale kvalitetsindikatorer*

Utvikling og publisering av kvalitetsindikatorer er viktige bidrag i arbeidet med mer åpenhet om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet. Gjennom kvalitetsindikatorsystemet gis det gyldig og pålitelig informasjon om helse- og omsorgstjenestens kvalitet og prestasjoner, både når det gjelder status og langsiktige trender. De nasjonale kvalitetsindikatorerne publiseres på [helsenorge.no](http://helsenorge.no) og kan brukes av pasienter og brukere som grunnlag for å velge tjenestested. Kvalitetsindikatorerne kan også fungere som støtte til intern kvalitetsforbedring, til virksomhetsstyring og helsepolitisk styring.

Helsedirektoratet har et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. I løpet av 2014 var det fire publiseringer av nasjonale kvalitetsindikatorer på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). I alt var det ved utgangen av 2014 66 nasjonale kvalitetsindikatorer, hvorav 13 nye. De nye kvalitetsindikatorerne er innen områdene tannhelse, brukererfaring ved fødsel og barsel, fristbrudd og gjennomsnittlig ventetider i somatisk helse, samt psykisk helse og rus i kommunene.

Som ledd i en treårig handlingsplan for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem 2014–2017, videreutvikler Helsedirektoratet de nasjonale kvalitetsindikatorerne. I løpet av 2015 er det lagt opp til fem publiseringer av nasjonale kvalitetsindikatorer på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). Det skal publiseres nye nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til bl.a. pakkeforløp for kreft, psykisk helse og rus, AMK, infeksjon og antibiotikabruk, kommunale helse- og omsorgstjenester, samt hjerte- og karsykdommer.

### *Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere*

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er virkemidler for å redusere uønsket variasjon og

heve kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. De skal også bidra til riktigere prioriteringer, bidra til å løse samhandlingsutfordringer og bidra til helhetlige pasientforløp. Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, videreformidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

### *Barn som pårørende*

Helsedirektoratet ble i 2014 gitt et tilskudd til en levekårsundersøkelse av barn og ungdommer som har foreldre med rusproblemer. Resultater fra undersøkelsen vil bli presentert høsten 2015, sammen med undersøkelsen av levekår hos voksne pårørende til personer med rusproblemer og resultatene fra multisenterstudien om barn som pårørende, jf. omtale under kap. 780, post 50. Midlene til levekårsundersøkelsen ble i 2015 videreført til kunnskapsutvikling og kompetansehevede tiltak i helse- og omsorgstjenesten innenfor området barn som pårørende. Det foreslås å flytte 2,2 mill. kroner fra kap. 781, post 79 til videreføring av dette arbeidet.

### *Beslutningsstøtteverktøy for pasienter*

Beslutningsstøtteverktøy kan hjelpe pasienter og pårørende med å tilegne seg kunnskap og kommunikasjonsferdigheter slik at de kan bli aktive deltakere i egen utredning, behandling og oppfølging. Verktøyet vil gi pasienter informasjon om ulike behandlingsalternativer, slik at pasienter sammen med helsepersonell, kan treffe valg som er i tråd med deres verdier og preferanser. Kreftforeningen slutførte i desember 2014 et konsept for et slikt verktøy med utgangspunkt i prostatakreft. I tillegg er det ulike miljøer i helseregionene som har utviklet verktøy med ulike former for beslutningsstøtte til pasienter. Høsten 2015 ble det derfor igangsatt et felles prosjekt med miljøer fra hele Norge som sammen skal utvikle et beslutningsstøtteverktøy for prostatakreft, som skal gjøres tilgjengelig på [Helsenorge-portalen](http://Helsenorge-portalen). Helsedirektoratet står som eier og leder av prosjektet. Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra kap. 781, post 79 til dette arbeidet.

### *Revisjon av prioriteringsveilederne*

I lys av vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. Stortingets behandling av Prop. 118 L (2012–2013), ble det i 2014 bevilget 5 mill. kroner til arbeidet med å revidere prioriteringsveilederne. Midlene til arbeidet ble videreført med

3,3 mill. kroner i 2015. Prioriteringsveilederne skal bidra til at alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten får sine pasientrettigheter oppfylt uavhengig av sykdom og uavhengig av hvor i landet de bor. Helsedirektoratet har ansvar for å følge med på at prioriteringsveilederne blir brukt og foreta nødvendige kvalitetsforbedringer.

Helsedirektoratet har i samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennomført revisjon av 33 prioriteringsveiledere. Anbefalinger for 546 tilstander fordelt på de 33 fagområdene har blitt vurdert mot hverandre for å skape konsistens i grad av oppfyllelse av prioriteringsvilkår og anbefalinger om rettigheter og frister for start av helsehjelp. De revideerte prioriteringsveilederne tas i bruk når pasient- og brukerrettighetsloven trer i kraft 1. november 2015 og publiseres i digitalt format. Det er også utarbeidet en henvisningsveileder til bruk for henvisere (hovedsakelig fastleger) til spesialisthelsetjenesten. Denne skal integreres i journal-systemene og publiseres i digitalt format. Det foreslås 1,5 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med prioriteringsveilederne og henvisningsveileder i 2016.

#### *Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten*

System for innføring og håndtering av nye metoder, dvs. legemidler, medisinskteknisk utstyr, medisinske prosedyrer og diagnostiske tester i spesialisthelsetjenesten, ble innført i 2013 i tråd med føringer i Meld. St. 10 (2012–2013), God kvalitet – trygge tjenester. Systemet legger opp til systematisk bruk av metodevarsling for tidlig å fange opp ny teknologi og metoder, samt kunnskapsbaserte metodevurderinger for å dokumentere nytte, bivirkninger, sikkerhet, ev. organisatoriske konsekvenser, samt kostnadseffektivitet på lokalt og nasjonalt nivå før det tas beslutninger om innføring av nye metoder. Nasjonale metodevurderinger gjennomføres av fagpersonell ved hhv. Statens Legemiddelverk (for legemidler) og Folkehelseinstituttet (for øvrige metoder). Helsedirektoratet har fått tildelt rolle som sekretariat og koordinator for system for innføring av nye metoder. For å styrke og utvide sekretariatets funksjoner når det gjelder igangsetting av nødvendige evaluerings- og monitoreringstiltak og styrking av informasjonsvirksomhet rettet mot helsetjenesten ble Helsedirektoratet tildelt 1 mill. kroner i 2015. Midlene foreslås videreført i 2016. Det vises til omtale også under kap. 750, post 01 Statens Legemiddelverk og kap. 710, post 01 Folkehelseinstituttet.

#### *Nasjonalt program for pasientsikkerhet*

I 2014 startet det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet I trygge hender. Programmet viderefører tiltak og metodikk fra pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender, som ble avsluttet i 2013. Sluttrapporten fra pasientsikkerhetskampanjen viser bl.a. at andel pasientskader i sykehus er blitt redusert fra 16 pst. til 13 pst. i kampanjeperioden, målt ved metoden Global Trigger Tool. Rapporten viser også at enkelte tiltakspakker langt på vei er implementert i tjenesten, men at det fortsatt er langt igjen før full implementering av alle tiltakspakkene.

Det femårige programmet skal videreføre arbeidet fra kampanjen, med særlig vekt på videreutvikling av kommuneperspektivet og brukerperspektivet. Gjennom konkrete tiltakspakker og utvikling av forbedringskompetanse er målet å forbedre pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten ytterligere. De regionale helseforetakene er pålagt å delta i programmet gjennom oppdragsdokumentene. Kommunene oppfordres til å delta. Ved utgangen av 2014 var 235 av 428 kommuner (55 pst.) i gang med en eller flere tiltakspakker i programmet.

Det er etablert en egen styringsgruppe for programmet ledet av direktøren i Helsedirektoratet. Styringsgruppen beslutter innsatsområder, vedtar disponering av budsjett og saker av prinsipiell betydning vedrørende gjennomføring og profilering av programmet. Sekretariatet for programmet er lokalisert i Helsedirektoratet, men rapporterer til og er underlagt styringsgruppen for programmet. Sekretariatets hovedoppgave er å forbedre saker til styringsgruppen og ivareta nasjonal samordning og koordinering ved gjennomføring av tiltak i programmet. Det er utarbeidet eget nettsted for programmet.

Programmet hadde i 2015 en grunnfinansiering på til sammen 20,4 mill. kroner, fordelt på kap. 720, post 01 og kap. 781, post 21. Midlene foreslås videreført i 2016.

#### *Styrking av den akuttmedisinske kjede*

En sammenhengende behandlingsskjede er avgjørende for å sikre befolkningen rask tilgang til gode helsetjenester når akutt sykdom eller skade oppstår. Evalueringene og oppfølgingen etter hendelsene 22. juli viste at helsetjenesten i hovedsak fungerte godt, men at det på noen områder var behov for forbedringer. Helsedirektoratet har utredet og fulgt opp helsetjenestens lærings- og forbedringspunkter etter hendelsene 22. juli.

Flere av disse punktene har ledet fram til faglige anbefalinger om styrking av kjeden.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2013 nasjonal veileder for masseskadetriage, og har i samarbeid med Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap ferdigstilt nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (Plivo) i 2015. Helsedirektoratet vil i 2015 ferdigstille veileder for helsetjenestens organisering av skadested i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin (Nakos). I 2015 arbeider Helsedirektoratet med implementering av de kunnskapsbaserte anbefalingene.

#### *Raskere tilbake*

Det vises til omtale under kap. 732, post 79. Helsedirektoratet skal sikre nasjonal koordinering ved å følge med på at ordningen Raskere tilbake utvikles og praktiseres i samsvar med ordningens dialog med relevante aktører. Helsedirektoratet har ansvar for rapportering og analyser om status og utvikling av ordningen.

#### **Post 79 Tilskudd**

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings- og kompetansehevede tiltak innenfor enkelte områder av helsetjenesten. Det foreslås å flytte:

- 1 mill. kroner fra kap. 732, post 70 knyttet til økt rekruttering av blodgivere
- 6,8 mill. kroner fra kap. 762, post 71 knyttet til Norsk pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød
- 2,2 mill. kroner til kap. 781, post 21 knyttet til barn som pårørende
- 2 mill. kroner til kap. 781, post 21 knyttet til beslutningsstøtteverktøy for pasienter

#### *Økt rekruttering av blodgivere*

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner fra kap. 732, post 70 knyttet til økt rekruttering av blodgivere. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og utbetales til Røde Kors.

#### *Norsk pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød*

Det foreslås å flytte 6,8 mill. kroner fra kap. 762, post 71 knyttet til Norsk pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød. Norsk pasientforening gir medisinsk og juridisk bistand til pasienter og pårørende som søker hjelp. Lands-

foreningen uventet barnedød arbeider med forskning på og forebygging av uventet barnedød. Det foreslås å flytte tilskuddene til dette kapittelet som i større grad samsvarer med tilskuddenes formål. Tilskuddene foreslås videreført i 2016.

#### *Beslutningsstøtteverktøy for pasienter*

Det foreslås å flytte 2 mill. kroner til kap. 781, post 21. Det vises til nærmere omtale der.

#### *International Cancer Benchmarking Project (ICBP)*

Tilskuddet til ICBP bortfaller i 2016 fordi prosjektet er ferdig. Det er forskjeller i kreftoverlevelse i ulike land. ICBP ønsker å finne svar på hvorfor kreftoverlevelsen varierer mellom deltakerlandene. Prosjektet begynte som et initiativ fra Helsedepartementet i Storbritannia, og er et samarbeid mellom Storbritannia, Canada, Australia, Danmark, Sverige og Norge. ICBP ser spesifikt på fire ulike kreftformer: brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og ovarialkreft. En gjennomgang av statistikk for kreftoverlevelse i de seks landene i årene 1995–2007 viser at Australia, Canada og Sverige kommer best ut, Storbritannia og Danmark kommer dårligst ut, mens Norge kommer middels ut. Studien viste at overlevelsen økte i denne perioden for alle de fire krefttypene i alle deltakerlandene. I de øvrige studiene i prosjektet kartlegges forskjeller i befolkningens kunnskap og bevissthet om kreft, fastlegenes rolle og forskjeller i kunnskap, atferd og systemer i førstelinjetjenesten, årsaker til forsinkelser i pasientforløp og i hvilken grad evidensbasert behandling blir brukt i de ulike landene.

De fem modulene i prosjektet har hatt som hovedoppgave å samle inn informasjon om ulike deler av et pasientforløp. Informasjonen som samles inn danner grunnlag for gjennomføring av forskning nasjonalt og internasjonalt. Det unike i prosjektet er at det er nøyaktig samme datainn-samling i alle land som deltar. Det er publisert noen funn i internasjonale tidsskrifter og noen ligger til godkjenning for publisering. Innholdet i disse publiseringene er båndlagt inntil publisering av konfidensialitetshensyn. Mye av forskningen på dataene i prosjektet pågår, og det vil komme flere publiseringer de kommende årene.

#### *Organdonasjon*

Nasjonalt fagråd for organdonasjon ble opprettet høsten 2009 i regi av Helsedirektoratet, som også ivaretar sekretærfunksjonen for rådet. Oslo uni-

versitetssykehus HF har landsfunksjon for organtransplantasjon. Antall organtransplantasjoner har økt fra 303 i 2001 til 473 i 2014. Nyretransplantasjoner som det skjer flest av, skjer med organer fra avdøde og levende giver.

#### *Stiftelsen organdonasjon*

Det gis tilskudd til Stiftelsen organdonasjon. Stiftelsen driver opplysningsarbeid overfor befolkningen og media for at flest mulig skal ta stilling til organdonasjon. Tilskuddet til Stiftelsen ble økt med 1 mill. kroner i 2015, jf. Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2015. Det foreslås å videreføre økningen i tilskuddet til Stiftelsen i 2016.

#### *Norsk ressursgruppe for organdonasjon (Norod)*

Det gis tilskudd til Norod. Gruppen består av helsepersonell fra flere donorsykehus og fra transplantasjonsmiljøet ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Opplæring av helsepersonell i kommunikasjon med pårørende er en prioritert oppgave. Det foreslås et tilskudd til Norod i 2016 til dette arbeidet.

#### *Barn som pårørende*

Ideelle organisasjoner, bl.a. Blå Kors, har utviklet modeller og tiltak som kan nå barn/pårørende. Det ble i 2015 gitt et tilskudd på 15 mill. kroner til Blå Kors og videreutvikling av Kompasset, samt etablering av to nye Kompass-sentre, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015). Det foreslås å videreføre tilskuddet til Blå Kors i 2016 til dette arbeidet. Forskning på området barn som pårørende ble i 2011 en egen femårig strategisk satsning gjennom Norges forskningsråd. Det vises til omtale under kap. 780 Forskning.

Helsedirektoratet har etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet igangsatt en levekårsundersøkelse av barn og ungdommer som har foreldre med rusproblemer som også inkluderer voksne pårørende til personer med rusproblemer. Arbeidet er gjort i nært samarbeid med brukerorganisasjoner. Helsedirektoratet har videre delfinansiert den store barn som pårørende-studien som pågår ved fem ulike sykehus i Norge. Resultatene fra levekårsundersøkelsen og den store barn som pårørende-studien publiseres i 2015. Det skal arrangeres en konferanse i november der resultatene publiseres. Målgruppen er ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Det foreslås å flytte 2,2 mill. kroner til kap. 781, post 21 til videreføring av kunnskapsutvikling og kompetansehevende tiltak i helse- og omsorgstjenesten innenfor området barn som pårørende. Det vises til omtale der.

#### *Onkologiske faggrupper*

De onkologiske faggruppene organiserer legespecialistene innen de enkelte kreftformene. Faggruppene samler, vurderer og behandler forskningsinformasjon om de enkelte kreftformene. Dette formidles til de regionale helseforetakene og bidrar til lik behandling i Norge. Denne informasjonen danner også grunnlaget for de faglige anbefalingene som gjennom handlingsprogrammene utgis som nasjonale faglige retningslinjer. Medlemmene i de onkologiske faggruppene er involvert i forskning og skriver faglige artikler som bidrar til kunnskaps-spredning nasjonalt og internasjonalt. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til tilskuddsordningen for de onkologiske faggruppene i 2016.

#### *Kreftlinjen*

Kreftlinjen er et informasjonstilbud, primært rettet mot kreftpasienter og deres pårørende, som driftes av Kreftforeningen. Tilbudet har som formål å drive rådgivning, veiledning og støtte til mennesker som er rammet av eller har spørsmål om kreft. Kreftlinjen har et tett samarbeid med, og gir faglig bistand til Kreftforeningens 12 tilsluttede pasientforeninger. De som kontakter Kreftlinjen kan, som en del av Kreftforeningens rettighetstjeneste, også ved behov få bistand fra Kreftforeningens sosionomer og jurister/advokater. Det ble gitt et tilskudd på 1,8 mill. kroner til arbeidet med Kreftlinjen i 2015. Det foreslås at tilskuddet til Kreftforeningen videreføres i 2016 til dette arbeidet.

#### *Diabetes*

Hvor godt samfunnet og helsetjenesten lykkes med å forebygge og behandle diabetes er en indikator både på hvor godt folkehelsearbeidet fungerer og i hvilken grad vi lykkes med samhandlingsreformens målsettinger om en styrket innsats tidlig i forløpet med god oppfølging og opplæring i kommunene. De overordnede linjene for utvikling av tjenestetilbudet til mennesker med diabetes følges opp i den nasjonale strategien for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer (NCD-strategi 2013–2017), som ble lagt fram høs-

ten 2013. Strategien har en egen del spesielt rettet mot diabetes. Det er avsatt tilskuddsmidler til frisklivs- og mestringsstilbud over kap. 762, post 60. Regjeringen har i 2015 lagt fram Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – helhet og nærhet. Meldingen er særskilt opptatt av forbedre tjenestene til personer med kronisk sykdom, som f.eks. diabetes.

Diabetesforbundet ble styrket med 2 mill. kroner ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 11 S (2014–2015). Midlene foreslås videreført til tiltaket. Til sammen foreslås det å bevilge 9 mill. kroner til Diabetesforbundet. Midlene skal i tillegg dekke utgifter til tiltak som Diabeteslinjen, motivasjonsgrupper og utdanning av ledere til motivasjonsgrupper.

#### *Standard Norge*

Stiftelsen Standard Norge bidrar i standardiseringsarbeidet innenfor helseområdet. Tilskudd til Standard Norge foreslås videreført i 2016 til bl.a. utvikling av standarder på medisinsk utsyr, helse-tjenestestandardisering, samt internasjonal oppfølging. Arbeidet skal samordnes med Direktoratet for e-helses arbeid med standardisering på e-helseområdet.

#### *Nasjonalt medisinsk museum*

Nasjonalt medisinsk museum er integrert i Norsk teknisk museum, og er opprettet på oppdrag fra

Helse- og omsorgsdepartementet. Museet skal formidle medisinhistorie ved å dokumentere og bevare gjenstander, fotografier, arkivmateriale og bøker innenfor sitt felt, samt videreutvikle utstillinger. Tilskuddet foreslås videreført i 2016.

#### *Nasjonal koordinering og fagutvikling av de kliniske etikkomiteer*

Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, har ansvar for nasjonal koordinering og fagutvikling av de kliniske etikkomiteene ved helseforetakene. Senteret bistår komiteene ved etablering, tilbyr kompetanseutvikling, sørger for erfaringsutveksling og kvalitetssikring i arbeidet med komiteene og driver forskning på området. Senter for medisinsk etikk skal legge til rette for at de kliniske etikkomiteene skal kunne identifisere, analysere og bidra til at etiske problemstillinger knyttet til pasientbehandling blir best mulig håndtert i helseforetakene. I følge årsrapporten for 2014 fra Senter for medisinsk etikk har komiteene behandlet mange saker knyttet til avslutning av livsforlengende behandling og saker hvor barn er involvert, bl.a. tilfeller hvor barns pårørende har alvorlig sykdom. Aktiviteten knyttet til rus og psykisk helse varierer, og mange komiteer rapporterer ikke å ha saker fra disse områdene. Det foreslås et tilskudd til de kliniske etikkomiteene også i 2016.

## Kap. 782 Helseregistre

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter	17 065	46 984	
70	Tilskudd	36 005	37 193	
	Sum kap. 0782	53 070	84 177	

Som følge av omorganisering av den sentrale hel-seforvaltningen foreslås å flytte bevilgningen til kap. 701.

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 701, post 71.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 701, post 21.

## Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	34 481	28 691	39 052
61	Turnustjeneste	132 897	137 669	141 661
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	17 120	33 911	24 894
	Sum kap. 0783	184 498	200 271	205 607

Helse- og omsorgstjenesten er svært personell- og kunnskapsintensiv. Personellet utgjør om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen. Både kompetanseutvikling og utdanning av helsepersonell er viktig for innholdet og kvaliteten i tjenestene. Tilstrekkelig og rett kompetanse må sikres, samtidig som tjenesten er preget av endring og utvikling. Grunnutdanningene, videre-, etter- og spesialistutdanningene må være innrettet mot å møte pasientenes og tjenestenes behov. Av hensyn til å møte framtidige personell- og kompetanseutfordringer, er både bredde- og spesialisert kompetanse av betydning for å sikre og utvikle gode tjenestetilbud. Godkjenningsordningene må innrettes slik at sentrale målsettinger for den helhetlige helse- og omsorgstjenesten ivaretas.

### 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. Det foreslås å flytte 10 mill. kroner fra kap. 783, post 79 knyttet til flere anskaffelser under kapitlet enn tidligere.

### Post 61 Turnustjeneste

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å organisere turnustjeneste for leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopediingeniører. Fullført turnustjeneste er i dag nødvendig for å få autorisasjon for fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopediingeniører. Formålet med tilskuddsordningene på turnusfeltet er å sikre god kvalitet på turnustjenesten, herunder

god veiledning, og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene ved å kompensere for en del av kostnadene ved turnustjenesten. Tilskuddsordningen skal også bidra til å videreutvikle og kvalitetssikre overordnede rammer.

#### *Turnustjeneste for leger*

Turnustjenesten for leger ble endret 1. desember 2012 til en søknadsbasert ordning. Ordningen er i større grad enn tidligere harmonisert med arbeidslivets regler. Utlysning av turnusstillinger skjer sentralt, Helsedirektoratet har etablert en nettbasert søknadsportal for å administrere tilsettingene. Tilsettinger og vurderinger foretas lokalt. Endringene gir nyutdannede leger et reelt valg om hvor de vil søke og gjennomføre turnustjenesten, og arbeidsgivere får mer innflytelse på tilsettingene. Det ansettes årlig i om lag 950 turnusstillinger.

#### *Turnustjeneste for fysioterapeuter*

Fysioterapeuter har ett år obligatorisk turnustjeneste – seks måneder i sykehus og seks måneder i kommunehelsetjenesten. Kommuner som mottar fysioterapikandidater tildeles fastlønnstilskudd etter forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter. Det har vært en økning av behovet for turnusplasser for fysioterapeuter. I 2012 ble det i turnusforskriften for fysioterapeuter innført bestemmelser om at kandidater som ikke har fått turnusplass blir overført til venteliste. Ventetiden for turnusstart kan være på inntil ett år. I 2014 var det om lag 310 fysioterapeutkandidater i turnustjeneste. I 2015 er det behov for turnusplass til om lag 320 kandidater. Alle kandidater fikk tildelt turnusplass i turnusåret 2014/2015. Estimerer tilsier at økningen av søkere til turnustjeneste i fysioterapi fortsetter i 2016. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om en vurdering av mulige tiltak som kan gi en mer hensiktsmessig og fleksibel framtidig turnusordning for fysioterapeutkandidatene. De skal utrede og ev. foreslå endringer som kan redusere behovet for venteliste på turnusplass for fysioterapeuter.

#### *Turnustjeneste for kiropraktorer*

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det var 55 kiropraktorkandidater i turnustjeneste i 2014. Det forventes en liten økning de nærmeste årene. Det gis til-

skudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar imot turnuskandidater.

#### *Turnustjeneste for ortopediingeniører*

Ortopediingeniører har to års turnustjeneste ved privat ortopediteknisk verksted. Høgskolen i Oslo har ansvar for å skaffe turnusplasser i verksteder for gjennomføring av turnustjenesten. Det gis ikke tilskudd til turnusordningen for ortopediingeniører.

### **Post 79 Andre tilskudd**

Det foreslås å flytte 10 mill. kroner til kap. 783, post 21 knyttet til flere anskaffelser under kapitlet enn tidligere.

#### *Turnustjeneste, kurs og veiledning, reise- og flytteutgifter*

Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for turnuskandidater og turnusveiledere, som administreres av fylkesmannen. Det gis også tilskudd til reise- og flytteutgifter etter eget regelverk hvor distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges.

#### *Personell- og kompetansestatistikk, Helsemod*

Statistikk og framskrivninger er viktig for arbeidet med å sikre helse- og omsorgstjenestene tilgang på tilstrekkelig personell med relevant kompetanse til å dekke behovene i årene framover. Statistisk sentralbyrå leverer løpende statistikk og analyser. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer sammen med andre departementer arbeid i Statistisk sentralbyrå med å videreutvikle modeller for framskrivninger av tilbud og etterspørsel av arbeidskraft. Helsedirektoratet er gitt ansvar for praktisk oppfølging av arbeidet. SSB har utarbeidet beregningsmodellen Helsemod, som blir oppdatert jevnlig og sist i 2012, og har tidsperspektiv fram til 2035. Framskrivningene, som må tolkes med forsiktighet, indikerer i all hovedsak balanse mellom tilbud og etterspørsel fram til 2020. Framskrivningene viser imidlertid at det vil kunne bli økende mangel på helsefagarbeidere, og på lengre sikt også økende mangel på sykepleiere. Framskrivningene bidrar til et bedre kunnskapsgrunnlag i arbeidet med personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, og må ses i sammenheng med andre framskrivninger samt tiltak for bedre organisering av tjenesten og bruk av personellet. Det vurderes å bestille oppdaterte Helsemod-framskrivninger fra SSB.



### *Helsepersonellregisteret*

Helsepersonellregisteret er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven og veterinærer med autorisasjon og lisens etter dyrehelsepersonelloven. Registeret har en offentlig nettside med opplysninger om gjeldende autorisasjon, lisens og forskrivningsrett samt eventuell begrensning i disse, og dessuten spesialitet for leger, tannleger og optikere. Helsedirektoratet har ansvar for en rekke administrative registre. En felles utfordring er at registrene er etablert hver for seg for å dekke delvis ulike behov. Økende krav til rapportering, oversikt og statistikkbehov krever at registrene samhandler og kommuniserer. For å møte utfordringene er det nødvendig med bedre statistikkverktøy og bedre løsninger for å gi eksterne brukere tilgang til opplysninger. Helsedirektoratet fortsetter arbeidet med å finne gode, overordnede løsninger for helsepersonellregisteret som sikrer datakvalitet, personvern og tilgjengelighet.

### *Legestillingsregisteret*

Legestillingsregisterets formål er å ivareta nasjonal oversikt over legefordeling og spesialistutdanning av leger. Målet er at registeret skal omfatte alle leger i spesialist- og primærhelsetjeneste, kommunal og privat virksomhet samt leger innen offentlig forvaltning. I tillegg skal registeret inneholde oversikt over utdanningsinstitusjoner og utdanningsstillinger for de ulike spesialitetene. Legestillingsregisteret skal danne grunnlag for monitorering, framskrivning og analyse av utviklingen i legemarkedet.

Ordringen med nasjonal kvotefordeling av leger ble avviklet 1. juli 2013. Det produseres årlige statusrapporter som skal vise utviklingen i legemarkedet. Usikker datakvalitet i legestillingsregisteret har foreløpig skapt utfordringer for denne rapporteringen. For å oppnå tilstrekkelig datakvalitet for monitorerings- og analysearbeidet er det nødvendig med integrasjon av legestillingsregisteret mot tjenestenes lønns- og personaldatasystemer og mest mulig automatisk overføring av data. Integrasjonsløsninger er foreløpig ikke på plass ved alle de regionale helseforetakene. Data fra andre registre benyttes som supplement og kontroll, bl.a. data fra arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) til Nav.

### *Godkjenning av personell utdannet i utlandet*

Helsemyndighetene har ansvar for å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å utøve sitt yrke på en forsvarlig måte. Offentlig godkjenning i form av autorisasjon og lisens gis til helsepersonell som oppfyller bestemte krav til teoretisk og praktisk kunnskap og kyndighet. Autorisasjonsordningen bidrar til å ivareta hensynet til pasientsikkerhet og befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Godkjenning av helsepersonell utdannet i EU/EØS-land er regulert gjennom internasjonale avtaler. For helsepersonell utdannet utenfor EØS-området foretas en individuell vurdering av om lovens krav til autorisasjon eller lisens er oppfylt. Leger, tannleger, farmasøyter, sykepleiere og hjelpepleiere utdannet utenfor EØS-området må gjennomføre kurs i nasjonale fag som ledd i autorisasjonsprosessen. Kurset gir opplæring i norske forhold og det norske helsesystemet. Det ble ikke avholdt fagprøve for leger i 2014 pga. for få kandidater.

Stortinget vedtok i juni 2015 ny godkjenningsordning for helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS og Sveits, jf. Innst. 318 L (2014–2015). I denne godkjenningsordningen videreføres kravet om at utdanninger fra land utenfor EØS-området skal være jevn god med tilsvarende norsk utdanning og eksamen. Det skal utarbeides en forskrift med sikte på virkning fra 2016. I forskriften stilles krav om fagprøve for leger, tannleger, sykepleiere og helsefagarbeidere, språkprøve og kurs i nasjonale fag kreves for alle lovregulerte helseprofesjoner, samt kurs i legemiddelhåndtering kreves for leger, tannleger, sykepleiere og farmasøyter.

### *Globale retningslinjer for rekruttering av helsepersonell*

WHOs globale retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell ble vedtatt av verdens helseforsamling i mai 2010. Retningslinjene binder ikke medlemsstatene, men inneholder enkelte prinsipper som bør følges. Et sentralt prinsipp er at helsepersonell ikke skal rekrutteres på en aktiv og systematisk måte fra land som selv har kritisk mangel på helsepersonell. Retningslinjene skal implementeres blant arbeidsgivere i norsk helsetjeneste. Helsedirektoratet har blitt gitt oppgaver og følger opp området.

### *Spesialistgodkjenning av helsepersonell*

Offentlig spesialistgodkjenning er regulert i forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger, og omfatter leger og tannleger. Helsedirektoratet fattet 1725 vedtak om spesialistgodkjenning i 2014. Aktuelle yrkesorganisasjoner bistår Helsedirektoratet med sakkyndige råd i enkeltsaker. Gebyrordningen finansierer delvis kostnadene ved spesialistgodkjenning.

### *Alternativ behandling*

Formålet med bevilgningen er å sørge for kvalitetssikret informasjon som kan øke kunnskapen om bruk og eventuelle effekter av alternativ behandling, bidra til økt profesjonalitet og etisk bevissthet blant utøverne, samt bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Bevilgningen dekker utgifter til registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene (Altbas), tilskudd til Nasjonalt forskningscenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam) og tilskudd til Nafkams avdeling Nasjonalt informasjonscenter for alternativ behandling

(Nifab). Brønnøysundregistrene har siden 2004 hatt ansvaret for å utvikle og drifte registersystemet Altbas. Driften er hjemlet i forskrift, og registeret skal bidra til økt pasientsikkerhet og bedre forbrukerrettigheter, samt bidra til seriøsitet og forretningsmessig ordnede forhold. Det har siden opprettelsen av registerordningen vært en jevn tilslutning til registeret fra utøverorganisasjoner og behandlere innen alternativ behandling.

Det er økende behov for kunnskap innen feltet alternativ behandling, da stadig nye aktører gjør seg gjeldende i markedet. Det er derfor viktig å sørge for at det er et solid og stabilt kompetansemiljø på feltet. Det er også viktig å opprettholde en omfattende og god informasjonstjeneste for å nå ut med viktig informasjon og kunnskap, både til fagfolk og befolkningen generelt.

Nafkam undersøkte i 2014 befolkningens bruk av alternativ behandling. Resultatet viste at det er en nedgang i bruken, der Norge er på linje med øvrige land i Europa. Nafkam har startet opp et arbeid for å undersøke hvem de norske alternative behandlere er, hva de tilbyr, hvor mange de er mv. Svarene fra undersøkelsen er forventet å foreligge i løpet av 2015.

## Programområde 30 Stønad ved helsetjenester

Folketrygdens stønad ved helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad ved helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regionale helseforetak for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

Trygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og røntgeninstitutt, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester. Refusjonstakstene for lege-, fysioterapi- og psykologtjenester blir fastsatt som resultat av de årlige takstforhandlingene eller høringsprosesser.

Innen tannhelse gis det stønad til tannregulering hos barn og unge, og til dekning av utgifter til tannbehandling til voksne som har særskilte sykdommer eller lidelser.

Legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept finansieres av folketrygden og pasientene.

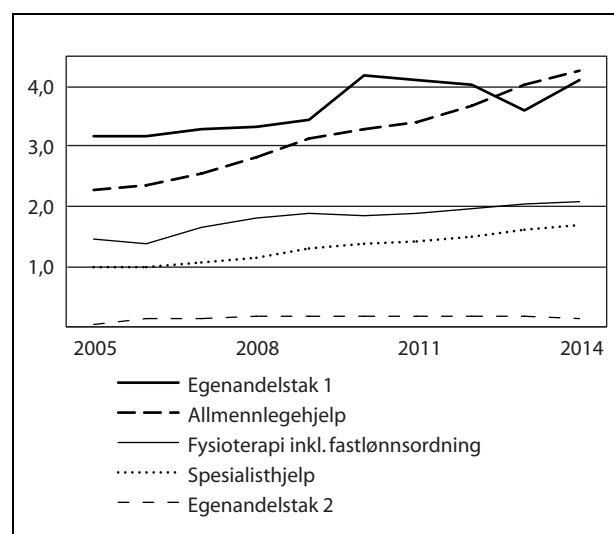
Over bidragsordningen gis det støtte til dekning av utgifter til enkelte helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover.

Fra 1. januar 2013 ble det innført en generell bagatellgrense for alle utbetalinger etter folketrygdloven kapittel 5 (helserefusjonsområdet). Stønader som utgjør mindre enn 200 kroner blir ikke utbetalt. Tilgodehavende beløp kan slås sammen og utbetales dersom de til sammen overstiger bagatellgrensen på 200 kroner. Retten til å kreve sammenslåing gjelder også på tvers av de ulike refusjonsområdene under kapittel 5.

Saksbehandlingen og utbetalingen av refusjoner foregår i Helseøkonomiforvaltningen (Helfo).

Helfo er en egen organisatorisk og administrativ enhet underlagt Helsedirektoratet. Det vises til omtale under programkategori 10.20, Helseforvaltning.

### Utviklingstrekk



Figur 4.1 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelsordningene i perioden 2005–2014 (beløp i mrd. kroner)

### Refusjon legetjenester

Utgifter til allmennlegehjelp omfatter refusjoner for behandling hos fastleger, ved legevakt og avsetning til fond. Refusjoner til allmennleger har økt fra 2 260 mill. kroner i 2005 til 4 257 mill. kroner i 2014, svarende til en nominell vekst på 88,4 pst., jf. figur 4.2.

Det vises til omtale av allmennlegetjenesten under kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 2755, post 70 Allmennlegehjelp.

Refusjoner til behandling hos avtalespesialist har økt fra 989 mill. kroner i 2005 til 1 702 mill. kroner i 2014. Dette svarer til en nominell vekst på 72,1 pst. for hele perioden, jf. figur 4.2. Refusjonsutgiftene til avtalespesialister var stabile i begynnelsen av perioden, bl.a. knyttet til at det ble overført midler til helseforetakene for å øke spesialistenes driftstilskudd.

Det vises til omtale av avtalespesialister under kap. 2711, post 70 Spesialisthjelp og del III 9

Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

#### Refusjon fysioterapi

Utgifter til fysioterapi omfatter i hovedsak refusjoner for behandling hos fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene og avsetning til fond. Folketrygdens utgifter til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, økte i perioden 2005 til 2014 fra 1 476,6 mill. kroner til 2 083,6 mill. kroner. Dette svarer til en nominell vekst på 41,1 pst. Økningen i utgiftene fra 2006 til 2009 viser at det var en stor volumvekst i tjenesten. I 2009 var utgiftene 1 901 mill. kroner. Reduksjonen fra 2009 til 2010 er en følge av omleggingen av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten. Omleggingen ble foretatt i takstforhandlingene 2009 og 2010 og midler ble overført fra folketrygden til det kommunale driftstilskuddet. Det var også en liten nedgang i antall utløste takster. Refusjonsutgiftene til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, viser en økning fra 2 033 mill. kroner i 2013 til 2 084 mill. kroner i 2014, tilsvarende 2,5 pst., jf. figur 4.2.

Det vises til omtale under kap. 2755, post 62 og 71 og del III 9 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

#### Refusjon legemidler på blå resept (inkl. egenandel på frikort)

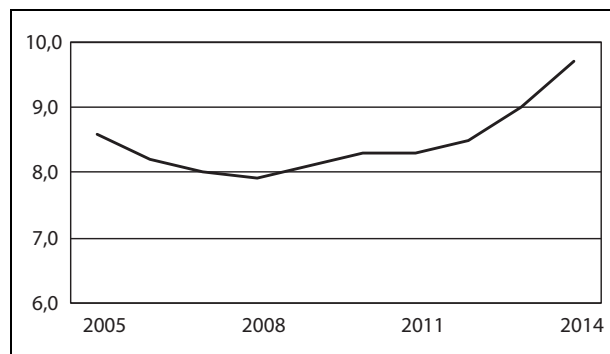
Det ble refundert legemidler for 7,1 mrd. kroner til 2,3 millioner unike brukere i 2014 etter forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften §2). I tillegg ble det gitt refusjon, med hjemmel i § 3, på 1,9 mrd. kroner til i underkant av 110 000 unike brukere etter individuell søknad. Det ble gitt refusjon til behandling av smittsomme sykdommer for 672 mill. kroner etter § 4, til rundt 35 000 brukere.

Folketrygdens utgifter til legemidler over blåreseptordningen har økt fra 8,6 mrd. kroner i 2005 til 9,7 mrd. kroner i 2014, en nominell økning på 13 pst, jf. figur 4.3. I perioden 2006–2008 ble finansieringsansvaret for flere biologiske legemidler (TNF-hemmere og MS-legemidler) flyttet fra folketrygden til de regionale helseforetakene. I 2008 ble også flere legemidler flyttet fra bidragsordningen til blåreseptordningen. Korrigert for disse overføringene var utgiftene på blåresept stabile fra 2004 til 2008. Automatisk frikort ble innført i 2010 og dette førte til en utgiftsvekst ved at flere fikk dekket egenandeler over frikorttaket. De økte utgiftene i perioden 2012–2014 skyldes bl.a. nye legemidler til behandling av hepatitt C, MS,

kreft og forebygging av blodpropp. I 2014 ble finansieringsansvaret for enkelte kreftlegemidler overført til helseforetakene.

Målt i definerte døgndoser (DDD) har forbruket av legemidler på blå resept økt med 42 pst. fra 1,2 mrd. DDD i 2004 til 1,7 mrd. DDD i 2014. Grunnen til dette er både vekst i antall innbyggere og i forbruk per innbygger.

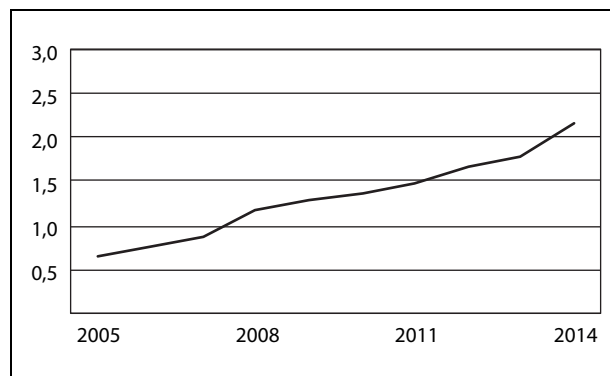
Det vises til omtale under programkategori 10.50 Legemidler og kap. 2751, post 70.



Figur 4.2 Folketrygdens utgifter til blå resept inkludert egenandeler på frikort (beløp i mrd. kroner)

#### Refusjon tannbehandling

Folketrygdens utgifter til tannbehandling omfatter stønad til undersøkelse og behandling ved bestemte diagnoser og behandlingsformer.



Figur 4.3 Folketrygden refusjoner til tannbehandling for perioden 2005–2014 (beløp i mrd. kroner)

Folketrygdens utgifter til tannbehandling på kap. 2711, post 72 økte fra 647 mill. kroner i 2005 til 2 173 mill. kroner i 2014, jf. figur 4.4. Nominelle utgifter er om lag tredoblet i løpet av tiårsperioden. De største økningene i perioden 2004 til 2008 skyldes i stor grad nye stønadsordninger og flytting av stønader fra bidragsordningen på kap. 2790, post 70.

Posten har fått tilført midler på om lag 160 mill. kroner i forbindelse med reduksjon av ordningen med særfradrag ved store sykdomsutgifter i 2012 og 2013.

De to største utgiftsområder på tannbehandlingsområdet er tannregulering (kjeveortopedi) og periodontitt. Hvert av disse to områdene utgjorde i underkant av 30 pst. av utbetalingene på posten i 2014.

Det vises til omtale under programkategori 10.70 Tannhelse og kap. 2711, post 72 Tannbehandling.

#### *Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1*

Egenandelstak 1 ble innført i 1984 og omfatter egenandeler for:

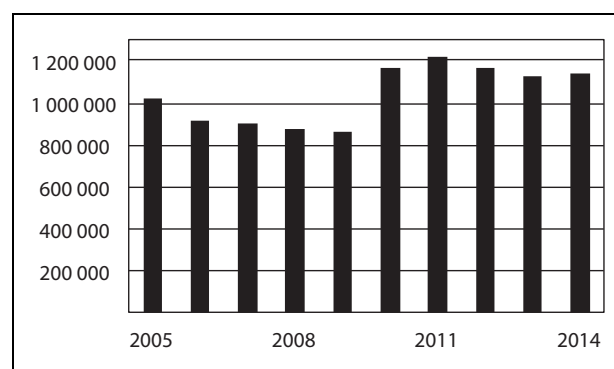
- undersøkelse og behandling hos lege, psykolog, i poliklinikk, i laboratorier og i røntgeninstitutt.
- reise i forbindelse med undersøkelse og behandling.
- viktige legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept.

Fra 2005 til 2014 har utgiftene over egenandelstak 1 økt fra 3 164,2 mill. kroner til 4 098,5 mill. kroner, jf. figur 4.2. Dette er svarer til en nominell vekst på 29,5 pst. Utgiftsveksten har vært moderat i perioden 2005 t.o.m. 2009. Stabiliteten fra 2006 til 2009 har sammenheng med at økningen i egenandelstak 1 og egenandeler for tjenester som omfattes av egenandelstak 1-ordningen stort sett har tilsvart hverandre. Fra 2009 til 2010 økte utgiftene fra 3 434 til 4 192 mill. kroner, en nominell vekst på 22,1 pst. Videre var det en økning i antall frikort fra 2010 til 2011. Denne veksten kan knyttes til at flere får frikort som følge av innføringen av automatisk frikortordning i 2010 og at man i innføringsåret fikk om lag 200 mill. kroner i ekstrautgifter grunnet raskere utbetalinger.

Folketrygdens utgifter ble redusert fra 4 192 mill. kroner i 2010 til 4 010 mill. kroner i 2012. Dette har i hovedsak sammenheng med at overgangskostnader ved automatisk frikort falt bort i 2012. I tillegg har reduksjonen sammenheng med innføring av e-resept. E-resept gir mulighet til å håndheve regelen om ikke å utlevere mer enn maksimalt tre måneders forbruk og at alle kjøp innenfor tre måneders perioden lettere sees under ett ved beregning av egenandel. Fra 2012 til 2013 har kostnadene blitt ytterligere redusert fra 4 010

mill. kroner til 3 589 mill. kroner i 2013, en reduksjon på 10,5 pst. Dette henger sammen med en feilføring av egenandeler på blåreseptordningen. I 2014 økte utgiftene til 4 098,5 mill. kroner som er en vekst på 14,2 pst. fra 2013. Utgiftene var i 2014 2,2 pst. høyere enn de var i 2012.

I perioden fra 2006 til 2009 gikk antall frikort noe ned. I 2010 ble det utstedt 1 170 000 frikort. 2011 var det første ordinære driftsår etter innføring av automatisk frikort. Da ble det utstedt 1 212 000 frikort, en økning på 3,6 pst. fra 2010, jf. figur 4.5. I 2014 ble det utstedt 1 138 000 frikort, en økning på 0,5 pst. fra 2013.



Figur 4.4 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2005–2015

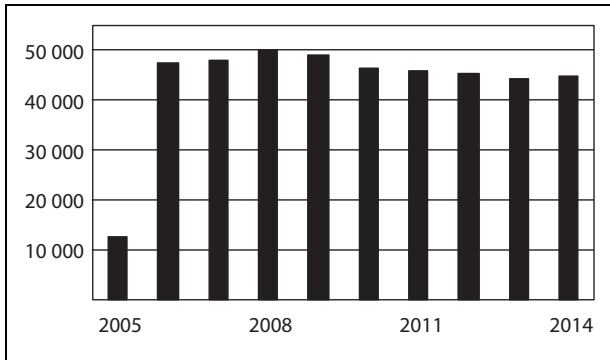
Av 1 138 000 brukere som fikk frikort under egenandelstak 1-ordningen i 2014, var 594 590 alders- og uførepensjonister. Om lag 52 pst. av alders- og uførepensjonistene mottar frikort. 500 000 av frikortmottakerne i 2014 hadde pensjonsgivende inntekt i 2013. Tilsvarende var det 3 268 millioner personer i Norge med pensjonsgivende inntekt i 2013. 15 pst. av befolkningen med pensjonsgivende inntekt mottok dermed frikort tak 1.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 70 Egenandelstak 1.

#### *Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2*

Egenandelstak 2 ble innført i 2003 og omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi.
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling.
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak.
- behandlingsreiser til utlandet.



Figur 4.5 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2005–2014

Utgiftene til egenandelstak 2 viser en økning fra 2005 t.o.m. 2010, fra 38,2 mill. kroner til 179 mill. kroner. Egenandelstaket ble satt ned fra 3500 i 2005 til 2500 kroner i 2006. Dette forklarer økningen i utgiftene under ordningen i 2006, og den sterke veksten i antall frikortmottakere samme år. I de senere årene har utgiftsveksten vært mer moderat. I 2013 var utgiftene til folketrygden 162

mill. kroner. I 2014 var utgiftene 164 mill. kroner, en reduksjon på 4,9 pst., jf. figur 4.2.

Antall frikortmottakere har økt fra 12 698 i 2005 til 50 200 i 2008, jf. figur 4.6. I forbindelse med at taket ble redusert til 2500 kroner i 2006, økte antall frikortmottakere med 34 800. I perioden fra 2006 til 2012 har antall frikort ligget på mellom 45 000 og 50 000. De siste årene har antall frikort gått ned. I 2014 mottok 45 059 frikort under egenandelstak 2. Dette er en økning på 1,9 pst. Av disse frikortmottakerene var 72 pst. kvinner og 28 pst. menn.

61 pst. av de som oppnår frikort under tak 2-ordningen, oppnår også frikort under tak 1-ordningen. 26 700 av frikortmottakerne under tak 2 i 2014 hadde pensjonsgivende inntekt i 2013. Tilsvarende var det om lag 3,3 millioner personer i Norge med pensjonsgivende inntekt i 2013. 0,8 pst. av befolkningen med pensjonsgivende inntekt mottok dermed frikort tak 2.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 71 Egenandelstak 2.

## Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	4 842 221	5 176 751	5 470 000	5,7
	Sum kategori 30.10	4 842 221	5 176 751	5 470 000	5,7

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
70–89	Andre overføringer	4 842 221	5 176 751	5 470 000	5,7
	Sum kategori 30.10	4 842 221	5 176 751	5 470 000	5,7

### Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	
70	Spesialisthjelp	1 701 548	1 833 000	1 872 400	
71	Psykologhjelp	242 929	259 000	266 000	
72	Tannbehandling	2 173 192	2 224 000	2 451 000	
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	724 552	860 751	880 600	
	Sum kap. 2711	4 842 221	5 176 751	5 470 000	

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til spesialist- og psykologhjelp, tannbehandling og private laboratorier og røntgeninstitutt etter folketrygdens kapittel 5.

Det foreslås at takstene for tannbehandling ikke prisjusteres for 2016, men videreføres nominelt på 2015-nivå. Dette gir en innsparing på om lag 67 mill. kroner.

Videre foreslås det at takster for enkelte behandlinger nedjusteres. Forslaget innebærer en reduksjon på om lag 25,8 mill. kroner.

Det legges til grunn at egenbetalingen følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme reelle nivå. Egenandelstakene foreslås ikke endret og prisjusteringen foreslås gjennomført ved å øke egenandelene under egenandelstak 1 og egenandelstak 2. Egenandelen for spesialist- og psykologhjelp, poliklinikk samt lab/røntgen foreslås økt med 8 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2016. Dette tilsvarer en økning på 4 pst. året sett under ett.

### 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 psykoterapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år.
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette går fram av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

Tabell 4.14 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister 2013–2014 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Endring
Kap. 2711, post 70	1 600	1 702	6,4 %

De regnskapsførte utgiftene økte med 102 mill. kroner fra 2013 til 2014, tilsvarende 6,4 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. Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjons-

sats og egenandeler. Volumveksten forklarer 3,6 pst. av veksten i 2014.

Den anslåtte utgiftsveksten i 2015 legger til grunn en volumvekst på 4 pst. Takstoppgjøret våren 2015 økte refusjonstakstene med i underkant av 2 pst. Volumveksten i 2015 er anslått til 4 pst. og tilsvarende for 2016. Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2015 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2016.

Tabell 4.15 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2013–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
Kap. 2711, post 70	1 600	1 701	1 833	1 872
Volumvekst (anslag)	2,5 %	3,6 %	3 %	4 %

### 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 (avtale-

spesialister). Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege, psykolog eller fra barnevernadministrasjonens leder. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster og pasienten må vanligvis betale egenandel. Ved behand-



ling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling, er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Tabell 4.16 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer i 2013–2014 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Endring
Psykologer med avtale	195,6	205,4	5,0 %
Psykologer uten avtale	30,5	35,8	17,4 %
Avsetning til fond	1,6	1,7	6,3 %
Sum kap. 2711, post 71	227,7	242,9	6,6 %

De regnskapsførte utgiftene til privatpraktiserende psykologer økte med 15 mill. kroner i 243 mill. kroner i 2014 eller 6,6 pst. Utgiftsveksten i

2014 skyldes bl.a. takstoppgjøret i 2014, som ga et påslag på takstene på 3,7 pst. og en anslått volumvekst på 3 pst.

Tabell 4.17 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2013–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
Kap. 2711, post 71	228	243	255	266
Volumvekst (anslag)	4,6 %	3,2 %	2 %	3 %

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2015 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2016.

### Post 72 Tannbehandling

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6a og 5-25. Folketrygden yter stønad til undersøkelse og

behandling som utføres av tannlege og tannpleier ved angitte diagnoser eller tilstander. Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71. Folketrygden gir refusjon basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det gis også stønad til tannbehandling som faller inn under yrkesskade etter folketrygdloven § 13.

Tabell 4.18 Regnskapsførte utgifter til tannbehandling 2013–2014 (mill.kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Endring
Kap. 2711, post 72	1 876	2 173	15,8 %

Fra 2013 til 2014 økte trygdens utgifter til stønad til tannbehandling med 297 mill. kroner eller 15,8 pst. Endring i stønadsordningen til tannbehandling til personer med nedsatt evne til egenomsorg ved varig somatisk eller psykisk sykdom, eller ved varig nedsatt funksjonsevne, medførte en økning i utgifter med om lag 40 mill. kroner ut over budsjettanslaget. De resterende deler av utgiftsveksten har sammenheng med volumvekst, prisjustering og endret takstbruk.

Deler av utgiftsveksten kan forklares med administrative forenklinger og at tannlegene er blitt flinkere til å informere pasientene om retten til utgiftsdekning. Dette gjøre det enklere for pasientene å kunne benytte seg av sine rettigheter. Fra 1. januar 2013 ble det også innført rett til stønad ved behandling hos tannpleier for behandling ved sykdommen periodontitt, noe som har økt utgiftene til refusjon.

Tabell 4.19 Utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2013–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
Kap. 2711, post 72	1 876	2 173	2 224	2 451
Volumvekst (anslag)	6,4 %	11,1 %	9 %	6 %

Utgiftsveksten per 1. august 2015 er betydelig (om lag 8 pst.) og det anslås en fortsatt vekst i utgiftene for resten av 2015. Det foreslås på denne bakgrunn at tannbehandlingstakstene ikke prjusteres for 2016. Innsparingen ved en nominell videreføring av takstene på 2015-nivå anslås til om lag 67 mill. kroner.

Videre foreslås det å nedjustere enkelttakster på tannbehandling fra 1. januar 2016 innenfor diagnoser/lidelser med særskilt høy utgiftsvekst i 2014 og første halvår. Dette gjelder behandlinger ved erosjoner/særskilt tannslitasje og ved munn- tørrhet.

Det foreslås å flytte 25,8 mill. kroner til andre prioriterte oppgaver innenfor tannhelsefeltet finansiert over kap. 770. Det vises til omtale under kap. 770, post 70.

### Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av departementet med hjemmel i folketrygdloven

§ 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling pga. sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier og røntgeninstitutt ytes etter fastsatt regelverk.

Det er en målsetting at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Etter folketrygdloven § 5-5 ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Det kan likevel kreves trygderefusjon utover de ev. volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor.

Undersøkelser ved røntgeninstitutt må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Refusjonene for private røntgeninstitutt ble prjustert med 3,3 pst. fra 1. januar 2015. Refusjonstakstene for private laboratorier ble nominelt videreført.

Tabell 4.20 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2013–2014 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Endring
Laboratorium	414	475	14,7 %
Røntgen	209	250	19,6 %
Sum kap. 2711, post 76	623	725	16,4 %

Utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte med 102 mill. kroner, eller 16 pst. i 2014.

Den anslåtte utgiftsveksten i 2015 legger til grunn en volumvekst tilsvarende knapt 10 pst. og en tilsvarende vekst i budsjettforslaget for 2016.

Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering foreslås det å underregulere laboratorie- og radiologitakstene tilsvarende 9 mill. kroner.

## Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
2751	Legemidler mv.	10 627 568	11 777 900	11 985 500	1,8
2752	Refusjon av egenbetaling	4 252 814	4 133 590	4 639 000	12,2
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	6 634 214	7 128 910	7 145 000	0,2
2756	Andre helsetjenester	509 600	527 000	623 000	18,2
	Sum kategori 30.50	22 024 196	23 567 400	24 392 500	3,5

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	306 938	336 000	340 000	1,2
70–89	Andre overføringer	21 717 258	23 231 400	24 052 500	3,5
	Sum kategori 30.50	22 024 196	23 567 400	24 392 500	3,5

### Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	
70	Legemidler	8 874 191	9 911 500	10 015 500	
71	Legeerklæringer	6 310	7 000	5 000	
72	Medisinsk forbruksmateriell	1 747 067	1 859 400	1 965 000	
	Sum kap. 2751	10 627 568	11 777 900	11 985 500	

Vesentlige endringsforslag utover pris- og volumjustering:

- Gi helseforetakene ansvar for finansieringen av nye legemidler til behandling av hepatitt C, for legemidler innenfor legemiddelgruppene

veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler og anemilegemidler. Bevilgningen reduseres på denne bakgrunn med 1211,5 mill. kroner

- reduksjon på 20 mill. kroner knyttet til innsparring ved redusert apotekavanse
- økning på 5 mill. kroner til en prøveordning med inhalasjonsveiledning for pasienter med astma/kols
- reduksjon på 30 mill. kroner knyttet til innsparring ved å fjerne barrierekluter fra produktlistene for stomi og inkontinens

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler, 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 refusjon av legemidler på blå resept på vegne av pasienter.

### 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 og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er, eller kan bli nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse går fram av blåreseptforskriften §§ 2 og 4, jf. legemiddelforskriften § 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntre straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen, jf. blåreseptforskriften § 3. For reseptpliktige legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det med visse unntak søkes utgiftsdekning gjennom folketrygdloven § 5-22 (bidragsordningen), jf. kap. 2790, post 70.

Statens legemiddelverk fatter vedtak i saker hvor legemiddelfirmaene har søkt om forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel. Departementet er klageinstans. Forhåndsgodkjent refusjon skal ikke innvilges uten Stortingets samtykke, dersom det vil lede til en utgiftsvekst for folketrygden som årlig overstiger 25 mill. kroner, jf. legemiddelforskriften § 14-15. Denne grensen for framtidig utgiftsvekst omtales som bagatellgrensen.

#### Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 38 pst., men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept.

Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8.

Alderspensionister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt for å betale egenandel på blå resept, hvis de får utbetalt en årlig pensjon som ikke overstiger minste pensjonsnivå. Også alderspensionister og AFP-pensionister som mottar særtilllegg er fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Videre er uføretrygdede med minstestøtte, tilsvarende 2,48 ganger grunnbeløpet for enslige eller 2,28 ganger grunnbeløpet for gifte/samboende, fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Dette gjelder også for uføretrygdede der vedkommende før 2015 har fått definisjonen minstepensionist, og det ikke har skjedd andre endringer i ytelsen enn at den fra 2015 er omregnet til uføretrygd.

Egenandeler for legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen (egenandelstak 1), som er nærmere omtalt under kap. 2752, post 70. Egenandelstak 1 innebærer at pasientens årlige utgifter knyttet til legehjelp (inkludert laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, enkelte polikliniske konsultasjoner, pasientreiser samt legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samlet ikke skal overstige 2185 kroner i 2015.

Det foreslås å øke den prosentvise egenandelen fra 38 til 39 pst. fra 2016, men beholde maksimal egenandel på 520 kroner.

#### Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler på blå resept i 2014, over kap. 2751, post 70, var 8,9 mrd. kroner, en økning på 4,4 pst. fra 2013. Hvis egenandeler dekkes av frikort tas med var utgiftene 9,7 mrd. kroner i 2014. Det vises til nærmere omtale i innledningen under programområde 30.

#### Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2014 behandlet Legemiddelverket 102 søknader om forhåndsgodkjent refusjon, hvorav 96 fikk innvilget forhåndsgodkjent refusjon eller utvidede refusjonsvilkår. 38 av refusjonssøknadene gjaldt nye virkestoff, ny indikasjon eller ny formulering. I 37 av disse sakene ble det innvilget forhåndsgodkjent refusjon. 5 av de 37 innvilgede refusjonssøknadene var opprinnelig oversendt departementet pga. budsjettmessige konsekvenser. Alle disse

legemidlene fikk innvilget forhåndsgodkjent refusjon fra 1. januar 2015 i forbindelse med at bagatellgrensen ble hevet fra 5 til 25 mill. kroner. Legemidlene som fikk innvilget forhåndsgodkjent refusjon behandler sykdommer som diabetes, KOLS, brystkreft, lungekreft, hjertesvikt, håndeksem, ADHD og schizofreni.

#### Legemidler til behandling av hepatitt C

I løpet av 2014–2015 har det kommet flere nye og kostbare legemidler til behandling av hepatitt C. Tidligere ble all legemiddelbehandling av hepatitt C dekket av folketrygden etter blåreseptforskriften § 4, uten krav til kostnadseffektivitetsvurdering av legemidlene eller vurdering av sykdommens alvorlighetsgrad for den enkelte pasient. Endringer i blåreseptforskriften § 4 trådte i kraft hhv. 1. november 2014 og 16. juni 2015. Endringene innebærer at det gis refusjon til pasienter med signifikant leverfibrose, at det for de nye legemidlene må søkes om refusjon etter individuell søknad, at behandlingen skal startes av relevant spesialist/sykehusavdeling og at det er innført krav om kostnadseffektivitet. Dagens ordning er i hovedsak i tråd med legeföreningens faglige veileder, og norsk praksis for refusjon er per september mindre streng enn f.eks. Danmark og England.

Det foreslås å overføre finansieringsansvaret for de nye hepatitt C legemidlene til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2016, jf. omtale under kap. 732, post 72–75. Dette er kostbare legemidler, men med relativt få brukere. Oppstart med behandlingen av disse legemidlene, evaluering og avslutning gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten. Videre er det flere legemidler til behandling av hepatitt C som kan erstatte hverandre i bruk, slik at det er mulig å dra nytte av priskonkuranse. En overføring av finansieringsansvaret til sykehusene vil derfor gjøre det mulig å oppnå rabatter gjennom anbudsprosesser, noe som ikke kan oppnås med dagens folketrygdfinansiering.

Veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler og anemilegemidler

Finansieringsansvaret for legemidler innenfor legemiddelgruppene veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler og anemilegemidler foreslås overført til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2016, jf. omtale under kap. 732, post 72–75. Dette er kostbare

legemidler, men med relativt få brukere. Oppstart med behandlingen av disse legemidlene, evaluering og avslutning gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten. Videre er det flere legemidler innenfor disse terapiområdene som kan erstatte hverandre i bruk, slik at det er mulig å dra nytte av priskonkuranse. En overføring av finansieringsansvaret til sykehusene vil derfor gjøre det mulig å oppnå rabatter gjennom anbudsprosesser, noe som ikke kan oppnås med dagens folketrygdfinansiering.

#### Legemidler til bruk ved våt makuladegenerasjon

Statens legemiddelverk har vurdert søknad om forhåndsgodkjent refusjon for ranibizumab (Lucentis) og aflibercept (Eylea) til behandling av våt AMD (våt makuladegenerasjon; en øyesykdom som fører til tap av synsevne), og konkludert med at legemidlet oppfyller kriteriene for forhåndsgodkjent refusjon. Budsjettkonsekvensene av ev. forhåndsgodkjent refusjon vil imidlertid overstige bagatellgrensen.

Det gis ikke individuell refusjon for behandling av AMD da det ikke finnes noen refusjonskode i refusjonslisten, og det ikke er en sjelden sykdom. Disse pasientene har imidlertid allerede et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, der også de aktuelle legemidlene benyttes. Det foreslås derfor at finansieringsansvaret for disse legemidlene fortsatt skal ligge i sykehus.

#### Endring av apotekavanse

Det foreslås en endring i apotekenes avanse på legemidler som til sammen gir en innsparing på 30 mill. kroner, fordelt med 20 mill. kroner på folketrygden og 10 mill. kroner for helseforetakene.

I Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen varsles det at departementet vil foreta en gjennomgang og vurdering av trinnprisordningen og apotekenes avanse i løpet av 2016, og det foreslås derfor ikke store endringer i apotekenes avanse i 2016. De mindre endringene som foreslås i 2016, vil frigjøre midler for å legge til rette for etablering av nettapotek og en prøveordning for inhalasjonsveiledning i apotek. De foreslåtte endringene gjennomføres ved å redusere avansesatsen for den del av maksimalpris som overstiger 200 kroner fra 3 til 2,5 pst. Samtidig foreslås det å heve tillegget for legemidler i reseptgruppe A og B fra 10 til 15 kroner. Ved beregning av helseforetakenes innsparing er det tatt hensyn til redusert pris på legemidler på H-resept og økt pris på legemidler i LAR som følger av endringene. Endringene er i tråd med målsetnin-

gen om bedre samsvar mellom apotekenes fortjeneste og arbeidet med utlevering og legemidlet.

#### Prøveordning inhalasjonsveiledning

Det er dokumentert at over 50 pst. av pasientene med astma/kols bruker medisinene feil. Det foreslås å innføre en prøveordning med en utvidet veiledningstjeneste til denne pasientgruppen (teknisk inhalasjonsveiledning). En veiledning i hvordan inhalasjonsmedisinene skal brukes, foreslås gjennomført av farmasøyter som jobber i apotek, og kan f.eks. tilbys førstegangsbrukere. Målsettingen er å bedre behandlingstilbudet ved å forebygge feilbruk og bedre etterlevelsen av behandlingen. Det er lagt til grunn at en slik veiledning kompenseres med 80 kroner (jf. kompensasjon som gis for en tilsvarende tjeneste i Danmark). Det er i dag rundt 400 000 brukere av inhalasjonslegemidler, hvorav 150 000 nye brukere hvert år. Dersom man tar utgangspunkt i at alle pasienter med nyoppstartet behandling tilbys veiledning, vil dette medføre en kostnad på 12 mill. kroner. Erfaringer fra Danmark indikerer at antall brukere av tjenesten trolig vil bli lavere. Det er på denne bakgrunn lagt til grunn en kostnad i 2016 på 5 mill. kroner. Dersom resultatene avviker vesentlig fra dette vil departementet komme tilbake med forslag til justering av ordningen.

#### Nye legemidler til behandling av høyt kolesterol og hjertesvikt

Det kommer nye og dyre legemidler til behandling av hhv. høyt kolesterol og hjertesvikt på markedet i løpet av høsten 2015. Dette er legemidler som kan være aktuelle for relativt store pasientgrupper, basert på godkjent indikasjon, og kostnadene kan derfor potensielt bli høye og overstige bagatellgrensen. Gjeldende regelverk gir pasientene rett til å søke refusjon etter individuell søknad (blåreseptforskriften § 3). Departementet har startet et arbeid med mulige tiltak for å få en kontrollert innføring av de nye legemidlene.

#### Post 71 Legeerklæringer

Ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4. Bevilgningen omfatter midler til å honorere leger som fyller ut søknad om individuell refusjon av legemidler på blå resept på vegne av pasienter. Legeerklæringstakstene fastsettes av staten.

Utgiftene til legeerklæringer var 6,3 mill. kroner i 2014, mot 5,7 mill. kroner i 2013, en økning på 10,5 pst.

#### Post 72 Medisinsk forbruksmaterieil

Bevilgningen omfatter utgifter til visse typer medisinsk forbruksmaterieil som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmaterieil ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens (urinlekkasje). Medisinsk forbruksmaterieil 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 forbruksmaterieil blir solgt gjennom apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislister for medisinsk forbruksmaterieil er uttømmende og angir hvilke produkter det gis refusjon til og pris for disse. Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) har ansvar for området medisinsk forbruksmaterieil. 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 av produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Det foreslås å flytte bidragsformålet måle- og administrasjonsutstyr til blåresept (medisinsk forbruksmaterieil), fra 1. januar 2016. Dagens ordning innebærer at det gis bidrag til måle- og administrasjonsutstyr for å måle og/eller administrere legemidler det gis stønad til etter bidragsordningen eller som det ytes refusjon til etter blåreseptforskriften. Formålet med flyttingen til blåresept er å oppnå likebehandling mellom ulike tilstander og legemidler, samt å bedre tilgangen for pasientene. Ved å overføre til blåreseptordningen vil ordningen være lettere tilgjengelig samtidig som den enkeltes utgifter til egenandeler vil inngå i tak 1-ordningen. Det anslås at en flytting av formålet vil innebære en merkostnad på 0,2 mill. kroner.

Utgiftene til medisinsk forbruksmaterieil var 1 747 mill. kroner i 2014, mot 1 748 mill. kroner i 2013.

Helfo er godt i gang med å gjennomgå de største produktområdene der formålet er å sikre rett prioritering og god kostnadskontroll. Gjennomgangen omfatter hvilke produkter det gis støtte til, prisfastsettelse, avanseregulering, utleveringsme-

tode, antallsbegrensning samt vilkår for å få medisinsk forbruksmateriell på blå resept.

Det foreslås at såkalte barrierekluter/hudfilmkluter ikke lenger skal dekkes av blåreseptordningen. Dette innebærer at produktgruppen fjernes fra produkt- og prislister for inkontinens og stomi. Statistikken og tilbakemeldinger viser at barriereklutene først og fremst brukes som vaskeprodukt. Folketrygden skal kun gi refusjon til pro-

dukter som brukes i behandling av irritasjonsdermatitt. Tiltaket vil anslagsvis gi en innsparing for folketrygden på 30 mill. kroner.

Egenbetalingen for medisinsk forbruksmateriell er den samme som for legemidler. Det vises til omtale på post 70. Det foreslås å øke den prosentvise egenandelen fra 38 til 39 pst. og beholde maksimal egenandel på 520 kroner uendret.

## Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
70	Egenandelstak 1	4 098 503	3 965 590	4 470 000
71	Egenandelstak 2	154 311	168 000	169 000
	Sum kap. 2752	4 252 814	4 133 590	4 639 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til egenandelstak 1 og egenandelstak 2 etter folketrygdlovens kapittel 5.

Det foreslås å flytte 63 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger knyttet til at polikliniske konsultasjoner, utført av flere helsepersonellgrupper, inkluderes i ISF innenfor gitte fagområder. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 72–75 og kap. 732, post 76.

Det legges til grunn at egenandelene i sum justeres i tråd med forventet prisvekst, svarende til om lag 89 mill. Innenfor denne rammen foreslås egenandelstak 1 og egenandelstak 2 videreført på samme nominelle nivå som i 2015. Egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser foreslås økt med 8 pst. i gjennomsnitt. For legemidler på blå resept foreslås det maksimale kronebeløpet uendret på 520 kroner, mens den prosentvise egenbetalingen økes fra 38 pst. til 39 pst. Egenandelen for pasientreiser, blå resept, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 4 pst. for året under ett.

For frikortmottakere innebærer budsjettforslaget en reell nedgang i utgiftene til egenandeler som omfattes av tak 1 og tak 2.

Det foreslås å automatisere egenandelstak 2 fra 1. januar 2017. Arbeidet påbegynnes i 2016.

### Post 70 Egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, viktige legemidler på blå resept og medisinsk forbruksmateriell samt pasientreiser. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet. Fra 2015 er egenandelstaket 2185 kroner. Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret. De fleste refusjonskravene som går inn under egenandelstak 1 sendes nå inn elektronisk.

Det er Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, som har ansvaret for frikortordningene.

Tabell 4.21 Utgifter dekket over egenandelstak 1 i 2013–2014 (mill.kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Endring
Legehjelp	2 033,6	2 082,6	2,4 pst.
Psykologhjelp	104,9	105,5	0,6 pst.
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell	846,5	1 305,7	54,2 pst.
Pasientreiser	603,7	604,7	0,2 pst.
Sum kap. 2752, post 70	3 588,7	4 098,5	14,2 pst.

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 3 589 mill. kroner i 2013 til 4 099 mill. kroner i 2014, en økning på 14,2 pst.

I 2014 ble det utstedt 1 138 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen. Dette er 6000 flere frikort enn i 2013, og er en økning på 0,5 pst. Tall fra Nav for 2014 viser at 52,3 pst. av frikortmottakerne er alders- og uførepensjonister. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket.

Det vises til omtale under innledningen til programområde 30.

Det foreslås å øke:

- egenandelene for lege- og psykologtjenester, poliklinikk, lab/røntgen samt pasientreiser med 8 pst. i gjennomsnitt.
- den prosentvise egenbetalingen fra 38 pst. til 39 pst. for legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept.

Egenandelen for pasientreiser og blå resept økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningen økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 4 pst. for året under ett.

Videre foreslås det å flytte 63 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger knyttet til at polikliniske konsultasjoner utført av flere helsepersonellgrupper inkluderes i ISF innenfor gitte fagområder. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 72–75 og kap. 732, post 76.

### Post 71 Egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak 2 for egenandeler, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført 1. januar 2003. Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi.

- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling.
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak.
- behandlingsreiser til utlandet.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet. For 2015 er utgiftstaket 2670 kroner. Når årlige utgifter overskrider 2670 kroner, har brukeren rett til frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter fullt ut av folketrygden. Egenandelstak 2 inngår ikke i automatisk frikortordning. Det er Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, som har ansvaret for frikortordningene.

I 2014 ble det utstedt 45 059 frikort, en økning på 825 frikort eller 1,9 pst. fra 2013. Tall fra Nav for 2014 viser at 39 pst. av frikortmottakerne under egenandelstak 2-ordningen er alders- og uførepensjonister. 61 pst. av de som i 2014 oppnådde frikort i tak 2-ordningen oppnådde også frikort under tak 1. Dette omfattet om lag 27 289 personer.

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tak 2 var 162 mill. kroner i 2013. I 2014 var utgiftene 154 mill. kroner, en reduksjon på 4,9 pst.

Det vises til omtale under innledningen til programområde 30.

Det foreslås å øke egenandelene for fysioterapitjenester, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet med 8 pst. i gjennomsnitt.

Egenandelene for opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet økes fra 1. januar. Egenandelene for fysioterapibehandling økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 4 pst. for året under ett.

Videre foreslås det å automatisere egenandelstak 2 fra 1. januar 2017. Arbeidet påbegynnes i 2016.



## Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
62	Fastlønsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	306 938	336 000	340 000
70	Allmennlegehjelp	4 257 088	4 526 800	4 607 000
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 776 639	1 955 000	1 880 000
72	Jordmorhjelp	50 102	52 110	55 000
73	Kiropraktorbehandling	137 228	148 000	145 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	106 219	111 000	118 000
	Sum kap. 2755	6 634 214	7 128 910	7 145 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdlovens kapittel 5.

Det legges til grunn at egenbetalingen følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme reelle nivå. Prisjusteringen foreslås gjennomført ved å øke egenandelene under egenandelstak 1 og egenandelstak 2, med unntak av egenandelen for blå resept, med 8 pst. Egenandelene for lege- og fysioterapitjenester foreslås økt med 8 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2016. Dette tilsvarer en økning på 4 pst. året sett under ett. Egenandelstakene foreslås ikke endret.

### Post 62 Fastlønsordning fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fysioterapeuter (fastlønte fysioterapeuter). Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må sees i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner. Kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5 21.

Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2015 ble fastlønnstilskuddet økt til 187 800 kroner for 2015. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 307 mill. kroner i 2014, mot 297 mill. kroner i 2013, en økning på 3,4 pst. Utgiftsøkningen har sammenheng med en økning i antall fastlønte fysioterapiårsverk i kom-

munene og økninger i fastlønnstilskuddet de siste årene.

Det vises til nærmere omtale under innledningen på Programområde 30 Stønad ved helsetjenester og del III 9 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

### Post 70 Allmennlegehjelp

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4, ytes godtgjørelse for undersøkelse og behandling hos lege. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene.

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel. Det vises også til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste, innledningen under programområde 30 og del III, 9 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. Legevakttjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Takstene fastsettes i forhandlinger mellom staten, regionale helseforetak, KS og Den norske legeforening.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.

- behandling av barn under 16 år.
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- første legeundersøkelse ved overgrepsmottak.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Tabell 4.22 Utgifter til allmennlegehjelp 2013–2014 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Endring
Fastleger mv.	3 386,3	3 573,1	5,5 pst.
Legevakt	470,4	505,9	7,5 pst.
Avsetning til fond	170,5	178,1	4,4 pst.
Sum kap. 2755, post 70	4 027,5	4 257,1	5,7 pst.

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 4 028 mill. kroner i 2013 til 4 257 mill. kroner i 2014, en vekst på 5,7 pst.

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 flere konsultasjoner som følge av flere fastle-

ger/innbyggere eller særskilte situasjoner som pandemisk influensa mv. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Tabell 4.23 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2013–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
Sum kap. 2755, post 70	3 685,9	4 257	4 527	4 576
Volumvekst (anslag)	3 pst.	2,4 pst.	3 pst.	3 pst.

Utgiftsveksten i 2014 skyldes en antatt volumvekst på om lag 2,4 pst., samt en økning i refusjonene til allmennleger som følge av takstforhandlingene om normaltariffen for leger.

Utgiftsveksten i 2015 skyldes en antatt volumvekst på om lag 3 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2016 en volumvekst i allmennlegetjenesten på 3 pst.

Det vises til nærmere omtale under innledningen på Programområde 30 Stønad ved helsetjenester og del III 9 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

### Post 71 Fysioterapi

Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir hvilke former for fysioterapi det kan gis stønad til, og de medisinske vilkårene for stønad. Det er et vilkår for slik refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen og at pasienten er henvist fra lege, kiropraktor eller fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi (manuellterapeut). Det er ikke krav om henvisning ved behandling hos manuellterapeut.

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og organisasjonene for fysioterapeuter: Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund.

Pasienten skal selv betale differansen (egenandel) mellom fysioterapeutens honorar og folketrygdens refusjonsbeløp. Over 50 pst. av pasientene betaler ikke egenandeler. Det gis godtgjørelse etter honorartakst ved nærmere angitte diagnoser basert på hjemmel i forskrift (diagnoselisten), ved yrkesskade og for barn under 12 år.

Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62. Bevilningene kan benyttes gjensidig under den andre posten.

Tabell 4.24 Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter 2013–2014 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Endring
Fysioterapeuter med avtale	1 671,9	1 715,3	2, pst.
Fysioterapeuter uten avtale <sup>1</sup>	34,8	31,5	-9,4 pst.
Avsetning til fond	29,1	30,0	2,7 pst.
Sum kap. 2755, post 71	1 735,8	1 776,6	2,4 pst.

<sup>1</sup> Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 736 mill. kroner i 2013 og 1 777 mill. kroner i 2014, en økning på 2,4 pst. Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale må sees i sammenheng med at antall utdanningskandidater som utløser refusjon kan variere fra år til år. Dette kan gi svingninger i refusjonsutbetalingene. Utgiftsendring kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres f.eks. gjennom antall konsultasjoner og antall utøvere av tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre type konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke

følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2014 totalt 4596 fysioterapiårsverk. Dette innebærer en økning i antall årsverk fra 2013 på totalt 1,3 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere er som i 2013 8,9 årsverk. Det er innen områdene diagnose, behandling og rehabilitering, annet forebyggende arbeid og fysioterapi innen institusjoner for eldre og funksjonshemmede at økningen er størst. Etablering av frisklivssentraler i kommunene har bidratt til økningen i det forebyggende arbeidet. Når det gjelder årsverk for fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er det en marginal økning fra 2013 til 2014.

Tabell 4.25 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2013–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2013	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016
Sum kap. 2755, post 71	1 735,8	1 776,6	1 955	1 901
Volumvekst (anslag)	3,2 pst	2,4 pst.	3 pst.	3 pst.

Kommunenes oppsplitting av driftstilskudd i små enheter med forutsetning om fulltidsarbeid har tidligere bidratt til økt aktivitet i tjenesten, men også en utilsiktet forskyvning av finansieringsansvaret over på folketrygden. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at av i alt 3360 avtalehjemler i 2014 var 51 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler. 42,2 pst. av avtalehjemlene var i

størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 6,8 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2013 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

der. Kommunene skal kun utlyse en deltidshjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapijeneste. Det er fortsatt for stort avvik mellom avtalehjemmel og arbeidsomfang. Det ble derfor ved fastsetting av takstene per 1. juli 2013, fastsatt at kommunene ikke kan inngå nye driftsavtaler med fysioterapeuter med et mindre volum enn 50 pst. av en fulltidsavtale, dvs. 18 timer per uke hvis det ikke er spesielle grunner til det. Dette er hjemlet i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. hvor det også er forskriftsfestet at det skal være samsvar mellom driftshjemler og arbeidsomfang.

Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel mv., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen.

Det vises til nærmere omtale under innledningen på Programområde 30 Stønad ved helsetjenester og del III 9 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

### Post 72 Jordmorhjelp

Utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor, dekkes etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskontroller i helsestasjon utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger.

Utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad.

Det ytes engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon etter folketrygdloven § 5-13. Stønadssatsen er 2550 kroner.

Utgiftene i 2014 var 50 mill. kroner, mot 51 mill. kroner i 2013, en reduksjon på 2 pst.

### Post 73 Kiropraktorbehandling

Utgifter til behandling hos kiropraktor dekkes etter fastsatte takster med hjemmel i folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Det gis stønad for inntil 14 behandlinger per kalenderår.

Refusjonsordningen ble innført i 1974. Kiropraktorene har fri prissetting. I tillegg til godtgjørelse for undersøkelse og behandling, får kiropraktorer godtgjørelse for deltakelse i samarbeidsmøter med annet helse- og sosialfaglig personell som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for enkeltpasienter.

Folketrygden yter et tilskudd til fond til videre- og etterutdanning av kiropraktorer tilsvarende 1,5 pst. av trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 137 mill. kroner i 2014 mot 134 mill. kroner i 2013, en økning på 2,2 pst. Utgiftsveksten har sammenheng med en økning i antall kiropraktorer som har avtale om direkte oppgjør med Helfo og en økning i antall konsultasjoner som utløser refusjon. Antall kiropraktorer som hadde oppgjørsavtale med HELFO økte med 7 pst., fra 711 i 2013 til 762 i 2014. Antall konsultasjoner var tilnærmet uendret fra året før, om lag 1,9 millioner.

### Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Folketrygden dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a.

Det er et vilkår for refusjon for logopedisk og audiopedagogisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

De logopediske og audiopedagogiske tiltakene som dekkes etter folketrygdloven, faller inn under kommunenes og fylkeskommunenes ansvar etter opplæringsloven av 1998. Kommuner og fylkeskommuner har iht. opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger har, siden 1948, hatt anledning til å utløse takster for undersøkelse og behandling av personer med språk- og talevansker.

I 2014 utbetalte folketrygden 99,7 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 6,5 mill. kroner til ortoptisk behandling.

De samlede utgiftene økte fra 98 mill. kroner i 2013 til 106 mill. kroner i 2014, en økning på 8,2 pst.

## Kap. 2756 Andre helsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2014	budsjett 2015	2016
70	Helsetjenester i annet EØS-land	10 523	17 000	13 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.	327 555	320 000	395 000
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	171 522	190 000	215 000
	Sum kap. 2756	509 600	527 000	623 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet og til utenlandsboende mv. etter folketrygdlovens kapittel 5.

Det ble opprettet nye budsjettposter under kap. 2756 Andre helsetjenester som følge av at ansvaret for helsehjelp i utlandet etter folketrygdloven § 5-24 og forordning 883/04 og helsehjelp i Norge etter forordning 883/04 (kap. 2690, post 70 og 77 samt kap. 5701, post 74) i 2013 ble overført fra daværende Arbeidsdepartementet.

Refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land ble satt i verk 1. januar 2011. Ordningen gjelder helsehjelp EU-domstolen karakteriserer som «ikke-sykehusbehandling» og gir norske pasienter større valgfrihet mht. om de vil motta helsehjelp i Norge eller i andre EØS-land. Refusjon gis for helsehjelp som pasienten ville fått på det offentliges bekostning (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår. Det vises videre til Stortingets behandling av Prop. 118 L (2012–2013) om bl.a. EUs pasientrettighetsdirektiv. Som ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet er dagens forskrift utvidet til å omfatte sykehusbehandling fra 1. mars 2015.

Ordningen administreres av Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Pasienten må selv betale alle utgifter til behandlingen, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfo belaster folketrygden for utgiftene til behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped, audiopedagog og tannbehandling ved sykdom samt blåreseptordningen, jf. kap. 2756, post 70. Helfo sender krav om dekning av utgiftene for allmennlege-, fysioterapi-, jordmorhjelp til kommunene, tannbehandling, som i Norge ytes av den offentlige tannhelsetjenesten til fylkeskommunene samt spesialisthelsetjenester til regionale helseforetak, jf. kap. 720, post 70 og kap. 3720, post 03. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (ISF-refusjon og stønad fra folketrygden) for helsehjelp som pasienter får under denne ordningen. Kommuner, fylkeskommuner

og regionale helseforetak må dekke utgiftene til tjenestetypene innen sitt ansvarsområde fullt ut innenfor frie inntekter/basisbevilgning.

Det har vært en økning i refusjonskrav fra om lag 8300 saker i 2013 til 9700 saker (17 pst.) i 2014 for ordningen totalt. I løpet av første halvår 2015 har Helfo mottatt 6450 refusjonskrav etter folketrygdloven § 5-24a. Det ble i 2014 utbetalt refusjoner for i alt 34,5 mill. kroner hvorav 67 pst. for fysioterapibehandling og 29 pst. for tannbehandling. Gjennomsnittsutbetaling per sak for både fysioterapi- og tannbehandling er økende.

### Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Posten dekker folketrygdens utgifter til helsehjelp i andre EØS-land (behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom, undersøkelse ved bestemte diagnoser og behandlingsformer samt blåreseptordningen).

Utgiftene var 10,5 mill. kroner i 2014 mot 7 mill. kroner i 2013, en økning på 49,8 pst. Rapportering fra Helfo viser at det i all hovedsak er blitt refundert utgifter til tannbehandling ved sykdom, jf. folketrygdloven § 5-6, på denne budsjettposten. Det er et begrenset antall saker innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

### Post 71 Helsetjenester i utlandet mv.

Posten gjelder stønad til helsetjenester i utlandet for personer som er medlemmer i folketrygden og som omfattes av bestemmelsene i folketrygdloven § 5-24.

De grupper som kommer inn under stønadsreglene er bl.a. sjøfolk på norske skip i utenriksfart, norske statsborgere som er statens lønnete tjenestemenn i utlandet, norske studenter i utlandet og utsendte arbeidstakere. Turister omfattes ikke

av reglene. Refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 har i hovedsak betydning for medlemmer i folketrygden som er bosatt eller oppholder seg over tid i land utenfor EØS-området og som har behov for behandling i oppholdslandet.

Nødvendige utgifter til ambulansetransport innad i behandlingslandet og til opphold og behandling i helseinstitusjon dekkes fullt ut. Det betales egenandel for behandling hos lege, tannbehandling for sykdom, fysioterapi, behandling hos psykolog og for viktige legemidler. Utgiftene refunderes av Helfo Utland.

Utenlandsboende pensjonister med rettigheter etter norsk folketrygd gis stønad etter de bestemmelser som gjelder for tilsvarende behandling i Norge, men med de særregler at utgiftene dekkes etter særskilte satser, og at utgifter til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget. For 2016 foreslås det maksimale stønadsbeløpet til 3610 kroner per døgn.

Helfo Utland har inngått avtale med et utenlandsk selskap om administrasjon av refusjon for helsetjenester for en del medlemmer av folketrygden som oppholder seg i USA, så som studenter, arbeidstakere i utenriktjenesten og krigspensjonister. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt

forskrift som avskjærer retten til stønad til helsetjenester fra folketrygden for personer som er sikret rett til dette etter gjensidighetsavtale med annet land (f.eks. EØS-avtalen). Dette har gitt betydelig reduksjon i folketrygdens utgifter til helsetjenester i utlandet etter denne refusjonsordningen.

Posten omfatter også refusjon av utgifter til helsetjenester som medlemmer av folketrygden har mottatt i andre EØS-land og Sveits, etter EØS-avtalens forordning 883/2004.

Utgiftene var 327,5 mill. kroner i 2014 mot 309 mill. kroner i 2013, en økning på 6 pst.

### **Post 72 Helsetjenester til utenlandsboende mv.**

Posten omfatter utgifter for EØS-borgere fra andre EØS-land som behandles i Norge, jf. EØS-forordning 883/2004 og utgifter til behandling i Norge for medlemmer av folketrygden bosatt i utlandet. I tillegg omfatter posten pasienter fra land utenfor EØS-området som Norge har gjensidig avtale med om dekning av utgifter.

Utgiftene var 190 mill. kroner i 2014 mot 171 mill. kroner i 2013 en økning på 11 pst.

## Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
2790	Andre helsetiltak	190 256	192 200	180 000	-6,3
	Sum kategori 30.90	190 256	192 200	180 000	-6,3

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	Pst. endr. 15/16
70–89	Andre overføringer	190 256	192 200	180 000	-6,3
	Sum kategori 30.90	190 256	192 200	180 000	-6,3

### Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2014	Saldert budsjett 2015	Forslag 2016	
70	Bidrag	190 256	192 200	180 000	
	Sum kap. 2790	190 256	192 200	180 000	

#### 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. 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 1732 kroner i 2015. Mange formål dekkes etter andre regler og satser. Egenandeler, døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig.

Bidragsordningen består av om lag 20 forskjellige bidragsformål. Fullstendig oversikt over hvilke tilskuddsordninger som kommer inn under bidragsordningen går fram av rundskrivet til folketrygdloven § 5-22 Bidrag til spesielle formål. Rundskrivet er tilgjengelig via hjemmesidene til Helfo.

Utgiftene på bidragsordningen var 190,3 mill. kroner i 2014.

Bidragsformålet måle- og administrasjonsutstyr flyttes til blåresept fra 1. januar 2016 (kap. 2751, post 72), jf. Prop. 1 S (2014–2015).





*Del III*  
*Omtale av særlige tema*



## 5 Status for helse og omsorg

De siste 20 årene har alle grupper i Norge, uavhengig av utdanning og inntekt, fått bedre helse. Levealderen i Norge er blant de høyeste i verden. Gjennomsnittlig forventet levealder i 1970 var 71 år for menn, og 77 år for kvinner. I 2014 er tallene 80,0 år for menn og 84,1 år for kvinner. Levealderen øker i alle grupper, men det er fortsatt store sosiale ulikheter i forventet levealder. Spedbarnsdødeligheten er svært lav, omkring 3 per 1000 levende fødte. Stadig færre dør før pensjonsalderen.

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå viser at Norge i 2014 brukte om lag 290 mrd. kroner på helse og omsorg i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det svarer til rundt 56 500 kroner per innbygger. Dette omfatter alle private og offentlige utgifter som går til forbruk eller investeringer mv. Sammenliknet med andre europeiske land ligger Norge sammen med Sveits på topp i bruk av helseutgifter per innbygger. Det offentlige dekker om lag 85 pst. av de samlede helseutgiftene i Norge, og dette er godt over gjennomsnittet i EU-landene, som i 2012 var på 73 pst. Den offentlig finansierte andelen har vært stabil her i landet de siste årene og noe høyere sammenliknet med første halvdel av 2000-tallet. Andelen av BNP som benyttes til helseformål utgjorde 9,2 pst. i 2014. Tall fra 2013, som er de nyeste tallene tilgjengelige fra OECD, viser at de løpende helseutgiftene i Norge da utgjorde 8,9 pst. av BNP. Dette er som gjennomsnittet for OECD-landene når privat og offentlig finansiering sees under ett.

### 5.1 Sykelighet og sykdomsfaktorer

Tre av ti oppgir at de har helseproblemer som påvirker hverdagen. Én av fire har muskel- og skjelettlidelser. 8–10 pst. har betydelige psykiske plager.

Dødsårsaker i alderen 0–74 år er om lag 20 pst. hjerte- og karsykdommer og 40 pst kreft og 10 pst. voldsomme dødsfall.

Kreftdødeligheten har endret seg lite de siste tiårene – når vi ser på antall dødsfall per 100 000 innbyggere og korrigerer for økt levealder. Kreft-

forekomsten har derimot økt. Med bedre diagnostikk oppdages flere tilfeller av kreft tidligere.

10 pst. i yrkesaktiv alder mottar uførepensjon. Over 60 pst. av uførepensjonistene har enten en psykisk lidelse eller sykdommer i muskel- og skjelettsystem og bindevev. I 2011 var andelen med psykiske lidelser (31,6 pst.) for første gang høyere enn andelen med muskel- og skjelettlidelser.

Om lag 40 pst. av eldre over 90 år rammes av demens.

Mellom 20 og 50 pst. av pasienter på institusjon har en underernæringsstilstand (inkl. eldre, funksjonshemmede, langtidspasienter mv. i sykehus og sykehjem).

Psykiske lidelser er skyld i nær 20 pst. av sykefraværsdagsverkene i Norge. Angst og depresjon er de vanligste psykiske lidelsene.

15–20 pst. av barn og unge har psykiske vansker som går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. Om lag 8 pst. (70 000) av barn og unge har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Angst, depresjon og atferdsproblemer er de vanligste lidelsene.

290 000 barn har foreldre med psykiske lidelser eller alkoholproblemer som går ut over daglig fungering.

Om lag 8–10 pst. av den voksne befolkningen har astma. Om lag 20 pst. av barn og unge har astma.

Det anslås at 3–4 pst. har symptomer på matallergi. Anslagsvis 6–8 pst. av barn under skolealder har symptomer på matallergi.

Mellom 250 000 og 300 000 personer anslås å ha kols (kronisk obstruktiv lungesykdom).

Antall personer med diagnosen diabetes i Norge er anslått til vel 200 000 personer. I tillegg er det et betydelig, antagelig mer enn 100 000, med udiagnostisert diabetes. Innvandrere fra Pakistan, India, Sri Lanka ser ut til å ha høyere risiko for type 2 diabetes.

Mellom 15 og 20 pst. av alle voksne anslås å lide av fedme (kroppsmasseindeks over 30). I gjennomsnitt har 16 pst. av 8–9-åringer overvekt eller fedme. 8 pst. har bukfedme.

Vel 30 pst. av voksne oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet, men det er en svak positiv

utvikling. Kvinner er mer aktive enn menn i alle aldersgrupper, og aktivitetsnivået øker med utdanningsnivå for begge kjønn. Unge voksne er minst aktive. Voksne bruker 62 pst. av våken tid til stillesitting. Menn sitter mer i ro enn kvinner. Vi er mest stillesittende i Europa og nest mest i verden. Stillesitting og fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for sykdom og helseplager.

Om lag 90 pst. av seksåringene og niårige gutter er fysisk aktive i tråd med anbefalingen om minst 60 minutter hver dag, mens det gjelder for bare 70 pst. av niårige jenter. Aktivitetsnivået synker kraftig fra 9 til 15 års alder. Bare halvparten av 15-åringene er tilstrekkelig fysisk aktive. Tid i ro per dag øker i gjennomsnitt med 17 minutter for hvert år fra seks til 15-årsalder. Daglig variert fysisk aktivitet er nødvendig for barn og unges normale vekst og utvikling.

Om lag en av fem voksne spiser anbefalt mengde frukt og grønt daglig. Voksne inntar dobbelt så mye salt som anbefalt. Om lag 40 pst. av 16-årige gutter drikker brus 5–6 ganger per uke, og under halvparten spiser grønnsaker 5–6 ganger per uke.

Om lag 13 pst. voksne røyker daglig, og om lag 9 pst. røyker av og til. Hvert år dør om lag 6600 personer i Norge av sykdommer knyttet til røyking. Om lag 5 pst. av 16–24-åringer røyker daglig, og om lag 12 pst. røyker av og til.

Bruken av snus har økt spesielt blant unge det siste tiåret. Blant unge menn i alderen 16–24 år snuser om lag 23 pst. daglig, og om lag 10 pst. av og til. Blant unge kvinner snuser 12 pst. daglig og 6 pst. av og til. I Sverige bruker 17 pst. unge menn og 4 pst. unge kvinner i alderen 16–29 år snus daglig. Tallene er ikke direkte sammenliknbare, men antyder at bruk av snus blant unge kvinner ligger langt høyere i Norge enn i Sverige.

Salget av alkohol i Norge er høyere nå enn for 20 år siden, men det har falt noe fra 2008 til 2014. Alkoholforbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng. Alkohol er den tredje største årsak til sykdom og tapte leveår i den vestlige verden. Alkohol fører også til tredjepartsskader og store kostnader for samfunnet.

Bruk av illegale rusmidler i Norge er lavt, men antallet overdosedødsfall er høyt.

Hvert år forårsaker akutte forgiftninger om lag 300–500 dødsfall.

Om lag 1800 dødsfall hvert år skyldes ulykker. Skader og ulykker er årsak til rundt 10 pst. av alle døgnopphold i sykehus.

Forekomst av resistente sykdomsframkallende mikrober øker både hos dyr og mennesker.

Norge er fortsatt blant de landene som er best stilt når det gjelder antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner.

Det er lav forekomst av smittestoffer i drikkevann, mat og hos husdyr, men det er likevel nødvendig med systematisk tilsyn.

## 5.2 Omsorgstjenestene

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå for 2014 viser at samlede brutto driftsutgifter i de kommunale omsorgstjenestene var på 101 mrd. kroner. I tillegg kommer 5,8 mrd. kroner knyttet til kommunenes utgifter til samhandlingsreformen. Samlet tilsvarer dette 28 pst. av kommunenes samlede brutto driftsutgifter. Vel 341 000 personer var registrert som mottakere av en eller flere kommunale omsorgstjenester gjennom året i 2014. Bl.a. has veksten i antall yngre tjenestemottakere ført til en vridning av ressursbruken i omsorgstjenestene mot hjemmebaserte tjenester og bort fra tradisjonelle institusjonstjenester. I 2014 gikk 54,6 pst. av kommunenes brutto driftsutgifter til omsorgstjenestene til tjenester til hjemmeboende, inkludert aktiviserings- og servicetjenester. De kommunale omsorgstjenestene utførte om lag 134 300 årsverk i 2014. Antall årsverk økte i 2014 med om lag 1600.

## 5.3 Primærhelsetjeneste

I følge foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå utgjorde kommunenes brutto driftsutgifter til helsetjenester om lag 15 mrd. kroner i 2014. I tillegg dekkes om lag 6,6 mrd. kroner til helsetjenester i kommunen til bl.a. allmennlege-, fysioterapi-, kiropraktor og jordmortjenester gjennom statlige trygderefusjoner. De fleste av utgiftene går til diagnostisering, behandling, habilitering og rehabilitering i kommunene, i tillegg kommer utgifter til forebyggende helsearbeid.

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå for 2014 viser en positiv årsverksutvikling i de kommunale helsetjenestene.

Det er betydelige mangler i kunnskapsgrunnlaget for de kommunale helsetjenestene. Mangel på gode data fra kommunenes helsetjenester gjør at nasjonale myndigheter, kommuneledelsen og fagpersoner i tjenestene ikke har nødvendig kunnskap for å utvikle gode og trygge tjenester. Det arbeides derfor med å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Registeret vil være en viktig datakilde for statistikk, helseanaly-

ser, kvalitetsforbedringsarbeid, beredskap, forebyggende arbeid og forskning.

#### **5.4 Tannhelsetjeneste**

---

Om lag 1 070 000 personer ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2014. Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til tannhelsetjenester utgjorde om lag 3,3 mrd. kroner. I tillegg ble det gitt i underkant av 2,2 mrd. kroner i statlig stønad over folketrygden til å dekke utgifter til tannbehandling.

#### **5.5 Spesialisthelsetjeneste**

---

I følge Helsedirektoratets rapport Samdata – Spesialisthelsetjenesten 2014 var de samlede driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten om lag 128 mrd. kroner inkl. kapitalkostnader og pensjonskostnader i 2014. Kostnadene (målt i faste priser) har økt med 3,4 pst. sammenliknet med 2013. Antall årsverk var om lag 105 000 for spesialisthelsetjenesten totalt i 2014, dvs. en økning på 2,6 pst. fra 2013. Aktiviteten ved sykehusene fortsetter å øke. I underkant av 2,5 millioner unike pasienter hadde én eller flere kontakter med spesialisthelsetjenesten. Tallet inkluderer både alle sektorer og

avtalespesialister. Det var om lag 810 000 døgnopphold, 211 000 kirurgiske dagbehandlinger og i underkant av 5,6 mill. polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus i 2014. I underkant av 1,86 mill. pasienter hadde minst én kontakt ved somatiske sykehus. Tilsvarende tall innen psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var hhv. om lag 178 000 og 31 000 pasienter. I overkant av 57 000 pasienter hadde minst én kontakt ved psykisk helsevern barn og unge i 2014.

Gjennomsnittlig ventetid til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, inkl. psykisk helse og rusbehandling, var 72 dager i 2014. Ventetiden er redusert med 2 dager sammenliknet med 2013. Det var om lag 1,4 mill. nyhenviste til spesialisthelsetjenesten i 2014. Dette er en økning på 2,1 pst. sammenliknet med 2013.

#### **5.6 Legemidler**

---

Ifølge Folkehelseinstituttet ble det solgt legemidler med markedsføringstillatelse for vel 22 mrd. kroner i 2014. Sammenliknet med 2013 har omsetningen av legemidler til mennesker økt med 8,9 pst. Det offentlige dekker, enten gjennom helseforetak eller folketrygd, om lag to tredeler av disse legemiddelkostnadene.

## 6 Folkehelsepolitikken

Regjeringen la våren 2015 fram en ny folkehelsemelding, Mestring og muligheter, Meld. St. 19 (2014–2015). Meldingen ble behandlet i Stortinget 16.06.2015, jf. Innst. 380 S (2014–2015). Meldingen bygger videre på hovedlinjene i folkehelsepolitikken som det var tverrpolitisk enighet om da Stortinget behandlet Meld. St. 34 (2012–2013), jf. Innst. 478 S (2012–2013). Regjeringen har valgt å legge hovedvekten på ny politikk på områder som enten ikke har vært tilstrekkelig prioritert, eller som den mener krever nye løsninger. Dette omfatter psykisk helse i folkehelsearbeidet, helsevennlige valg og aktive eldre. Det er videre lagt vekt på forebyggende arbeid rettet mot barn og unge.

Psykiske helseproblemer er blant de største folkehelseutfordringene vi har i dag og sosiale forskjellene i forekomst av psykiske helseproblemer er store. Regjeringen vil derfor legge mer vekt på forhold som har betydning for den psykiske helsen, som sosiale nettverk, sosial støtte, mestring og trivsel. Kommunen og lokalmiljøet er en satsingsarena for utvikling av tverrfaglig innsats og tiltak. For det andre vil regjeringen satse på aktive eldre. Det er et mål at eldre som selv ønsker det skal få mulighet til å delta i arbeidslivet. Når levealderen øker, er det nødvendig å legge til rette for god helse i eldre år. Helsefremmende livsstil med bl.a. fysisk aktivitet, god ernæring og sosial aktivitet er viktig for å stå i jobb og holde seg funksjonsfrisk. For det tredje vil regjeringen gi arbeidet med livsstilssykdommer en ny og mer positiv vinkling. Livsstilssykdommer har stor betydning for folkehelsen, og det forebyggende arbeidet mot disse sykdommene må styrkes. Regjeringen vil legge vekt på positiv motivasjon i kombinasjon med tiltak som gjør det lettere for den enkelte å ta de sunne valgene. Tiltak for bedre folkehelse må også veies opp mot enkeltmenneskets valgfrihet. Dette dreier seg om forholdet mellom den enkeltes selvbestemmelse og samfunnsrettede tiltak, og hvordan politikken i større grad kan innrettes slik at den fremmer den enkeltes muligheter for livsutfoldelse.

De nasjonale målene for folkehelsepolitikken er at:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder

- befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

Levealder er et godt mål på helsesituasjonen i befolkningen, og må ses i sammenheng med de andre målene. Målet om å øke forventet levealder skal først og fremst nås ved å redusere for tidlig død og ved å utjevne sosiale helseforskjeller i helse og levealder. Innsatsen må rettes inn mot forutsetningene for et langt liv med god helse.

Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 pst. innen 2025. De globale målene for risikofaktorer som er relevante for folkehelsepolitikken er:

- stoppe økningen i diabetes og overvekt
- minst 10 pst. reduksjon av skadelig bruk av alkohol
- 10 pst. reduksjon av forekomst av utilstrekkelig fysisk aktivitet
- 30 pst. reduksjon i forekomst av tobakksforbruk
- 25 pst. reduksjon av forekomst av forhøyet blodtrykk
- 30 pst. reduksjon i gjennomsnittlig inntak av salt eller natrium

Regjeringen vil legge målene til grunn for utviklingen av nasjonal politikk og styrke innsatsen på tvers av sektorer for en mer helsevennlig livsstil. Målene må tilpasses nasjonale forhold, og det er spesielt behov for å supplere med mål som fanger opp helsefremmende faktorer som godt kosthold, gode måltidsvaner og daglig fysisk aktivitet som kilde til overskudd og livsglede.

Samarbeid med og understøttelse av kommunesektoren er viktig for å utvikle og sette i verk folkehelsepolitikken. Den nasjonale politikken skal støtte opp om folkehelsearbeidet lokalt og regionalt og sørge for god samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser.

Riksrevisjonen har gjennomført en undersøkelse om folkehelsearbeid. Undersøkelsen omfatter perioden fra og med 2012 til og med januar 2015. Målet med undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøtter folkehelsearbeidet lokalt og regionalt. Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet:

- legger til rette for økt kunnskap om folkehelse og hva som er effektive folkehelse tiltak, både gjennom forskning og ved formidling av erfaringsbasert kunnskap i kommunene.
- bidrar med tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet.
- styrker arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, bl.a. gjennom å synliggjøre helsekonsekvenser og legge til rette for at sektormyndigheter utenfor helse i større grad deltar i folkehelsearbeidet.

Anbefalingene fra Riksrevisjonen er i tråd med de utfordringene som er beskrevet i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Regjeringen vil derfor legge vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget, bistå til implementeringen av folkehelseoven i kommunene og styrke arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer.

Regjeringen vil bl.a. trappe opp innsatsen og videreutvikle nasjonale tiltak for å støtte det lokale folkehelsearbeidet gjennom sterkere faglig støtte til kommunen og videreutvikling av arbeidet med å spre metoder og verktøy. Dette blir fulgt opp bl.a. gjennom etatsstyringen av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Helsedirektoratet skal bl.a. videreutvikle veiviserne i lokalt folkehelsearbeid, som praktisk hjelpemiddel til kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid, for å gjøre folkehelsearbeidet kunnskapsbasert og systematisk. Meldingen varsler også at vi vil bygge opp kunnskap om implementering i kommunene og legge til rette for mer systematisk evaluering av tiltak og formidling av god praksis.

Regjeringen vil fastsette sektorvise indikatorer for å følge utviklingen i folkehelsepolitikken. Skal det være mulig å tilpasse den nasjonale politikken til nye utfordringer, er det behov for indikatorer som gjør det mulig å følge utviklingen av forhold som har stor betydning for befolkningens helse. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle slike indikatorer i nært samarbeid med andre statlige direktorater og fagmiljøer.

I forbindelse med revisjon av utredningsinstruksen skal Helse- og omsorgsdepartementet gi ut en veileder om oppfølging av instruksens krav om vurdering av konsekvenser for befolkningens helse og sosiale helseforskjeller.

## 6.1 Utjevning av levekår og sosial inkludering

Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse henger nært sammen med velferdsutvikling og forskjeller i levekår og inntekt. Regjeringen vil jobbe for at Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom. De viktigste tiltakene for å bekjempe fattigdom er gode barnehager og skoler som utjevner sosiale forskjeller og et åpent og inkluderende arbeidsliv med plass til alle. Høy sysselsetting, universelle velferdsordninger og et godt utbygd utdanningssystem har bidratt til færre fattige og jevnere inntektsfordeling i Norge sammenliknet med andre land. Til tross for høy sysselsetting og godt utbygde velferdsordninger, er det mennesker som står utenfor viktige sosiale arenaer pga. dårlig økonomi eller dårlige levekår. Det må arbeides på bred front for å hindre at mennesker faller utenfor. Regjeringen vil tette hullene i det sosiale sikkerhetsnettet for grupper som i dag faller igjennom. Dette innebærer bl.a. å sikre barn som vokser opp i fattige familier mer likeverdige muligheter.

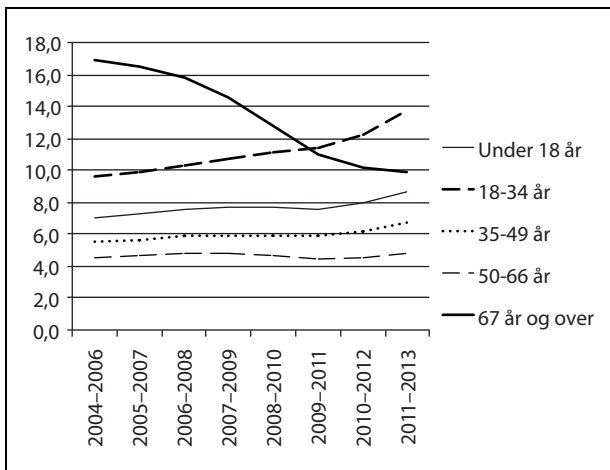
Regjeringen vil arbeide for å styrke ordningene som legger til rette for funksjonshemmede i arbeidslivet, arbeide videre for et universelt utformet samfunn og legge vekt på universell utforming innen IKT. Høsten 2015 legger regjeringen fram en ny handlingsplan for universell utforming.

### Grunnleggende økonomisk og sosial trygghet

Norge har små inntektsforskjeller sammenliknet med andre OECD-land. Målt med Gini-koeffisienten, som er det mest brukte målet på inntektsulikhet internasjonalt, har Norge de nest minste inntektsforskjellene. Gini-koeffisienten går fra 0 til 1, der 0 er absolutt likhet (alle tjener like mye) og 1 absolutt ulikhet (1 person har all inntekt). Norge, Island og Danmark har en Gini-koeffisient på omkring 0,25, mens Finland og Sverige ligger noe høyere på hhv. 0,26 og 0,27. Bare Slovenias Gini-koeffisient på 0,245 er lavere enn Norges. I den andre enden av skalaen finner vi land som USA og Chile på omkring 0,4 og 0,5.

Selv om inntektsforskjellene er små, er det noen som har så lav inntekt og levestandard at dette begrenser deres muligheter for fullverdig deltakelse i samfunnet. En mye brukt indikator for hvor mange som er utsatt for fattigdom, er andelen med inntekt under et gitt nivå (vanligvis 60 pst. eller 50 pst. av medianinntekten). Andelen i Norge med vedvarende lavinntekt har gått kraftig ned blant de eldre de siste årene, men steget i de fleste andre aldersgrupper (se figur). Nesten 9 pst. av barn under 18 år bor i familier med vedvarende lavinntekt. Andelen barn i lavinntektsfamilier ble fordoblet i perioden 1997–2009, blant disse er det en stor andel enslige forsørgere. Barn med innvandrerbakgrunn utgjør over halvparten av fattige under 18 år.

Særlig bekymringsfullt er det at andelen og antallet barn (under 18) som lever i lavinntekts-hushold øker:



Figur 6.1 Andel personer med vedvarende lavinntekt målt som gjennomsnittsinntekt over en treårsperiode under lavinntettsgrensen satt ved 60 pst. av medianinntekten. Aldersgrupper. Pst. (aleneboende studenter utelatt).

Regjeringen la våren 2015 fram en strategi mot barnefattigdom, Barn som lever i fattigdom, for perioden 2015–2017. Strategien inneholder 64 tiltak og formålet med strategien er todelt. Den prioriterer økt forebyggende innsats for å motvirke at fattigdom går i arv fra foreldre og barn. I tillegg inneholder den en rekke tiltak som skal dempe negative konsekvenser for barn og ungdom som vokser opp i fattigdom. Strategien er nærmere omtalt i Prop. 1 S (2015–2016) Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Gjelden i befolkningen er i ferd med å øke. Fra 2005 til 2013 økte andelen husholdninger med

gjeld minst tre ganger større enn samlet inntekt fra 10,7 pst. til 15,8 pst.

Folketrygden skal gi økonomisk trygghet ved å sikre den enkelte inntekt og kompensere for særlige utgifter ved bl.a. arbeidsløshet, aleneomsorg for barn, sykdom og uførhet. Samtidig skal trygdeordningene bidra til utjevning av inntekt og levekår og hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv. Deltakelse i arbeidslivet gir for de fleste en betydelig velferdsgevinst. Arbeid er også det viktigste for å unngå fattigdom og sosial eksklusjon. Høy sysselsetting gir samfunnet verdiskaping og et trygt økonomisk grunnlag for velferden.

### Sosial boligpolitikk

Visjonen for det boligsosiale arbeidet er at alle skal bo godt og trygt. Regjeringen vil forsterke innsatsen overfor barnefamilier og unge som ikke bor bra.

Kommunene har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet, men staten må bidra. Selv om de aller fleste bor svært godt i Norge i dag, gjelder ikke dette alle. Dårlige boforhold eller bostedsløshet kan ha store negative konsekvenser for helse og livskvalitet. Det blir vanskeligere å ta imot og ha nytte av helse-, omsorgs- og velferdstjenester, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet. En utrygg bosituasjon kan hindre integrering, og gjøre veien til kriminalitet, rusproblemer og psykiske vansker kortere. Særlig alvorlig er det når boligen og bomiljøet virker negativt på oppvekstvilkårene for barn og unge.

Nytenkning og oppmerksomhet på samfunnsplanlegging som virkemiddel er nødvendig for å forebygge og redusere opphoping av levekårsutfordringer i enkelte områder.

Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet la i 2014 fram en nasjonal strategi om boligsosialt arbeid, Bolig for velferd (2014–2020). Strategien retter en særlig innsats mot barnefamilier og unge.

Regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet og vil fremme en ny opptrappingsplan for rusfeltet, som en egen proposisjon høsten 2015 med en ramme på 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. Et sentralt mål i planen vil være å bidra til at flere rusavhengige får et bedre sted å bo, i tråd med oppfølging av den nasjonale boligsosiale strate-



gjen Bolig for velferd (2014–2020), som understreker at det er en stor utfordring at mange kommuner disponerer for få egnede boliger til vanskeligstilte.

#### Tilknytning til arbeidslivet

Et velfungerende arbeidsmarked med lav ledighet og høy sysselsetting er et viktig mål for regjeringen. Aktiv deltakelse i arbeidslivet er avgjørende for å bekjempe fattigdom, heve levestandarden og bedre livskvaliteten. Arbeids- og velferdspolitikken skal bidra til høy yrkesdeltakelse og forebygge langvarig ledighet og utstøting fra arbeidslivet.

Å være i arbeid er som regel bra for helsen; arbeidet kan ha en verdi i seg selv gjennom læring og selvutvikling, sosial inkludering og fellesskap. Arbeid sikrer inntekt som muliggjør et selvstendig og forutsigbart liv. Yrkesaktive har gjennomgående bedre helse enn yrkespassive.

For å sikre en god og stabil arbeidslivstilknytning, er det viktig å sikre overgangen fra skole til arbeidslivet, og redusere frafallet i videregående skole. Det er gjennomført en rekke tiltak for å styrke grunnleggende ferdigheter og øke gjennomføringen i videregående opplæring.

Helsedirektoratet har etablert et indikatorsystem som følger med på innsatser i andre sektorer som har betydning for befolkningens helse. En indikator følger utviklingen i langtidsledighet fordelt på ulike yrkesgrupper. Trendene viser at langtidsledigheten har gått noe opp fra 2013 til 2014 i alle yrkesgrupper bortsett fra for ingeniør, IKT-fag og akademiske yrker. Regjeringens arbeid med å styrke omstillingen av norsk økonomi er viktig for å sikre fortsatt høy sysselsetting.

Når det gjelder overgang til arbeid eller trygdeytelser blant personer som er registrert i Arbeids- og velferdsetaten med status nedsatt arbeidsevne 3. kvartal 2014, så har 29 pst. status som arbeidstaker og 33 pst. har status som ufør i 1. kvartal 2015. Det er et mål å forebygge langtidsledighet og uførepensjoner, og dette krever en samlet innsats fra både Arbeids- og velferdsetaten og helsesektoren.

Intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) er et viktig virkemiddel for å oppnå overordnede mål i arbeids- og sosialpolitikken. Avtalen er inngått mellom Regjeringen og hovedorganisasjonene i arbeidslivet, og nåværende avtale gjelder ut 2018. Forebyggende arbeidsmiljøarbeid har fått økt vekt i denne avtalen i forhold til tidligere, og det nye overordnede

målet til avtalen er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefraværet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

Det er fastsatt tre delmål: reduksjon i sykefraværet med 20 pst. i forhold til nivået i andre kvartal 2001, hindre frafall og øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne og forlenget yrkesaktivitet etter fylte 50 år.

Avtalen bygger på en felles erkjennelse av at aktivitet gjennom arbeid fremmer helse og at tidlig iverksetting av aktive tiltak vil kunne forebygge frafall fra arbeid. Arbeidsplassen er den viktigste arenaen for et inkluderende arbeidsliv. Resultatene av et godt IA-arbeid skapes i den enkelte virksomhet hvor tillitsvalgte, arbeidstakere og arbeidsgivere har satt seg felles mål, og hvor myndighetene bidrar med støttende tiltak for å nå disse målene.

## 6.2 Trygge oppvekstvilkår

Målet er at alle barn og unge skal ha like muligheter til god helse uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etnisk og geografisk tilhørighet. Det skal legges til rette for gode oppvekstvilkår gjennom tiltak for å styrke foreldrenes kompetanse, videreutvikle kvalitet på barnehager og skoler, videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sikre bedre samhandling mellom tjenestene. Satsingen på det forebyggende arbeidet til familievernnet vil fortsette i 2016.

Ungdata er et system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Det primære målet med undersøkelsene er å utvikle lokal kunnskap om ungdoms oppvekst- og levekår, samt å få bred oversikt over levevaner og helsetilstanden til ungdom lokalt. En oversikt per april 2015 viser at Ungdata er gjennomført i 344 av Norges 429 kommuner og i tre fylkeskommuner (Nordland, Vestfold og Finnmark). Våren 2015 gjennomføres Ungdata i 104 kommuner og to fylkeskommuner.

Ungdata viser at 9 av 10 elever trives på skolen. Samtidig er det drøyt 4 pst. av skoleelevene som opplever mobbing to eller flere ganger i måneden og langt flere opplever krenkelser. Å bli utsatt for mobbing kan ha svært negative konsekvenser både for skoleprestasjoner og psykisk helse. Barn og unges mestring i skolen har sammenheng med familiebakgrunn og sosiale forhold. Barn av foreldre med høy utdanning og inntekt har bedre skolerresultater.

Det er en betydelig andel som ikke fullfører videregående opplæring; kun halvparten av guttene fullfører på normert tid, mens 65 pst. av jentene gjør det.

Foresattes økonomiske rammer er viktig for barns oppvekst. Å være fattig i Norge handler bl.a. om at man ikke får delta i samfunnet på samme måte som andre. Å falle utenfor pga. økonomiske og sosiale ressurser kan være ekstra vanskelig i et samfunn som er preget av forventninger om å lykkes på mange arenaer. I 2014 trådte flere endringer i barnevernloven i kraft som skal sikre god kvalitet i barnevernet gjennom krav til rettssikkerhet, forsvarlighet og medvirkning. De fleste barneverntiltakene handler om å styrke foreldreferdigheter.

Bedre tverrfaglig innsats (BTI) har siden 2012 tilpasset den systematiske tverrfaglige samhandlingsmodellen til norsk i samarbeid med 8 kommuner og regionale kompetansesentre på rusfeltet. I 2014 ble det opprettet en ny tilskuddsordning, som kommuner kunne søke på med støtte til å utvikle lokal samhandling om barn, unge og foresatte som trenger ekstra innsats. 41 kommuner søkte og 29 fikk tilskudd. Den norske versjonen av BTI blir ferdigstilt i løpet av 2015.

Regjeringen har styrket innsatsen for å forebygge og avdekke vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom, og for at de som blir utsatt for vold og overgrep skal få god hjelp og behandling. Det har blitt utarbeidet en ny tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom. Tiltaksplanen En god barndom varer livet ut (2014–2017) inneholder 43 tiltak. Planen er resultat av ett tett samarbeid mellom Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Buudir har fått i oppdrag å iverksette tiltakene i planen og koordinere samarbeidet med andre aktører. Regjeringen vil i 2016 følge opp vedtaket fra Stortinget om å fremme en opptrappingsplan som skal redusere forekomsten av vold i nære relasjoner samt styrke ivaretagelsen av barn utsatt for vold og overgrep, jf. Innst. 315 S (2014–2015). Tiltaksplanen En god barndom varer livet ut vil være et godt utgangspunkt for opptrappingsplanen, i tillegg til forslagene som ble fremmet i innstillingen. Helsedirektoratet skal bidra med tverrsektorielle innsatser for å styrke regjeringens tiltaksplan En god barndom varer livet ut (2014–2017).

### 6.3 Helsevennlig arbeidsliv

Forhold ved arbeidsplassen kan påvirke helse både i positiv og negativ retning. Generelt har norske yrkesaktive et godt arbeidsmiljø, og utviklingen i norsk arbeidsliv er god. Likevel gjenstår det utfordringer med å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø for alle. Deler av arbeidslivet er preget av høyt langtidssykefravær, frafall og utstøting, og enkelte bransjer er preget av useriøsitet og økende alvorlig arbeidslivskriminalitet.

Nasjonalt overvåking av arbeidsmiljø og -helse (Noa) er en avdeling under Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) som arbeider for å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag for aktørene på arbeidsmiljøområdet som grunnlag for utforming av politikk, strategier og prioriteringer på nasjonalt nivå, bransje- og virksomhetsnivå. De legger med jevne mellomrom fram en samlet og omfattende oversikt over arbeidsmiljø- og arbeidshelsetilstanden i norsk arbeidsliv, hvor status og utviklingstrekk skal belyses.

Arbeidet mot sosial dumping videreføres bl.a. gjennom styrking av Arbeidstilsynet, videre satsing på treparts bransjesamarbeid i utsatte bransjer og tiltak mot arbeidslivskriminalitet.

For å bekjempe den økende arbeidslivskriminaliteten har regjeringen forsterket samarbeidet mellom offentlige kontroll- og tilsynsetater. Regjeringen lanserte i 2015 sin strategi mot arbeidslivskriminalitet. Se Prop. 1 S (2015–2016) Arbeids- og sosialdepartementet for nærmere omtale.

Helsedirektoratet utvikler og implementerer intervensjoner rettet mot helseatferd på arbeidsplassen. I desember 2014 lanserte Helsedirektoratet Nasjonale anbefalinger for mat og drikke i arbeidslivet. Anbefalingene bygger på Helsedirektoratets kostråd. Videre samarbeider Helsedirektoratet med aktørene i arbeidslivsektoren for å få økt kunnskap om fysisk aktivitet og stillesitting.

Regionalt kompetansesenter for rusmiddel-spørsmål Vest Stavanger og Universitetet i Stavanger har på oppdrag fra Helsedirektoratet satt i gang en effektstudie av tidlig intervensjonsverktøy som skal redusere risikofylt alkoholkonsum i arbeidslivet. Om lag 10 000 arbeidstakere inkluderes i studien. Resultatene forventes å foreligge ved utgangen av 2016.

Statens institutt for rusmiddelforskning gjennomfører en større befolkningsundersøkelse som strekker seg over fire år. Undersøkelsen skal bl.a. kartlegge alkoholbruk i arbeidssammenheng, alkoholrelatert sykefravær og yteevne og kostnader i arbeidslivet. Studien vil også se på alkoholkultur, regulering og håndtering av problemer

knyttet til alkohol på arbeidsplassen. De første resultatene forventes å komme i 2016.

## 6.4 Psykisk helse og livskvalitet

Regjeringen har som mål å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Det betyr å legge mer vekt på forhold som påvirker psykisk helse og livskvalitet. Det er nødvendig å se ut over helsetjenesten, f.eks. gjelder dette levekår, barnehager, skole- og læringsmiljø, arbeid og arbeidsmiljø, boligforhold, frivillig deltakelse og forhold i nærmiljø og lokalsamfunn. I tillegg er det behov for å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten og samarbeidet med familievern og barnevern for å sikre at flere får hjelp tidlig.

God psykisk helse er en ressurs for den enkelte og for samfunnet. I følge Folkehelse rapporten 2014 har Norge sammen med de andre nordiske landene høyest livskvalitet i verden. Dette gjelder både voksne og ungdom. De siste årene har undersøkelser vist at unge mennesker, og spesielt jenter, rapporterer at de opplever stress, press og bekymring for framtiden. Angstlidelser og alvorlig depresjon er blant de fem viktigste årsakene til år levd med helsetap. Personer med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske sykdommer enn befolkningen for øvrig. Det er store sosiale forskjeller i psykisk helse i befolkningen. Grupper med lang utdanning har færre psykiske plager, er mer tilfreds med livet og har mer sosial støtte enn grupper med kort utdanning. I enkelte innvandrergupper er forekomsten av psykiske plager og lidelser høyere enn i resten av befolkningen.

Helsedirektoratet bygger opp kompetanse på området. Dette innebærer et samarbeid med Folkehelseinstituttet og SSB om måling av befolkningens livskvalitet og utvikling av relevante indikatorer på sosial støtte, deltakelse og livskvalitet. Det utvikles kompetansestøtte til kommunene, samt en rapportserie om livskvalitet og påvirkningsfaktorer. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet samarbeider om hvordan psykisk helse og trivsel kan ses som del av skolens kjernevirksomhet.

Helsedirektoratets arbeid med utbygging av lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene og opprustning av kompetanse på psykisk helse blant helsepersonell videreføres, i lys av ny folkehelsemelding.

## Frivillighet

Frivillig innsats skaper identitet, tilhørighet og levende lokalsamfunn som bidrar til god folkehelse. Det er et stort behov og potensial for å ta i bruk samfunnets frivillige ressurser for å beholde og utvikle et godt velferdssamfunn. På denne bakgrunn har Helse- og omsorgsdepartementet i fellesskap med Frivillighet Norge og KS utarbeidet en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal bidra til å rekruttere og beholde frivillige i alle aldre for å motvirke ensomhet og styrke det systematiske samarbeidet mellom frivillige organisasjoner, frivillighetssentraler, frivillige enkeltpersoner og kommunen. Strategien er nærmere omtalt under programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Frivillig innsats spiller en avgjørende rolle for å motvirke ensomhet. Mobilisering mot ensomhet handler om å fremme helse gjennom sosialt fellesskap, møteplasser og deltakelse. Se nærmere omtale under kap. 714, post. 79.

## 6.5 Aktive eldre

I Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen varsler Regjeringen at den vil fremme en strategi for en moderne eldrepolitikk. Med flere eldre i befolkningen, og hvor de fleste lever lenger med god helse, er det nødvendig at alle sektorer bidrar til å skape en samfunn hvor eldre kan leve aktive liv. Det er viktig for samfunnets bærekraft, og for den enkeltes helse og trivsel. Strategien skal bidra til holdningsendring om eldre menneskers rolle i arbeids- og samfunnsniv. Vi må endre etablerte tankemønstre og sektorene skal utfordres til å se muligheter, og ikke begrensninger, som flere eldre gir.

At levealderen øker i store deler av befolkningen og at antallet eldre i forhold til yngre øker, er et utviklingstrekk som berører og får konsekvenser for samfunnsutviklingen. Selv med relativt høye fødselstall og innvandring i Norge, øker andelen eldre i befolkningen. Gjennomsnittlig levealder øker, og flere mennesker lever lenger. En gjennomsnittlig norsk 65-åring vil i dag ha 15–20 funksjonsfriske år foran seg.

Aktive eldre handler også om likestilling og om å bekjempe aldersdiskriminering. Regjeringen vil at flere eldre skal kunne arbeide lenger og har bl.a. økt aldersgrensene i arbeidsmiljøloven. Det er like viktig å ta tak i holdninger, utvikle en mer treffsikker seniorpolitikk og legge

mer vekt på forhold som kompetanseutvikling og fleksible karriereløp. Betydningen av et universelt utformet samfunn forsterkes av at vi blir flere eldre. God og menneskevennlig utforming og tilgjengelighet i boliger, arbeidsplasser, offentlige møteplasser og –bygg, transport, mv. har store ringvirkninger.

Utviklingen av teknologiske hjelpemidler har også bidratt til å utvikle nye produkter som kommer alle til gode. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet vil sammen med Helse- og omsorgsdepartementet igangsette en utredning som skal vise hvordan vi kan bidra til et samfunn med like muligheter for alle. Sivilsamfunn og frivillig sektor vil få økt betydning for å bidra til aktive eldre. Mange eldre mennesker vil ha stor glede av å delta i frivillig arbeid. Regjeringen vil bl.a. styrke frivillig arbeid i helse- og omsorgssektoren. Flere eldre lever alene og mange erfarer ensomhet. Å få flere med på sosiale og fysiske aktiviteter vil ha stor effekt, og Helse- og omsorgsdepartementet vil samarbeide med frivillig sektor om dette. Strategien skal bidra til mer vektlegging av helsefremmende og forebyggende arbeid. Å bidra til at eldre mennesker er aktive, kan mestre hverdagen og være selvstendige så lenge som mulig, vil forebygge helseproblemer og utsette behovet for helse- og omsorgstjenester. En passiv pensjonisttilværelse over mange år er ikke helsefremmende. Det blir viktig å få mer kunnskap om aldringen av samfunnet, om Eldres helse, og om sammenhengene mellom aktivitet og helse. Norge vil bl.a. vurdere å slutte seg til Active Ageing Index som vil belyse styrker og utfordringer om situasjonen for eldre i Norge på områder som arbeidsliv, sosial deltakelse, helse- og økonomiske trygghet. En moderne eldrepolitikk vil handle om dagens, men også morgendagens eldre. Dagens 50- og 60-åringer vil møte aldringen med andre ressurser og forventninger enn tidligere generasjoner, og vil ha større muligheter til å være aktive. Med en demografisk utvikling hvor vi blir flere eldre, vil aktive eldre også være viktig for å kunne bevare velferdssamfunnet også for neste generasjoner. En samfunnsutvikling for aktive eldre angår derfor både yngre og eldre generasjoner. Det tas sikte på at strategien skal fremmes i løpet av 2015.

## 6.6 Helsevennlige valg

Regjeringen vil gjøre det enklere å velge sunt og legge til rette for at hensynet til liv og helse i

større grad skal være et premiss for samfunnsutviklingen. Følgende prinsipper skal legges til grunn for arbeidet med å fremme helsevennlige valg:

- Det skal bli enklere for folk å velge helsevennlig.
- Barn og unge skal beskyttes særskilt, jf. barnekonvensjonen.
- Folkehelsemål skal samordnes med andre sentrale samfunns mål, som f.eks. klima, miljø, kunnskap og arbeid.
- Innsats skal rettes inn for å styrke den enkeltes mestringsevne. Virkemidler skal brukes effektivt.

Barn er mer sårbare enn voksne og ofte ikke i stand til å ta informerte valg eller overskue konsekvensene av valgene. Både helseforhold, erfaringer og vaner fra oppveksten kan få konsekvenser for resten av livet. FNs konvensjon om barns rettigheter (barnekonvensjonen) gir barn og unge rett til beskyttelse, medbestemmelse og medvirkning. Det omfatter beskyttelse mot vold, rus, overgrep og omsorgssvikt, men også mot å utvikle helseskadelig atferd knyttet til tobakk, kosthold, alkohol og fysisk inaktivitet.

### Kosthold og ernæring

De største utfordringene på kostholdsområdet framover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk og å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker. Kun en fjerdedel av befolkningen følger kostrådene om å spise nok frukt og grønnsaker, fullkorn og fet fisk.

Arbeidet med å forebygge ikke-smittsomme sykdommer ses i sammenheng med Verdens helseorganisasjons globale handlingsplan for å redusere forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) 2013–2020, hvor fire av ni mål og 12 av 25 indikatorer er relatert til kosthold.

Arbeid med en helhetlig handlingsplan med konkrete tiltak for å fremme sunt kosthold i hele befolkningen vil pågå i 2016. Planen vil synliggjøre og konkretisere tiltakene i Folkehelsemeldingene Meld. St. 34 (2012–2013) og Meld. St. 19 (2014–2015) og andre relevante strategier og planer. Den vil videre bli basert på Verdens helseorganisasjons evaluering av handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) og Helsedirektoratets sluttrapport om denne handlingsplanen. I tillegg vil internasjonale forpliktelser overfor EU og Verdens helseorganisasjon bli vektlagt.

Helsedirektoratet og Mattilsynet har siden 1990-årene samarbeidet om et felles system for

overvåking av mat- og kosthold. Dataene brukes til utforming og evaluering av ernæringspolitikken, i folkehelsestatistikk og i risikovurderinger i regi av Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Deler av Helse- og omsorgsdepartementets oppgaver i dette arbeidet er fra 2016 overført til Folkehelseinstituttet.

Helse- og omsorgsministeren har etablert en egen næringslivsgruppe på matområdet som drøfter utfordringer og tiltak som kan gjennomføres i næringen. Sentrale tema for denne gruppen er reduksjon av salt, sukker og mettet fett i matvarene, samt utnytte potensialet i merkeordningen Nøkkelhullet og legge til rette for at det skal være enkelt å velge sunt.

Helse- og omsorgsdepartementet har startet implementering av en tiltaksplan for å redusere saltinntaket i befolkningen.

Helse- og omsorgsdepartementet har utviklet anbefalinger og verktøy for å stimulere kantiner/mattilbud i arbeidslivet og serveringsmarkedet for øvrig til sunnere mat- og drikketilbud. Det er også utviklet materiell om tips til forbrukere som handler mat på farten.

Bransjens system for selvregulering av markedsføring av mat og drikke rettet mot barn og unge skal evalueres i 2016.

Merkeordningen Nøkkelhullet er nylig revidert og nye og strengere kriterier trådte i kraft 1. mars 2015. I følge Norsk Spisefakta brukes merket uavhengig av sosial tilhørighet, utdanning og bosted. Ny matinformasjonsforskrift er gjennomført i norsk regelverk med virkning fra 13. desember 2014. Kravet om merking med obligatorisk næringsdeklarasjon på ferdigpakkede mat- og drikkevarer trer i kraft 13. desember 2016.

I 2014 ble anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet revidert. Disse er basert på nordiske anbefalinger (Nordic Nutrition Recommendations). I en tid med mange ulike kostholdsråd i media, er det avgjørende med kontinuerlig og tydelig kommunikasjon om helsemyndighetenes anbefalinger. Satsingen Små grep, stor forskjell videreføres med særlig oppmerksomhet på salt. Norge deltar også i nordisk samarbeid om kommunikasjon om salt.

Det nasjonale kostholdsprogrammet Fiskeprell videreføres og videreutvikles.

Det er viktig at elevene får i seg mat i løpet av skoledagen, og måltidene er også en viktig sosial arena. Kartlegging fra 2013 viser at så mange som 60 pst. av elever på femte til sjuende trinn får mindre enn 20 minutters spisetid. Det er satt i gang et utredningsarbeid for å se på hvordan ulike aktører kan samarbeide og hvordan ressurser kan ses mer i sammenheng og støtte opp under lokale til-

tak for å tilrettelegge for gode måltider i skolen. Helse- og omsorgsdepartementets retningslinjer for skolemåltidet legges til grunn.

Abonnementsordningen Skolefrukt ble fra skolestart 2014 utvidet til å omfatte også skoler med ungdomstrinn. Totalt er det 11 pst. av elevene i grunnskolen som deltar i skolefruktordningen, for rene ungdomsskoler er deltakelsen 4 pst. Se for øvrig kap. 714, post 74. Ordningen gjennomgås for å se på alternative måter å øke inntaket av frukt og grønt i hele grunnskolen, og vurderes endret fra høsten 2016 med bakgrunn i nevnte utredningsarbeid om skolemåltidet.

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet skal bidra til å styrke arbeidet innen dette feltet i barnehager og skoler og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten bl.a. gjennom å samle og formidle kunnskap og erfaringer. Senteret arbeider høsten 2015 med å samle erfaringer og eksempler fra organisering av måltider og skolen, og bidrar i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å implementere nye anbefalinger for skolemåltidet.

Frisklivssentralene er viktige arenaer for å nå ut med kostholdsinformasjon til personer med risiko for utvikling av sykdom eller med allerede etablert sykdom. Helse- og omsorgsdepartementets Bra Mat-kurs er et nyttig verktøy for å formidle generelle kostholdsråd til brukere. I 2014 ble det gjennomført tre kurslederkurs i regi av Helse- og omsorgsdepartementet, hhv. i Oslo, Finnmark og i Rogaland. Bra Mat-konseptet skal vurderes i sammenheng med arbeidet for å styrke befolkningens kunnskap om praktisk matlaging.

Amming er et viktig helsefremmende tiltak og kan også bidra til å forebygge ikke-smittsomme sykdommer, både hos mor og barn. Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring, som er en revisjon av Anbefalinger for spedbarnsernæring fra 2001, publiseres i 2015. Et mål er å øke andelen barn som ammes og fullammes. Ulike implementeringstiltak vil gjennomføres i 2015–16, inkludert revisjon av Mat for spedbarn til foreldre.

Høsten 2013 ble det gjennomført en landsomfattende undersøkelse om amming og noen andre sentrale forhold ved spedbarnskosten. Resultatene viser at en stor andel av spedbarna fullammes og ammes, men sammenliknet med tidligere data (Spedkost 2006–2007) er det færre som ammes i andre levehalvår.

#### Fysisk aktivitet

Gjennom positiv motivering og bruk av strukturelle virkemidler i en rekke samfunnssektorer vil regjeringen gjøre det enklere å være fysisk aktiv i

fritiden og i dagliglivet, jf. Meld. St. 19 (2014–2015). For personer som er fysisk inaktive, vil selv en liten økning i aktivitetsnivå gi en betydelig helsegevinst. Målet er å redusere utilstrekkelig fysisk aktivitet med 10 pst. innen 2025.

Over 2,5 millioner voksne er for lite fysisk aktive. Samfunnsutviklingen har ført til at fysisk aktivitet som tidligere var en naturlig del av arbeid og daglige gjøremål er sterkt redusert. Vi ser tendenser til økt polarisering med et økende segment som trener mye og en stor andel som beveger seg lite. Økt trening og mosjon på fritiden de siste tiårene i deler av befolkningen kompenseres ikke for sterkt redusert hverdagsaktivitet hos de fleste. Nye nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesitting ble lansert i 2014.

Objektivt registrert fysisk aktivitet fra nasjonale tverrsnittstudier viser en økning med 3 pst. i det totale aktivitetsnivået blant voksne i løpet av dagen fra 2008/2009–2014/2015. Andelen aktivitet av moderat eller høy intensitet økte med 10 pst. i seksårsperioden. Likevel oppfyller kun 32 pst. blant voksne og eldre minimumsanbefalingene om 150 minutter moderat fysisk aktivitet ukentlig, eller 75 minutter med høy intensitet, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet. 34 pst. av kvinnene i aldersgruppen 35–49 år oppfyller minimumsanbefalingene sammenliknet med 27 pst. av mennene. Det er sosiale forskjeller i fysisk aktivitet blant voksne. 39 pst. av dem med minst fire års høgskole- eller universitetsutdanning oppfyller anbefalingene sammenliknet med 22 pst. av dem med grunnskole som høyest fullførte utdanning. Aktivitetsnivået blant barn og unge reduseres kraftig fra seks til femtenårsalder. Rundt 90 pst. av seksåringene er moderat fysisk aktive i minst 60 minutter hver dag. I niårsalderen er de fleste gutter fortsatt fysisk aktive i tråd med anbefalingene, mens det bare gjelder for 70 pst. av jentene. Blant femtenåringene er andelen fysisk aktive redusert til omtrent halvparten.

Stillesitting registrert med aktivitetsmåler viser at inaktiv tid per dag øker i gjennomsnitt med 17 minutter for hvert år fra seksårsalder opp til femtenårsalderen. En sammenlikning av data fra 2005/2006 med data fra 2011 viser at tiden som brukes i ro øker blant niåringer og 15-åringer. I kartleggingen av stillesitting blant voksne og eldre viser objektive mål at kvinner og menn i snitt er i ro omtrent 62 pst. av våken tid.

Kampanjen Dine30 – hver bevegelse teller startet våren 2014 og er gjennomført i et samarbeid med en rekke frivillige organisasjoner og kommersielle aktører. Kunnskapsformidling og positiv informasjon, tilrettelegging og inspirasjon

til økt hverdagsaktivitet er basert på nye anbefalinger for fysisk aktivitet og sittestilling vektlagt. Bevegelsesglede og mestring, og det å være en positiv motvekt til kroppsfokus og ekstreme treningsmetoder vil framover stå sentralt. Helsedirektoratet viderefører kampanjen i 2016, jf. kap. 714, post 21. Samtidig videreføres samarbeid med vegmyndigheter og frivillige organisasjoner om kommunikasjonstiltak knyttet til aktiv og trygg transport.

Daglig fysisk aktivitet i skolen er viktig for læring og konsentrasjon, trivsel og helse. Fysisk aktivitet må derfor være en naturlig del av sentrale oppvekstarenaer som barnehage, skole og nærmiljø, samtidig som fritidstilbud og nærmiljøer må gi muligheter for både organisert og spontan lek og fysisk utfoldelse.

Et prosjekt i bydel Grorud om mer fysisk aktivitet i barnehager med støtte fra Helsedirektoratet, er gjennomført med gode resultater i perioden 2013–2015. Det er innført felles retningslinjer for kosthold og fysisk aktivitet og idrettspedagoger er ansatt i de kommunale barnehagene. Andelen av barna som er fysisk aktive minst 60 minutter fysisk aktivitet daglig økte fra 16 pst. i 2013 til 56 pst. i 2015.

Regjeringen vil legge til rette for at skolene sikrer daglig fysisk aktivitet for elevene. I Folkehelsemeldingen varsles iverksetting av et treårig forsøk med ekstra tid til kroppsoving og fysisk aktivitet på ungdomstrinnet der behovet for fysisk aktivitet er størst, og økt innsats for kunnskaps- og erfaringsformidling av god praksis.

Regjeringen mener det er nødvendig å skape et godt kunnskapsgrunnlag for framtidig arbeid med kroppsoving og fysisk aktivitet i skolen, og vil derfor iverksette et forsøk med et utvalg ungdomsskoler der elevene vil få om lag fire timer fysisk aktivitet og kroppsoving i uken. Utfordringer i ulike deler av opplæringsløpet må møtes med egnede og alderstilpassede virkemidler. Forsøket gjennomføres som et forskningsprosjekt og innrettes slik at en best mulig kan studere virkningene av mer fysisk aktivitet og/eller mer kroppsoving på fysisk og psykisk helse, på læringsmiljø og læringsutbytte. Arbeidet med forsøket starter opp i 2015 med en forskningskartlegging som sammen med erfaringsbasert kunnskap og teori vil ligge til grunn for modeller som skal prøves ut i skoler fra skoleåret 2016–2017. Utdanningsdirektoratet har fått i oppdrag å sørge for gjennomføringen av forsøket i samarbeid med Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet. Det vises til omtale under kap. 714, post 21.

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet fikk i 2015 i oppdrag å samle, systematisere og formidle gode erfaringer og eksempler på hvordan både skoler og barnehager innenfor dagens regelverk kan arbeide for å sikre daglig lek og fysisk aktivitet for alle elevene og barna. Senteret har for øvrig blant sine kjerneoppgaver å samle og formidle kunnskap, erfaringer og god praksis om daglig fysisk aktivitet i skolen, samt å være en ressurs for fagene kroppsøving og mat og helse. Arbeidet fortsetter i 2016.

Kommunale frisklivssentraler har tilbud om individuelt tilpasset og gruppebasert fysisk aktivitet. De har oversikt over aktuelle aktivitetstilbud i nærmiljøet og samarbeider med frivillige organisasjoner, offentlige tjenester og private aktører som treningssentre om lavterskeltilbud for fysisk aktivitet og leder videre til disse når det er aktuelt. I Folkehelsemeldingen oppfordres det til samarbeid med private aktører om tilbud for mennesker som kan ha nytte av fysisk aktivitet og som trenger veiledning og aktiv oppfølging. Gode lavterskeltilbud er viktige for at mennesker som i utgangspunktet er fysisk inaktive skal finne tilbud som passer dem. Det vises til kap. 762, post 60.

Treningssenterbransjen er en viktig aktør for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen, og treningssentre benyttes i økende grad til trening og mosjon på fritiden – enten som hovedarena for trening eller som supplement til fotturer eller øvrig uteaktivitet som løping, sykling og skigåing. Treningssentrene har en kompetanse som gjør dem til en samarbeidspartner for den kommunale helse- og omsorgstjenesten om aktivitetstilbud under kyndig veiledning, som f.eks. funksjonell styrketrening eller gruppetrening med kjent fallforebyggende effekt. Ved samarbeid om, og eventuelt kjøp av slike tjenester, vil regelverket om offentlige anskaffelser komme til anvendelse.

Muligheter for fysisk aktivitet så vel i dagliglivet som i fritiden ivaretas i den generelle samfunns-, areal- og transportplanleggingen. Aktivitetsvennlige bo- og nærmiljøer og god tilgjengelighet til naturområder er sentralt for å fremme fysisk aktivitet gjennom hele livet. Sti- og løypenett og gode forbindelser til disse reduserer terskelen for bruk av natur, skog og kulturlandskap til rekreasjon, trening og avkopling. Samtidig fremmer god tilrettelegging for sykkel og gange aktiv transport på en trygg måte. Se 6.7 Miljø og helse.

Friluftslivets År ble markert i 2015. Gåing og sykling har fortsatt en særstilling som fritidsaktivitet i den norske befolkningen, og friluftsliv skårer høyest når folk blir spurt om hva de ønsker å

gjøre mer av. Regjeringen vil samarbeide med friluftsråd og frivillige organisasjoner for bedre folkehelse gjennom fysisk aktivitet og friluftsliv, og legge fram en ny stortingsmelding om friluftsliv. Regjeringen vil gi gode rammevilkår for idretten og tilrettelegge for at alle som ønsker det skal kunne delta i fysisk aktivitet – og særlig senke terskelen for barn og unges deltakelse i idrett og fysisk aktivitet. Det skal legges bedre til rette for at funksjonshemmede og utviklingshemmede får anledning til å delta i idrettsaktivitet.

#### Tobakk

Røyking er fortsatt en av de viktigste årsakene til sykdom og for tidlig død i Norge. Røyking fører hvert år til om lag 6600 dødsfall i Norge, tilsvarende 16 pst. av alle dødsfall. I gjennomsnitt taper hver person som døde av røyking 11 leveår, og om lag halvparten av storrøykerne dør før 70-årsalderen. Beregninger har vist at de totale samfunnskostnadene er svært høye. Å slutte å røyke er positivt for helsen uansett alder.

Som varslet i folkehelsemeldingen vil regjeringen legge mer vekt på tiltak for å gjøre tobakk mindre attraktivt for barn og unge og styrke arbeidet med hjelp til røykeslutt. Verdens helseorganisasjons globale mål for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer forutsetter minst 30 pst. reduksjon i forekomsten av tobakksbruk.

I 2014 røykte 13 pst. av befolkningen (16 til 74 år) daglig, mot 15 pst. i 2013, dvs. om lag 60 000 færre røykere. Blant unge (16 til 24 år) gikk andelen ned fra 7 til 5 pst, og dermed er målet i den nasjonale tobakksstrategien nådd to år før tiden. Det er store sosiale og geografiske forskjeller i røyking. Blant gravide røykte i 2014 om lag 7 pst. ved svangerskapets begynnelse, og om lag 4 pst. ved svangerskapets slutt, ned ett prosentpoeng fra året før. Vi har ikke tilsvarende tall for gravides bruk av snus. Ny forskning har påvist at snusbruk under svangerskap medfører stor helserisiko for fosteret.

Samtidig som stadig færre røyker, har snusbruken lenge økt, men med mulig tendens til utflating det siste året. I 2014 brukte 9 pst. av befolkningen snus daglig, som året før. Snus er imidlertid mest utbredt blant unge. I alderen 16 til 24 år brukte 18 pst. snus daglig, mot 21 pst. året før. Snusbruk er vanligst blant unge menn, men de siste årene har økningen vært markant også blant unge kvinner. Utdanning ser ikke ut til å bety noe for hvem som snuser, men det er geografiske forskjeller.

Fra 1. juli 2014 ble alle arbeidslokaler og offentlige lokaler helt røykfrie, med visse snevre unntak. Det ble også innført tobakksfrie barnehager og skoler, røykfrie inngangspartier til helseinstitusjoner og offentlige virksomheter, samt forbud mot selvbetjening av tobakksvarer. Innføring av en bevillingsordning for salg av tobakk er utsatt da regjeringen ønsker å utrede en enklere og mindre byråkratisk ordning. Departementet arbeider med et revidert forslag til tilsynsordning, og tar sikte på å sende dette på høring tidlig i 2016.

Det ble i 2014 gjennomført tre massemediakampanjer med tema snus- og røykeslutt og tobakksfri skoletid. Kampanjene var basert på brukerinvolvering. I 2015 fokuseres det i tillegg på snus og unge. Helsedirektoratets strategi for tobakkskampanjer ble i 2014, på oppdrag fra departementet, vurdert av en ekstern ekspert, som konkluderte med at det bør satses mer på hardtslående massemediakampanjer, da disse er dokumentert effektive. Slike kampanjer bør kombineres med tiltak som motiverer og støtter tobakksavvenning.

Helsedirektoratet jobber videre med å implementere Nasjonal plan for tobakksavvenning, herunder sørge for at helsepersonell etterspør tobakksbruk ved konsultasjoner, benytter minimal intervensjon og henviser til kunnskapsbaserte metoder for tobakksavvenning. Hjelp til tobakksavvenning tilbys ved alle frisklivssentrene i Norge, hvor Helsedirektoratet har kurset over 230 slutteveiledere.

Innringertallet til Røyketelefonen går stadig nedover, mens bruken av elektroniske sluttejenester øker. Slutta-appen for mobil ble i løpet av 2014 lastet ned 300 000 ganger, den brukes av folk i alle aldre og mest av snusbrukere.

Nesten halvparten av landets skoler bruker FRI, et forebyggende program i ungdomsskolen, og fire av ti elever skriver tobakksfri-kontrakter. Deltakelsen er lavere enn ønskelig da samlet bruk av tobakk blant unge ikke har gått ned de siste årene.

Prosessen med å implementere EUs tobakksdirektiv fra 2014 er startet, og det gjennomføres i 2015 alminnelig høring. Direktivet omhandler bl.a. regulering av elektroniske sigaretter, forbud mot smakstilsetninger, større og nye helseadvarsler og et nytt merkings- og sporingssystem for å redusere ulovlig handel med tobakk.

Departementet gjennomførte våren 2015 en høring av standardiserte tobakspakninger. I juni 2015 arrangerte departementet, i samarbeid med Kreftforeningen, en europeisk workshop

om juridiske spørsmål knyttet til innføring av standardiserte pakninger. Sommeren 2015 deltok også helse- og omsorgsministeren på et ministermøte i Paris, hvor 10 land som har innført eller vurderer å innføre standardiserte pakninger møttes og ble enige om en felles erklæring om viktigheten av å stå sammen mot tobakkindustriens forsøk på å undergrave innføring av tiltaket.

#### Rusmidler og dopingmidler

Det overordnede målet med rusmiddelpolitikken er å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet.

Salget av alkohol i Norge er høyere nå enn for 20 år siden, men det har falt noe fra 2008 til 2014. Alkoholforbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng. I 2014 tilsvarte det registrerte salget 6,06 liter ren alkohol per person 15 år og eldre. I tillegg kommer forbruk knyttet til tax free-salg, øvrig grensehandel og smugling.

Menn drikker fortsatt mer alkohol enn kvinner. Flere eldre drikker alkohol nå enn for 15 år siden, de drikker oftere enn før, men de drikker seg ikke oftere fulle enn før. Andelen i befolkningen over 65 år vil øke de neste tiårene. At de eldre blir stadig flere og samtidig drikker mer alkohol, antas å føre til flere alkoholrelaterte problemer i denne gruppen. I den kommende opptappingsplanen for rusfeltet vil vi se nærmere på denne problematikken, herunder vurdere behovet for økt kompetanse.

For unge viser tall fra Espad-undersøkelsene 1995–2015 at alkoholbruken er redusert fra årtusenskiftet, men bruk av andre rusmidler har flatet ut. Dette viser også Ungdata-undersøkelsen og Ung i Oslo.

Alle kommuner har i 2015 utsalgssted for alkohol, antall vinmonopolutsalg er økt med om lag 50 pst. de siste 10 årene og antall skjenkesteder er mer enn doblet på 30 år. Om lag 90 pst. av kommunene har en salgstid som tilsvarende lovens maksimaltid, til klokken 20 på hverdager og til klokken 18 på lørdager. 87 pst. av kommunene har valgt en kortere skjenketid enn lovens maksimaltid som er klokken tre. Den vanligste skjenketiden er til klokken to både for øl, vin og brennevin.

Narkotikabruken i Norge er lav i europeisk sammenheng. I perioden 2012–2014 har det vært liten endring i narkotikabruken. For ungdom (15–16 år) var det i perioden 1999–2015 en nedgang i bruken av cannabis fra 12 til 7 pst.



Antallet overdoser og narkotikarelaterte dødsfall er høyt. I 2013 ble det i Norge registrert 234 narkotikadødsfall (SSB). Forekomsten av hiv blant personer som injiserer narkotika er lav, samtidig som en relativt høy andel er bærere av hepatitt C.

De siste års utvikling med et stort antall nye psykoaktive rusmidler på det illegale markedet gir grunn til bekymring. Det er rapportert om et dødsfall relatert til bruk av syntetiske cannabinoider. I Sverige har de hatt flere slike dødsfall. Norge har til nå hatt 33 dødsfall knyttet til et nytt psykoaktivt stoff som kalles PMMA.

Omsetningen av nye psykoaktive rusmidler skjer hovedsakelig via internetbutikker. Antallet internetbutikker var økende fram til 2012, men har senere vært synkende. Internasjonalt samarbeid om varsling, overvåkning og informasjonsutveksling er nødvendig for å følge med på utviklingen. Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus) inngår i EMCDDAs varslingssystem, der det leveres data basert på analyser av beslag og biologiske prøver. I 2013 ble det innrapportert 15 psykoaktive stoffer som for første gang ble oppdaget i Norge, sammenliknet med 30 i 2012. Kripós foreløpige inntrykk er at tallene for 2014 er på om lag samme nivå. Sirus, Kripós, Legemiddelverket, Tolldirektoratet og Folkehelseinstituttet samarbeider også med helsemyndigheter i Norden i et lukket e-postbasert nettverk (NADiS) som utveksler analyser av stoffprøver og avdekker tilførsel av narkotiske stoffer.

Etter at bruk og besittelse av dopingmidler ble kriminalisert 1. juli 2013 er det registrert en betydelig økning i antall beslag av anabole steroider, ifølge Kripós. Sammenliknet med siste halvår 2012, har det i siste halvår 2013 vært en økning i antall beslag på 60 pst. Det var samtidig en økning på 145 pst. i antall foreleggsaker.

Forskning indikerer at om lag 2 pst. av befolkningen har prøvd dopingmidler noen gang gjennom livsløpet. Blant dem som oppgir å ha brukt dopingmidler, rapporterer de fleste om kortvarig og forbigående bruk. Tilgjengeligheten til dopingmidler synes å være betydelig, og relativt mange sier at de har blitt tilbudt eller vet hvor de skulle kunne skaffe dopingmidler.

Stortinget vedtok i 2014 en hjemmel for at myndighetene kan beslaglegge og destruere ulovlig privatimporterte legemidler, uten at det skal være nødvendig å involvere politi- og påtalemyndigheter. En forskrift om gjennomføring av ordningen er sendt på høring, og iverksetting antas å skje fra 1. oktober 2015. Endringene vil

effektivisere tollmyndighetenes arbeid med å stoppe falske legemidler.

Ansvarlig alkoholhåndtering er en viktig satsning på alkoholområdet. Dette er en satsning for å styrke kommunenes forvaltning av alkoholloven. Hensikten er å forebygge og redusere uheldige skadevirkninger av alkoholbruk, bidra til trygge lokalsamfunn og hindre vold og ulykker. Det arbeides med sikte på å redusere overskjenking og salg/skjenking til mindreårige. I arbeidet legges det spesiell vekt på godt samarbeid mellom kommune og politi og veiledning av utelivsbransjen og økt kvalitet på salgs- og skjenkekontrollene.

Som et ledd i å styrke etterlevelsen av regelverket arbeides det med å revidere Rundskriv IS/5-2008 (Håndbok i alkoholloven mv.) og Veileder i internkontroll (IS-1337). Fra 1. januar 2016 blir det krav om at skjenkekontroll skal utføres av to kontrollører, samt at kontrollører skal ha bestått elektronisk kunnskapsprøve.

Helsedirektoratet tok sammen med Politidirektoratet, Oslo kommune og Oslo politidistrikt i desember 2010 initiativ til Prosjektet Salutt – Sammen lager vi utelivet tryggere – for å styrke arbeidet med overholdelse av alkoholloven. Prosjektperioden var fra 2011 til 2013. Målet med Salutt var å redusere og forebygge overskjenking, skjenking til mindreårige, vold og ordensforstyrrelser samt øke trygghetsfølelsen i utelivet. Gjennom Salutt er det lagt vekt på økt samarbeid mellom aktørene, økt kompetanse og ansvarsfølelse blant ansatte i utelivsbransjen og bedre tilrettelegging for næringsinteresser. Statens institutt for rusmiddelforskning har evaluert prosjektet. Evalueringen viser at prosjektet har bidratt til økt oppmerksomhet om alkoholhåndtering lokalt, regionalt og nasjonalt. Videre har prosjektet bidratt til samarbeid, dialog med utelivsbransjen og økt kunnskap om utelivet og om hva som kan utløse rusrelatert vold og ordensforstyrrelser. Salutt har etablert arenaer for kontakt, veiledning og kompetanseheving. Evalueringsrapporten viser at i møtet med bransjen har Salutt lagt mer vekt på dialog enn på kontroll og sanksjoner i tradisjonell forstand. Helsedirektoratet mener at slik veiledningsvirksomhet er et positivt og nødvendig virkemiddel i lokal forvaltning av alkoholloven, men at det ikke må være til hinder for å gjennomføre kontroll og sanksjoner slik loven krever. Det er Helsedirektoratets vurdering at Salutt ikke kan anbefales for andre kommuner som en helhetlig modell uten at kontroll/sanksjoner blir en mer likeverdig og integrert del av innsatsen.

I tidlig intervensjonssatsingen er det utviklet flere samhandlings- og opplæringsløp tilpasset den enkelte kommune og tjeneste. Det er inngått samarbeidsavtaler med åtte nøkkelkommuner og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Veilederen Fra bekymring til handling oppdateres i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Politidirektoratet. Det skal være en bred innfallsvinkel til den bekymringen en har for et barn eller ungdom med mål om god oppvekst for alle barn og unge. Hele livsløpet og tiltak rettet mot voksne og eldre skal også ivretas.

Arbeidslivet og universiteter og høyskoler er viktige arenaer for å forebygge negative følger av rusmiddelbruk. Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk hjelper ledere og medarbeider med å forebygge rus og avhengighet, slik at sykefravær reduseres og effektivitet og livskvalitet økes. Åkan skal evalueres for å se på utviklingsmuligheter og hvordan Åkan kan bidra til å møte utfordringene i et arbeidsliv i stadig endring.

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål arbeider regionalt med oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse og med å iverksette og implementere statlige føringer på rusmiddelområdet. Kompetansesentrene har i 2014 bidratt til kommunenes oversiktsarbeid ved å bistå kommuner med kartlegging gjennom Ungdata og Brukerplan. De fleste kommunene har nå gjennomført slike kartlegginger etter en standardisert mal som gir mer systematisk oversikt over rusmiddelsituasjonen på kommunalt nivå.

## 6.7 Miljø og helse

Innsats skal rettes mot miljø- og samfunnsforhold som bidrar til god fysisk og psykisk helse eller som hindrer at sykdom og skade oppstår.

### Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling

Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling er løftet fram som et utviklingsområde i folkehelsepolitikken, jf. Meld. St. 34 (2012–2013) og Meld. St. 19 (2014–2015). Gode steder, nærmiljøer og lokalsamfunn har stor betydning for livskvalitet, for utvikling av sosiale nettverk og for god fysisk og psykisk helse. Ambisjonen er å sette mennesker og mennesker sine behov i sentrum for planlegging og samfunnsutvikling. Dette er viktig for å legge til rette for sunne valg, og dette er viktig for

å skape vilkår for gode liv for mennesker i alle aldre.

Fram mot 2030 kan de største byområdene i Norge få en vekst i folketallet på opp mot 30 pst. Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging ble vedtatt i 2014. Retningslinjene skal legges til grunn ved statlig, regional og kommunal planlegging. Planleggingen skal bidra til å utvikle bærekraftige byer og tettsteder, og fremme helse, miljø og livskvalitet. Etter retningslinjene bør utbyggingsmønster og transportsystem fremme utvikling av kompakte byer og tettsteder, og legge til rette for klima- og miljøvennlige transportformer. Hensynet til gode uteområder, lysforhold og miljøkvalitet tillegges vekt. Planleggingen skal bidra til å styrke sykkel og gange som transportform. I større by- og tettstedsområder der økt bruk av sykkel og gange kan bidra til effektive løsninger for transportsystemet, bør det utarbeides planer for et sammenhengende gang- og sykkelvegnett med høy kvalitet. I planleggingen skal det tas hensyn til overordnet grønnstruktur, viktig naturmangfold, kulturhistoriske verdier og estetiske kvaliteter. Kulturminner og kulturmiljøer bør tas aktivt i bruk som ressurser i by- og tettstedsutviklingen. Et mangfoldig bymiljø, som fremmer trivsel og livskvalitet, lavere klimagassutslipp og mindre luftforurensning, og høyere andel sykling og gange, bidrar positivt til folkehelsen.

Helsehensyn og muligheter for aktiv og sosial livsutfoldelse må ivretas i den generelle samfunns- og arealplanleggingen og i regionalt og lokalt utviklingsarbeid. Helsedirektoratet har som ledd i implementeringen av folkehelseoven utviklet en veiledning for hvordan fremme folkehelse i planprosesser. Veiledningen ligger på nettstedet [Kommunetorget.no](http://kommunetorget.no).

Det er gjennomført et toårig utviklingsarbeid i perioden 2013–2014 for å bygge opp kompetanse på hvordan nærmiljøkvaliteter og -tiltak som kan fremme befolkningens helse og trivsel. 25 kommuner i fem fylker har deltatt, i tillegg til at høyskoler og universiteter har vært involvert i kompetanseoppbyggingen i et samarbeid med respektive fylkeskommuner. Evalueringsrapport foreligger. Helsedirektoratet har bidratt med faglig og ressursmessig innsats.

Helsedirektoratet har i 2015 fått i oppdrag å planlegge og gjennomføre et utviklingsarbeid som tar sikte på å styrke faktorer nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse. Planen er at utviklingsarbeidet skal gå over tre år og inkludere minst tre kommuner i deltakende fylker. Invitasjonen til å delta har gått til landets fylkeskommuner.

Det skal legges til rette for medvirkning av befolkningen i kartlegging og identifisering av kunnskap om nærmiljøkvaliteter som påvirker helse og trivsel. Arbeidet er et ledd i implementeringen av folkehelseloven og skal bidra til å gi et bedre kunnskapsgrunnlag for kommunale planprosesser og tiltak for å fremme innbyggernes helse, trivsel og livskvalitet. Utviklingsarbeidet knyttes opp mot folkehelseloven §5 c om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Det legges opp til bruk og utvikling av egnede metoder for medvirkning i et samarbeid med Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Kompetansebygging og evalueringsopplegg skjer i samarbeid med regionale forsknings- og utdanningsinstitusjoner og fylkeskommuner.

Helsemyndighetene bidrar for øvrig om pågående nærmiljø-satsing i regi av Miljødirektoratet, og deltar i det tverretatlige Forum for stedsutvikling og i storbynettverk for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging i regi av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Samarbeidet videreføres i 2016. Fysisk aktivitet i et nærmiljøperspektiv var ett av hovedtemaene under den nordiske folkehelsekonferansen i 2014 i Trondheim.

Enkelte områder i større byer har utfordringer av et slikt omfang at det er behov for en særlig områdesatsing. Bidraget til områdesatsinger i Oslo, hhv. i Groruddalen, og i Oslo Sør, i bydel Årstad, Indre Laksevåg og Ytre Arna i Bergen og i bydel Saupstad-Kolstad i Trondheim. I tillegg er det fra 2014 en områdesatsing i Indre Oslo Øst og på Fjell i Drammen. Flere av satsingene er samfinansiert mellom flere departementer og respektive kommuner, og de omfatter infrastrukturtiltak for å motvirke sosiale forskjeller i helse og livskvalitet, og for å sikre bedre levekår, miljøopprusting og bærekraftig sosial utvikling.

#### Helsefremmende transportløsninger

Hensynet til framkommelighet, fysisk aktivitet, lokalt miljø, klima og arealknapphet krever et paradigmeskifte i tilrettelegging for sykling og gåing i byområdene og langs skoleveger. Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter omtaler og understøtter Meld. St. 26 (2012–2013) Nasjonal transportplan (NTP) 2014–2023, som følger opp klimaforliket om at veksten i persontransporten i byer og tettsteder skal tas med kollektiv, sykkel og gange, og som legger opp til en styrket satsing på gang- og sykkelveier. Helsefremmende transportløsninger og

reduisert vekst i biltrafikken er nødvendig for å oppnå bedre lokal luftkvalitet. Lokal luftforurensning utgjør i dag en vesentlig risikofaktor for sykdom og helseplager og mennesker med luftveissykdommer rammes i særlig grad.

Helsemyndighetene deltar i oppfølging av NTP 2014–2023, herunder Nasjonal sykkelstrategi og Nasjonal gå-strategi, arbeidet med bymiljøavtaler, nasjonale programmer som storbynettverk for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging og i plansatsing mot store byer. I samarbeid med vegmyndighetene vil helsemyndighetene fortsatt bidra i holdningsskapende arbeid for å fremme økt bevissthet om sykling og gåing som aktiv transport, for redusert luftforurensning og attraktive steder, og i tiltak for å påvirke ulike befolkningsgrupper til å gå eller sykle mer. I 2015 utvikles et rapporteringssystem på folkehelsearbeidet der tilrettelegging for aktiv transport vil være en viktig del av området Trygge og helsefremmende miljøer.

#### Trygg mat og trygt drikkevann

Norge har et av de dårligste vann- og avløpsnettene i Europa. Gjennomsnittlig tapes 30 til 40 pst. av det rensede drikkevannet pga. lekkasjer i ledningsnettet. Tilsvarende tap i Danmark, Finland og Sverige er i størrelsesorden 7–16 pst. I gjennomsnitt er det bare 0,5–0,6 pst. av ledningsnettet som fornyes hvert år. Om lag 90 pst. av ledningsnettet er kommunalt, resten er privateid. Når ledningsnettet lekker, kan avløpsvann fra omgivelsene lett trenge inn og forurense drikkevannet. Dette kan føre til alvorlige sykdomsutbrudd. I følge Folkehelseinstituttets anslag, basert på studier fra utlandet, fører dårlig ledningsnett og mangelfull rensing av drikkevannet til mellom 225 000 og 400 000 tapte arbeidsdager per år. Estimatenes usikre og det er behov for mer kunnskap om sykdomsforekomst som skyldes vannbåren smitte. Sikker levering av drikkevann er også avgjørende for at vann til sanitær- og beredskapsformål som toaletter, dusj, mulighet for tapping av brannvann mv., skal fungere. De forventede klimaendringene med bl.a. økte nedbørsmengder og dermed mer overvann forventes å forsterke problemene.

Om lag 600 000 forbrukere har sin vannforsyning fra små anlegg, der status på drikkevannet i stor grad er ukjent for myndighetene.

Regjeringen fastsatte 22. mai 2014 nasjonale mål på vannområdet knyttet til Verdens helseorganisasjon/UNECEs Protokoll for vann og helse (vannprotokollen). Målene blir fulgt opp med en

gjennomføringsplan innen Helse- og omsorgsdepartementets sektorområde. I Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen omtales utfordringene og regjeringens tiltak nærmere. Drikkevannsforskriften er for tiden under revisjon som et ledd i gjennomføringsplanen. Det vil bli lagt vekt på å styrke regelverket for å få tydeligere krav til eksempelvis oppgradering og vedlikehold. Tilstandsdata vil bli innarbeidet i folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet utarbeider. Mattilsynets tilsyn med vannverkene vil bli styrket som en del av oppfølgingen av de nasjonale vannmålene.

Til tross for at Norge har en av Europas laveste forekomster av smitte fra matvarer, har forekomsten av mat- og vannbårne infeksjoner steget kraftig de siste tiårene. Økningen skyldes for en stor del at flere blir smittet i utlandet gjennom økt reisevirksomhet til land med større smittepress. Også internasjonal handel med matvarer har ført til flere enkelttilfeller og utbrudd av slike sykdommer. I de siste årene har det vært en rekke utbrudd der smitekilden har vært importerte grønnsaker og bær.

I tråd med regjeringens ønsker om å legge til rette for en enklere, mer enhetlig og effektiv forvaltning er antall forvaltningsnivåer i Mattilsynet redusert fra tre til to og antall regioner redusert fra åtte til fem. I Mattilsynets strategi fram mot 2020 legges det vekt på å utvikle en fleksibel organisasjon som fremmer samhandling og effektiv utnyttelse av faglig kompetanse i organisasjonen. Ressurser skal overføres fra styre- og støttefunksjoner til det utøvende tilsynet. Målet er å være mer synlig og gjennomføre flere tilsyn.

For å styrke tilsynet med serveringsvirksomheter og øke forbrukernes mulighet for å ta informerte valg innføres en landsdekkende smilefjesordning fra januar 2016. Smilefjes er dels en tilsynsordning med at hygieneregelverket etterleves, dels en informasjonsordning som opplyser forbrukerne om de hygieniske forholdene i serveringsvirksomheten ved hjelp at et lett synlig symbol. Forsøksordningen i region Trøndelag og Møre og Romsdal som har pågått siden 2007, har gitt gode resultater og fått anerkjennelse både fra forbrukerne og fra bransjen. Ordningen har ført til bedre etterlevelse av regelverket og mindre behov for oppfølgingsbesøk etter inspeksjoner.

Det henvises for øvrig til Prop. 1 S (2015–2016) for Landbruks- og matdepartementet for nærmere omtale av Mattilsynets tilsyn med trygg mat og trygt drikkevann.

## Smittevern

Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet og smittevernloven er kjernen i smittevernarbeidet. Smittevernloven skal sikre at myndighetene setter i verk nødvendige smitteverntiltak, samordner virksomheten og ivaretar rettssikkerheten til den enkelte. Særlig prioriterte områder er å forebygge antimikrobiell resistens, redusere forekomsten av helse-tjenesteassosierte infeksjoner, redusere nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner og sikre at alle som er hiv-smittet får god oppfølging, samt å sørge for at staten har et faglig oppdatert og godt tuberkuloseprogram og god beredskap mot pandemisk influensa. Disse områdene blir fulgt opp gjennom nasjonale strategier og beredskapsplaner.

## Antimikrobiell resistens (AMR)

Regjeringen lanserte i juni 2015 en tverrsektoriell nasjonal strategi mot antibiotikaresistens. Strategiens hovedmål er å redusere den totale bruken av antibiotika og opprettholde ansvarlig antibiotikabruk i alle sektorer, øke kunnskapsgrunnlaget og være en internasjonal pådriver for å motvirke antibiotikaresistens. Strategien bygger på rapporten fra en tverrsektoriell ekspertgruppe Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak fra august 2014. Strategien er i overensstemmelse med den globale handlingsplanen (Global Action Plan) mot antibiotikaresistens som ble vedtatt av Verdens helseforsamling i mai 2015. Det vil bli laget handlingsplaner for ulike deler av innsatsen.

Antibiotikaresistens er i dag et raskt voksende problem i verden og utgjør en alvorlig trussel mot global helse. Verdens helseorganisasjon (WHO) slo i 2012 fast at dette er en av de største helsetruslene verden står overfor. Framveksten av antibiotikaresistens kommer samtidig med en stagnasjon i utviklingen av nye antimikrobielle legemidler. Vi risikerer derfor en framtid hvor infeksjoner som i dag regnes som ufarlige, igjen kan bli et alvorlig helseproblem og en hyppig dødsårsak. I dagens globaliserte verden er det ikke mulig for ett eller flere land å isolere seg fra hva som skjer ellers i verden. Antibiotikaresistens flytter seg over landegrensener gjennom handel, mat, mennesker, dyr og miljø, og krever en global respons. Alle har interesse av at det praktiseres en ansvarlig antibiotikabruk, slik at dagens og morgendagens antibiotika forblir virksomme.

I global sammenheng har vi et moralsk ansvar for å sikre flest mulig tilgang til antibiotika når det er et reelt behov. Samtidig har alle interesse av at det utvikles nye antibiotika raskere enn i dag, slik at vi til enhver tid er i forkant av utviklingen. For å oppnå dette kreves et styrket internasjonalt normativt grunnlag, slik at flest mulig land fører en politikk som minsker risikoene knyttet til antibiotikaresistens.

Virksomme antibiotika er en forutsetning for moderne medisinsk behandling; det gjelder i alle situasjoner der infeksjoner kan gi alvorlige utfall, som ved kreftsykdommer, innen nyfødtmedisin, ved transplantasjonskirurgi og ved en del vanlige kirurgiske inngrep hvor antibiotika benyttes forebyggende for å forhindre infeksjoner. Uten effektive antibiotika vil risikoen ved slik behandling øke til uakseptable nivåer. Dette kommer i tillegg til nødvendig bruk av antibiotika ved alvorlige bakterielle infeksjoner som lungebetennelser og hjernehinnebetennelse.

Norge ligger blant de aller laveste i Europa når det gjelder forbruk av antibiotika til dyr. I fiskeoppdrett har innføringen av effektive vaksiner redusert bruken av antibiotika med 99 pst. målt i kg totalt forbruk av virkestoff fra 1987 til i dag, samtidig som produksjonen i norsk fiskeoppdrett er over 20-doblet i samme periode. Selv om norsk husdyrhold og matproduksjon er i en svært god situasjon, er alvorlige former for antibiotikaresistens nå også påvist hos norske produksjonsdyr som fjørfe og svin.

Vi har i dag begrenset kunnskap om miljøets påvirkning på utvikling av resistens. Tidligere antok man at spredning av resistens i hovedsak skjer fra menneskeskapt miljø til naturmiljø. Nyere studier indikerer at også naturmiljø kan være en kilde til resistensutvikling. For å forstå hvordan naturmiljøer kan bidra til å spre resistens i ulike miljøer, er det viktig å kartlegge tilstedeværelsen av resistens i bakteriesamfunn i jord, ferskvann, sjø, sedimenter, viltlevende dyr og husdyr. På bakgrunn av en slik kartlegging kan man etablere forvaltningsstrategier og iverksette forebyggende tiltak og overvåkning.

De sterke sammenhengene mellom human-, landdyr- og fiskehelse og miljø krever en samlet innsats på tvers av fagområder. Denne strategien tar derfor mål av seg til å se helhetlig på forbruk av antibiotika og andre resistensdrivere, utvikling og spredning av resistens hos mennesker, dyr, i mat og det ytre miljø. Den angir retningen for det samlede arbeidet mot antibiotikaresistens fram mot 2020, med konkrete mål og tiltaksområder.

### Hiv-forbyggende arbeid

I Norge har forekomsten av hiv holdt seg relativt stabil de siste årene. I 2014 ble det diagnostisert 249 nye hivsmittede i Norge, en moderat økning fra 2013. Blant menn som har sex med menn (msm) har det imidlertid vært en tredobling av antall meldte hivtilfeller de siste ti årene, til 107 tilfeller i 2014. Økningen ses blant innvandrere smittet før ankomst til Norge, som nå utgjør om lag 50 pst. av de meldte tilfellene blant msm. Blant norskfødte msm har hivtallene gått ned med om lag 30 pst. de siste årene, fra 74 tilfeller i toppåret 2006.

Det har vært en økning i heteroseksuell smitte mens bosatt i Norge, til 47 tilfeller i 2014. Økningen kom i hovedsak blant menn, med hovedvekt på smitte i Thailand, og personer med innvandrerbakgrunn. Blant asylsøkere og familieinnvandrere smittet før ankomst Norge, har det vært en jevn nedgang i påviste tilfeller de siste tre årene. I 2014 var det påvist 83 hivtilfeller i denne gruppen, mot 138 i 2008.

Det hivforebyggende arbeidet må målrettes mot de grupper som er utsatt for hivsmitte. Msm med innvandrerbakgrunn ser ut til å være en spesielt risikoutsatt gruppe i msm-miljøet, og bør derfor gis prioritet i forebyggingsarbeidet. For å kunne iverksette gode smitteforebyggende tiltak, må vi ha bedre kunnskap om hvem som smittes, hvor, hvordan og hvorfor de smittes. God dialog og samarbeid med personer som lever med hiv er en forutsetning for å få fram denne kunnskapen, likeså med forskningsmiljøer, frivillige organisasjoner, helsepersonell og andre som jobber tett på gruppene.

Tidlig diagnostikk er viktig for å redusere spredningen av hiv. Helsedirektoratet og Utlendingsdirektoratet samarbeider om tiltak for å sikre tidlig diagnostikk, rådgivning og informasjon til asylsøkere og familieegjenforente. Hurtigtest for hiv ser ut til å redusere terskelen for å oppsøke hivtest. Helsedirektoratet finansierer flere lavterskeltilbud som retter seg mot msm, innvandrere og personer som kjøper sex. Ordningen med målrettet kondomdistribusjon videreføres. Det er betydelig forbedringspotensial i arbeidet med smitteoppsporing.

Nasjonale helsemyndigheter har startet arbeidet med å utrede konsekvensene av Verdens helseorganisasjons anbefaling om bruk av preeksponeringsprofylakse (PrEP) for grupper med høy sårbarhet for hiv. PrEP innebærer at hivnegative personer tar hivmedisiner på lik linje med en hivpositive for å forebygge smitte. Relevante fag-

miljøer og frivillige organisasjoner vil bli involvert i prosessen.

Hivforebyggende tiltak vil ha en sentral plass i samlet strategi for seksuell helse 2016–2021.

#### Tuberkulose

I 2014 var det 327 tilfeller av tuberkulose i Norge hvorav 23 var norskfødte. Seks av de norskfødte har foreldre født i utlandet.

Tuberkulose er en sykdom som kan behandles effektivt med medisiner. Kun få av de som har hatt tett kontakt med syke blir smittet. Enda færre vil utvikle sykdommen. Bare de som er syke med lungetuberkulose kan smitte andre. Når det oppdages et tilfelle av lungetuberkulose vil helsetjenesten i kommunen gjennomføre smitteoppsporing.

Personer som har hatt tett kontakt med syke blir tilbudt undersøkelse for å avklare mulig smitte av tuberkulose. De som eventuelt får påvist tuberkulose blir tilbudt behandling og oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

Det er lite nysmitte av tuberkulose i Norge, mesteparten av tuberkulose skyldes reaktivering av smitte før ankomst. Dette kan man vite med stor sikkerhet fordi under 20 pst. av pasientene i Norge har bakterie med samme stamme (cluster) som en annen pasient. Få pasienter er del av cluster med både norsk- og utenlandsfødte pasienter. Det er svært lite tuberkulose blant barn i Norge. Få pasienter oppdages ved smitteoppsporing.

I Norge var BCG-vaksinasjon i 14-årsalder en del av vaksinasjonsprogrammet for alle barn fra 1947 til 2009. Fra sommeren 2009 inngår BCG-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet bare for barn med mor eller far fra land med høy forekomst av tuberkulose.

Utfordringer i Norge:

- tidligere diagnostikk av tuberkulose og multi-resistent tuberkulose
- færre dødsfall
- økt årvåkenhet blant helsepersonell
- sikre rask tilgang for utsatte grupper; innvandrergupper & papirløse
- forbedre screeningprogrammet
- bedre målretting av forebyggende behandling

#### Miljørettet helsevern

Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, bl.a. for å føre tilsyn med virksomheter og eiendom som direkte eller indirekte kan ha betydning for helsen. Landsomfattende undersøkelser de senere

årene har avdekket omfattende svikt med kommunenes arbeid med miljørettet helsevern, bl.a. i tilsyn med det fysiske miljøet i skolene.

Det er et mål for Helsedirektoratet gjennom råd og veiledning å styrke kommunenes kompetanse i miljørettet helsevern som del av folkehelsearbeidet i kommunene. Helsedirektoratet er i gang med å utvikle tilsynsveiledning og standarder for godt lokalt folkehelsearbeid. Veileder i tilsyn med miljørettet helsevern vil bli fullført i 2015.

Det er behov for å utvikle bedre støttefunksjoner for kommunene. Det er aktuelt å vurdere om de arbeids- og miljømedisinske sentrene i helseforetakene bør utvikles til regionale kompetansemiljøer på miljømedisin.

Et godt fysisk og psykososialt miljø i barnehagen og skolen er en forutsetning for god folkehelse, dvs. for et godt og produktivt læringsmiljø, og for at barna/elevne skal trives og ikke få helseplager, som astma, allergi mv. Dette innebærer også tilrettelegging for gode måltider og daglig fysisk aktivitet. Mer enn 300 000 elever går på skoler som ikke er godkjente. Manglende vedlikehold av skoler og barnehager er et folkehelseproblem. I tillegg viser undersøkelsen generelt manglende tilsyn med skolene. Nesten halvparten av alle skoler mangler vedlikeholdsplan. Regjeringen vil foreta en gjennomgang og oppdatering av regelverket for fysisk og psykososialt miljø i barnehager og skoler. Gjennomgangen skal ha som mål å etablere et helhetlig regelverk som tydeliggjør ansvar og krav til barnas arbeidsmiljø, sikrer barnas rettigheter og samordner tilsynsordninger.

Dårlig inneklima grunnet manglende vedlikehold av skoler er et folkehelseproblem. Kartlegginger fra de senere årene viser at kommunene har et stort vedlikeholdsetterslep på skolebyggene, og at svært mange elever går på en skole som ikke tilfredsstillende folkehelselovgivningens krav til det fysiske miljøet. Se også Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, side 119–121.

Utdanningsdirektoratet, Arbeidstilsynet, Direktoratet for byggkvalitet, Helsedirektoratet og fylkesmennene samarbeider om kursopplegg for å styrke kommunenes kompetanse på det fysiske skolemiljøet.

En kartlegging av miljøforholdene i landets barnehager er under planlegging hos helse- og utdanningsmyndighetene. Godt innemiljø er viktig også i andre bygninger der mennesker må oppholde seg over lengre tid, f.eks. asylmottak og fengsler.

Regjeringen vil i 2015 legge fram en egen handlingsplan om miljøgifter. Handlingsplanen

skal være konkret og gi god og helhetlig styring for de berørte i arbeidet med å nå 2020-målet om miljøgifter. Handlingsplanen vil bl.a. omtale internasjonale og nasjonale tiltak, tilsyn og kontroll, forbrukerinformasjon og bransjedialog. Helse- og matmyndighetene vurderer i samarbeid med miljømyndighetene tiltak for sikre en trygg hverdag i tråd med de nasjonale målene.

#### Strålevern

Radon i inneluft øker risikoen for lungekreft. Risikokøknningen bestemmes av hvor lang tid man utsettes for radon og av hvor høyt radonnivået er. Det er Statens stråleverns oppgave å ha kunnskap om og oversikt over radoneksposeringen for befolkningen. I skoler, barnehager og utleieboliger, som er omfattet av strålevernforskriften, stilles det bindende krav til radonnivåene. Når det gjelder andre bygninger, anbefaler Statens strålevern at de skal ha så lave radonnivåer som praktisk mulig og innenfor anbefalte grenseverdier.

Nasjonal strategi for å redusere radoneksposeringen i Norge er videreført til 2020. Strålevernets overordnede mål er en betraktelig reduksjon i antallet lungekrefttilfeller fra radoneksposering.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Statens strålevern igangsatt et prosjekt med å utvikle en veileder til bruk for kommunene i deres tilsyn med radonforholdene i skoler, barnehager og utleieboliger, samt gi god informasjon til befolkningen om tiltak i boligen, mv. Utvikling av sektorvise indikatorer for folkehelsearbeidet vil kunne sees i sammenheng med dette. Veilederen planlegges ferdigstilt i 2015.

#### Astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner

Som oppfølging av Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008–2012) har Helsedirektoratet utarbeidet forslag til Handlingsprogram for astma, allergi og annen overfølsomhet. Under utarbeidelsen av programmet har alle de regionale helseforetakene vedtatt å opprette regionale astma-, allergi og overfølsomhetssentre.

#### Skader og ulykker

På tross av en betydelig nedgang i ulykkesdødsfall de siste tiårene er personskader som følge av ulykker fortsatt en stor utfordring for folkehelsen. Ulykker er den viktigste årsaken til dødsfall for personer under 45 år. Forebygging av fallulykker blant eldre skal forsterkes. Innsatsen må ses i

sammenheng med målet om at flere eldre skal bli boende hjemme.

Rapporten Skadebildet i Norge, Hovedvekt på personskader i sentrale registre, som ble utgitt av Folkehelseinstituttet i 2014, ga et samlet bilde av ulykker i Norge. Analyser basert på koplinger av ulike registre viser at om lag 540 000 personer skades i Norge hvert år. I dette anslaget inngår både ulykkeskader, voldsskader og selvpåførte skader. Årlig dør rundt 2500 personer som følge av skader, mens i overkant av 100 000 personer rammes av skader som må behandles direkte i spesialisthelsetjenesten. Nærmere halvparten av skadepasientene blir ferdigbehandlet i primærhelsetjenesten. Det skal utgis en ny rapport over skadebildet i 2016.

Skadebildet i Norge har gitt et mer samlet bilde av situasjonen enn tidligere. De fleste ulykes- og skaderegistrene er imidlertid preget av mangelfull dekningsgrad og kvalitet. Skaderapporteringen til Norsk pasientregister er bedre enn foregående år, men det er fortsatt mangler knyttet til kvalitet og kompletthet. Somatiske sykehus og enkelte legevakter (Oslo, Bergen og Trondheim) har siden 2009 hatt plikt til å rapportere om omstendighetene rundt skader og ulykker til Norsk pasientregister. Det ble innrapportert informasjon om omstendighetene for 38 pst. av alle skader som ble behandlet ved sykehusene i 2014, i overkant av 120 000 av 300 000 skadetilfeller. 21 av 26 rapporteringspliktige enheter rapporterte skadedata til Norsk pasientregister. Helsedirektoratet har gjennomført flere tiltak for å forbedre registreringen og innrapporteringen av data om skader og ulykker. Flere enheter forventes å rapportere, og det er grunn til å tro at kvaliteten og komplettheten på skadedataene blir bedre når rutiner for registrering og rapportering bedres.

Det tverrsektorielle arbeidet med å forebygge skader og ulykker har vært forankret i Ulykker i Norge – nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2014. I folkehelsemeldingen går det fram at strategien, med dens hoved- og delmål, videreføres til 2018. Det ene hovedmålet er at det skal være mulig å tallfeste nasjonale mål for reduksjon av skader og ulykker. Regjeringen har bl.a. som mål å redusere hoftebrudd med 10 pst. innen 2018. For å oppnå dette, og øvrige mål i strategien, er det viktig med fortsatt vekt på innsats på tvers av sektorer, og med flere typer virkemidler. St. Olavs Hospital og NTNU har f.eks. fått støtte i 2015 til å utforme og gjennomføre et kurs i fallforebygging med fokus på fysisk trening

Forsikringsbransjen er en viktig partner i det ulykkesforebyggende arbeidet. Finans Norge og Helse- og omsorgsdepartementet gikk i 2013 sammen om å fornye en fem års avtale som gir midler til Skadeforebyggende forum, et nasjonalt kontakt- og samarbeidsorgan. Skadeforebyggende forums arbeid med Trygge lokalsamfunn videreføres i 2016.

### Støy

Tilfeller der støyhensyn ikke er vurdert i planleggingen kan være en vesentlig kilde til tap av livskvalitet for den enkelte som er utsatt for støy. Støy er en årsak til mange klager fra enkeltpersoner som blir behandlet av miljørettet helsevern i norske kommuner.

Støy er et alvorlig folkehelseproblem, og det er estimert over 10 000 tapte friske leveår hvert år som følge av sterk søvnforstyrrelse pga. vegtrafikkstøy i Norge. Dette tilsvarer mer enn 6 mrd. kroner i velferdstap per år. Stress forårsaket av støy kan bl.a. være en medvirkende årsak til forskjellige helseplager, f.eks. muskelspenninger og muskelsmerter, nedsatt prestasjonsevne og risiko for ulykker, og en medvirkende årsak til utvikling av diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom.

Befolkningsveksten i sentrale områder med behov for boliger, press på arealer og infrastruktur gjør det spesielt viktig å sette krav til at støyhensyn ivaretas i samfunns- og arealplanleggingen og ved utforming av bomiljø.

Nasjonal handlingsplan mot støy er oppdatert i 2014 og videreføres ut 2015. Folkehelseinstituttet har ledet arbeidet med en rapport som dokumenterer virkninger av støy på søvn og helse. Rapporten gir en faglig vurdering av hvilke indikatorer for støy som best kan forutsi virkninger på søvn.

Ulike former for nabostøy er en belastning i mange kommuner. På oppdrag fra Helsedirektoratet skal Norsk forening mot støy utvikle en veileder for kommunene i forebygging og løsning av støyproblemer i nærmiljøet.

## 6.8 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste beskriver hvordan en framtidig primærhelsetjeneste må innrettes for å nå målene om mer forebygging og egenmestring. Det er særlig behov for tiltak rettet mot barn, unge og eldre, styrket brukermedvirkning, og et helhetlig syn på

helse. Ivaretagelse av ernæringsstatus og aktivitet er f.eks. en viktig del av et helhetlig helse- og omsorgstilbud.

I 2014 ble kommunenes frie inntekter økt med 180 mill. kroner begrunnet med behovet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2015 ble rammen ytterligere styrket med 270 mill. kroner med samme begrunnelse. I 2016 foreslås en ytterligere økning på 200 mill. kroner gjennom vekst i kommunenes frie inntekter. Tiltak for å ta arbeidet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten videre beskrives i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. Målet er bedre samhandling og en tjeneste som så tidlig som mulig fanger opp barn og unge med problemer, gir dem det tilbudet de trenger eller henviser videre ved behov.

Det er et stort potensial for å utvikle helse- og omsorgs- og tannhelsetjenestenes arbeid med livsstilsendring. Tjenestene må i sterkere grad enn i dag vektlegge teamarbeid i forebyggende tjenester, opplæring, aktiv oppfølging og gode pasientforløp. Mange kommuner har etablert kommunale frisklivs, lærings- og mestringstilbud som gir individuelt tilpasset og gruppebasert støtte til endring og mestring av levevaner spesielt tilpasset personer med kronisk sykdom. I mange kommuner utgår tilbudet fra en frisklivssentral. I andre kommuner er tilbudene mer integrert i de øvrige tjenestene. Majoriteten av brukerne er personer med sammensatte helseplager og kronisk sykdom. Formålet er å bistå til bedre levevaner og fremme fysisk og psykisk helse, primært gjennom veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedre kosthold og tobakksavvenning. Målgruppen er personer med økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom, uavhengig av diagnose eller etablert kronisk lidelse. De kommunale frisklivs- lærings- og mestringstilbudene samarbeider tett med øvrige kommunale tjenester, andre private og frivillige aktører og med lærings- og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten. De har oversikt over og henviser til, aktuelle lokale lavterskeltilbud og likepersonsarbeid som brukerne kan delta i etter avsluttet oppfølgingsperiode. Pasienter før og etter behandling i spesialisthelsetjenesten og/eller rehabilitering kan ha nytte av å delta i frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Det gis tilskudd over kap. 762 til utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.

For personer med kroniske lidelser og personer med langvarig sykdom, er tilpasset fysisk aktivitet nødvendig for å opprettholde funksjonsevne, selvhjelpenhet og god psykisk helse. For godt voksne og eldre inngår styrke- og balansetrening i de nye anbefalingene om fysisk aktivitet. Tidlig



intervensjon for eldre bidrar til å vedlikeholde motoriske funksjoner og hindre funksjonsfall. Treningssentre har en kompetanse som kan gjøre dem til en samarbeidspartner for den kommunale helse- og omsorgstjenesten om tilbud under kynnig veiledning, som f.eks. funksjonell styrketrening eller gruppetrening med kjent fallforebyggende effekt. I Folkehelsemeldingen oppfordres det til samarbeid med private aktører om tilbud for mennesker som kan ha nytte av fysisk aktivitet og som trenger veiledning og aktiv oppfølging.

#### Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade og

lidelse. Det er potensiale for mer strukturert forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten. Systematisering av arbeidet med røykeslutt før planlagte operasjoner og tilrettelegging for fysisk aktivitet under behandling er to eksempler. Helseforetakene kartlegger ernæringsmessig risiko, herunder tilstrekkelig kapasitet innen klinisk ernæringsfaglige tjenester til ulike grupper. Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring ble opprettet i 2015 og skal samle og bygge ernæringskompetanse til bruk i helse og omsorgstjenestene i hele landet og bidra til en helhetlig kvalitet i pasienttilbudet. Smittevernarbeid og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren er en del av spesialisthelsetjenestens ansvar for forebyggende arbeid.

## 7 Spesialisthelsetjenesten

For 2014 er styringskravene i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene og foretaksmøtene i større grad sett i sammenheng. Oppdragsdokumentene for 2014 er forenklet sammenliknet med 2013, bl.a. er det færre mål. Midlene som stilles til disposisjon til de regionale helseforetakene kommer i all hovedsak fra kap. 732 Regionale helseforetak.

I årlig melding 2014 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametere i oppdragsdokumentene og foretaksmøter. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning ble behandlet i foretaksmøter i juni 2015. Nedenfor redegjøres det for rapportering 2014 og status 2015 på de områdene som er trukket fram i 2014 og 2015, samt de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2016–2019. Omtalen er delt inn under følgende overskrifter:

- Aktivitet
- Tilgjengelighet og brukerorientering
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Personell, utdanning og kompetanse
- Forskning og innovasjon
- Økonomi og investeringer

### *Aktivitet*

Det ble satt mål til aktivitet under kap. 732, post 76 og 77. Det vises til rapportering 2014 under kap. 732, post 76 og 77.

### *Tilgjengelighet og brukerorientering*

Det er et mål at tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Dette ble i 2014 fulgt opp gjennom flere mål og aktuelle styringsparametere som det rapporteres på nedenfor.

### *Ventetid og fristbrudd*

Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av

behandling og kan indikere kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor sentral 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.

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. Det er et mål at ventetiden reduseres. Regjeringen vil gjøre mer bruk av de private der dette kan bidra til å redusere ventetidene. Regjeringen innfører reformen fritt behandlingsvalg i 2015. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive, jf. omtale under kap. 732, postene 72 til 75.

De regionale helseforetakene og sykehusene har satt i gang flere tiltak for å redusere ventetiden. Flere sykehus har bedret aktivitetsplanleggingen og bruker ventelistene aktivt i planleggingen av driften. Andre tiltak er utvidet kjøp fra private aktører, utvidede åpningstider på sykehusene, samarbeid mellom sykehusene og Kontoret for fritt sykehusvalg og kontakt med enkeltpasienter for å avklare videre behandling. For å få brukt ressursene på sykehusene optimalt er det igangsatt prosjekter for å få flere pasienter til å møte opp til time. For å understøtte dette arbeidet ble gebyret ved manglende oppmøte til poliklinikk doblet fra 1. januar 2015, jf. Prop. 1 S (2014–2015). For å skjerme rusavhengige og mennesker med psykiske lidelser i de tilfeller dette vurderes nødvendig, har departementet bedt de regionale helseforetakene om at det utvises et skjønn for disse pasientgruppene. For å redusere ventetidene ytterligere, har de regionale helseforetakene utarbeidet egne planer i løpet av første halvår 2015. Dette viktige arbeidet skal intensivres i 2015 og videreføres i 2016, og det vises til omtale under kap. 732, Særskilte satsingsområder 2016.

Tabell 7.1 Ventetider og fristbrudd

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	74	73	72	70	73	71	76	74	74	72
Andel fristbrudd for rettighetspasienter <sup>1</sup>	7	6	4	3	6	3	8	7	6	5

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

Selv om det har vært en positiv utvikling i ventetid og andel fristbrudd de siste årene og hittil i 2015, er gjennomsnittlig ventetid fortsatt for høy. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått utredning og/eller behandling har gått ned fra 73 dager i første tertial 2014 til 70 dager i første tertial 2015. Ventetiden for pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vist en særlig positiv utvikling med 12 dagers reduksjon i samme periode. Dette må sees i sammenheng med regjeringens prioritering av området. I samme periode har andel fristbrudd for alle rettighetspasienter gått ned fra 12 til 8 pst. Månedstall for mai, juni og juli viser at ventetiden og andel fristbrudd reduseres i om lag samme takt. I løpet av første tertial 2015 ble om lag 473 000 nyhenvisninger vurdert. Dette er en nedgang på en pst. sammenliknet med samme periode i fjor.

### *Kreftbehandling*

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmes-

sig organisering og bedre samhandling mellom alle aktører på kreftområdet. Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft skal ivaretas i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer. God behandlingskvalitet skal ivaretas gjennom gode pasientforløp. Dette skal sikre at kreftpasienter unngår unødig venting på utredning og behandling. Nasjonal kreftstrategi (2013–2017) skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter. Det er utarbeidet en nasjonal handlingsplan for kreft 2015–2017 som følger opp strategien. Handlingsplanen konkretiserer hva som må gjennomføres for å nå de fem målene i Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013–2017.

Fra 2015 er det innført pakkeforløp kreft. Det er satt som mål at:

- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst.
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen en definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp er 70 pst.

Tabell 7.2 Pakkeforløp kreft. Resultat per første tertial 2015

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid <sup>1</sup>	73,3	81,4	84,4	84,7	77,7
Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp <sup>2</sup>	60,1	61,0	43,9	56,5	57,6

<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 de fire kreftformene lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft som ble innført 1. januar 2015. Basert på først tertialtall 2015 fra Norsk pasientregister.

<sup>2</sup> Denne indikatoren måler andel nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft som ble innført 1. januar 2015. Basert på første tertialtall 2015 fra Norsk pasientregister

Pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft ble innført i helseforetakene fra 1. januar 2015. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendige 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.

Kvalitetsindikatoren Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid viser måloppnåelse på de definerte standardforløpstidene for de fire første av til sammen 28 pakkeforløp for kreft – lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft. På landsbasis er 77,7 pst. av avsluttede pakkeforløp 1. tertial 2015 gjennomført innen normert forløpstid. Det er totalt avsluttet 1231 pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft innen standard forløpstid i 1. tertial 2015. Det er god måloppnåelse for denne indikatoren i første tertial. For kvalitetsindikatoren Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp viser en måloppnåelse på landsbasis at 57,6 pst. av totalt 2 555 nye kreftpasienter med de fire diagnosene er inkludert i et pakkeforløp 1. tertial 2015. Rapportering av pakkeforløp til Norsk pasientregister er et nytt krav til helseforetakene fra 1. januar 2015. Det tar tid å etablere rutiner for inkludering av pasienter i pakkeforløp, samt registrering, kvalitetssikring og rapportering av data. Resultatene for de to kvalitetsindikatorerne må tolkes med varsomhet.

Et mål i 2014 var redusert ventetid, økt kapasitet og god kompetanse innen brystrekonstruksjon for pasienter med brystkreft. De regionale helseforetakene har levert på målene i oppdragsdokumentene. Det blir gjennomført stadig flere primære rekonstruksjoner av bryst og det er bygd opp robuste fagmiljøer ved flere helseforetak. De fleste helseforetak har ikke ventetid utover den som er anbefalt ut fra medisinske forhold.

I Helse Sør-Øst har den største nedgangen i ventetid vært på Oslo universitetssykehus, der ventetiden for operasjoner med rekonstruksjon av bryst med eget vev har gått ned fra ti til to år. For rekonstruksjon med implantater er ventetiden under ett år. I tillegg er andelen pasienter som får rekonstruert bryst ved primæroperasjonen for brystkreft økt. Ved de andre helseforetakene er det kortere ventetider, og ved noen helseforetak får pasienten direkte tilbud om behandling etter at utredningen er gjennomført.

I Helse Vest er det økt kapasitet og det er bygget opp god kompetanse. I Helse Stavanger er det

ikke ventetid ut over det som er medisinsk begrunnet. I Helse Bergen er ventetiden for brystrekonstruksjon om lag 6 måneder. Ventetiden for rekonstruksjon med eget vev er redusert, og er på rundt 12 måneder. Det er ingen ventetid i Helse Førde for primær rekonstruksjon, og oppfølgende inngrep blir gjort i planlagt tid.

I Helse Midt-Norge er ventetiden redusert betraktelig de siste årene. Ved utgangen av 2014 var ventetiden ved St. Olavs Hospital om lag 5,5 måneder for brystrekonstruksjon med eget vev og med protese, mens ventetiden ved Helse Møre og Romsdal var om lag 3,5 måneder.

I Helse Nord er ventetiden redusert fra to til ett år ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Kapasiteten er økt og kompetanseoppbygging er gjennomført. Ved Nordlandssykehuset får alle pasienter med nyoppdaget brystkreft som må fjerne brystet tilbud om primær rekonstruksjon når de oppfyller kravene til dette. Ved Helgelandssykehuset er ventetiden om lag en måned.

I 2014 er det stilt krav om at det etableres minst ett tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand i hver helseregion. Hensikten med et diagnosesenter er at pasienten skal få en rask og effektiv utredning av kreftsykdom. Et diagnosesenter vil kunne legge til rette for effektiv utredning, slik at flest mulig undersøkelser kan utføres innenfor et kort tidsrom, gjerne samme dag. Det er nå etablert tverrfaglige diagnosesentre i alle helseregioner. Ahus har vært pilot for etablering av diagnosesenter i Helse Sør-Øst. Erfaringene er foreløpig begrenset og ikke evaluert. Det tas sikte på en trinnvis utbygging av flere sentre, samtidig som diagnosesentertenkningen vil være inkludert i gjennomføringen av de samlede pakkeforløp i 2015. Helse Vest vil etablere et diagnosesenter i hvert helseforetak. I Helse Bergen ble det første diagnosesenteret startet opp i januar 2015. I Helse Midt-Norge ble et diagnosesenter ved St. Olavs Hospital åpnet i september 2014. Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal har fått i oppdrag å etablere tverrfaglige diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand. I Helse Nord ble diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand etablert ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i 2013. Diagnosesenteret gir et regionalt tilbud.

I 2014 er det stilt krav om at det etableres minst to prostatasentre i Helse Sør-Øst og minst ett i de tre øvrige helseregionene. De regionale helseforetakene har nå etablert prostatasentre. I Helse Sør-Øst åpnet det regionale prostatasenteret ved Oslo universitetssykehus i september 2014. Sørlandet Sykehus og Sykehuset Innlandet

skal videreutvikle områdesykehusansvaret med vekt på tidlig avklaring/utredning og behandling, gode behandlingsforløp i samhandling med første-linjetjenesten og gode rutiner for overvåking og unngåelse av overbehandling. Samme oppgaver er lagt til fellessenteret for Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Vestre Viken. Senteret har hovedsete i Sykehuset Vestfold og representerer en «virtuell» organisering hvor virksomheten ved de enkelte sykehusene videreføres. Senteret ble åpnet i februar 2015. I Helse Vest ble det etablert prostatasenter i Helse Bergen våren 2015 og i Helse Stavanger vil senteret komme i drift fra høsten 2015. I Helse Midt-Norge ble prostatasenteret etablert ved St. Olavs Hospital i september 2014. Helse Nord har vedtatt å etablere prostatasenter ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset. Begge prostatasentrene er nå i drift.

#### Standardiserte pasientforløp

I 2014 er det videre stilt krav om at det etableres flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for de ulike fagområdene. De regionale helseforetakene har etablert flere standardiserte pasientforløp, og er godt i gang med å etablere flere. I tillegg til pasientforløp for

pasientgrupper med tykktarmskreft, brystkreft og lungekreft, er det etablert eller er det under etablering pasientforløp bl.a. for pasientgrupper med prostatakreft, KOLS, hoftebrudd, hjerneslag og alkoholisme.

#### Ventetider på fritt sykehusvalg.no

Informasjonen på nettstedet Fritt sykehusvalg i Norge skal være pålitelig, oppdatert og relevant som grunnlag for å gjøre informerte valg av behandlingssted, jf. pasient- og brukerrettighetsloven. Det ble satt som mål at alle ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg er oppdatert siste fire uker, jf. tabell 7.3. Indikatoren brukes som et mål på hvor oppdatert informasjonen på nettstedet er. Indikatoren er også et mål på hvorvidt helseinstitusjonene oppfyller plikten om å gi pasienter og brukere nødvendig informasjon.

I 2013 hadde Helse Vest og Helse Midt-Norge klart høyest andel oppdaterte ventetider, med tilnærmet full måloppnåelse på alle fagområdene. Andelen har sunket noe i 2014, spesielt innenfor somatikk i Helse Vest og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst og Helse Nord har betydelig bedre resultater i 2014 enn i 2013, men har fortsatt ikke nådd målet som er 100 pst.

Tabell 7.3 Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste fire uker (pst.). Basert på annen tertialtall rapportering fra NPR

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Somatikk	72	94	99	91	97	97	92	87
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	82	96	100	97	98	87	81	99
Psykisk helsevern voksne	74	96	100	99	100	99	75	94
Psykisk helsevern barn og unge	59	91	100	97	100	100	88	93

#### Pasienterfaringsundersøkelser

For å oppnå regjeringens mål om å skape pasientens helsetjeneste, er det avgjørende at pasienter og brukere aktivt medvirker i utformingen av tjenestetilbudet. Et viktig virkemiddel er gjennomføring og oppfølging av lokale pasienterfaringsundersøkelser. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2014 ble det satt som mål at det er gjennomført lokale pasienterfarings-

undersøkelser på behandlingensnivå, at resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten. I hovedsak er det gjennomført pasienterfaringsundersøkelser i helseforetakene, men i varierende grad på behandlingensnivå. Stort sett blir også resultatene offentliggjort, men det gjenstår fortsatt en del arbeid med å følge opp resultatene på lokalt nivå.

### *Brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Det er etablert brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern i nesten alle helseforetak i landet. De fleste foretak har også etablert brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### *Koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester*

For pasienter med behov for sammensatte eller langvarige og koordinerte tjenester, har sykehusene etter spesialisthelsetjenestelovens § 2-5a plikt til å oppnevne koordinator. Det ble bedt om rapportering på gjennomføring av lovkravet i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2014. Koordinatorer er oppnevnt i noen, men ikke alle helseforetak. For kreftpasienter er det mange steder oppnevnt forløpskoordinatorer som ivaretar denne rollen overfor den enkelte pasient.

Det er departementets vurdering at dagens bestemmelse om koordinator i spesialisthelsetjenesten, som sier at «koordinator bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig», ikke er treffsikker, og at dette kan ha forsinket oppfyllelse av lovkravet. Det er derfor fremmet et lovforslag for Stortinget der det foreslås å innføre en ordning med fast kontaktlege i spesialisthelsetjenesten for alvorlig syke pasienter med behov for behandling eller oppfølging over tid. Samtidig foreslås det å fjerne hovedregelen om at koordinator i spesialisthelsetjenesten skal være lege, slik at koordinatorfunksjonen kan ivaretas av andre yrkesgrupper.

### *Kvalitet og pasientsikkerhet*

#### *Langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er klar*

I oppdragsdokumentet for 2014 ble de regionale helseforetakene bedt om å etablere et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar. Tilbudet skulle utarbeides i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene. Helse Midt Norge har rapportert at målet ble nådd i 2014, mens de øvrige regionale helseforetakene har rapportert at de er i gang med arbeidet. Rapportene viser at tilbudene varierer både mellom helseregionene og mellom de ulike helseforetakene innad i helseregionene. Departementet har i 2015 bedt Helse Midt-Norge om å opprette et pilotprosjekt

for tverrfaglig behandling i form av f.eks. diagnosesentre for å sikre et likeverdig tilbud for pasientgruppen. Det vises til omtale av dette under kap. 732, post 70.

### *System for innføring av nye metoder*

Systemet for innføring av nye metoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten ble opprettet i 2013 og skal sikre at pasienter så raskt som mulig får likeverdig tilgang til nye metoder i spesialisthelsetjenesten som er sikre og virkningsfulle.

Systemet bygger på at det skal utføres metodevurderinger som beskriver nytte, effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av nye metoder, teknologi eller legemidler. Metodevurderingene skal gi et kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag som grunnlag for å vurdere om en ny metode skal innføres som etablert behandling i sykehusene. Metodevurderingene utføres både på lokalt (mini-metodevurderinger) og nasjonalt nivå.

Beslutninger om innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten følger av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. I mai 2014 etablerte de regionale helseforetakene Beslutningsforum for nye metoder etter styrevedtak i alle fire regionale helseforetak. Beslutningsforum beslutter innføring av nye metoder etter kriterier som er konkretisert av de regionale helseforetakene og publisert på nettstedet nasjonalt system for innføring av nye metoder. Beslutningsforum har hatt fem møter i 2014 og har behandlet 15 saker hvorav 9 metoder ble besluttet innført. En beslutning om innføring av en ny metode skal koordineres med Helsedirektoratet som har ansvar for nasjonale faglige retningslinjer.

Alle regionale helseforetak, med unntak av Helse Nord, har etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av lokale metodevurderingen, såkalte mini-metodevurderinger, i form av regionale kompetansemiljøer. Antall gjennomførte og påbegynte mini-metodevurderinger i de regionale helseforetakene har hatt sterkt økning i 2014. I løpet av 2014 ble det sendt inn flere mini-metodevurderingen til Kunnskapssenterets database: 5 av Helse Sør-Øst, 2 av Helse Vest og 1 av Helse Midt-Norge. I tillegg har Helse Sør-Øst påbegynt 13 mini-metodevurderinger og varsler opp mot 30 under utarbeidelse. Helse Vest melder om 6 påbegynte mini-metodevurderinger.

### *Pasientsikkerhetsprogrammet*

Det er et mål å redusere antall uønskede hendelser og pasientskader i spesialisthelsetjenesten. En

forutsetning for dette er åpenhet om risiko og uønskede hendelser, og at virksomheten arbeider systematisk med tiltak for å forebygge svikt på risikoområder. Ledere på alle nivåer har ansvar for å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser, at ansatte opplever det trygt å melde, at hendelsene undersøkes og følges opp med tiltak ut fra et system- og læringsperspektiv, samt involverer og følger opp pasienter og pårørende på en god måte.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender (2014–2018) har som mål å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen ved hjelp av målrettede tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Programmet viderefører tiltak og metodikk fra pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender, som ble avsluttet i 2013 (se også omtale under kap. 781, post 21).

Det ble i oppdragsdokumentet for 2014 satt som mål at de 12 tiltakspakkene som er videreført fra kampanjen inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet, og resultatene følges opp i ledelseslinjen. Målet er delvis nådd i alle de regionale helseforetakene. Helse Sør-Øst informerer om gradvis framgang i arbeidet, og at progresjonen rapporteres hvert tertial i linjen fra helseforetakene til Helse Sør-Øst. Helse Vest har etablert regionalt program for pasientsikkerhet med egen styringsgruppe bestående av ledere på ulike nivå, samt brukere og tillitsvalgte/verneombud. Administrerende direktør leder gruppen. Status for tiltakspakkene for hvert helseforetak legges fram i styringsgruppemøtene. Helse Vest har iverksatt tiltak for automatisert innhenting av data for å vise status på tiltakspakkene. Helse Midt-Norge har også etablert et regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet, hvor hovedoppgaven er innføring av tiltakspakkene i programmet. Status på spredningsgrad rapporteres tertialvis, og er tema på dialogmøter med helseforetakene. Helse Nord melder at alle helseforetak arbeider for å innføre tiltakspakkene i ordinær aktivitet, men at det er ulik progresjon i helseforetakene. De melder at det er krevende å få arbeidet til å bli en del av den daglige drift og ressurskrevende å opprettholde målinger over tid. Det arbeides med å finne gode løsninger for videreføring av målinger. Status og resultater følges opp i ledermøter, dialogmøter og via kvalitetsrapporter.

#### *Økt frivillighet i de psykiske helsetjenestene*

Frivillighet er hovedregelen i både psykisk og somatisk behandling. Tvang er et alvorlig inngrep

i et enkeltmenneskes liv og skal kun benyttes når dette er strengt nødvendig for å få gitt behandling og såfram det ikke finnes reelle, frivillige alternativer. Videre skal pasienten være underlagt retts-sikkerhetsgarantier.

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst (SIFER) kartla i 2014 bruk av tvangsmidler og skjerming på oppdrag fra Helsedirektoratet. Antall pasienter som underlegges tvangsmidler og skjerming har økt noe fra 2009 til 2012. Det er en gradvis nedgang i bruken av mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet og bruk av legemidler for å berolige eller bedøve pasienten. Samtidig er det en økt tendens til å bruke virkemidler som kortvarig fastholding, skjerming og i de mest ekstreme situasjonene å isolere pasientene. Bruk av tvang varierer mellom helseforetakene/institusjonene. Undersøkelsen kan ikke forklare årsakene til variasjonen.

Som ledd i Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) *Bedre kvalitet – økt frivillighet* er det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2015 satt som mål at pasienter i psykisk helsevern så langt det er forsvarlig skal kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter. Tilbudet skal utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. De regionale helseforetakene ble videre bedt om å rapportere planer for gjennomføring innen 1. mars 2015. Departementet har mottatt planene som viser at det er etablert prosesser for oppfølging av saken i alle regioner. Det er i tillegg stilt krav om at andel tvangsinnleggelse i helseregionene er redusert sammenliknet med 2014.

#### *Medisinske kvalitetsregistre*

Det er et mål at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbedringsarbeid, inkludert utarbeidelse av nasjonale kvalitetsindikatorer og oppfølging av sentrale anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer. I 2014 ble det satt som mål at medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har:

- Nasjonal dekningsgrad
- Omfatter pasientrapporterte effektmål (prom)
- Benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning

Regionenes rapportering på måloppnåelse er basert på årsrapportene for 2013, som ble publi-

sert i oktober 2014. Dette innebærer at det ikke foreligger rapporteringer fra registre som fikk nasjonal status i 2013 og 2014, og at det er vanskelig å si noe om måloppnåelse for 2014. To av målene er gitt i tidligere oppdragsdokument, og status for disse tre områdene for 2013 presenteres derfor likevel. Målet om pasientrapporterte effektmål var nytt i 2014.

Helse Sør Øst har 22 kvalitetsregistre med nasjonal status. De har rapportert for 19 av disse registrene. 12 av registrene i Helse Sør-Øst er forankret i forskriften til hhv. kreftregisteret (8), hjerte-karregisteret (3) og medisinsk fødselsregister (1). Registrering til disse registrene er obligatorisk for tjenesten, og registrene melder om over 95 pst. dekningsgrad på individnivå. Dekningsgraden varierer mer blant registrene som er basert på konsesjon og samtykke, men enkelte registre har 90 til 100 pst. dekningsgrad. Flere av registrene i Helse Sør-Øst har gjennomført dekningsgradsanalyse mot NPR, som grunnlag for målrettet arbeid for å bedre både dekningsgrad og datakvalitet.

Fire av registrene omfattet i 2013 pasientrapporterte effektmål. Flere av registrene viser til det pågående arbeidet i regi av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre med å etablere felles løsninger og veiledertjeneste for pasientrapporterte effektmål (PROM), og at innføring av PROM vil gjøres i samarbeid med servicemiljøet. De aller fleste registrene i Helse Sør-Øst benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og/eller forskning. Unntaket er de registrene som er i startfasen og som har lav dekningsgrad. Det framkommer av rapporteringen fra Helse Sør-Øst flere konkrete eksempler hvor registrene har avdekket kliniske forbedringsområdet, bidratt inn i arbeidet med å utvikle og revidere faglige retningslinjer, blitt brukt som grunnlag for forbedringsprosjekt og til at praksis er blitt endret.

Helse Vest har 15 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Helse Vest rapporterer at 8 av 15 registre har over 80 pst. dekningsgrad på institusjonsnivå. Det foreligger mangelfulle opplysninger om dekningsgrad på individnivå. To registre har gjennomført dekningsgradsanalyse målt ved kopling mot NPR. Disse har en dekningsgrad på individnivå over 90 pst. (Nasjonalt register for leddprotese og Nasjonalt hoftebruddregister). De øvrige registrene forankret i Helse Vest planlegger dekningsgradsanalyse for å få oversikt over dekningsgraden på individnivå. 9 av 15 registre rapporterer at pasientrapporterte effektmål er inkludert i registrene. De fleste registrene som

samler data rapporterer at de bruker data fra registeret til evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning. Styret i Helse Vest vedtok i 2013 en egen strategi og handlingsplan for arbeidet med kvalitetsregistre. Full dekningsgrad og bruk av data til forskning og kvalitetsforbedring er en del av denne. Helse Vest viser til en rekke konkrete tiltak knyttet til kvalitetsregistre spesielt og kvalitetssatsingen generelt med betydning for kvalitetsregistrene.

Helse Midt-Norge har fem kvalitetsregistre med nasjonal status. Fire av dem er tilknyttet Hjerte-karregisteret. Med unntak av ett register har alle registrene 100 pst. nasjonal dekningsgrad på sykehusnivå. De fire registrene tilknyttet hjerte-karregisteret har igangsatt et prosjekt med Folkehelseinstituttet, for å gjennomføre dekningsgradsanalyse på individnivå med uttrekk fra basisregisteret. Tre av de fem registrene omfattet i 2013 pasientrapporterte effektmål. Tre av fem registre viser til eksempler hvor registeret bidrar til kvalitetsforbedring, herunder bidrag i arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer. De to siste registrene har planlagte tiltak. Norsk hjerne- slagregister rapporterer at de har utarbeidet 10 kvalitetsindikatorer for regelmessig evaluering av klinisk praksis. Disse er brukt i lokale kvalitetsforbedringsprosjekter. Det planlegges kvalitetsforbedringsprosjekter på nasjonalt nivå med utgangspunkt i registerets kvalitetsindikatorer. Registeret er med i det nasjonale kvalitetsindikatorprosjektet. Målinger knyttet til det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke på hjerneslag registreres i registeret.

Helse Nord har fem kvalitetsregistre med nasjonal status. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi har en dekningsgrad på 90 pst. på institusjonsnivå og 56 pst. på individnivå. For de fire andre registrene er dekningsgraden usikker. For tre av registrene skyldes dette at registrene er nyetablerte og ikke er kommet ordentlig i gang. Vedrørende nasjonalt register for arvelige og medfødte nevrologiske sykdommer påpekes det at registeret har særskilte utfordringer pga. en sammensatt pasientgruppe som sjelden behandles i sykehus. Registeret omfattet i 2014 anslagsvis 20 pst. av de aktuelle pasientene. Fire av de fem registrene inneholder pasientrapporterte effektmål. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi brukes regelmessig som grunnlag for forbedringsarbeid og forskning. For de andre registrene er dekningsgraden foreløpig for dårlig til å kunne benyttes etter sitt formål. Helse Nord melder at det arbeides og rettes fokus på innrapportering til alle registrene for å øke dekningsgrad slik



at de kan brukes som grunnlag for forbedringsarbeid. Videre arbeid med modernisering av nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal skje i tråd med føringer i Nasjonal helseregisterstrategi. Se omtale under kap. 701, post 21 og 71.

#### *Kvalitetsindikatorer og ventetider*

I oppdragsdokumentet for 2014 ble det satt som mål at kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, skal rapporteres på sykehusnivå. Samtlige regionale helseforetak har meldt om at dette er rapportert på sykehusnivå.

#### *Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene*

Det ble satt som mål i 2014 at det er etablert flere øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Det vises til rapportering 2014 under kap. 762, post 62.

#### *Høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk*

I 2014 ble følgende oppdrag gitt i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene:

Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionalt nivå. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved DPS og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkningens behov for vanlig spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles bl.a. gjennom endring kostnader, ventetid og aktivitet.

Tilbakemelding fra de regionale helseforetakene viser at dette målet ikke ble innfridd fullt ut i noen helseregion. I Helse Sør-Øst var utviklingen i ventetidene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) ikke i tråd med målet. Aktivitet ble målt gjennom polikliniske konsultasjoner, døgnbehandling og antall utskrivninger. Rapporteringen fra Helse Sør-Øst viser at målet er nådd for noen av aktivitetsmålene, men ikke på andre. Videre viste tallene større vekst innen somatikk fra 2013 til 2014. For Helse Vest gikk ventetidene innen psykisk helsevern for voksne (PHV), PHBU og TSB mer ned enn for somatikk. Dette var i tråd med målet. Målet for aktiviteten ble nådd på noen områder, men for andre ikke. Kostnadstallene viser at det var større vekst innen TSB enn innen

somatikk, men at veksten innen PHV og PHBU var lavere enn for somatikk. Rapporteringen fra Helse Midt-Norge viser at ventetidene innen PHV, PHBU og TSB gikk mer ned enn somatikk. Dette var i tråd med målet. Målet for aktiviteten ble nådd på noen områder, men for andre ikke. Kostnadstallene viser at det var større vekst innen TSB enn somatikk, men at veksten innen PHV og PHBU var lavere enn somatikk. Helse Nord rapporterte at ventetidene innen PHV, PHBU og TSB gikk mer ned enn somatikk. Dette var i tråd med målet. Målet for aktiviteten ble nådd på noen områder, men for andre ikke. Kostnadstallene viser at det var større vekst innen somatikk enn innen PHV, PHBU og TSB.

Foretaksrådet 1. juni 2015 konkluderte med at det var rom for forbedringer for alle helseregionene.

#### *Økning i andel årsverk DPS i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus*

Bortsett fra ett helseforetak er målet nådd for alle helseforetak.

#### *Andel tvangsinnleggelse for helseregionene er redusert med 5 pst. sammenliknet med 2013*

For Helse Sør-Øst tyder statistikken for 2014 på at kravet er innfridd. I Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge er det noe usikkert hvorvidt målet er oppnådd, da tallgrunnlaget er for usikkert.

#### *Døgnkapasitet innen TSB er økt*

I oppdragsdokumentet for 2014 ble det stilt følgende krav:

Døgnkapasiteten innen TSB er økt med om lag 110 plasser utover den kapasitet som gjeldende avtaler representerer for 2013. Plassene skal kjøpes fra ideelle virksomheter. Plassene skal bidra til mer mangfold i behandlingstilbudet, sikre at alle regioner har avtaler om TSB-plasser der rusfrihet er et mål i behandlingen (ikke LAR) og at det er tilgjengelige plasser innenfor behandlingsmetoden terapeutiske samfunn i alle regioner. Innkjøpet skal gjøres så raskt som mulig i 2014. Plassene skal kjøpes til følgende pasientgrupper:

- Langtidsplasser for rusavhengige
- Pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser
- Akutt- og abstinensbehandling
- Gravid/familier med rusproblemer
- Unge med mer omfattende hjelpebehov

Alle de regionale helseforetakene gjennomførte anskaffelsesprosesser og innfridde dette kravet i 2014.

#### *Etablert dropout-team for rusavhengige*

Det ble etablert dropout-team i alle helseregioner i 2014 – to slike team ble etablert i Helse Sør-Øst. Videre er det etablert brukerstyrte plasser i alle helseregioner innen TSB.

#### *Behandlingstilbud til samiske pasienter ved Samisk nasjonalt kompetansetjeneste*

Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge har samarbeidet med Helse Nord om inngåelse av en samarbeidsavtale om behandlingstilbud til samiske pasienter ved Samisk nasjonalt kompetansetjeneste i Helse Nord – psykisk helsevern og rus (Sanks). Avtalene vil bli undertegnet i løpet av 2015.

#### *Personell, utdanning og kompetanse*

Langsiktige mål er at de regionale helseforetakene skal sørge for tilstrekkelig helsepersonell med riktig kompetanse, bedre utnyttelse av personellressursene og utdanningsoppgaver godt ivare tatt. De skal rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeiderne og sikre bærekraftig utvikling.

Et mål i 2014 var å gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud. Rapporteringen viser at de regionale helseforetakene og helseforetakene har kommet langt i analyse av behov for personell der sårbare fagmiljøer er identifisert.

Et annet mål var tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, også innen den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som ventes godkjent i 2014. De regionale helseforetakene har fulgt opp helseforetakenes ansvar for å opprette nye legestillinger og utdanningsstillinger i henhold til behovet og innenfor tildelte økonomiske rammer. Endringer registreres i Helsedirektoratets Legestillingsregister slik at både helseforetakene og myndighetene har oppdaterte opplysninger om antall stillinger fordelt på de ulike spesialitetene. De regionale helseforetakene

startet planleggingsarbeidet for å få tilstrekkelig antall godkjente overleger i rus- og avhengighetsmedisin til å kunne utdanne nye spesialister på feltet. Det planlegges også for å få godkjent helseforetak og private ideelle sykehus som utdanningsinstitusjoner.

Et tredje mål var å redusere omfanget av midlertidige stillinger i helseforetakene. De regionale helseforetakene rapporterer om at det arbeides med dette området i helseforetakene og de regionale helseforetakene har oppmerksomhet og oppfølging av området. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp målet videre på en egnet måte.

Et fjerde mål var å gjennomføre oppgavedelingstiltak og oppnå reduserte ventetider og gode og effektive pasientforløp. Helseforetakene melder om at det å sikre rett kompetanse på rett sted til rett tid kan bidra positivt i forhold til kvalitet og ressursutnyttelse, og har gjennomført forskjellige oppgavedelingstiltak i 2014. Helseforetakene har også deltatt i utarbeidelsen av opplegg for konkrete pilotprosjekter innen oppgavedeling.

#### *Forskning og innovasjon*

##### *Forskning*

De regionale helseforetakene har levert på alle mål i oppdragsdokumentet for 2014. Det ble registrert 3 547 vitenskapelige artikler fra helseforetakene i 2014 av totalt 17 342 vitenskapelige artikler publisert i universitets-, høyskole-, institutt- og helsesektoren og rapportert inn 323 avlagte doktorgrader, som er en nedgang fra 2013, der antallet var 340. Helse Sør-Øst hadde en andel på 61,8 pst. av publiseringspoengene, etterfulgt av Helse Vest med 19,7 pst., Helse Midt-Norge 10,8 pst. og Helse Nord 7,8 pst. I forbindelse med endringer i forskningsindikatoren gjennomført i 2013, ble det gitt uttelling for tildeling av finansiering fra Norges forskningsråd og EU. Beregningen inngår i de endelige forskningspoengene, sammen med publiseringspoengene. Helse Sør-Øst hadde en andel på 62,3 pst. av de totale forskningspoengene, etterfulgt av Helse Vest med 19,0 pst., Helse Midt-Norge med 10,0 pst. og Helse Nord med 8,8 pst.

I 2014 hadde 49,2 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap (mål: over 40 pst.) og 20,4 pst. var publisert i ledende tidsskrifter (mål: over 20 pst.), jf. tabell 7.4.

Tabell 7.4 Internasjonalt medforfatterskap og publisering i ledende tidsskrifter, høyeste nivå i målesystemet (pst.)

	2014		2013	
	Int.	Nivå 2/2a	Int.	Nivå 2/2a
Helse Sør-Øst	50,1	21,7	45,5	24,4
Helse Vest	52,0	21,0	48,8	22,3
Helse Midt-Norge	41,0	18,1	36,9	19,8
Helse Nord	42,3	18,4	40,9	22,4
<b>Totalt</b>	<b>49,2</b>	<b>20,4</b>	<b>45,5</b>	<b>22,3</b>

Det er samlet sett en klar økning i andelen av forskningen som er internasjonalt sampublisert. Andelen artikler i ledende tidsskrifter har en nedgang fra de foregående år.

Det var forskningsaktivitet ved alle helseforetak i 2014. Universitetssykehusene stod for 81 pst. av rapporterte driftskostnader til forskning og 80 pst. av forskningsårsverkene i sektoren. Hovedtyngden av forskningen er pasientrettet forskning for å utvikle ny diagnostikk og behandling, og for å kvalitetssikre behandlingstilbudet. Den totale ressursbruken til forskning inkl. personell, infrastruktur og eksterne finansieringskilder i de regionale helseforetakene tilsvarte om lag 2,8 pst. av totale driftskostnader i 2014, mot 2,6 pst. i 2013. En beregning justert for pensjonsendringen for både totalkostnader og forskningskostnader viser imidlertid nullvekst for denne indikatoren. Av forskningsmidlene gikk om lag 11 pst. til psykisk helseforskning og 1,7 pst. til rusforskning.

Det er fortsatt et potensial for å øke omfanget av søknader til Norges forskningsråd og EUs rammeprogram for helseforskning. For å øke omfanget av søknader fra helseforetakene til EUs rammeprogram for forskning er det i 2014 etablert insentiv- og/eller støttesystemer i to av de regionale helseforetakene, i de to øvrige helseregionene ferdigstilles etableringen i 2015. Samtlige regionale helseforetak samarbeider med universitetene i regionen om dette tiltaket.

For andre gang har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport som beskriver forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten *Forskning og innovasjon til pasientens beste, Fellesrapport fra spesialisthelsetjenesten 2014*. De regionale helseforetakene har i samarbeid i 2014 ferdigstilt retningslinjer for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser, retningslinjene behandles i styrene i de regionale helseforetakene i 2015.

Det er påbegynt et arbeid med å utvikle retningslinjer for fordeling av ansvar og finansiering ved gjennomføring av kliniske studier der flere regioner deltar. Arbeidet ferdigstilles i 2015 og er forankret i forskningsinfrastrukturnettverket for kliniske studier, NorCRIN.

De regionale helseforetakene har i samarbeid initiert tre nye kliniske multisenterstudier på biotilsvarende legemidler, føflekkreft (ipilimumab) kronisk utmattelsessyndrom/ME (rituximab) gjennom NorCRIN-nettverket. Helse Sør-Øst leder arbeidet med de to førstnevnte, mens Helse Vest leder ME-studien. Helseforetak i alle regioner deltar i alle de tre studiene.

Studien på biotilsvarende legemidler hadde deltakelse fra 40 studiesentra ved 23 helseforetak og studien på ipilimumab hadde deltakelse fra 8 studiesentra fra alle helseregioner. Ved utgangen av 2014 hadde inklusjon til studien om biotilsvarende legemidler gått som planlagt og studieledelsen antok at studien ville være fullt inkludert med om lag 500 pasienter i juni 2015. Det er stor internasjonal interesse for studien om biotilsvarende legemidler. Inklusjonen av pasienter til studien om ipilimumab gikk raskere enn først antatt og ble nådd allerede i slutten av september 2014. Det ble deretter besluttet å utvide studien med ytterligere 50 pasienter innenfor bevilget ramme, og inklusjonsmålet ble ved utgangen av 2014 antatt å være nådd i løpet av første kvartal 2015.

Det er etablert system for særskilt nyttevurdering, i tillegg til kvalitetsvurdering, ved tildeling av tilskuddsmidler til forskningsprosjekter. Nytttevurdering er gjennomført ved tildeling av regionale forskningsmidler i alle regionale helseforetak. I forbindelse med utlysningen av midler til nasjonale samarbeidsprosjekter på syv utvalgte fagområder (jf. kap. 732, post 78) ble det nedsatt en komité med representasjon fra alle helseregioner og brukere. Kvalitetsvurderingen ble gjennomført

av Norges forskningsråd på vegne av de regionale helseforetakene. Nyttetvurderingen ble gjennomført uavhengig av kvalitetsvurderingen og tillagt vekt ved tildeling av midlene.

Statens helsetilsyn fører tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker ved helseinstitusjoner, universiteter, høyskoler og andre forskningsinstitusjoner. Det er ikke opprettet nye tilsynssaker ved helseforetakene i 2014.

### *Innovasjon*

Rapporten *Forskning og innovasjon til pasientens beste*, Fellesrapport fra spesialisthelsetjenesten 2014 presenterer innovasjonsprosjekter og nasjonale nøkkeltall for innovasjonsaktiviteten.

Med hensyn til etablering av en nasjonal database for innovasjonsindikatorer er dette arbeidet i samråd med departementet satt på vent mens det er pågår en utvikling av en innovasjonsindeks for helseforetakene. Rapport fra arbeidet er ventet høsten 2015.

### *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 2014 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 2014 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som fulgte av Prop. 1 S (2013–2014), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2014, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid, samt at det ble satt et tak for bruk av driftskreditt. Dette innebærer at drift og investeringer ved de regionale helseforetakene må håndteres innenfor bevilget ramme.

Samtidig ble det tatt følgende forbehold: «Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2014 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. Dersom det viser seg at det blir større endringer i forhold til det kostnadsni-

vået som er lagt til grunn i Prop. 1 S (2013–2014), vil det bli tatt stilling til om det er grunnlag for endringer i bevilgningen».

Endelig beregning av pensjonskostnadene for de regionale helseforetakene for 2014 viste et kostnadsnivå på om lag -2 300 mill. kroner, noe som var om lag 15 140 mill. kroner lavere enn tidligere lagt til grunn. Den vesentlige endringen forklares ved regnskapsføring av virkningen av levealdersjusteringen som ble innført for offentlige tjenstepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Den regnskapsmessige håndteringen er i tråd med veileder fra Norsk Regnskapsstiftelse framlagt i august 2014. Ved behandlingen av Prop. 23 S (2014–2015) Endringer i statsbudsjettet 2014 under Helse- og omsorgsdepartementet ble basisrammen til de regionale helseforetakene satt ned med 5 040 mill. kroner, mens den øvrige kostnadsreduksjonen ble disponert til å styrke foretakenes egenkapital, tilsvarende 10 100 mill. kroner. De regionale helseforetakene samlede resultatkrav for 2014 ble derfor endret til et samlet positivt resultat på 10 100 mill. kroner.

Etter at Helse- og omsorgskomiteen la fram Innst. 102 S (2014–2015) jf. Prop. 23 S (2014–2015) fikk Helse- og omsorgsdepartementet informasjon om at Statens pensjonskasse hadde benyttet feil forholds-/delingstall i sine kostnadsberegninger som lå til grunn for Prop. 23 S (2014–2015). Dette omfatter beregninger for Sykehusapotekene og de tidligere statssykehusene. I foretaksmøtet 17. desember 2014 ble det oppgitt at det ville bli sett hen til dette når regnskapsresultatene for 2014 for de regionale helseforetakene skulle godkjennes i foretaksmøter i mai 2015. Endelige beregninger av samlede pensjonskostnader for 2014 viste at disse ble om lag 200 mill. kroner lavere enn lagt til grunn ved håndteringen nevnt ovenfor og de regionale helseforetakene ble følgelig overkompensert tilsvarende.

I perioden 2002–2014 er det akkumulerte korrigerende regnskapsmessige underskuddet på 1,4 mrd. kroner og det akkumulerte ordinære regnskapsmessige årsresultatet minus 1,5 mrd. kroner for de regionale helseforetakene. Forskjellen mellom resultatbegrepene skyldes unntaket for regnskapsmessige avskrivninger, som var høyere enn bevilgningen til gjenanskaffelse av bygg og utstyr på 10,3 mrd. kroner i perioden 2003–2007. Økte pensjonskostnader på til sammen 4,8 mrd. kroner ble unntatt fra resultatkravet i perioden 2006–2008 og i sin helhet kompensert i 2010. Samtidig ble det for 2014 stilt et positivt resultatkrav på 10,1 mrd. kroner som følge av håndtering av virkningen av levealdersjusteringen som ble innført for

offentlige tjenstepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere.

Tabell 7.5 Akkumulert resultat 2002–2014 (mrd. kr)

Akkumulert regnskapsmessig underskudd	1,536
Unntak for udekkede regnskapsmessige avskrivninger	10,282
Positivt resultatkrav 2014	10,100
Akkumulert korrigert negativt resultat	1,354

Årsregnskapene for 2014 ble godkjent i foretaksmøter i juni 2015. Alle helseregioner oppnådde positive økonomiske resultater, og for sjetten år på rad etter at staten overtok eierskapet for spesialhelsetjenesten, ble det et positivt resultat for de regionale helseforetakene samlet sett. Det ble i 2014 et samlet positivt avvik fra resultatkravet på 2 777 mill. kroner. Dette er en del høyere enn i 2013 og forklares hovedsakelig med resultatforbedring i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. De positive resultatene de senere årene må ses opp mot tidligere års underskudd og investeringsbehovene i årene framover. Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord kan nå vise til et samlet positivt avvik i forhold til styringskravet for perioden 2002 til 2014.

Tabell 7.6 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2014 (mill. kr)

	Helse Sør	Helse Øst	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
2002	-514	97		-313	24	-120	-826
2003	-697	-29		-524	-461	-262	-1 973
2004	-779	58		-531	-498	-175	-1 925
2005	-498	42		-182	-572	-165	-1 375
2006 <sup>1</sup>	-307	-15		-405	-711	-433	-1 870
2007 <sup>2</sup>			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
2008 <sup>3</sup>		-425	-141	86	-221	-700	
2009 <sup>4</sup>		-157	156	214	100	312	
2010 <sup>5</sup>		172	436	548	112	1 267	
2011 <sup>4</sup>		-478	455	417	373	766	
2012 <sup>4</sup>		211	565	524	437	1 737	
2013 <sup>4</sup>			483	648	286	488	1 906
2014 <sup>6</sup>			816	796	802	363	2 777
Akkumulert <sup>7</sup>			-3 170	870	649	235	-1 354

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

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

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

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

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

<sup>6</sup> For 2014 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål om et positivt resultat på samlet 10,1 mrd. kroner.

<sup>7</sup> Tabellen viser helseregionenes avvik mot styringskrav behandlet i årlige foretaksmøter.

Det positive resultatet i 2014 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 44 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 244 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 2 977 mill. kroner.

Tabell 7.7 Budsjettert økonomisk resultat i 2015 (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	568
Helse Vest RHF	348
Helse Midt-Norge RHF	305
Helse Nord RHF	370

De regionale helseforetakene har budsjettert med positive resultater på til sammen om lag 1,6 mrd. kroner i 2015. Det er for 2015 stilt krav om at de regionale helseforetakene skal sikre en bærekraftig utvikling over tid. Videre skal de sikre en forsvarlig likviditetsstyring og håndtere driftskrediten innenfor vedtatte rammer. De budsjetterte resultatene må sees i sammenheng med de regionale helseforetakenes investeringsplaner.

#### *Hovedstadsområdet*

I hovedstadsområdet hadde både Vestre Viken og Oslo universitetssykehus positive økonomiske resultater i 2014. Akershus universitetssykehus hadde fortsatt et negativt økonomisk resultat i 2014. Samlet sett har Helse Sør-Øst et positivt økonomisk resultat.

Oslo universitetssykehus tok i bruk et nytt felles regionalt elektronisk pasientjournalssystem høsten 2014, og innføringen gikk etter planen.

Oslo universitetssykehus har videre arbeidet med prosjektet idéfase Oslo universitetssykehus, som bl.a. var ute på høring i 2014. Prosjektet skal gi et godt grunnlag for videre utvikling av sykehuset fram mot 2030. Pakkeforløp og kapasitet framover er også med i arbeidet. Helse Sør-Øst RHF arbeider med å gå gjennom framtidige muligheter for optimalisering av drift og oppgave- og arbeidsdeling for spesialisthelsetjenesten i Oslo og Akershus, hvor Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet

sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Oslo kommune, tillitsvalgte og brukere deltar. Resultater av begge arbeidene skal legges fram for de respektive styrene i desember 2015.

Helse- og omsorgsministeren har videre bedt om at Helse Sør-Øst RHF vurderer om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus. Dette må sees i sammenheng med den planlagte overføringen av befolkningen i Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold fra 1. januar 2017 og eventuelt andre tiltak.

#### *Investeringer*

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Midler til investeringer inngår derfor i basisbevillingen og ikke som øremerkede tilskudd. Større prosjekter kan delvis lånefinansieres ved låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2013 kan helseforetakene få lån på inntil 70 pst. av forventet prosjektkostnad basert på kvalitetssikrede konseptplaner.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå, slik at investeringer skjer i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Kostnader som følge av slitasje og elde på bygg og utstyr kommer fram som avskrivninger i foretakenes regnskaper, og reflekterer dermed tidligere års investeringer. For å opprettholde verdien på foretakenes eiendeler må de årlige investeringene over tid være lik de årlige avskrivningene. Mens avskrivningskostnaden er en relativt stabil størrelse, vil de årlige investeringene kunne variere avhengig av hvilke utbygginger som pågår. I 2014 investerte helseforetakene for om lag 10,8 mrd. kroner i bygg og utstyr og immaterielle verdier. Hensyntatt av- og nedskrivninger samt salg og korrigeringer i balansen, innebar dette at verdien på helseforetakenes driftsmidler økte med nær 4,5 mrd. kroner i 2014.

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr. Verdien på sykehuses bygging og utstyr har økt med 17,7 mrd. kroner fra 66,6 mrd. kroner i 2003 til 84,3 mrd. kroner i

2014. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge er den regionen med størst økning i verdien av bygg og utstyr i perioden. Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til dagens drift og for å få en mer

funksjonell bygningsmasse. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer. Samtidig må det settes av midler til ordinært vedlikehold.

Tabell 7.8 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2014

	2003	2013	2014	Endr. 13/14	Pst. endr. 13/14	Endr. 03/14	Pst. endr. 03/14
Helse Sør-Øst	36 913	42 396	45 097	2 701	6,4	8 183	22,2
Helse Vest	12 095	13 615	14 445	830	6,1	2 349	19,4
Helse Midt-Norge	9 001	14 190	14 094	-96	0,7	5 093	56,6
Helse Nord	8 578	9 583	10 671	1 089	11,4	2 094	24,4
Sum	66 587	79 783	84 306	4 523	5,7	17 719	26,6

Kilde: Samdata, spesialisthelsetjenesten, 2014

#### Økonomiske langtidsplaner

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

De regionale helseforetakene forvalter betydelige beløp på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. Langsiktig planlegging og prioriteringer er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester. De regionale helseforetakene legger gjennom sine langtidsplaner til rette for at helseforetakene kan nå målene for pasientbehandlingen. Langtidsplanene tar hensyn til hvordan

befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling innen medisinsk teknologi og forventningene til 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 7.9 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2016–2019 (mill. kr)

	2016	2017	2018	2019	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	2 776	2 707	5 352	6 634	17 469
Øvrige bygningsmessige investeringer	1 987	1 813	1 638	1 372	6 810
Sum bygg	4 763	4 520	6 990	8 006	24 279
Medisinskteknisk utstyr	1 479	1 467	1 410	1 567	5 924
IKT	1 989	1 758	1 662	1 816	7 224
Annet	496	496	733	674	2 399
Sum totale investeringer	8 727	8 241	10 795	12 063	39 826

Helseforetakenes langtidsplaner viser at de planlegger investeringer for nær 40 mrd. kroner i perioden 2016–2019. Planen forutsetter årlige effektiviseringskrav i helseforetakene og god økonomisk kontroll. Eventuelle overskridelser av budsjettene medfører utsettelse av nye investeringer og redusert handlingsrom. Selv med et betydelig investeringsomfang er det utfordringer med å fornye bygningsmassen og medisinskteknisk utstyr samt gjennomføre nødvendige IKT-satsinger.

#### *Helse Sør-Øst*

I perioden 2016–2019 planlegger Helse Sør-Øst å investere for 19,2 mrd. kroner, herav 3,3 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 4,8 mrd. kroner til IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- nytt østfoldsykehus, ferdigstilles etter planen
- Oslo universitetssykehus viderefører samlokalisering fase I
- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus inkl. medisinskteknisk utstyr
- prosjektet nytt sykehus i Vestre Viken videreføres til konseptfase
- nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus

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

#### *Helse Vest*

I perioden 2016–2019 planlegger Helse Vest å investere for 8,9 mrd. kroner, herav 0,9 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 1 mrd. kroner til IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- nytt barne- og ungdomssenter fase I ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen, planlagt ferdigstilt i 2015
- nytt barne- og ungdomssenter fase II ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- nytt sykehus i Helse Stavanger, hvor konseptfaseutredning planlegges ferdigstilt i løpet av 2015, planlagt start på sykehusutbyggingen er 2017
- nybygg ved Sentralsjukehuset i Førde i Helse Førde
- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sykehus i Helse Fonna

#### *Helse Midt-Norge*

I perioden 2016–2019 planlegger Helse Midt-Norge å investere for 5,7 mrd. kroner, herav 1,1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 900 mill. kroner til IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal

#### *Helse Nord*

I perioden 2016–2019 planlegger Helse Nord å investere for nær 6 mrd. kroner, herav 600 mill. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 500 mill. kroner til IKT.

Prosjekter under gjennomføring:

- nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø, prosjektet ferdigstilles i 2018, det største byggetrinnet ferdigstilles og tas i bruk i 2015
- ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, i drift 1. kvartal 2016
- nytt pasienthotell ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, ferdigstilles våren 2015
- nybygg ved Finnmarkssykehuset, klinikk Kirkenes, prosjektet hadde byggestart våren 2014 og planlagt ferdigstilling i løpet av 2016

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø

I tillegg pågår det planleggingsarbeid vedrørende nytt sykehus ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Narvik, nybygg ved Finnmarkssykehuset, Hammerfest og videre utvikling av Helgelandssykehuset.



## 8 IKT og digitalisering

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er en forutsetning for å lykkes med å skape pasientens helsetjeneste. Digitale tjenester gir nye muligheter for å involvere pasienter, brukere og innbyggere på en helt annen måte enn i dag. Moderne IKT-løsninger vil gi helsepersonell tilgang på alle relevante pasientopplysninger, og oppdatert kunnskaps- og beslutningsstøtte. Dette vil sikre at pasienter og brukere får lik og best mulig kvalitet på behandlingen.

### Digitale tjenester for innbyggerne

IKT-løsninger skal legge til rette for at innbyggere kan ta eierskap til og delta i egen helse og behandling. Teknologien gir nye muligheter for å involvere og følge opp pasienter enn det tradisjonelle, fysiske møtet mellom behandler og pasient. F.eks. kan pasienter med diabetes og kols, og innenfor psykisk helse, få oppfølging ved hjelp av telemedisin. Mobilteknologi kan gi innbyggerne bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan bo lenger hjemme til tross for nedsatt funksjonsevne.

Det er en økende forventning hos innbyggerne om å kunne kommunisere digitalt med helse- og omsorgstjenesten. Innbyggerne er i stor grad aktive nettbbrukere som er vant til digitale tjenester både til innhenting av informasjon, kommunikasjon og til å utføre tjenester selv.

Selv om helse- og omsorgssektoren ligger noe bak andre sektorer når det gjelder tjenester på nettet, blir tilbudet stadig utvidet. Nye digitale tjenester gjør det mulig for pasienter og brukere å ha elektronisk dialog med sine behandlere, og å finne relevant informasjon om egen helse. I løpet av noen få år har helsenorge.no blitt en viktig informasjonskilde og kommunikasjonskanal for pasienter, brukere og innbyggere. Helsenorgeportalen ble etablert i 2011 og portalen videreutvikles kontinuerlig. Ved å logge seg på Min helse får innbyggeren sikker tilgang til nyttige e-helse-tjenester, som kjernejournal, oversikt over egne egenandeler, vaksiner og resepter, bytte fastlege og melde bivirkninger. Flere nye tjenester kommer under overskriften Min helse framover, bl.a.

tilgang til egen sykehusjournal, timeavtaler på sykehus og digital dialog med fastlegen.

### Verktøy for helsepersonell

Pasientjournalssystemer og pasientadministrative systemer er helsepersonells viktigste arbeidsverktøy. Helsepersonell har behov for IKT-verktøy som er tilgjengelige og brukervennlige, og som gir sikker tilgang til pasientopplysninger uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk eller får behandling.

Norge har i dag en god utbredelse av elektroniske pasientjournaler i alle deler av sektoren. De siste årene har imidlertid Norge blitt hengende etter de ledende miljøene i bruken av mer avanserte IKT-løsninger som vi finner internasjonalt.

Pasientens journalopplysninger er i dag spredd i en rekke systemer i de avdelinger og virksomheter hvor pasienten og brukeren har mottatt helsehjelp. Det er tidkrevende for helsepersonellet å få en samlet oversikt over pasientens eller brukers opplysninger. Helsepersonellet må logge inn i ulike systemer, og informasjon må etterspørres fra andre aktører. Manglende oversikt kan gå ut over kvaliteten på helsehjelpen som gis.

Med den nye pasientjournalloven som trådte i kraft 1. januar 2015, åpnet det seg nye muligheter til å dele og hente fram informasjon på mellom helsepersonell og virksomheter. Loven åpner for at nødvendige opplysninger om en pasient kan gjøres tilgjengelige uavhengig av hvor pasienten har fått helsehjelp tidligere og hvordan helsesektoren er organisert. Lovendringen er en viktig forutsetning for å kunne arbeide mot én innbygger – én journal.

Én innbygger – én journal beskriver en visjon der helsepersonell som deltar i pasientbehandlingen får tilgang til alle nødvendige og oppdaterte opplysninger uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Helsedirektoratet er i gang med å utrede hvordan disse ambisjonene kan realiseres både teknisk og organisatorisk. Utredningen omfatter hele helse- og omsorgssektoren og foregår i tett samarbeid med sektoren og pasient- og brukerorganisasjoner.

Kunnskapsutviklingen skjer raskt, og det er viktig at nye IKT-verktøy gir tilgang til oppdatert kunnskap og beslutnings- og prosessstøtte på en enkel og brukervennlig måte. Slik funksjonalitet kan være nyttig i mange situasjoner, for eksempler for å kunne stille riktig diagnose og planlegge behandlingsforløp, og ved forskrivning av legemidler.

Personvern og informasjonssikkerhet skal være en integrert del av utvikling og innføring av alle IKT-tiltak. Det skal være tillit i befolkningen til at opplysningene blir behandlet på en trygg og sikker måte. Helseopplysninger skal være tilgjengelige, og opplysningenes konfidensialitet og integritet skal ivaretas. Helseopplysninger skal sikres ved både tekniske funksjoner, opplæring og organisatoriske tiltak for å hindre uautorisert bruk.

#### Kunnskap om helsetjenesten

Tilgang til helsedata og statistikk av god kvalitet er nødvendig for å sikre at helsepersonell, ledere og myndigheter har tilstrekkelig styringsinformasjon om kvaliteten og effekten av pasientbehandlingen som ytes i helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonell må kunne oppleve nytte av egen registrering gjennom å få tilgang på oppdaterte nøkkeltall og resultater. Dagens IKT-systemer og helseregistre tilrettelegger ikke godt nok for dette. Det er et behov for økt kunnskap og forståelse om hvordan teknologien kan utnyttes på dette feltet. Kunnskapsgrunnlaget for styring, kvalitetsforbedring og forskning skal gjøres mer tilgjengelig.

Utfordringene på helseregisterområdet har mange paralleller til utfordringene på e-helseområdet for øvrig. Arbeidet med helseregistre skal derfor i 2016 i større grad sees i sammenheng med øvrige e-helsetiltak for å sikre en forutsigbar og ønsket utvikling.

#### Velferdsteknologi og m-helse

Digitale tjenester gir nye muligheter for å involvere og behandle pasienter enn det tradisjonelle, fysiske møtet mellom behandler og pasient. Det er viktig at vi tar disse mulighetene i bruk.

Regjeringen vil ta i bruk velferdsteknologi og mobil helseteknologi for behandling og oppfølging av personer med kroniske sykdommer. Nye

løsninger skal styrke pasientenes mestring i hverdagen og gi bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestens ressurser. Bruk av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene åpner et mulighetsrom på flere måter.

Det ble i 2013 etablert et Nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi. Hovedmålet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Velferdsteknologi-programmet følges opp av Helsedirektoratet. Det er gjennom Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi gitt støtte til prosjekter med formål å utvikle og utprøve velferdsteknologiske løsninger.

I 2015 startet et stort, nasjonalt prosjekt for behandling og pleie av kronisk syke på avstand ved hjelp av velferdsteknologi, som f.eks. bruk av nettbrett og sensorteknologi for å følge opp personer med kroniske sykdommer. Det er bevilget 30 mill. kroner til dette prosjektet som skal omfatte 400–500 brukere i fire forskjellige fylker.

#### Sterkere nasjonal styring

Det er et stort behov for en sterkere nasjonal styring og en bedre organisering av IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren. Dagens styringsmodell og de mange aktørene gir lav gjennomføringsevne med lite koordinert utvikling av IKT i helse- og omsorgssektoren.

Det er derfor besluttet å etablere et direktorat for e-helse. Direktoratet skal etableres i 2016. Direktoratet for e-helse skal og ta ansvar for nasjonal koordinering og styring på IKT-feltet i sektoren, herunder styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale IKT-prosjekter. I dette ligger også ansvar for forvaltning og utvikling av lover, forskrifter og IKT-standarder. Direktoratet base-res på divisjon e-helse i Helsedirektoratet og skal ha tett kobling med Helsedirektoratet som faglig normerende etat.

I tillegg ble Nasjonal IKT HF etablert i januar 2014 for strategisk samarbeid på IKT-området i spesialisthelsetjenesten. Dette var ett av flere grep for å sikre bedre samordning på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. En sentral oppgave for Nasjonal IKT er å koordinere de regionale helseforetakene sitt arbeid inn i de nasjonale IKT-prosjektene.

## 9 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. De siste 20 årene har kommunene fått nye oppgaver, og samtidig hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper.

En rekke nye lover og reformer har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på kommunalt nivå. Økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten, omlegging av driften til kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet har også bidratt til at flere oppgaver enn tidligere blir løst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det ytes derfor stadig mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene. Samtidig er det i kommunene en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebasert behandling, tilrettelegging og oppfølging.

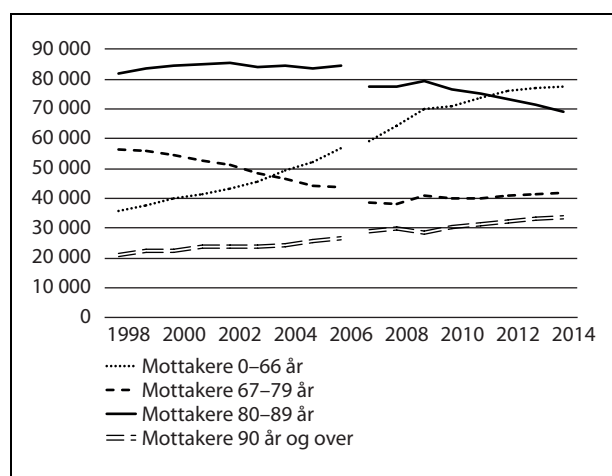
### 9.1 Brukere av helse- og omsorgstjenestene

Ipløs-registeret gir detaljert informasjon om omsorgstjenestenes brukere og hvilke tjenester som forbrukes. I tillegg gir registeret detaljert informasjon om utviklingen i tjenestene. Foreløpige tverrsnittstall fra Ipløs viser at det i alt var i underkant av 272 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester ved utgangen av 2014. Av disse mottakerne hadde i overkant av 43 000 personer opphold i institusjon, og om lag 180 000 personer mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Nesten 49 000 personer mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv. Tverrsnittstallene viser videre at nær to av ti tjenestemottakere bor i en institusjon, eller i en bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. En av ti bor i en annen bolig som kommunen stiller til disposisjon, og noen av disse boligene har fast personell deler av døgnet. De aller fleste tjenestemottakerne, syv av ti, bor imidlertid i en vanlig bolig. Halvparten av alle hjemmeboende tjenestemottakere bor alene.

Nesten to av tre mottakere av omsorgstjenester er kvinner, og i den eldste aldersgruppen 80 år og over er nesten tre av fire tjenestemottakere kvinner. Dette har bl.a. sammenheng med at

gjennomsnittlig levealder er høyere for kvinner enn for menn, og at kvinner ofte har en lengre periode enn menn med alvorlig sykdom og funksjonssvikt mot slutten av livet. Andelen menn som mottar tjenester er imidlertid økende, noe som skyldes stigende levealder også for menn. I aldersgruppen 18–66 år er det nesten like mange menn som kvinner, og blant unge under 18 år er det flere gutter enn jenter blant mottakerne.

De foreløpige tallene viser videre at vel 341 000 unike personer mottok en eller flere kommunale omsorgstjenester i løpet av 2014. Det betyr at omsorgstjenestene betjener om lag 25 pst. flere brukere enn tverrsnittstallene ved årets utgang viser. Antall personer som mottar tjenester er stadig økende, og fra 2007 til 2014 har antall unike tjenestemottakere i løpet av året økt med 11 pst.



Figur 9.1 Antall mottakere av omsorgstjenester etter alder 1998–2014

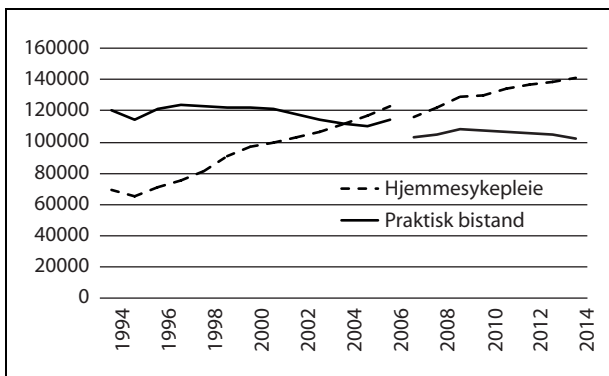
Merknader: Mottakere er her beboere i helse- og omsorgsinstitusjoner og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet med summariske skjema. F.o.m. 2007 er data hentet fra Ipløs-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år. Tall for 2014 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De kommunale omsorgstjenestene har mottakere i alle aldre med et mangfold av behov, både mht. boform og tjenestetilbud. De fleste mottakere av

omsorgstjenester er i aldersgruppen over 67 år. I løpet av 2014 mottok nesten 147 000 unike personer over 80 år omsorgstjenester. I årene som kommer vil antall personer i aldersgruppen mellom 67 og 79 år øke. Dette vil være en utfordring for hjemmetjenesten spesielt. Morgendagens eldre vil likevel ha andre ressurser å møte alderdommen med i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og høyere utdanning sammenliknet med tidligere generasjoner. Erfaringsstall fra de siste 20 år viser samtidig at tallet på eldre brukere i omsorgstjenestene ikke øker i takt med veksten i eldrebefolkningen.

Det har imidlertid, over en periode på 20 år, vært en tredobling av antall tjenestemottakere under 67 år. Mer enn hver tredje mottaker av omsorgstjenester er nå under 67 år. Undersøkelser viser at mange av de som mottar omsorgstjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Dette avspeiles i de endringene som skjer i tjenestetilbudet, hvor det kan ses en økt vekt på tjenestetilbudet utenfor institusjon.



Figur 9.2 Antall mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 1994–2014

Merknad: Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet med summariske skjema. F.o.m. 2007 er data hentet fra Iplos-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år. Tall for 2014 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De største endringene i de kommunale omsorgstjenestene skjer derfor i hjemmetjenestene. Det er først og fremst hjemmesykepleien som står for veksten, både ressursmessig og i antall brukere, mens praktisk og sosial bistand viser en nedgang. Tall fra Iplos-registeret viser at et sentralt utviklingstrekk er prioriteringen av kurative og medisinske tjenester framfor forebyggende tiltak, praktisk bistand og sosiale tjenester. Forebygging, habilitering/rehabilitering og tidlig innsats er sentrale mål både i samhandlingsreformen og i Omsorg 2020, som legger til grunn en faglig oms-

tilling med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, sosialt nettverksarbeid og bruk av velferdsteknologi. Det er derfor grunn til å følge den videre utvikling nøye, med sikte på om virkemidlene som tas i bruk gir tilstrekkelig effekt.

Foreløpige tall viser at det ved utgangen av 2014 var 3007 brukere som mottok tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Andelen tjenestemottakere som mottar tjenester organisert som BPA holder seg relativt stabil på rundt 1 pst. Det har likevel vært en økning i antall BPA-mottakere fra 2009 til 2014 på 467 personer, som tilsvarer en økning på 18 pst. Nesten ingen tjenestemottakere over 67 år har BPA. Bare 1 pst. av dem som har BPA får hjelp mindre enn to timer per uke, og 64 pst. får hjelp 15 timer eller mer per uke.

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet og god kvalitet i allmennlegetjenesten. Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegeoppgaver, f.eks. i sykehjem og helsestasjon. Det ble utført om lag 14 mill. konsultasjoner hos allmennlege både i 2012, 2013 og 2014. Det ble utført om lag 1,1 mill. konsultasjoner på legevakt i årene 2010–2013 og om lag 1,2 mill. konsultasjoner i 2014.

Den kommunale fysioterapitjenesten omfatter fast ansatte fysioterapeuter og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter kommunen har avtale med. Det ble foretatt 8,4 millioner konsultasjoner hos avtalefysioterapeuter i 2014. Det var om lag 456 000 brukere av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i 2014. Av disse var om lag 53 pst. sykdomslistebrukere (brukere med rett til gratis behandling).

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktige forebyggende tjenester for barn og unge 0–19 år. Det fødes om lag 60 000 hvert år. Tjenesten når ut til alle, og har tilnærmet 100 pst. oppslutning. Det har vært stort fokus på utvikling av tjenestene de siste årene, noe som har gitt resultater. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 99 pst. av spedbarna fikk gjennomført helseundersøkelser innen åttende leveuke i 2014. Det har vært en årlig økning siden 2012 i andel barn som har vært til undersøkelser på helsestasjon. Dette gjelder både de minste og de større barna. Det er imidlertid fortsatt slik at andelen som blir undersøkt, er mindre jo eldre barna er. Ser man på to- og treåringene, fikk 98 pst. gjennomført en helseundersøkelse, mens dette gjaldt 96 pst. av fireåringene. Andelen som får gjennomført undersøkelser før første skoletrinn er 94 pst. Om lag fire av fem kommuner tilbyr helsestasjon for ungdom.

Helsestasjonen er en viktig aktør innen svangerskapsomsorgen. I 2014 var det 8016 gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi. Dette er 2 pst. færre enn i 2013 og det samme som i 2010.

## 9.2 Personell i helse- og omsorgstjenestene

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå har det i perioden 2006–2014 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 9.1 Antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2006–2014<sup>1</sup>

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 <sup>5</sup>
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	4 281	4 396	4 533	4 637	4 746	4 837	5 020	5 197	5 325
Årsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten <sup>2,3</sup>	2 840	3 002	3 063	3 096	3 611	3 747	3 875	3 870	3 978
Fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten <sup>4</sup>	4 205	4 255	4 334	4 220	4 288	4 296	4 429	4 535	4 596
Årsverk i omsorgstjenestene <sup>2</sup>	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180	132 694	134 324
<b>Sum</b>	<b>124 546</b>	<b>129 842</b>	<b>133 139</b>	<b>135 435</b>	<b>138 872</b>	<b>141 782</b>	<b>144 504</b>	<b>146 296</b>	<b>148 224</b>

<sup>1</sup> Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidsstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra.

<sup>2</sup> Leger og fysioterapeuter er ikke inkludert.

<sup>3</sup> F.o.m. 2010 er antall årsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten hentet fra register.

<sup>4</sup> Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstallene f.o.m. 2009.

<sup>5</sup> Tall for 2014 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Allmennlegetjenesten

Tall fra Helsedirektoratet fra utgangen av juni 2015 viser at 95,7 pst. av fastlegepraksisene er basert på selvstendig næringsdrift, mens 4,3 pst. er fastlønte. Ved innføringen av fastlegeordningen var 10,2 pst. av praksisene fastlønte. Stadig flere fastleger arbeider i grupper med flere leger. Rundt 10 pst. av fastlegene antas i dag å arbeide alene, mot 18 pst. før innføringen av fastlegeordningen. 8,2 pst. av fastlegepraksisene er del av en felleliste, dvs. at de har et felles ansvar for listepopulasjonen.

Ved innføringen av fastlegeordningen var 28,8 pst. av fastlegene kvinner. Andelen kvinnelige fastleger har gradvis økt til 40,1 pst. per juni 2015. Av økningen i antall fastleger fra utgangen av 2002 til utgangen av juni 2015 utgjorde kvinnelige leger 86 pst. (739 av 860 fastleger).

Tall fra Statistisk sentralbyrå for 2014 viser at den samlede årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde 5325 årsverk, en økning på 128 årsverk fra 2013 (2,5 pst.). Økningen fordeler seg

med 94 årsverk til fastlegevirksomhet, en økning på 2,2 pst., og 31 årsverk til institusjoner for eldre og funksjonshemmede, en økning på 6 pst. Fra 2002 til 2014 økte antall årsverk i allmennlegetjenesten med til sammen 1174 årsverk (28,3 pst.) fra 4151. Til sammenlikning økte antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten i samme periode med 51,5 pst. fra 9300 til 14 089 årsverk.

Tall fra Helsedirektoratet viser at det ved utgangen av andre kvartal 2015 var registrert 4563 fastleger i kommunene (4580 fastlegepraksiser). Dette er en økning på 860 fastleger fra utgangen av 2002. Av totalt 4637 fastlegehjemler var 57 ikke besatt. 0,6 pst. av befolkningen (32 958 innbyggere) sto på lister knyttet til disse hjemlene. Flertallet av disse listene er betjent av vikarer, ofte korttidsvikariater. I noen områder av landet er det fortsatt betydelige utfordringer med å opprettholde stabiliteten i allmennlegetjenesten. Utfordringene har vært størst i de fire nordligste fylkene, på nordvestlandet og i enkelte innlandsområder. Per 30. juni 2015 var andelen ledige hjemler størst i Nordland og Finnmark med hhv. 5,2 pst.

og 8,5 pst. Andelen ubesatte hjemler i Sogn og Fjordane var 2,5 pst. Hvert kvartal benytter rundt 1,5 pst. av innbyggerne seg av muligheten til å bytte fastlege.

Kommunen skal ha et system som sikrer ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet, bl.a. gjennom legevakt og heldøgns medisinsk akuttberedskap. De fleste kommuner deltar i et interkommunalt legevaktsamarbeid. Antall legevakter/legevaktdistrikter er redusert de senere år. I 2014 var det 191 legevakter, hvorav 111 interkommunale og 80 kommunale. Til sammenlikning var det totalt 203 i 2012 og 241 i 2009. Det registreres også en utvikling med reduksjon i antall legevaktssentraler med 165 i 2007, 145 i 2009, 116 i 2012 og 109 i 2015. Kommunen kan gjennom fastlegeavtalen tilplikte den enkelte fastlege å delta i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradio-nettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten. Den enkelte fastlege har i tillegg ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggere på sin liste innenfor den åpningstid som er avtalt med kommunen.

#### Forebyggende helsetjenester

##### *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten*

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. Grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er helsesøster, jordmor, lege og fysioterapeut.

I følge foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå for 2014 økte antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 112 eller 2,6 pst. fra 2013 til 2014. Totalt i perioden 2010–2014 økte antall årsverk med 351 eller 8,7 pst. med en svak nedgang fra 2012 til 2013. Ved utgangen av 2014 var det 4381 årsverk i tjenesten, inkludert leger og fysioterapeuter. Tallene skiller ikke mellom årsverk i hhv. helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten.

##### *Svangerskaps- og barselomsorg mv.*

Kommunen skal tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Tjenestene er i hovedsak knyttet til helsestasjonsvirksomheten selv om et flertall av gravide kvinner også har en eller flere konsultasjoner hos sin fastlege. Svangerskaps- og barselomsorg ytes av leger, jordmødre og helsesøstre.

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå for 2014 viser at antall jordmorårsverk i helsestasjons-

og skolehelsetjenesten var 288, en økning på ni årsverk fra 2013. Det er gjennomsnittlig 0,7 jordmorårsverk per kommune.

##### *Fysioterapeuter*

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå viser at årsverksutviklingen for fysioterapeuter i kommunene er relativt stabil. Det er en økning i årsverk for fastlønte fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftsavtale. Tallene viser at det i 2014 var 8,9 årsverk per 10 000 innbyggere som er tilsvarende som i 2013. Det totale antallet årsverk for fysioterapeuter i kommunene var i 2014 på 4596. Av disse var 2670 årsverk avtalefysioterapeuter og 1925 fastlønte inkludert 157 årsverk for turnuskandidater. 82 pst. av fysioterapeutårsverkene går særlig med til diagnostisering, behandling og rehabilitering. Årsverk som går med til forebyggende helsearbeid og innsats i institusjon viser en svak økning fra 2013. Fysioterapeuter knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser en vekst på to årsverk fra 2013.

Kommunenes kostnader til fysioterapitjenesten er knyttet til lønn til ansatte og driftstilskudd til selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale. For fysioterapeuter med avtale skal det som utgangspunkt inngås 100 pst. driftsavtalehjemmel, dersom praksisen skal drives på heltid. Kommunene skal bare lyse ut deltids-hjemler med minimum 50 pst. når dette samsvarer med det reelle tjenestebehovet. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller annet honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel o.l. er å anse som misligholdelse av driftsavtalen med kommunen. Mange avtalefysioterapeuter har over tid hatt deltids-hjemler. Etter at regjeringen la om finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i 2009 og i 2010 i honorartarifforhandlingene, har kommunene løftet en rekke av disse deltids-hjemlene. I 2014 hadde fortsatt 49 pst. av avtalefysioterapeutene deltids-hjemler. Utviklingen går i retning av større hjemmelstørrelser. Gjennomsnittlig hjemmelsstørrelse var i 2014 på 0,79 pst. mot 0,76 pst. i 2013. Det vises til omtale under kap. 2755, post 71.

Manuellterapeuter er fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi. Disse arbeider hovedsakelig i primærhelsetjenesten. Manuellterapeuter med driftsavtale med kommunen kan utføre undersøkelse og behandling med rett til refusjon fra folketrygden uten at pasienten må gå til fastlegen eller annen henvisende instans.

Manuellterapeuter kan heve forhøyede takster for sin virksomhet. I tillegg er manuellterapeuter og kiropraktorer gitt mulighet til å henvise pasienter til legespesialist, røntgenologisk undersøkelse, samt å sykmelde pasienter med muskel/skjelett-plager i inntil 12 uker. Manuellterapeuter og kiropraktorer avlaster derfor fastlegene på muskel/skjelettområdet.

Det er en liten vekst av avtalefysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi i kommunene. I følge tall fra KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) leverte 498 manuellterapeuter oppgjør til Helfo i 2014–2015 mot 471 i 2013–2014.

Fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi har anledning til å heve forhøyede takster for sin virksomhet. Det er også en liten vekst av avtalefysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi i kommunene. I 2014 leverte 329 fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi oppgjør til Helfo, mot 324 i 2013.

#### *Ergoterapeuter*

I følge foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå fra 2014 viser årsverksutviklingen for ergoterapeuter en økning på 113 årsverk i kommunene. Antall ergoterapeuter er fortsatt lavt i Norge sammenliknet med andre nordiske land. Foreløpige tall for 2014 viser at det fortsatt er 104 kommuner som ikke har ergoterapeut i sitt tjenestetilbud.

#### *Omsorgstjenestene*

I løpet av de siste 20 årene har årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene omtrent blitt fordoblet til dagens om lag 134 300 årsverk. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene. For 20 år siden gikk to tredeler av årsverkene til institusjonsomsorg, og en tredel til hjemmetjenester. I dag er

det hjemmetjenestene som utfører flest årsverk. Det er hjemmesykepleien som først og fremst er i vekst, sammen med andre fagtilbud utført av helse- og sosialpersonell med høgskole- og universitetsutdanning, mens hjemmehjelpstjenesten reduseres.

Veksten i omsorgstilbudet til eldre over 67 år har kommet i form av en noe styrket bemanningsfaktor i sykehjemmene, og ikke i form av vekst i hjemmetjenestetilbudet. Noe av årsaken kan ligge i at funksjonsevnen blant de yngste eldre (67–79 år) er blitt bedre etter hvert som levealderen har økt.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene med i underkant av 27 300 årsverk i perioden 2005–2014. Om lag 91,4 pst. av disse besto av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Dette har gitt en økning i andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgssektoren fra 66,4 pst. i 2005 til 71,4 pst. i 2014. Det legemeldte sykefraværet er igjen økt i 2014 til 8,7 pst., etter en oppgang til 8,5 pst. i 2013.

Det er utfordringer knyttet til tilgangen på helsefagarbeidere, som er den største utdanningsgruppen i omsorgssektoren. Etter omleggingen av hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen til helsearbeiderfaget har tilgangen på denne utdanningsgruppen blitt betydelig redusert. Beregninger foretatt av Statistisk sentralbyrå i 2012 i Helsemod viser at det også kan bli mangel på sykepleiere i løpet av noen år.

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå har antall årsverk av leger i institusjon i perioden 2004 til og med 2014 økt med til sammen 242 årsverk. Dette tilsvarer over en dobling av antall årsverk, og viser at kommunene har prioritert, og fortsetter å prioritere, en styrking av det medisinske tilbudet til beboere i institusjon, som i all hovedsak betyr beboere i sykehjem.

Tabell 9.2 Personellutviklingen i omsorgssektoren 2004–2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 <sup>5</sup>
Årsverk i alt <sup>1</sup>	108 731	107 071	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180	132 694	134 324
Årsverk av leger i institusjon	260	275	289	320	343	383	405	427	472	502	533
Årsverk av fysioterapeuter i institusjon <sup>2</sup>	332	311	333	353	357	353	368	389	410	432	439
Årsverk per mottaker <sup>3, 4</sup>	0,53	0,52	0,53	0,58	0,58	0,57	0,58	0,59	0,60	0,60	0,61
Årsverk per 1 000 innbygger 80 år og over	506	496	519	541	552	561	571	582	592	601	609
Andel lege-meldt sykefravær av årsverk totalt	-	9,0	9,1	9,1	9,0	9,4	9,1	8,5	8,9	8,5	8,7

<sup>1</sup> Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra. Eksklusive leger og fysioterapeuter.

<sup>2</sup> Tidsseriebrudd: Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstall fra og med 2009.

<sup>3</sup> Mottakere er summen av antall plasser i sykehjem og aldershjem, samt antall brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand.

<sup>4</sup> Tallene for årsverk per mottaker har brudd mellom 2006 og 2007, ettersom tallet på hjemmetjenestemottakere før 2007 er basert på skjemarapportering og tall fra og med 2007 er hentet fra Iplos-registeret. Kun brukere av praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) er inkludert.

<sup>5</sup> Tall for 2014 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Psykisk helse og rusarbeid

Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen i kommunenes innsats på rus- og psykisk helsefeltet. Kommunenes rapportering om psykisk helsearbeid for perioden 2007–2013 bygger på rapporteringsskjema som fylkesmennene innhenter fra kommunene. Sintef har sammenstilt data-materialet for 2014, og analysert utviklingen fra 2007. Tilsvarende har Sintef sammenstilt og analysert utviklingen innen kommunalt rusarbeid.

Det har vært knyttet usikkerhet til kvaliteten på datamaterialet, og Sintef anslår at om lag 2500

årsverk har vært rapportert både i rus- og psykisk helsearbeid. Dette skyldes delvis at ulike personer har hatt ansvar for å rapportere på de forskjellige områdene, men også at det har blitt stadig vanskeligere for kommunene å skille mellom psykisk helse- og rusarbeid i rapporteringsøyemed. Dette er en ønsket utvikling, som tydeliggjør at kommunene i større grad ser de to fagområdene i sammenheng. Den nye, samlede rapporteringen gir også et riktigere bilde av kommunenes ressursbruk innen fagområdene.

Sammenstillingen innebærer et brudd i tidsserien for 2014, og at tallene for 2014 ikke direkte



kan sammenliknes med rapporteringen fra tidligere år. Sintef vurderer at det trolig ikke er store endringer i årsverksinnsatsen fra 2013 til 2014. For psykisk helsearbeid har det ikke vært store endringer i den samlede årsverksinnsatsen siden opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet. Dette til tross for at befolkningen har økt betydelig i perioden. Det innebærer en reell redusert kapasitet i tjenesten. Særlig bekymringsverdig har utviklingen innen arbeid rettet mot barn og unge vært – hvor det har vært en ikke ubetydelig reduksjon i antall årsverk. Samtidig er det viktig å påpeke at kompetansen i tjenesten har økt jevnt gjennom perioden. Regjeringens satsing på styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten sammen med et løft i rekrutteringen av psykologer til kommunene vil styrke det helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeidet rettet mot barn.

I 2014 var det totalt 13 131 årsverk innen kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. I 2014 hadde om lag 58 pst. av personalet innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne relevant høyskoleutdanning/universitetsutdan-

ning. For tjenester rettet mot barn og unge hadde 73 pst. av personalet i 2014 høyskoleutdanning/universitetsutdanning.

I 2014 ble om lag 41 pst. av årsverkene innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne avsatt til tjenester i bolig med fast personell. 24 pst. av tjenestene til voksne går til behandling, oppfølging og rehabilitering mens 21 pst. går til hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende brukere. For barn og unge går 48 pst. av årsverkene til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, mens 43 pst. går til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Nasjonalt kunnskapssenter for psykisk helsearbeid gjennomførte i februar 2015 en kartlegging av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester, og fant at 183 kommuner og bydeler hadde ansatt totalt 350 psykologer. Helsedirektoratet opplyser at det i 2014 ble gitt tilskudd til om lag 100 nye psykologstillinger.

For det kommunale rusarbeidet viste tallene fra 2010–2013 forholdsvis små endringer i årsverksinnsatsen.

Tabell 9.3 Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid etter målgruppe og videreutdanning i perioden 2007–2013<sup>1</sup>

	2007	2010	2011	2012	2013
Totalt antall årsverk	12 029	12 195	11 940	11 955	11 728
Årsverk voksne	9 069	9 492	9 326	9 267	9 145
Årsverk barn og unge	2 961	2 703	2 614	2 688	2 584
Andel årsverk voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid	34	37	38	39	39
Andel årsverk barn og unge med videreutdanning i psykososialt arbeid	19	24	25	27	27

<sup>1</sup> Det antas at en del personale har blitt rapportert både under psykisk helse og rus. Fra 2014 er rapporteringen for områdene slått sammen. Tallene før 2014 kan derfor ikke sammenliknes med rapporteringen fra 2014.

Kilde: Sintef

Tabell 9.4 Årsverk i kommunalt rusarbeid i perioden 2010–2013<sup>1</sup>

	2010	2011	2012	2013
Totalt antall årsverk	3 700	4 033	4 123	3 990
Andel oppfølgingstjenester i bolig	32	28	30	31
Andel ruskonsultenttjenester	24	23	22	23
Andel tjenester rettet mot ungdom og unge voksne	12	14	15	13
Andel arbeids- og aktivitetstiltak	11	11	10	10

<sup>1</sup> Det antas at en del personale har blitt rapportert både under psykisk helse og rus. Fra 2014 er rapporteringen for områdene slått sammen. Tallene for 2014 kan derfor ikke sammenliknes med rapporteringen fra 2014.

Kilde: Rambøll

Tabell 9.5 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid i 2014<sup>1</sup>

	Voksne	Barn og unge	Totalt
Felles psykisk helse og rus	7 598	1 834	9 432
Psykisk helsearbeid	2 129	798	2 927
Rusarbeid	702	69	771
Totalt	10 429	2 702	13 131

<sup>1</sup> Det antas at en del personale har blitt rapportert både under psykisk helse og rus. Fra 2014 er rapporteringen for områdene slått sammen. Tallene for 2014 kan derfor ikke sammenliknes med rapporteringen fra 2014.

Kilde: Sintef

### 9.3 Botilbud

Kommunene tilbyr plasser i institusjon eller plass i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud. Både i perioden under og i perioden etter Handlingsplan for eldreomsorgen er det bygget et stort antall omsorgsboliger til omsorgsformål. Mange av disse er imidlertid ikke tilpasset personer med demens og kognitiv svikt, eller tilrettelagt for å kunne yte heldøgns tjenester.

Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift, mens foreløpige tall viser at sykehjemsplasser har hatt en økning fra om lag 35 500 i 1998 til om lag 40 200 i 2014. Siden 1998 er i tillegg om lag halvparten av institusjonsplassene fornyet eller skiftet ut, og standarden på institusjonsplassene har derfor økt. Bl.a. er nå de fleste institusjonsplassene i enerom.

Den andre halvparten av institusjonsplassene vil etter flere tiårs intensiv bruk trenge fornyelse eller utskifting i årene som kommer.

Dette gjelder også et stort antall omsorgsboliger. En slik modernisering må samtidig sikre at bo- og institusjonstilbudet i omsorgssektoren blir tilpasset framtidens brukergrupper. Fornyelsen bør skje i perioden før den sterke veksten i tallet på eldre 80 år og over setter inn om 10–15 år. Det er også nødvendig med fortsatt innsats for å tilrettelegge allerede eksisterende omsorgsboliger, slik at det også der kan ytes heldøgns omsorgstjenester.

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det ved utgangen av 2014 var i overkant av 22 000 beboere i boliger med heldøgns bemanning. Dette kommer i tillegg til de som mottar heldøgns tjenester i sykehjem og aldershjem. Tallene viser samtidig at for 2014 var dekningsgraden for heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger på 29 pst. sett i forhold til antall innbyggere på 80 år og over. Samtidig er det en del mennesker som får et omfattende tjenestetilbud i eget opprinnelige hjem. Utviklingen av tjenestetilbudet i omsorgssektoren må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem. Det vises for øvrig

til omtale av investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser under kap. 761, post 63.

I følge Sintef var 41 pst. av årsverkene i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne i bolig med fast personell i 2014.

#### 9.4 Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester

Foreløpige tall viser at kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenestene var om lag 122 mrd. kroner i 2014. Av dette utgjorde om lag 15 mrd. kroner utgifter til kommunehelsetjenester, om lag 101 mrd. kroner utgifter til omsorgstjenestene og 5,8 mrd. kroner utgifter for kommunene knyttet til samhandlingsreformen. Siden 2007 har kommunene hatt høyere utgifter til hjemmetjenester og aktivisering, enn til tjenester i institusjon. Det vesentligste av kommunenes utgifter til omsorgsformål finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. For kommunene utgjorde inntektene fra brukerbetaling for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen 6,5 mrd. kroner i 2014. I tillegg bevilges

en rekke øremerkede tilskudd til omsorgsformål over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, bl.a. et eget investeringstilskudd til kommunale heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger. Det over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett i 2015 utbetalt 8, 3 mrd. kroner til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester.

Kommunenes utgifter til rusmiddeltiltak og til psykisk helse inngår for en stor del i kommunenes samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester.

Statlige trygderefusjoner til helsetjenester i kommunene omfatter allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling, logopedisk og ortoptisk behandling og utgjorde 6,6 mrd. kroner i 2014. Nærmere omtale av utviklingen i trygderefusjoner er gitt under programområde 30. Brukerbetaling og egenandeler utgjør i tillegg en viktig del av finansieringen av helse- og omsorgstjenestene.

Datakilder som Kostra og Iplos gir oss detaljert oversikt over store deler av utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 9.6 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (mill. kroner) 2006–2014<sup>1</sup>

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 <sup>3</sup>
Brutto driftsutgifter i kommunene <sup>2</sup>	224 533	243 006	267 074	289 891	303 712	321 473	343 157	363 157	379 120
Brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester	8 373	8 968	9 888	10 549	11 279	12 213	12 991	13 855	14 958
Brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester	57 913	62 957	70 473	74 823	78 575	83 242	90 213	94 457	100 918
Brutto driftsutgifter til samhandling							5 180	5 486	5 828

<sup>1</sup> Brudd i tidsserie. T.o.m. 2007 gjelder tallene kun kommunekasse. F.o.m. 2008 er også kommunekonsert inkludert. Konsern omfatter tall fra kommuneregnskapet og regnskapene fra kommunale foretak (KF/FKF), samt interkommunale samarbeid og interkommunale selskaper (IKS).

<sup>2</sup> Inkludert fylkeskommunale utgifter Oslo.

<sup>3</sup> Tall for 2014 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

## 10 Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

### 10.1 Bakgrunn

Meld. St. 26 (2014–2015), Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, framhever behovet for å se den kommunale helse- og omsorgstjenesten som en helhet. Den trekker fram utfordringene på kompetanse- og ledelsesområdet og viser til tidligere vedtatt politikk på kompetansefeltet som framgår av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg og Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Prioriterte tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i helse- og omsorgstjenesten og oppfølging av tiltakene i Meld. St. 29 (2012–2013), er nærmere omtalt i regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020, Omsorg 2020.

I tråd med utviklingen som er skissert i Meld. St. 26 (2014–2015) og Omsorg 2020, er det behov for en styrking av helse- og sosialfaglig kompetanse. Brukergruppene blir stadig faglig mer krevende og har ofte sammensatte behov. Kommunen må ta utgangspunkt i brukernes samlede behov når tjenester planlegges og utføres. Slik utvikles pasientenes og brukernes tjeneste.

Utfordringsbildet tilsier behov for styrking av kompetansen på flere områder, deriblant høyere og bredere utdanning av helse- og sosialfaglig personell. Det er behov for å forbedre den medisinske oppfølging av brukere i sykehjem og hjemmetjenestene. Den medisinske oppfølgingen er særlig knyttet til forebygging, behandling, lindrende behandling, og rehabilitering av brukere med kroniske sykdommer med et komplekst og sammensatt sykdomsbilde. Sosialfaglige hensyn som i tillegg skal ivaretas er knyttet til sosial trygghet, likestilling og likeverd, forebygging av sosiale problemer, styrking av sosiale relasjoner

og at alle skal få mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Brukergrupper som særlig er avhengig av sosialfaglig kompetanse er bl.a. mennesker med psykisk utviklingshemming, med rusproblemer og psykiske lidelser. Det er behov for kompetanseheving om rus og psykisk helse i helse- og omsorgstjenesten, behov for mer kompetanse om somatiske helseutfordringer for brukere med psykisk helse og rusproblemer, og å integrere tjenesten til disse brukerne med øvrige tjenester. De samlede utfordringer i kommunen må svares ut med mer tverrfaglighet og på flere nivåer, slik det framgår av de samlede strategiene i Kompetanseløft 2020. Tjenesten har i tillegg særskilte utfordringer knyttet til et høyt antall personell uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Det er behov for bedre ledelse på alle nivåer, å heve det faglige nivået, å sikre en tilstrekkelig faglig bredde, å endre innretning på videreutdanningene slik at de møter utfordringene i tjenestene, og å bidra til faglig utvikling og kunnskapsspredning. Det er behov for mastergradsutdanninger som både gir fordypning og kompetanse på bredere fagområder enn det som er tilfelle for mange av dagens videreutdanninger. Dette for å møte behovene til brukere med sammensatte behov og samtidig legge til rette for mer fagutvikling, innovasjon, kunnskapsbasert praksis og forskning i tjenestene.

Kompetanseløft 2020 er en plan for kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom Kompetanseløft 2020 vil kommunene oppfordres til å sette de samlede kompetanseutfordringene på dagsorden i den helhetlige kommunale planleggingen.

Kompetanseløft 2020 skal bygge på de gode erfaringene fra Kompetanseløftet 2015. En følgeevaluering foretatt av NIBR og NIFU i perioden fra 2007 til i dag viser at Kompetanseløftet 2015 har vært en viktig pådriver og et viktig tiltak for at kommunene har satt i gang med oppbygging av kompetansen i brukerrettede omsorgstjenester, uavhengig av kommunenes økonomiske situasjon (NIBR-notat 2015:102). Videre viser følgeevalueringen at kommunal deltakelse i Kompetanseløf-

tet 2015 ser ut til å være sterkt styrt av faktiske behov for relevant kompetanse i forhold til mottakere av omsorgstjenester.

## 10.2 Strategier

Kompetanseløft 2020 følger opp både Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste og regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020.

Kompetanseløft 2020 består av seks strategier:

1. Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
2. Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov
3. Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
4. Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
5. Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
6. Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

## 10.3 Tiltak

Kompetanseløft 2020 består av tiltakene nedenfor. Tiltakene består bl.a. av iverksatte tiltak som følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) og regjeringsplattformen, og av tiltak som er varslet i Meld. St. 26 (2014–2015). Videreføring av eksisterende tiltak og iverksetting av nye tiltak med budsjettmessige konsekvenser utover regjeringens budsjettforslag for 2016 vil bli vurdert i de årlige statsbudsjettene. Tiltakssammensetningen kan bli justert i løpet av planens virketid.

Strategi 1: Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell

- Rekruttering: Menn i helse (kap. 761, post 21)
- Rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til kommunene (kap. 761, post 60)
- Tilskudd for å bedre legesituasjon i områder av landet med dårlig legedekning (kap. 762, post 70)
- Tilskudd til kvalifisering av fremmedspråklige (kap. 761, post 60)
- Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene (kap. 765, post 60)
- Utdanningsstillinger i allmennmedisin (kap. 762, post 63)

Strategi 2: Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov

- Gjennomføre et pilotprosjekt med nasjonal deleksamen for bl.a. sykepleierutdanningen (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utarbeide et konkret opplegg for gjennomføringen av kollegagrupper i kommunene (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utrede etablering av nye kliniske videreutdanninger på mastergradsnivå rettet mot oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utrede om utvalgte grupper skal gis utvidede rettigheter til å forskrive legemidler mv. (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utrede om utvalgte helsefaglige utdanninger holder tilstrekkelig kvalitet med hensyn til kandidatenes sluttkompetanse (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Vurdere om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med utvalgte masterutdanninger (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene (Meld. St. 26 (2014–2015))

Strategi 3: Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis

- Stimuleringstiltak for psykologer (kap. 765, post 73)
- Demensomsorgens ABC (kap. 761, post 60)
- Driftstilskudd til institusjoner som driver videre, etter og spesialistutdanninger innenfor psykisk helse (kap. 765, post 73)
- Eldreomsorgens ABC (kap. 761, post 60)
- Etisk kompetanseheving (kap. 769, post 70)
- Gjennomgå flere av sektorforskriftene og vurdere om det i forskriftene skal fastsettes konkrete minimumskrav til kompetanse for ulike tjenester eller tjenesteområder (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Kompetansetiltak til ansatte innen psykisk helse- og rusproblematikk (kap. 761, post 68)
- Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge (kap. 761, post 21)
- Kurspakke for ufaglærte (kap. 761, post 60)
- Lønnstilskudd til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie (kap. 762, post 63)
- Mitt Livs ABC (kap. 761, post 21)

- Styrking av kompetansen om palliasjon (kap. 761, post 21)
- Styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (kap. 762, post 60)
- Tiltak til styrking av kompetansen i legemiddelhåndtering av ansatte i omsorgstjenesten (kap. 761, post 68)
- Tilskudd til fagskoleutdanning (videreutdanning) innen helse- og sosialfag (kap. 761, post 60)
- Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten (kap. 761, post 68)
- Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt (kap. 761, post 67)
- Tilskudd til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering (kap. 762, post 63)
- Tilskudd til Stiftelsen Livsglede for eldre, til opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer (kap. 761, post 21)
- Tilskudd til Verdighetssenteret, til opplæring av frivillighetskoordinatorer for frivillig arbeid og omsorg ved livets slutt (kap. 761, post 21)
- Tilskudd til økt kompetanse innen mat, kosthold og ernæring i omsorgstjenestene (kap. 761, post 68)
- Tilskuddsordning til styrking og spredning av kunnskap og kompetanse om nevrologiske lidelser (kap. 761, post 21)
- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (kap. 761, post 68 og kap. 765, post 21)
- Utredning av krav til at alle allmennleger i den kommunale helse og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Velferdsteknologiens ABC (kap. 761, post 21)

Strategi 4: Legge til rette for tjenesteutvikling, samarbeid og innovasjon

- Driftsmidler til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (kap. 761, post 67)
- Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten (kap. 765, post 74)
- Legge til rette for teamorganisering av tjenester (Meld. St. 26 (2014–2015))

- Styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (kap. 762, post 60)
- Læringsnettverk for gode pasientforløp (kap. 762, post 21)

Strategi 5: Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning

- Driftsmidler til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (kap. 761, post 67)
- Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten (kap. 765, post 74)
- Læringsnettverk for gode pasientforløp (kap. 762, post 21)
- Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten (kap. 761, post 68)
- Tilskudd til kompetanseheving i tjenestene til personer med utviklingshemming (kap. 761, post 67)
- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (kap. 761, post 68 og kap. 765, post 21)
- Utrede endring av lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m, slik at kommunene a) får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten som spiller spesialisthelsetjenestenes veiledningsplikt over kommunen og b) en plikt til kompetansedeling innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utvikle arenaer for kompetanseoverføringer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten innenfor utvalgte tema (Meld. St. 26 (2014–2015))

Strategi 6: Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

- Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten (kap. 761, post 21, kap. 765, post 21 og kap. 770, post 70)
- Kommunal deltakelse i topplederprogrammet (kap. 762, post 21)
- Utarbeide veileder for kommunens oppfølging av private aktører med driftsavtale (Meld. St. 26 (2014–2015))

Tiltak som dekker flere strategier gjentas i opplistingen ovenfor.

## 11 HelseOmsorg21-strategien

HelseOmsorg21-strategien ble overlevert statsministeren og helse- og omsorgsministeren 25. juni 2014 og inneholder om lag 140 anbefalinger rettet mot de aktørene som fikk i oppdrag å utarbeide strategien, dvs. næringsliv, sykehus, universitetene og høyskolene, offentlig forvaltning, kommunesektoren, brukere og brukerorganisasjoner og forslag til tiltak rettet mot departementene som ikke deltok i utforming av strategien. Aktørene selv har hovedansvaret for å følge opp strategien, men Regjeringen vil bidra for å virkeliggjøre visjonen i HelseOmsorg21 om kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse.

Regjeringen har fulgt opp flere av de foreslåtte tiltakene i strategien gjennom statsbudsjettet for 2015, men også gjennom tildelingsbrev til Norges forskningsråd, Helsedirektoratet og oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Helse og omsorg er også prioritert og integrert i Meld. St. 7 (2014–2015), Langtidsplan for forskning og høyere utdanning. Videre har regjeringen i løpet av 2015 lagt fram flere meldinger som følger opp forslag til tiltak fra strategien. Bl.a. gjennom omtale og tiltak i Meld. St. 19 (2014–2015), Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, og Meld. St. 28 (2014–2015), Legemiddelmeldingen Riktig bruk – bedre helse. I Statsbudsjettet for 2016 prioriterer regjeringen økte bevilgninger til flere tiltak fra strategien fordelt på flere

departementers ansvarsområder. Se kap. 780 om følgeevalueringer av fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft, kap. 920 i Nærings- og fiskeridepartementets budsjett om styrking av de generelle næringsvirkemidlene og kap. 281 og 285 i Kunnskapsdepartementets budsjett for omtale av tiltak for økt kvalitet og internasjonalt forskningssamarbeid gjennom økt deltakelse i Horisont 2020, styrking av Fri prosjektstøtte og forskningsinfrastruktur og styrking av programmet FORNY2020.

Regjeringen vil legge fram en handlingsplan for oppfølgingen av HelseOmsorg21 som gir en samlet oversikt over regjeringens oppfølging. Planen vil sette regjeringens førende politikk i sammenheng med HelseOmsorg21 og vise hvordan de 10 prioriterte satsingsområdene i HelseOmsorg21-strategien følges opp på kort og lang sikt.

Som ledd i oppfølgingen oppnevnte Helse- og omsorgsdepartementet i 2015 HelseOmsorg21-rådet, som skal bidra til en samkjørt og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Rådet består av 27 personer fra næringsliv, sykehus, universitetene og høyskolene, offentlig forvaltning, kommunesektoren og brukerorganisasjoner. Rådet skal være en felles arena for alle aktørene og bidra til en helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Forskningsrådet er sekretariat for rådet.

## 12 Internasjonalt samarbeid

Norge deltar aktivt i internasjonalt helsesamarbeid og helseforskningssamarbeid på tvers av landegrensene. Hovedmålet er å medvirke til å realisere og videreutvikle sentrale helsepolitiske mål gjennom multilaterale og bilaterale kanaler, bl.a. i FN, Verdens helseorganisasjon, EU, Europarådet, OECD, Norden, nordområdene, Barents- og Russlandsamarbeidet.

### FN/Verdens helseorganisasjon (WHO)

Som FNs særorganisasjon for helse er WHO en sentral arena for Norges internasjonale helseengasjement. Norge gir økonomisk støtte over Utenriksdepartementets budsjett i form av kontingent og frivillige bidrag. Helse- og omsorgsdepartementet leder delegasjonen til møtene i WHO's styrende organer. Helsedirektøren er delegasjonsleder i fravær av politisk ledelse.

Mål for 2016 er aktivt å støtte opp under gjennomføringen av WHO-reformen, der det fortsatt er gjenstående behov relatert til finansiering, effektivisering av arbeidet i de styrende organer og mål- og resultatrapportering. Dette inkluderer også reformsporet knyttet til WHO's interne kriseberedskaps- og krisehåndteringsstruktur, og styrkingen av globale systemer for beredskap. Helse-systemstyrking på landnivå, inkludert gjennomføring av Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), er viktige komponenter i dette arbeidet.

IHR 2005 gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, bl.a. ved pandemier og grensoverskridende kjemikaliehendelser. Norge har gjennomført hoveddelen av reglementet ('kjernekapasitetene') i norsk rett og arbeider med resterende implementering med hjemmel i folkehelseloven. Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for IHR 2005 i Norge.

I mai 2012 vedtok Verdens helseforsamling (WHA) på oppdrag for FNs generalforsamling et globalt mål om 25 pst. reduksjon i prematur dødelighet som følge av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025. Som oppfølging av resolusjonen er det framforhandlet et rammeverk for monitoreringen av ikke-smittsomme sykdommer. De

globale ambisjonene på dette området vil påvirke prioriteringene både nasjonalt og i det internasjonale helsesamarbeidet i årene som kommer.

En kraftig reduksjon i tobakksbruken er avgjørende for å kunne nå det vedtatte NCD-målet. Et effektivt verktøy i denne sammenheng er WHO's tobakkskonvensjon, som har 180 parter. Konvensjonen implementeres løpende og neste partsmøte finner sted i India i 2016. Hovedfokus er den vedtatte protokollen mot ulovlig handel med tobakk som er signert av 54 parter, heriblant Norge, men per august 2015 kun ratifisert av ni. Det er en uttalt målsetning at protokollen skal ratifiseres av de nødvendige 40 partene, slik at den kan tre i kraft i tide til partsmøtet i India.

Det internasjonale toppmøtet om ernæring (ICN2) ble arrangert av WHO og FAO i november 2014, og gir føringer for videre globalt og nasjonalt ernæringsarbeid. Det ble framforhandlet to sluttdokumenter, en politisk deklarasjon, Rome Declaration on Nutrition, og et rammeverk med forslag til tiltak. Det er et mål at WHO og FAO skal arbeide for et kosthold som både er sunt og bærekraftig ved å se på hele matvarekjeden fra primærproduksjon, via bearbeiding og markedsføring mv. til forbruker.

WHO's medlemsland har vedtatt et globalt rammeverk for pandemisk influensaberedskap og respons. Rammeverket skal sikre rask deling av virus gjennom WHO-samarbeidssentra for å legge grunnlaget for utvikling av vaksiner mot pandemier. Samtidig sørger rammeverket for at resultater og goder som følger av dette samarbeidet gjøres tilgjengelig for alle medlemsland, herunder vaksiner og samarbeid/kompetanseoverføring.

Verdens helseforsamling vedtok i mai 2015 en global handlingsplan mot antimikrobiell resistens. Handlingsplanen vektlegger behovet for en tverrfaglig tilnærming mellom folkehelse-, dyrehelse-, mat- og miljømyndigheter. Planen ble derfor utarbeidet i nært samarbeid med Verdens dyrehelseorganisasjon (OIE) og FNs organisasjon for ernæring og landbruk (FAO). Norge vil delta aktivt i oppfølgingen av handlingsplanen.

Verdens helseforsamling vedtok i mai 2014 at det skal utarbeides en global strategi for helse-



fremmende aldring med et tverrsektorielt perspektiv, og i mai 2015 en tilsvarende strategi for ungdomshelse. Norge vil støtte dette arbeidet.

Norge deltar aktivt i miljø- og helseprosessen i regi av WHO's europaregion (WHO EURO), herunder gjennomføring av WHO EURO/UNECE-protokollen (United Nations Economic Commission for Europe) om vann og helse. Norge sitter i byrået for perioden 2013–16 samt deltar i arbeidsprogrammet til protokollen knyttet til overvåking av vannbårne sykdommer og overvåking av vannkvalitet. Norge har videre sluttet seg til og bidrar til oppfølgingen av Parmaerklæringen (2010) som ble vedtatt på WHO's femte ministerkonferanse for miljø og helse i Europa. Erklæringen har som mål å styrke den politiske innflytelsen i helse- og miljøprosessen og styrke tiltakene mot konsekvenser av klimaendringer på fysiske og sosiale miljøfaktorer, herunder transport. Norge deltar også aktivt i det Pan-europeiske programmet for transport, helse og miljø (THE PEP) og følger opp Paris-erklæringen fra 2014.

Norge deltar også aktivt i arbeidet i Codex Alimentarius, FAO og WHO's felles organisasjon, der internasjonale standarder på matområdet utarbeides og vedtas. Norge ble i 2015 valgt inn i Eksekutivkomiteen for Codex Alimentarius for en toårs periode. Mattilsynet er norsk kontaktpunkt for Codex Alimentarius og vil ivareta norsk deltakelse i Eksekutivkomiteen.

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer Norges internasjonale arbeid med narkotikaspørsmål og deltar i det styrende organet for FNs narkotikasamarbeid, FNs narkotikakommisjon (CND). Norge gir økonomisk støtte til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC). I 2015 arbeides det med å forberede FNs generalforsamlings spesialsesjon (UNGASS) om narkotika som skal avholdes i april 2016. For å understøtte arbeidet har Norge gitt bidrag til Civil Society Task Force, opprettet på initiativ fra UNODC, for å sikre sivil sektors muligheter til å delta i prosessen opp mot UNGASS. For å sikre en helhetlig tilnærming til narkotikaspørsmålene, har Norge i 2015 også gitt et frivillig bidrag til WHO, for å muliggjøre at WHO deltar aktivt i prosessene opp mot UNGASS.

FNs generalforsamling vedtok i september 2015 nye globale bærekrafts- og utviklingsmål (Sustainable Development Goals). Dette målsettet vil i stor grad prege den globale utviklingsagendaen i årene som kommer, også på helsefeltet. Helseforvaltningen i Norge vil aktivt bidra i oppfølgingen av det nye målsettet, inkludert i WHO og andre av FNs særorganisasjoner som behandler helserelevante problemstillinger.

## EU og EØS

Mål for 2016 er å fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet. Norge deltar i EFTA's og Europakommisjonens arbeidsgrupper på helse- og mattrygghetsområdet.

Pasientrettighetsdirektivet ble innlemmet i EØS-avtalen 9. juli 2014, og gjennomført i norsk rett med virkning fra 1. mars 2015. Direktivet gir regler for når en pasient har krav på å få tilbakebetalt utgifter til helsehjelp pasienten har valgt å få utført i et annet EØS-land.

EUs forordning om ny mat ble innlemmet i EØS-avtalen 12. juni 2015. Forordningen er gjennomført i norsk forskrift. Ny mat er næringsmidler og næringsmiddelingsredienser som ikke har blitt brukt i betydelig grad innen EU før ikrafttreddelsen av forordningen (15. mai 1997).

EU har vedtatt et nytt tobakksproduktdirektiv. Hovedinnholdet i direktivet er nye og større helseadvarsler, forbud mot smakstilsetninger i røyketobakk, utvidede rapporteringsforpliktelser, et nytt merkings- og sporingssystem for å hindre ulovlig handel samt regulering av e-sigaretter. Prosessen med å innlemme direktivet i EØS-avtalen er påbegynt og forventes slutført i 2016. Norge deltar i EUs regulatoriske komité under det gjeldende tobakksproduktdirektivet og i EU-kommisjonens ekspertgruppe på tobakk.

Kommisjonen har foreslått nytt regelverk for veterinære legemidler og medisinfôr. Formålet er å bidra til økt beskyttelse av menneskers og dyrs helse. Forslaget inneholder en rekke tiltak for å regulere antibiotikabruken i legemidler, som advarselsmerking på pakninger, at dokumentasjon for risikoen for antibiotikaresistens skal vedlegges søknaden, forbeholde bruken av visse typer antibiotika til mennesker og reseptplikt. Norske myndigheter arbeider for å ivareta norske interesser på området.

Norge arbeider for å påvirke hvilke påstander om ernærings- og helseeffekter som skal kunne knyttes til mat, i henhold til det pågående arbeidet med det EØS-baserte påstandsregelverket. Norge deltar også aktivt i revisjon av regelverk for næringsmidler til særskilte ernæringsmessige og medisinske behov. Videre arbeides det med å innlemme i EØS-avtalen EUs forordninger om genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer.

Norge arbeider for oppheving av unntaket for alkoholholdige produkter fra EUs krav om innholdsmerking, jf. anmodningsvedtak nr. 429 (2014–2015) omtalt i del III kapittel 14.

Norge deltar på medlemsstatenes arenaer for oppfølging av alkoholpolitiske spørsmål, gjennom deltakelse i Committee on national alcohol policy and action (CNAPA). Norge deltar videre i et Joint Action program om alkohol, og har formannskapet i programmets rådgivende komite.

Norske fagmyndigheter deltar i Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA) og EU-byrået for godkjenning av legemidler, European Medicines Agency (EMA). Norge er medlem i EUs narkotikaovervåkings-senter, The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Senteret samler inn og analyserer data, driver utviklingsarbeid for å forbedre sammenliknbarheten av data på tvers av grenser, og formidler og distribuerer informasjon.

Norge deltar i EUs Helsesikkerhetskomité (HSC). HSC utvikler bl.a. felles standarder og krisehåndteringsverktøy og har nettverk for informasjon og varsling. Videre deltar Norge i EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC) i Stockholm. ECDC ivaretar smittevernovervåking, varsling og vitenskapelig basert rådgivning til landene om håndtering av sykdomsutbrudd. Nytt regelverk for å styrke EUs beredskap og håndtering av alvorlige grensekryssende helsetrusler er vedtatt i EU, innlemmet i EØS-avtalen, og vil bli gjennomført i norsk rett. Regelverket formaliserer HSC. Norge deltar også i komitologikomiteen som er etablert under dette regelverket. Regelverket er kompatibelt med IHR 2005.

Norge deltar i EUs tredje handlingsprogram på området helse (2014–2020). Helseforvaltningen er representert i programkomiteen og i gruppen av nasjonale kontaktpunkt, og norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter og Joint Actions (samarbeid mellom landenes myndigheter på bestemte saksområder).

1. januar 2014 startet det nye store forsknings- og innovasjonsprogrammet Horisont 2020 i EU, der Norge deltar. 'Helse, demografisk endring og livskvalitet' er en av de sju samfunnsutfordringene som er særlig prioritert. Helse- og omsorgsdepartementet har delegat i konfigurasjonen Helse, demografisk endring og livskvalitet. Norges forskningsråd deltar som ekspert og nasjonalt kontaktpunkt. Videre deltar Norge i totalt ti såkalte Fellesprogrammer, Joint Programming Initiatives (JPI), i EU, og av disse er tre særlig rettet mot helse; nevrodegenerative sykdommer og Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens (8AMR) og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer (HDHL). Fellesprogrammene er medlemslande-

nes initiativ, og Kommisjonen skal støtte opp under arbeidet ut fra sitt mandat og kompetanse.

Norge deltar i EUs Høynivågruppe for ernæring og fysisk aktivitet som våren 2014 lanserte en «EU-handlingsplan om barneovervekt 2014–2020».

Helse er et stort samarbeidsområde under EØS-midlene 2009–2014, bl.a. innenfor folkehelse og vold i nære relasjoner. Ny avtale ble undertegnet i juli 2015. Norge skal bidra med om lag 3,3 mrd. kroner (388 mill. euro) per år til 15 av de mindre velstående landene i EU. Helsesamarbeid forventes å bli videreført som et sentralt samarbeidsområde også under den nye avtalen.

### Europarådet

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter. Europarådet har 47 medlemstater med en samlet befolkning på 820 millioner, hvorav 28 land er medlemmer av EU. I 2012 ble det gjennomført en ny og forenklet struktur for komiteene, og politiske saker er i større grad satt på Europarådets dagsorden. Samarbeidet med EU er styrket. EU er en viktig partner for å sikre samsvar mellom Europarådets og EUs mekanismer for ivaretagelse av grunnleggende rettigheter, demokrati og rettssikkerhet. Den mellomstatlige komitéstrukturen ble på ny gjennomgått i 2013 og det er vedtatt ny struktur for perioden 2014–2015. Komiteen for sosialt samhold (CDCS) ble nedlagt og etterfulgt av en ny komité med utvidelse av ansvar og ressurser, Committee for Human Dignity, Equality and Social Cohesion (CDDECS).

Retten til helse er forankret i Den europeiske sosialpakten (the European Social Charter). Norge deltar i de mellomstatlige komiteene og i helsefaglige ekspertfora. Komiteen Bioethics, DH-BIO, arbeider med områdene rettigheter og vern av pasienter og forskningsdeltakere, veiledning for aktører på biomedisinområdet, genetiske undersøkelser, medisinsk- og helsefaglig forskning, transplantasjon, bruk av tvang innen psykisk helsevern, beslutningsprosesser ved livets slutt, bruk av biobanker, utfordringer ved nye teknologier mv.

Europarådets konvensjon mot ulovlig handel med menneskeorganer (The Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs) ble vedtatt 9. juli 2014. Norge signerte konvensjonen den 25. mars 2015. Formålet med konvensjonen er å forebygge og bekjempe organhandel. Dette skal skje gjennom å kriminalisere

alle sider av organhandel, å beskytte offer for organhandel og å legge til rette for samarbeid mot organhandel på nasjonalt og internasjonalt nivå. Statene forplikter seg til å sørge for nødvendig lovgivning og andre tiltak for å kunne straffe dem som begår handlinger som er knyttet til ulovlig uttak og innsetting av menneskelige organer. Konvensjonen forplikter også statene til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til transplantasjonsbehandling.

Pompidougruppen er Europarådets helse-, sosial- og justispolitiske gruppe for narkotikaspmå. Norge har formannskapet i Pompidougruppen for perioden 2015 til 2018, og vil arbeide for at menneskerettighetsdimensjonen tydeliggjøres i den regionale og internasjonale narkotikapolitikken, samt for at gruppen blir en viktig forberedelsesarena fram mot FNs spesialsesjon (UNGASS) om narkotika i 2016.

Europarådets direktorat for kvalitet av legemidler (EDQM) fungerer som sekretariat for den europeiske farmakopékommissjonen som har ansvaret for utviklingen av den europeiske farmakopeen (Ph. Eur.) som ble vedtatt av Europarådet i 1964. Farmakopeen beskriver standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår legemidler. EDQM ble opprettet i 1994 ut fra et felles ønske i EU og Europarådet om å utvikle et europeisk nettverk mellom kontrollaboratoriene i de nasjonale legemiddelmyndighetene.

#### Nordisk Ministerråd

Det er en hovedoppgave for Helse- og omsorgsdepartementet å ivareta samarbeidet under Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk og Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk. Det nordiske helse- og mattrygghetssamarbeidet er en arena for samarbeid mellom naboland, bl.a. om helsetjenester, ernæring og mattrygghet, beredskap og krisehåndtering.

Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk satte i 2013 i gang programmet Holdbar nordisk velferd 2013–2015. Med dette programmet vil man videreutvikle og fornye den nordiske velferdsmodellen og finne fram til løsninger som skal bidra til økt kvalitet og likestilling i utdanning, arbeid og helse for Nordens 25 millioner innbyggere.

I 2014 har man oppnådd resultater innen en rekke prosjekter, bl.a. kliniske multisenterstudier, velferdsteknologi, sosialt entreprenørskap, om landenes erfaringer med å rekruttere og beholde personell i helse- og omsorgstjenesten, om samarbeid innen velferdsprofesjoner og innen forskning om sosial ulikhet i helse og velferd.

Det treårige (2013–2015) nordiske samarbeidsprosjektet om kliniske multisenterstudier har omfattet etablering av et nettverk kalt Nordic Trial Alliance med sekretariat i Nordforsk og forankring i alle de nordiske landene, utvikling av en felles web-portal med relevant informasjon og gjennomføring av flere nordiske demonstrasjonsstudier. Det ble i 2014 lyst ut 16 mill. NOK til kliniske multisenterstudier gjennom Nordic Trials Alliance, Norge deltar i flere av prosjektene, og det er opprettet arbeidspakker innen åtte sentrale temaer som er viktige for økt gjennomføring av kliniske multisenterstudier. Det ble i 2015 vedtatt i embetsmannskomiteen for helse- og sosialspørsmål at prosjektet Nordic Trials Alliance videreføres til 2016.

Arbeidet med programmet Holdbar nordisk velferd vil fortsette utover programperioden med å samle inn og formidle kunnskap og erfaringer fra prosjektene. Enkelte av prosjektene følges videre opp i forbindelse med gjennomføringen av forslagene i rapporten Det framtidige nordiske helsesamarbeidet (Bo Könberg 2014). I rapporten foreslås 14 konkrete forslag til nordisk helsesamarbeid de neste 5–10 år.

I 2014 drøftet de nordiske helseministre Könberg rapportens forslag i sin helhet og besluttet å arbeide videre med fem av anbefalingene; høyspesialisert behandling, sjeldne diagnoser, psykiatri, helseberedskap og tjenestemannsutveksling. Ministrene besluttet også å diskutere forslaget om antibiotikaresistens og å fortsette diskusjonen om rapportens øvrige forslag.

I 2015 diskuterte de nordiske ministrene folkehelse. Det danske formannskapet løftet fram tre folkehelse relaterte saker på ministermøtet i september; 1) økt samarbeid om folkehelse, 2) en nordisk folkehelsepolitisk plattform for å minske sosial ulikhet i helse, og 3) tiltak mot antibiotikaresistens.

Finland vil med sitt formannskap i Nordisk Ministerråd i 2016 videreføre satsingen på folkehelse.

De nordiske landene arbeider for å løse grensehindre mellom landene. Den nordiske arenaen utgjør også en plattform for samarbeidet inn mot EU og Nordens nærområder, FN/WHO, Europarådet og OECD.

Det nordiske samarbeidet på trygdeområdet er i stor grad knyttet opp mot å gjennomføre og utvikle den nordiske konvensjonen om trygd. Siden alle de nordiske landene er omfattet av EØS-samarbeidet, med unntak av Grønland og Færøyene, er formålet med den nordiske konvensjonen nå i hovedsak å sikre at reguleringen av internordiske trygdespørsmål ikke kommer i kon-

flikt med EU/EØS-reglene om koordinering av trygderettigheter. Konvensjonen er også svært viktig for å få Færøyene og Grønland med i det nordiske trygdesamarbeidet.

Konvensjon om sosial bistand og sosiale tjenester (Bistandskonvensjonen) skal revideres. Flere forhold mellom de nordiske landene har endret seg siden Bistandskonvensjonen ble innført i 1994, bla knyttet til EU-lovgivning. Et eksempel på dette er at EU-rettens forbud mot diskriminering pga. nasjonalitet ikke gjenspeiles i Bistandskonvensjonen, ettersom bestemmelsene kun gjelder nordiske medborgere. Arbeidet skal ses i sammenheng med det arbeidet generalsekretæren i Nordisk Ministerråd har igangsatt med å gjennomgå alle de nordiske avtaler.

Norge deltar aktivt i en embetsmannsgruppe for alkohol som er etablert under Embetsmannskomiteen for sosial- og helsepolitikk under Ministerrådet. Formålet er å drøfte og samarbeide om regionale og internasjonale prosesser innenfor det alkoholpolitiske området (WHO, EU).

Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmiddel og skogbruk (MR-FJLS) og Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk (MR-S) sin handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet inneholder visjoner fram til 2021.

Det er gjennomført en nullpunktmåling for kosthold og fysisk aktivitet blant barn og voksne i alle nordiske land i 2011. En felles nordisk monitoreringsmetode vil gi et viktig bidrag til arbeidet i EU og WHO og påvirke planleggingen i EU på folkehelseområdet.

Norge, Sverige og Danmark innførte den felles nordiske ernæringsmerkeordningen Nøkkelhullet som en felles frivillig merkeordning for sunne matvarer i 2009. Reviderte kriterier for ordningen trådte i kraft 1. mars 2015. Disse har bl.a. nye og skjerpede krav til maksimalt saltinnhold. Det er også utarbeidet en felles nordisk veileder for tilsyn av merkeordningen. Det pågår nå et nordisk samarbeid om kommunikasjonstiltak for å redusere inntaket av salt.

Under ernæringskonferansen ICN2 (International Conference on Nutrition) som ble avholdt i Roma i november 2014, arrangert av WHO og FAO, samarbeidet de nordiske land med Tyskland og Brasil om et sidearrangement på konferansen. Det ble etablert et eget nettsted [www.nordicnutrition.org](http://www.nordicnutrition.org) med informasjon på engelsk om det nordiske samarbeidet innen ernæring.

Det felles veterinære beredskapssamarbeidet i Norden har fortsatt høy prioritet. Målsettingen er å styrke beredskapen i de nordiske og baltiske

land på dyrehelseområdet. Det planlegges en beredskapsøvelse i 2015.

Ministerrådet har jobbet med antimikrobiell resistens (AMR) i flere år. En nordisk myndighetsgruppe for samarbeid om AMR i et One Health perspektiv er etablert og gruppen hadde sin andre rundebordskonferanse i Reykjavik i november 2014. I 2014 ble det avsluttet et nordisk prosjekt om økende forekomst av antibiotikaresistente bakterier i fjørfeproduksjonen i Norden og det planlegges også igangsatt et prosjekt om kartlegging av kinolonresistens hos svin og fjørfe.

Drikkevannsforsyning var tema på et nordisk-baltisk møte i Oslo i 2012. Som oppfølging av dette er det nå etablert et nordisk-baltisk nettverk på drikkevannsområdet med koblinger til oppfølgingen av Verdens helseorganisasjon/UNECE-protokollen om vann og helse.

Nordisk samarbeid om tilsyn på matområdet er et område med stor nordisk nytte. Det er også en årlig juristkonferanse i nordisk regi som samler både jurister og tilsynsmedarbeidere.

#### Den nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet

Mål for 2016 er å ivareta norsk deltakelse i Barents helse- og sosialsamarbeid og helsesamarbeidet under Den nordlige dimensjon, bidra til implementeringen av Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram og videreføre det bilaterale norsk-russiske helsesamarbeidet.

Norge spiller en aktiv rolle i det regionale helsesamarbeidet i nordområdene. Samarbeidet foregår først og fremst gjennom Den nordlige dimensjons partnerskap for helse og livskvalitet (NDPHS) og helsesamarbeidet under Barentsrådet. NDPHS arbeider for å bedre helsesituasjonen i regionen ved å bekjempe smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og fremme en sunn livsstil. Barentssamarbeidet vektlegger særlig hiv/aids og tuberkulose, men også ikke-smittsomme sykdommer og ulike tiltak for utsatte barn og unge.

Norge har en bilateral helseavtale med Russland fra 1994, som følges opp gjennom norsk-russiske helsesamarbeidsprogram som utarbeides for avgrensede perioder. I programmene legges hovedføringene for helsesamarbeidet mellom de to land for den aktuelle perioden.

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter, på vegne av Utenriksdepartementet, en tilskuddsordning til faglige samarbeidsprosjekter under Barents helsesamarbeid og NDPHS. Nytteverdi for norsk og russisk side, bærekraft og egenbi-

drag fra prosjektpartnerne vektlegges ved utvelgelsen av hvilke prosjekter som mottar støtte.

#### Andre internasjonale organisasjoner og avtaler

Mål for 2016 er å ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og frihandelsavtaler. Videre er det et mål å videreutvikle allerede etablerte avtaler.

Norge er i handelssammenheng, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), forpliktet på flere områder som angår helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester. Norge deltar i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) på helse- og mattrygghetsområdet. Norge ved Helse- og omsorgsdepartementet leder fra 2014 helsekomiteen i OECD.

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for norsk deltagelse i Den internasjonale vinorganisasjonen (OIV), som lager internasjonale standarder på vinområdet.

Norge og Moldova inngikk en helseavtale 19. mai 2014 for perioden 2014–2020. Formålet med avtalen er å utveksle informasjon om helsetjenester innenfor folkehelse, primærhelse og helsesystemer. Det vil også arbeides for besøk fra helsepersonell i landene for å utveksle kompetanse, og samarbeid mellom landenes folkehelseinstitutter. Det er utarbeidet et toårig arbeidsprogram for

2015–2016 for å konkretisere samarbeidet nærmere, hvor formålet er å utarbeide prosjekter innenfor primærhelse, sykehusorganisering, e-helse og smitteovervåkning.

Norge har et bilateralt helsesamarbeid med Kina. Norge vil i 2016 arbeide for undertegning av en ny handlingsplan under Kina-samarbeidet. Aktuelle temaer for samarbeidet med Kina vil være utvikling av helsesystemer, særlig primærhelse, pleie og omsorgstjenester. Andre sentrale områder er IKT og forebyggende folkehelsearbeid.

Norge er partner og bidragsyter til European Observatory on Health Systems and Policies sammen med Sverige, Finland, Spania og Hellas, WHO's Europakontor, Verdensbanken, The European Investment Bank, Open Society Institute, London School of Economics samt London School of Hygiene & Tropical Medicine. Formålet er, gjennom sammenliknende studier, å gjøre kunnskap og erfaringer fra ulike helsesystemer tilgjengelig som grunnlag for politikkutforming.

Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider med Utenriksdepartementet i initiativet Utenrikspolitikk og global helse. Initiativet drives av de sju landene Senegal, Sør-Afrika, Brasil, Indonesia, Frankrike, Thailand og Norge. Landene samarbeider om helsepolitiske områder der utenrikspolitikken kan representere en merverdi for å styrke arbeidet.

## 13 Administrative fellesomtaler

### 13.1 Sektorovergripende miljøvern-politikk

---

Helse- og omsorgsdepartementets hovedmålsetting er å oppnå tryggere og mer helsefremmende miljø. Viktige tiltak er bl.a. å støtte kommunenes arbeid med miljørettet helsevern og arbeidet med å forebygge allergi, astma og inneklimateykdommer. Dette berører miljøfelt som luftforurensninger, støy og helse- og miljøfarlige kjemikalier. Oppfølgingen av folkehelsemeldingen fra 2014–2015 omfatter bidrag til at helsehensyn skal få en større plass i utviklingen av steder, nærmiljø og lokalsamfunn, herunder at det skal legges til rette for helsefremmende transportløsninger.

Statens strålevern ivaretar oppgaver for Klima- og miljødepartementet innenfor fagfeltet radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. Strålevernet har videre ansvar for faglig utredningsarbeid, tilsyn med radioaktiv forurensning og for å koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljø.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, samt fylkesmennene, er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåking av miljøforurensning. Både folkehelse-loven og forskrift om miljørettet helsevern peker på kommunenes ansvar for oversikt, rådgivning og medvirkning som ledd i arbeidet med å fremme folkehelse og bidra til gode forhold med hensyn til miljøet. Kommunene skal også gjennom planlegging sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet, bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter statens eierskap av de regionale helseforetakene. Departementet har i sitt styringsbudskap til de regionale helseforetakene bedt om at spesialisthelsetjenesten foretar en helhetlig tilnærming til miljø- og klimautfordringene. Organiseringen av miljø- og klimaprojektet som et samarbeidsprosjekt mellom de fire helseregionene viser at sektoren tar et samlet grep for å møte disse utfordringene. Etablering av miljøledelse innebærer at miljøhensyn blir integrert som en naturlig del av den overordnede virksomhetsstyringen i

helseforetakene. Hovedmålsettingen i perioden 2011–2014 har vært å sørge for at det blir etablert miljøledelse og miljøstyringssystem som er sertifisert i alle helseforetakene innen utgangen av 2014. ISO 14001-standarden fastsetter ikke miljømål eller standarder for miljøprestasjon. Dette skal hvert helseforetak selv gjøre med utgangspunkt i egen situasjon og konkret miljøstatus i virksomheten.

Som en del av regjeringens oppfølging av klimaforliket har man satt som mål å fase ut bruken av fossil olje til fyring i alle offentlige bygg innen 2018. De regionale helseforetakene forvalter store eiendomsmasser med energikrevende sykehusbygg. Helseforetakene har over tid arbeidet med planer for å fase ut oljefyr i sine bygg. Det gjenstår nå kun 41 bygg hvor bruk av oljefyring som grunnlast fortsatt benyttes, og det er lagt planer for utfasing av disse innen utgangen av 2018. Helse- og omsorgsdepartementet har også stilt krav om at helseforetakene intensiverer sine tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje innen utløpet av 2018. Det vises til omtale i Prop. 1 S for Klima- og miljødepartementet for nærmere rapportering.

### 13.2 Forenklingsarbeid, modernisering og bedre gjennomføringskraft

---

Omorganisering av den sentrale helseforvaltningen  
Med bakgrunn i regjeringens mål om en mer effektiv forvaltning har Helse- og omsorgsdepartementet foretatt en gjennomgang av organiseringen av underliggende etater. Som en konsekvens av gjennomgangen, vil det fra 1. januar 2016 bli gjennomført en strukturreform som reduserer antall etater underlagt Helse- og omsorgsdepartementet fra 15 til 11. Ny organisering rydder i ansvarsforhold og oppgaver i helseforvaltningen, og samler fagmiljøer for bedre utnyttelse av faglig kompetanse og økt omstillingsevne.

Helsedirektoratet får en mer rendyrket rolle som fag- og myndighetsorgan. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, og Seksjon for meldesystemer og sekretariatet for Prioriterings-

rådet som i dag er en del av Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, innlemmes i Helsedirektoratet. Statens strålevern organiseres som en etat i Helsedirektoratet for å styrke og forenkle den nasjonale helseberedskapen. Strålevernet etableres i direktoratet med egen direktør og eget budsjett. Myndighetsoppgaver, kunnskapsstøtte og tilsynsoppgaver beholdes samlet.

Folkehelseinstitutt får en tydeligere rolle som kunnskapsprodusent for hele helseområdet. Samfunnsoppdraget utvides til å omfatte kunnskapsproduksjon for helsetjenesten. Det gjøres ved å innlemme Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten (med unntak av oppgaver som flyttes til Helsedirektoratet), Statens institutt for rusmiddel-forskning (Sirus) og sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM). Uavhengighe-ten i faglige spørsmål vil bli videreført i uendret form. Vitenskapskomiteens uavhengigheten iva-retas gjennom egne vedtekter. Ordningen med at komited medlemmene oppnevnes av Helse- og omsorgsdepartementet videreføres.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten etableres gjennom en fusjon av sekretariatene for Pasientskadenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd. Videre overføres ansvaret for enkelte klagesaker fra Helsedirektoratet og Helfo til klageorganet. Virksomhe-ten vil bestå av om lag 100 ansatte. Klageorganet skal lokaliseres i Bergen, men vil en overgangsperi-ode på tre år ha kontorer både i Bergen og Oslo. De aktuelle nemndene opprettholder sin uavhen-gige stilling. Som sekretariat for nemndene, vil klageorganet være faglig underlagt nemndene og skal ikke kunne instrueres av departementet.

Direktoratet for e-helse etableres for å styrke den nasjonale styringen og øke gjennomførings-kraften i digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse skal ha ansvar for styring, gjennomføring og forvaltning av nasjo-nale IKT-prosjekter. Direktoratet etableres i Oslo med utgangspunkt i e-helsedivisjonen i Helsedi- rektoratet.

Det skal innføres modell for felles administra-tive tjenester i den sentrale helseforvaltningen. En mer sentralisert produksjon av felles administra-tive tjenester, som inkluderer drift av IKT, skal gi en mer effektiv helseforvaltning. Helsedirekto-ratet skal i samarbeid med øvrige virksomheter foreslå anbefalt modell innen 1. november 2015. Vedtatt modell skal innføres gradvis fra 1. januar 2016. Alle virksomheter i den sentrale helsefor- valtningen skal være underlagt felles modell fra 1. januar 2018.

## Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren

IKT er et sentralt virkemiddel som kan gjøre møtet mellom helsetjenesten og brukerne enklere. Gode IKT-verktøy gir helsepersonell mulighet for å jobbe smartere og frigjør mer tid til kjerneoppgavene. Det er et mål å øke innovasjonen i helse- og omsorgstjenestene, jf. HelseOmsorg 21. IKT mulig-gjør forbedring av tjenestene.

Helsenorge-portalen er en felles inngangsport til offentlige helsetjenester på nett. Stadig flere bruker denne netjtjenesten. I 2015 passerte nett-stedet over 900 000 unike brukere i måneden. Portalen videreutvikles kontinuerlig og vil i 2015 tilby løsning for digital dialog mellom innbygger og helsetjenesten, og mulighet for innsyn i egen journal.

Refusjonsordningen ved transport til og fra behandling (pasientreiser) skal forenkles med standardiserte satser og færre dokumentasjons-krav. Elektronisk løsning skal etableres på hel-senorge-portalen.

Nasjonal utbredelse av kjernejournal er godt i gang og over halvparten av Norges innbyggere har fått kjernejournal. Kjernejournalene gjør at helsepersonell raskere kan finne viktige pasien-topplysninger hvis man får behov for akutt helsehjelp.

Den nasjonale styringen og oppfølgingen av helseregisterfeltet er styrket. Modernisering og samordning av helseregistre må ses i sammen-heng med øvrige nasjonale tiltak på e-helseområ-det. Hensikten er å sikre enklere datafangst, bedre datakvalitet og bedre utnyttelse av register-data.

## Spesialisthelsetjenesten

Det er et lovpålagt ansvar for de regionale helseforetakene å bidra til et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud og til at ressursene blir utnyttet best mulig. Det er imidlertid stor variasjon både i ventetider, kvalitet og effektivitet mellom sykehusene, og de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å utarbeide strategier for å få til dette.

Regjeringen startet i 2015 innføringen av fritt behandlingsvalgreform i spesialisthelsetjenesten. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Som følge av vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven har Helsedirektoratet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennomført revisjon av 33 prioriteringsveiledere som gir anbefalinger om rettigheter og frister for start av

helsehjelp. Det er også utarbeidet en henvisningsveileder til bruk for henvisere (hovedsakelig fastleger) til spesialisthelsetjenesten. Veilederne bidrar til bedre beslutningsstøtte for de som henviser og de som vurderer henvisningene og kan være med på å forenkle arbeidsprosesser.

For å gi et enda bedre helsetilbud er det viktig for spesialisthelsetjenesten at alle møter til tiden. Bedre oppmøte vil bl.a. føre til kortere ventetider. Alle de regionale helseforetakene arbeider med å forbedre kommunikasjonen mellom pasient og sykehus, slik at flere bruker den tiden de er satt opp til. Tiltak er internettløsning for endring av timeavtale, bedre telefontjenester og forbedring av pasientbrevene. Det er tatt i bruk sms-varslings i alle regioner. Mange helseforetak har også de to siste årene hatt utvidet åpningstid, fordi det for mange er enklere å møte etter arbeidstid.

De regionale helseforetakene startet i 2012 et arbeid for å videreutvikle sitt innkjøpssamarbeid. På bakgrunn av en felles rapport avgitt i 2014 har Helse- og omsorgsdepartementet bedt de regionale helseforetakene om å legge fram en plan for etablering av et felles eid foretak for samordning av innkjøp innen 15. september 2015. Foretaket skal være etablert 1. januar 2016. Hovedkontoret skal ligge i Vadsø for å bygge videre på innkjøpsmiljøet i Helseforetakenes innkjøpsservice AS. Regionale ressurser og enheter skal innlemmes i foretaket innen utgangen av 2016 i det desentralt organiserte helseforetaket. Ved å etablere en nasjonal innkjøpsfunksjon er det forventet gevinster i form av innkjøpsbesparelser, effektivisering gjennom standardisering av prosesser og en kvalitativ styrking av innkjøpskompetansen i spesialisthelsetjenesten i nærhet til den kliniske virksomheten i helseregionene.

Sykehusbygg HF ble etablert i 2014 og eies av de fire regionale helseforetakene. Foretaket skal sikre større grad av standardisering av nye sykehusbygg ved erfaringsoverføring og gjenbruk av planleggingsgrunnlag fra tidligere prosjekter. Det felleseide helseforetaket skal ha ansvar for oppgaver innen analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer, samt rådgivning og byggherrefunksjoner ved gjennomføring av investeringsprosjekter.

Alle de regionale helseforetakene arbeider med aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Helse Vest har utviklet dette videre til avansert oppgaveplanlegging. Dette innebærer å tilpasse bemanning bedre til variasjon i aktivitet mellom ukedager, og lage lengre tidshorisonter i legenes timebøker. Målet er bedre planlegging og lengre

planleggingshorisonter som gir bedre forutsigbarhet for pasienter og bedre og mer effektiv utnyttelse av medarbeidernes arbeidstid og kompetanse.

I tillegg til dette pågår det kontinuerlig endrings- og utviklingsarbeid for å utvikle egne organisasjoner, behandlingsformer, samhandling, tilgjengelighet mv. i de regionale helseforetakene. Reduksjon i liggedøgn, overgang fra døgn til dag og poliklinikk, effektivisering i akuttmottak, tverrfaglige og standardiserte pasientforløp, reduksjon av uønskede reinnleggelse, mer utstrakt bruk av IKT for å understøtte behandlingsforløpene, digitale møtearenaer og e-læring er noen av effektiviseringstiltakene hos helseforetakene.

#### Fylkesmennene

For å effektivisere saksgangen i tilsynssaker, har Statens helsetilsyn etablert elektronisk kommunikasjon med Fylkesmennene.

Fylkesmennene bruker mye ressurser på å behandle saker som gjelder helsekravene for førerrett. En prosjektgruppe nedsatt av Helsedirektoratet har laget en rapport med tilrådning og forslag til tiltak for å redusere saksmengden. Helsedirektoratet arbeider videre med utgangspunkt i disse anbefalingene, herunder forslag til ny forskrift.

#### Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Det er satt i gang et utredningsarbeid for å starte opp et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Forsøket vil settes i gang i 2016 med to modeller og vil løpe over 3 år. Målet med forsøket er å se om endret finansiering vil bidra til bedre kvalitet, riktiger behovsdekning for brukerne og mer likebehandling over kommunegrensene.

I kommuner innenfor modell A skal tjenester tildeles etter nasjonale tildelingskriterier og statlig satt budsjetttramme basert på en prismodell. Bevilgningen som skal gå til forsøket vil gis stikkordet overslagsbevilgning. I kommuner innenfor modell B skal kommunen tildele tjenester og midlene til sektoren øremerkes.

Forsøket skal finansieres ved at det for hver forsøkskommune gjøres et uttrekk fra kommunerammen tilsvarende de faktiske utgiftene til omsorgstjenestene. Veksten til sektoren skal følge den generelle veksten i kommuneøkonomien i de tre årene forsøket løper. I tillegg vil forsøkskommunene få et eget inntektspåslag. Bevilgningen til kommuner i forsøket vil skje over en tilskudds-



post på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Det anslås en årlig kostnad på om lag 230 mill. 2016-kroner i forbindelse med forsøket. Disse midlene skal benyttes til et inntektspåslag til deltakende forsøkskommuner. I tillegg innebærer forsøket en overslagsbevilgning. Inntektspåslaget i forsøksperioden vil bli gradvis avviklet over tre år, etter at forsøket er avsluttet.

#### Alkoholpolitikken

Hovedlinjene i alkoholpolitikken skal ligge fast, men regjeringen fjerner unødvendige reguleringer og justerer enkelte regler for å tilpasse regelverket dagens samfunn. Regjeringen har opphevet forbudet mot salg av alkohol på valgdager, samt forbudet mot salg fra Vinmonopolet på påske-, pinse- og nyttårsaftnen. Regjeringen har også fremmet forslag om å endre den såkalte fireårsregelen, samt sendt på høring forslag om lovendring som vil utvide nisjeprodusenter av alkohol sine muligheter for å selge produktene direkte fra sitt produksjonssted.

### 13.3 Oppfølging av likestillingslovens krav om å gjøre rede for likestilling

Lovens formålsbestemmelse er å fremme likestilling uavhengig av kjønn. Dette gjelder på alle samfunnsområder herunder helsesektorens virkeområde.

Regjeringen legger vekt på at alle skal ha krav på å få de samme mulighetene til å utvikle seg, utnytte sine evner og leve sine liv, uavhengig av kjønn, sosial bakgrunn, religion, seksuell orientering, funksjonshemming eller etnisk tilhørighet. Likestilling i medisinen betyr å ta både kvinner og menn som pasienter på alvor. Dette er en del av regjeringens mål om å skape pasientens helsetjeneste.

Regjeringens mål i likestillingspolitikken er at kvinner og menn skal ha like gode tjenester av høy kvalitet. Regjeringen arbeider med å utvikle kvaliteten i helsetjenesten på en rekke nivåer. Nye, effektive og sikre behandlinger tas i bruk og det legges til rette for kunnskapsbasert utvikling av tjenestene. Sykdomsbildet for kvinner og menn er forskjellig. Noen sykdommer rammer i størst grad kvinner, mens andre i størst grad rammer menn, og sykdomsforløpet kan arte seg forskjellig for kvinner og for menn. Det er biologiske og fysiologiske forskjeller mellom kvinner og menn og maskuline og feminine normer som kan påvirke helsen og helseatferd på ulik måte. For at

alle skal ha tilgang til likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, må tjenestene være treffsikre. En større bevissthet på kvinner og menns ulike behov og utvikling av mer kjønns-spesifikk behandling mm, kan bidra til økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene. I arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste er det derfor viktig å se på kjønn som en av variablene som påvirker pasientens behov. Helse- og omsorgstjenesten er en kunnskapsintensiv sektor. Prosedyrer, behandlinger og metoder er i stadig utvikling, og kunnskap om hva som er beste praksis er ingen gitt størrelse. Det er et mål å sørge for systemer som gjør at oppdatert kunnskap om menn og kvinners særlige behov tas i bruk. Regjeringen har styrket pasientens rolle og vil legge til rette for at kvinner og menn skal ha innflytelse i hele endringsprosessen fra forskning til utvikling og evaluering av tjenestene. Grunnlaget for framtidens helsetjeneste legges gjennom tydelige strategier, gjennomarbeidede planer og helhetlige oversikter som skal forankres i politiske beslutninger. Regjeringen vil sørge for at tjenestene blir rettet mot menn og kvinners ulike behov der det er kunnskapsmessig dekning for dette ved at kjønnspektivet blir vurdert i utviklingen og oppfølgingen av strategier og handlingsplaner der det er påvist uønskede kjønnsulikheter i helse. På flere områder er det mangler i kunnskapen vi har om årsakene til forskjellene i helse mellom kvinner og menn. Regjeringen vil øke kunnskapene om årsakene til uønskete forskjeller i helse og tjenestetilbud mellom kvinner og menn. Det er bl.a. behov for mer systematisk oversikt over faktorer som påvirker kvinner og menns helse – særlig gjelder det kvinner og menn med innvandrerbakgrunn. Regjeringen har derfor lagt vekt på utvikling av registre, datainnhenting, analyser og konsekvensvurderinger.

Lovens kapittel 3 gjelder offentlige myndigheters plikt til aktivt likestillingsarbeid. Offentlige myndigheter skal arbeide aktivt, målrettet og planmessig for likestilling mellom kjønnene.

Andel menn som arbeider i omsorgstjenesten har økt svakt i perioden 2007–2014 fra 10,2 til 12,6 pst. I tillegg til legene, er andelen menn høy blant sosionomer, miljøterapeuter, fysioterapeuter og vernepleiere. Også blant personell uten formell utdanning er andelen relativt høy. Blant de nye helsefagarbeiderne som er rekruttert inn i perioden 2010–2014 er andel menn vesentlig høyere enn for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Det er siden 2010 gitt økonomisk støtte til Trondheim kommunes prosjekt Menn i helse gjennom Kompetanseløftet 2015. Prosjektet har gjort Trondheim kom-

mune til en foregangskommune i arbeidet med å rekruttere flere menn i omsorgstjenesten, og vurderes å ha overføringsverdi til andre kommuner. For å bidra til økt rekruttering av menn i omsorgssektoren er det igangsatt et nasjonalt prosjekt – Menn i helse – basert på erfaringene fra Trondheim kommune. Tiltaket inngår i Omsorgsplan 2020. Se kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Regjeringen er opptatt av å utvikle en heltidskultur i spesialisthelsetjenesten og redusere bruken av deltid. Det er stilt krav om at arbeidet med utviklingen av en heltidskultur i helseforetakene videreføres, og at flest mulig medarbeidere tilsettes i hele faste hele stillinger. Dette er en viktig forutsetning for å lykkes med å utvikle pasientens helsetjeneste. De regionale helseforetakene skal samarbeide med arbeidstakerorganisasjonene i arbeidet for å etablere en heltidskultur. Det å etablere en heltidskultur er et langsiktig arbeid som vil medvirke til å øke kvinners generelle stillingsprosent i helseforetakene, og er dermed et viktig likestillingsperspektiv som også understøtter kvalitetsperspektivet i spesialisthelsetjenesten.

Resultatene fra det systematiske arbeidet som spesialisthelsetjenesten har gjort gjennom de siste årene viser en positiv effekt på flere områder:

- Bruken av deltid er redusert med omkring 20 pst. i alle regionene siden 2011.
- Mange av medarbeiderne i sykehusene har fått hele stillinger og mange har økt sin stillingsprosent.
- Det er en økt bevissthet i hele organisasjonen omkring denne utfordringen.
- Det arbeides systematisk for fortsatt å redusere bruk av deltid og for å skape en heltidskultur.
- Det er et økt kunnskapsgrunnlag omkring årsakene til og bruk av deltid.
- Det er et økt samarbeid mellom arbeidsgiver og de ansattes organisasjoner knyttet til spørsmål om bruk av deltid.

Sykehusene har som arbeidsgivere arbeidet med å utvikle nye og fleksible tiltak som motiverer medarbeiderne til å ville arbeide i økte stillingsprosent, og helst i hele stillinger. Det er dessuten behov for å etablere større grad av fleksibilitet

i virksomhetene 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 har samarbeidet om å finne løsninger som gjør at flest mulig kan få hele stillinger. Det innebærer også å tilrettelegge for de som av ulike årsaker har krav eller behov for redusert arbeidstid.

Mer enn 70 pst. av medarbeiderne i sykehusene er kvinner. Det betyr også at helseforetakene må ha strategier for å rekruttere bedre fra begge kjønn. Det å arbeide med å øke bruken av faste, hele stillinger sammen med å øke nærværet (reduere sykefraværet) er noen av de tiltakene som er høyt prioritert i sykehusene. Hele faste stillinger er rekrutteringsfremmende både blant kvinner og menn.

#### Likestillingsrapport

Tabell 13.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2014 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	2/6
Avd.direktør mv.	19/9
Fagdirektør	10/13
Underdirektør	13/3
Spesialrådgiver	4/6
Seniorrådgiver	61/25
Rådgiver	18/10
Seniorkonsulent	9/1
Førstekonsulent	3/0
Konsulent/Sekretær	1/0
<b>Totalt</b>	<b>140/73</b>

Oversikten viser at det i Helse- og omsorgsdepartementet er 58,3 pst. kvinnelige ledere når alle lederstillinger er medregnet (dep.råd, ekspedisjonssjefer og avdelingsdirektører). Ser en øverste ledernivå alene, som omfatter departementsråd og ekspedisjonssjefer, var det ingen endring i kvinneandelen fra 2014 på 25 pst.

Tabell 13.2 Lønn, Helse- og omsorgsdepartementet 2014 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Dep.råd/eksp.sjef	1210/1270
Avd.direktør mv.	890/840
Fagdirektør	620/690
Underdirektør	660/710
Spesialrådgiver	1020/1010
Seniorrådgiver	600/590
Rådgiver	480/490
Seniorkonsulent	460/440
Førstekonsulent	440/0
Konsulent/Sekretær	350/0
<b>Totalt</b>	<b>640/730</b>

Forskjellen i gjennomsnittlig årslønn mellom kjønnene var i 2014 på 90 000 kroner, som er en økning på 20 000 kroner fra 2013.

Tabell 13.3 Arbeidstid, Helse- og omsorgsdepartementet 2014 (kvinner/menn)

Heltid	124/68
Deltid	16/5
<b>Totalt</b>	<b>140/73</b>
Midlertidig/vikariat	10/5

Tabell 13.4 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	3,7 pst.
Menn	1,4 pst.
<b>Totalt</b>	<b>2,9 pst.</b>

Helse- og omsorgsdepartementet hadde et gjennomsnittlig fravær på bakgrunn av sykdom i 2014 på 2,9 pst., som er en nedgang fra foregående år. Helse- og omsorgsdepartementet vil som før legge vekt på likestilling i nåværende og framtidige aktiviteter.

### *Helsedirektoratet*

Helsedirektoratet hadde per 31. desember 2014 en kvinneandel på 65 pst. Dette er ett prosentpoeng ned fra 2013. Menn hadde gjennomgående høyere lønn enn kvinner i alle aldersgrupper og stillingskoder, unntatt rådgivere som er likelønnet. Til tross for særlige tiltak i lokale forhandlinger for gruppene seniorrådgivere, spesialstillinger/prosjektledere og avdelingsdirektører, er kvinner fortsatt lønnet lavere enn menn. Differansen i lønn mellom kvinner og menn i gruppa seniorrådgivere er fire lønnstrinn, uendret siden 2010. Den høyeste kvinneandelen er i lønnsgruppene saksbehandlere, kontorstillinger og rådgivere, mens gruppa spesialstillinger har den laveste kvinneandelen. Etter at det ble satt inn målretta tiltak ved rekruttering, hadde direktoratet i 2013 like mange kvinner som menn i gruppa divisjonsdirektører. Direktoratet hadde i 2014 igjen en stor overvekt av menn i gruppa.

Direktoratet har i all hovedsak et stabilt sykefravær, med nedgang de siste to årene. Kvinner har et høyere sykefravær enn menn, og deltidsansatte har et høyere sykefravær enn heltidsansatte. Gjennomsnittlig egenmeldt og sykmeldt fravær i 2014 er 5,0 pst. mot 5,5 pst. i 2013.

### *Folkehelseinstituttet*

Folkehelseinstituttet er bevisst på å ha samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. 68 pst. av de ansatte er kvinner. I lederstillinger er kvinneandelen nå 62 pst., det samme som forrige år. Instituttet har nå en kvinneandel på 64 pst. i senior fagstillinger (forsker 1110 og 1183, overleger og seniorrådgivere), som er en liten økning. Den største utfordringen for likestilling er å øke andelen kvinner blant seniorforskerne, slik at det over tid samsvarer med den høye andelen kvinner blant stipendiater og postdoktorer (72 pst.). Bl.a. vil instituttet sikre seg at kvinner og menn får like muligheter for meritterende oppgaver.

### *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Kunnskapssenteret hadde ved utløpet av 2014 en kvinneandel på 67 pst. Fordelingen var uendret sammenliknet med 2013. Ledergruppen bestod ved utløpet av 2014 av seks kvinner og to menn, mens seksjonsledergruppen består av åtte kvinner og sju menn. Det totale sykefraværet i 2014 var på 4,0 pst. Dette er høyere enn i 2013 da sykefraværet var på 3,4 pst. Kunnskapssenteret jobber systematisk med oppfølging av sykefravær.

### *Norsk pasientskadeerstatning*

Norsk pasientskadeerstatning hadde ved utløpet av 2014 totalt en kvinneandel på 69 pst. Fordelingen var uendret sammenliknet med 2013. Andelen kvinner i lederstillinger har økt og er nå på 62 pst. Det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Norsk pasientskadeerstatning. For å øke tallet på mannlige ansatte i stillingskategorier der andelen av menn er lav, oppfordrer etaten alle kvalifiserte kandidater om å søke, uavhengig av kjønn, i stillingsannonserne. Styret til Norsk pasientskadeerstatning har en kvinneandel på 62 pst.

### *Statens autorisasjonskontor for helsepersonell*

Autorisasjonskontoret hadde ved utgangen av 2014 en kvinneandel på 68 pst. Andelen er uendret fra utgangen av 2013. Ledergruppen bestod av 86 pst. kvinner og 14 pst. menn. Kvinner er i gjennomsnitt lønnet noe høyere enn menn i gruppene seniorrådgiver/rådgiver, mens de i gjennomsnitt er lønnet noe lavere enn menn i gruppene førstekonsulent/konsulent.

Det er en endring fra 2013 da kvinner i gruppene seniorrådgiver/rådgiver var lønnet noe lavere enn menn, mens kvinner i gruppene førstekonsulent/konsulent var lønnet noe lavere enn menn. Sykefraværet i 2014 var 8,4 pst. mot 8,7 pst. i 2013. Etaten arbeider systematisk for å redusere sykefraværet.

### *Statens helsetilsyn*

Helsetilsynet hadde ved utgangen av 2014 en kvinneandel på 66,1 pst. I stillingsgruppen ledere (avdelingsdirektør, underdirektør og fagsjef) er 66,7 pst. kvinner. Dette ligger godt innenfor Hovedavtalens mål om 40 pst. kvinner i lederstillinger innenfor definert lederstillingsgruppe. Statens helsetilsyn har deltatt i Statens traineeprogram for ansatte med høyrere utdannelse og nedsett funksjonsevne i 2013–2014.

### *Statens institutt for rusmiddelforskning*

Statens institutt for rusmiddelforskning hadde ved utgangen av 2014 en kvinneandel på 64 pst. I tillegg kommer fire forskere, hvorav tre menn og én kvinne, alle ansatt i 20 pst. stillinger. De tre faste lederstillingene var i 2014 besatt av to menn og én kvinne, mens fire midlertidige stillinger som forskningsledere var besatt av én mann og

tre kvinner. Det gjennomsnittlige lønnsnivået for alle ansatte per 31. desember 2014 tilsvarte lønnstrinn 67 i statsregulativet. Mennene hadde et høyere gjennomsnittlig lønnstrinn (l.tr. 69) enn kvinnene (l.tr. 65). Dette har sammenheng med at det bare er kvinner i de lavest lønnede stillingene (stillinger som er teknisk administrative og ved biblioteket). I instituttets tilpasningsavtale til Hovedavtalen i staten er det nevnt likestillingstiltak som kjønnsnøytrale kriterier for lønnsfastsettelse, at kvinner skal gis samme mulighet som menn til å arbeide med kvalifiserende arbeidsoppgaver, ivareta prosjektleder- og andre lederfunksjoner. Ut fra dagens situasjon har ikke instituttet sett behov for andre tiltak.

### *Statens legemiddelverk*

Legemiddelverket har flere kvinnelige tilsatte enn menn, og har kontinuerlig fokus på å oppnå en jevn kjønnsfordeling. Kvinnelige ansatte utgjør 72 pst. av arbeidsstokken, og i toppledergruppen er 56 pst. kvinner. Mellomledergruppen har en kvinneandel på 70 pst. Legemiddelverket har i 2014 videreført arbeidet med å tydeliggjøre sin livsfasepolitikk og med virkemidler for å unngå redusert arbeidstid og ulønnet permisjon. For å sikre god praksis og utvikling på dette området gjennomfører etaten årlige interne undersøkelser hvor bl.a. likestilling og mangfold er berørt.

### *Statens strålevern*

I Strålevernet er det kjønnsbalanse. I gjennomsnitt tjener kvinner om lag fem pst. mindre enn menn – mot fire pst. i 2014. Det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori. Hovedårsaken til lønnsforskjellen er færre kvinner i overordnede stillinger – dette gjelder i forskerstillinger og tekniske stillinger. Det er ingen vesentlig forskjell på kvinner og menn når det gjelder midlertidig tilsetning – om lag ti pst., eller uttak av foreldrepermisjon. Om lag fire pst. av menn har deltidsstilling, for kvinnene er tilsvarende del sju pst. Sykefraværet er i snitt to til fire pst. – og uendret over tid. Ledergruppen består nå av tre kvinner og tre menn. På seksjons-sjefsnivå er hovedandelen kvinner. Utfordringen med tanke på likestilling for Statens strålevern er å rekruttere kvinner til ledende forsker- og tekniske stillinger.

Årsrapportene for virksomhetene under Helse- og omsorgsdepartementet inneholder nærmere omtale av likestilling.

### 13.4 Omtale av lønsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter

---

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har i regnskapsperioden 2014 mottatt lønn på 2 024 218 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 4 994 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 195 566 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) og har ingen avtale om tilleggspensjon. Under gitte forutsetninger har ledergruppen rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF har i regnskapsperioden 2014 mottatt lønn på 2 206 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 14 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 552 000 kroner. I dette beløpet inngår kostnader knyttet til pensjon utover kollektiv pensjonsordning. Ledende ansatte skal omfattes av offentlig tjenstepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår, det vil si gjennom ordinær ordning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon utover ordinære vilkår gjennom KLP. Tidligere inngått avtale med administrerende direktør om pensjon utover 12G kan opprettholdes da den var inngått før de generelle retningslinjene var vedtatt. Det er ikke inngått avtale om sluttvederlag eller liknende for administrerende direktør. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Tidligere administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF fratrådte stillingen 1. november og har i regnskapsperioden 2014 mottatt lønn på 1 740 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 110 000 kroner. Pensjonskostnader på 305 000 kroner er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP. Arbeidsavtale med tidligere administrerende direktør innebar at han ved fratredelse etter anmodning fra styret hadde krav på lønn i oppsigelsestiden som er seks måneder. Videre hadde tidligere administrerende direktør avtale om etterlønn tilsvarende en årslønn ved fratredelse under omstendigheter der virksomheten eller administrerende direktør selv anser at vedkommende ikke har den nødvendige legitimitet til å gjøre en god jobb som toppleder eller det foreligger andre situasjoner hvor virksomheten ser seg best tjent med en ny leder. Tidligere administrerende direktør sa opp sin stilling i

Helse Midt-Norge RHF med virkning fra 16. oktober 2014. Arbeidsforholdet ble formelt avsluttet den 1. november 2014. I forbindelse med avgangen har partene inngått avtale om ett års etterlønn, noe som var i tråd med tidligere inngåtte avtale. I tillegg til opprinnelig avtale er det inngått avtale om at etterlønnen gir rett til feriepenger, samt er pensjonsgivende og tidligere administrerende direktør vil være tilsluttet Helse Midt-Norge RHF sin pensjonsordning i perioden. Kun lønn fra fast stilling hos annen arbeidsgiver skal gå til fradrag i etterlønnen. Etterlønsavtalen er kostnadsberegnet til 2 450 000 kroner. Tidligere samhandlingsdirektør ble konstituert i stillingen som administrerende direktør fra og med 16. oktober 2014. Konstituert administrerende direktør har i 2014 mottatt 1 406 000 kroner i lønn, mens andre ytelser beløp seg til 5 000 kroner. Pensjonskostnader er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har i regnskapsperioden 2014 mottatt lønn på 1 848 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 4 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 239 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom administrerende direktør må fratse sin stilling eller stillingen bortfaller som følge av omorganisering, har han rett til ordinær lønn i 12 måneder ut over avtalt oppsigelsestid.

Administrerende direktør i Norsk Helsenett SF har i regnskapsperioden 2014 mottatt lønn på 1 548 964 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 5 840 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 277 484 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Hvis styret anmoder administrerende direktør om å si opp sin stilling, eller administrerende direktør i samråd med styrets leder eller styret velger å si opp sin stilling uten at det foreligger saklig grunn til oppsigelse eller avskjed, har administrerende direktør i tillegg til lønn i oppsigelsestiden krav på sluttvederlag i ni måneder etter oppsigelsestidens utløp. Dersom administrerende direktør i perioden for sluttvederlag, men etter utløpet av ordinær oppsigelsestid, har andre inntekter, skal sluttvederlaget reduseres krone for krone. Det gis ikke lån eller stilles garanti om sikkerhet til lånopptak til administrerende direktør.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet hadde per 31. desember 2014 en årslønn på

2 231 000 kroner. I tillegg til lønn har administrerende direktør andre godtgjørelser på 170 000 kroner i året. Vinmonopolet innførte i 2007 en lederpensjonsordning som finansieres over drift.

Total pensjonskostnad for administrerende direktør i 2014 var 956 000 kroner. Administrerende direktør har en etterlønsavtale på 12 måneder.

## 14 Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 189 (2007–2008), 3. desember 2007:

«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). Hjemmel for å stille krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav til kommunale helse- og omsorgstjenester er tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Den videre oppfølging har blitt sett i sammenheng med arbeidet med Meld. St. 10 (2012–2013) God Kvalitet – trygge tjenester, som ble lagt fram desember 2012. I tråd med uttalelser i meldingen sendte Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2013 på høring forslag om endring av forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene slik at det innføres et krav om lokalpolitisk behandling. Departementet har gjennomgått høringsuttalelsene og har i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, som ble lagt fram 7. mai 2015, uttalt at departementet vil utrede tiltak for å sikre lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

Vedtak nr. 556 (2008–2009), 19. juni 2009

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den framtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Ot.prp. nr. 83, jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009).

Sykehusenes organisering, behandlingstilbud og vaktordninger er tilknyttet legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur. Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjort den første helhetlige gjennomgangen av legenes spesialistutdanning. Det har vært en bred prosess der relevante aktører er trukket

inn: Legeforeningen, universitetene, fagmiljøene ved sykehusene, de regionale helseforetakene, KS, Spekter og pasientforeninger. Det vises også til rapportering til Stortinget i Prop. 1 S for budsjettårene 2013 og 2014. Temaer primært knyttet til spesialitetsstruktur, herunder ny spesialitet for akuttmottak, vil legges fram for Stortinget i Nasjonal helse- og sykehusplan. Temaer som gjelder innhold og organisering av utdanningen, omtales her.

Spesialistutdanningen for leger må innrettes mot framtidige behov. Det er sammenheng mellom kvaliteten i spesialistutdanningen og behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Utdanningen må være fleksibel nok til å ta opp i seg endringer i den medisinsk-teknologiske utviklingen og i pasientenes og helsetjenestenes behov. Helsedirektoratet har foreslått en ny tredelt modulbasert utdanningsmodell. For å ivareta breddekunnskapen legges det opp til felles kompetanseplattformer i del 1 og del 2. Dagens turnusordning beholdes med små endringer, som del 1 i den nye ordningen. Del 2 omfatter felles kunnskap for grupper av spesialiteter som har stort slektskap, og i del 3 skjer spesialiseringen som er unik for den enkelte spesialitet. I tillegg skal det i hele utdanningsløpet være gjennomgående kompetansemoduler i fag som er nødvendige for den moderne legerollen.

Å utvikle legenes spesialistutdanning er et langsiktig arbeid som krever tett samarbeid mellom de involverte aktørene. Det legges derfor opp til en trinnvis implementering, der tiltak utvikles og iverksettes i henhold til en langsiktig plan. Hovedelementene i Helsedirektoratets forslag, som med noen unntak har fått bred tilslutning i høringsrunden, legges til grunn for en utviklingsprosess for legenes spesialistutdanning, der målene er:

- Etablere helhetlige utdanningsløp på minimum 6,5 år, som er tredelt og der del 1 er felles for alle (og relativt lik dagens turnusordning), del 2 er felles for grupper av fag og del 3 er ren spesialisering.
- Etablere kompetansemoduler i hele utdanningsløpet for utdanning i etikk, kommunika-

sjon, brukermedvirkning, opplæring av pasienter/pårørende, helsesystem-kunnskap, forskningsmetodikk, kunnskapshåndtering, kvalitet og pasientsikkerhet, lovgivning, samhandling, ledelse, IKT med mer.

- Innføre moderne pedagogikk med større vekt på beskrivelser av læringsutbytte i stedet for krav til tjenestetid og prosedyrer, større vekt på e-læring, simulatortrening, og større vekt på veiledning, vurdering og ev. testing.
- Etablere helhetlige utdanningsløp som sees i sammenheng med faste utdanningsstillinger (leger i spesialisering, LIS). Kravet til tjenestetid ved spesifikke grupper av sykehus (gruppe 1 og 2) opphører.
- Vurdere å innføre obligatorisk etter- og videreutdanning.
- Klinisk forskning kan inngå i utdanningsløpene.

I dag tar det i gjennomsnitt ni år å utdanne en legespesialist. Det vil bli en kraftig økning i behovet for spesialisthelsetjeneste i tiårene framover, og det må derfor legges opp til mer strukturerte og effektive utdanningsløp for å få flere spesialister. Klinisk forskning skal kunne inngå i utdanningsløpene, forankret i nytt system med læringsmål for den enkelte spesialitet.

Den sentrale læringsarenaen for leger i spesialisering er praksisfeltet i klinikken, noe som illustreres ved at 40–50 pst. av legeårsverkene ved sykehusene utføres av leger i utdanningsstillinger. Utdanningen er i første rekke praksisbasert: «(..) viktigste læringsarena er den daglige aktiviteten under supervisjon (mester-svenn) og samarbeidet med andre kolleger og annet helsepersonell» (Helsedirektoratets hovedrapport; Framtidens legespesialister, november 2014). Dette tilsier at størst effekt av utviklingsarbeidet framover vil oppnås ved å ruste opp opplæring, supervisjon og vurdering i praksisfeltet og å bevare utdanningens kliniske preg. Å legge til rette for en god utdanning i praksisfeltet står derfor sentralt i valg av ny organisatorisk modell. Dette er også i tråd med retningen i reformarbeidet for legenes spesialistutdanning i de andre skandinaviske landene, der det legges betydelig vekt på utdanningen i praksisfeltet.

Det sees videre som viktig å legge til rette for at teorikursene er integrerte i helhetlige utdanningsløp. Dette må også sees i sammenheng med pågående arbeid med sikte på faste LIS-stillinger. Selv om teoriutdanningen er en liten del av den helhetlige spesialiseringen (i snitt om lag 200 obligatoriske timer), er det en viktig del, som må ha høy kvalitet og komme på riktig tidspunkt i utdan-

ningsløpene. Det er lagt vekt på å legge opp til samarbeidsformer som kan sikre at den særegne kompetansen til de ulike aktørene kan ivaretas, utvikles og benyttes på en god måte i utdanningen.

Organiseringen av legenes spesialistutdanning har ikke vært endret til tross for store reformer i helsetjenesten. Etter opprettelsen av Helsedirektoratet er en naturlig utvikling at myndighetsoppgavene for legenes spesialistutdanning blir sterkere ivaretatt i direktoratet. Dette er også i tråd med ordningene i øvrige skandinaviske land. Samtidig skal Legeforeningen med sin kompetanse og erfaring fortsatt ha en viktig rolle.

Det er lagt vekt på å legge til rette for en organisering som gir legitimitet, som kan understøtte tilgrensende ansvarsområder, og legge grunnlaget for en langsiktig utviklingsprosess. Derfor tas det utgangspunkt i den ordinære ansvars- og oppgavedelingen i helsetjenesten, med skille mellom myndighetsoppgaver og operativt ansvar, og koordinering i tilhørende styringssystemer. Samarbeid med aktører utenfor helsetjenestens styringssystem ivaretas gjennom andre mekanismer. Overordnet legges følgende oppgavedeling til grunn:

Helsedirektoratet ivaretar myndighetsansvaret. Dette omfatter bl.a. tilrådning om spesialitetsstruktur, fastsette læringsmål og godkjenne spesialister.

De regionale helseforetakene skal i ordinær styringslinje ha ansvar for at helheten i undervisningen i teori og praksis ivaretas og at systemer etableres, jf. det helhetlige ansvaret for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell. Herunder er ansvaret for helhetlige utdanningsløp på tvers av helseforetakene et viktig område. Samarbeid med universitetene forankres i samarbeidsorganene om forskning og utdanning og kommunene bringes inn på en hensiktsmessig måte.

De største universitetssykehusene (region-sykehusene) ivaretar operativt ansvar for teoriundervisningen på oppdrag fra de regionale helseforetakene, i samarbeid med universitetene, og i tråd med direktoratets føringer. Videre ivaretar de ansvar, på oppdrag fra de regionale helseforetakene, for å tilrettelegge for helhetlige utdanningsløp, i samarbeid med øvrige helseforetak, som har arbeidsgiveransvaret for legene, kommunene og de regionale helseforetakene. Faste LIS-stillinger vil bli utgangspunkt for utdanningsløpene i tråd med pågående arbeid på området. Videre har de ansvar for veiledning og vurdering av legene etter retningslinjer fra direktoratet.

Universitetene bidrar i teoriundervisningen på teoritunge områder, i utvikling av veilederkurs, e-



læringskurs, pedagogisk kvalitetssikring og ev. utvikling av tester, i det omfanget som de regionale helseforetakene og de største universitets-sykehusene finner hensiktsmessig.

Samarbeidet forankres i regionale samarbeidsorgan mellom universitetene og de regionale helseforetakene/regionsykehusene. Legeforeningen deltar med faglig rådgivning til direktoratets arbeid.

Modellen er lagt opp i tråd med aktørenes ordinære ansvarsområder, noe som gir legitimitet til videre arbeid samt mulighet for helhetlig styring og oppfølging fra Helse- og omsorgsdepartementet i de ordinære styringslinjene. Modellen gir mulighet for i større grad å integrere teori og praksis ved at et større samlet ansvar legges til klinikken. Klinikknær teoriundervisning er viktig for spesialistenes faglige kvalitet. Spesialistutdanningen er praksisbasert, og et større ansvar til aktørene i klinikken vil gi sterkere engasjement for den helhetlige oppgaven. Det legges opp til en tydelig myndighetsstyring av utdanningen ved at læringsmål fastsettes i Helsedirektoratet, basert på faglige råd.

Den overordnede arbeidsdelingen legges til grunn i ny modell for å iverksette trinnvise endringer i legenes spesialistutdanning. Dette vil legge grunnen for et langsiktig utviklingsarbeid for å rette spesialistutdanningen og spesialitetsstrukturen bedre inn mot dagens og morgendagens behov. Ny ordning skal forankres i nye forskrifter. Oppfølging av anmodningsvedtaket er gitt omtale i de årlige budsjettforslagene.

Vedtak nr. 408 (2011–2012) 1. mars 2011

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Innst. 207 S (2011–2012).

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjennomgå ordningen som en del av deres oppdrag med å koordinere oppfølgingen av NOU 2012: 14, Rapport fra 22. juli-kommisjonen, jf. Innst. 207 (2011–2012) og direktoratets rapport Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. Læring for bedre beredskap. Direktoratet skal gjennomgå den nevnte ordningen som en del av deres samlede oppfølgingsoppdrag. Departementet vil ta

stilling til hvorvidt det skal tilbys fast kontaktperson i kommunene når evaluering av modellen for den proaktive oppfølgingen av rammede i kommunene er gjennomført. Evaluering skal gjennomføres av eksterne aktører og vil nyttiggjøre kunnskap fra forskningen på terrorens konsekvenser. Helsedirektoratet har informert om at arbeidet er forsinket, da det er vanskelig å finne tilbydere.

Vedtak nr. 26 (2013–2014), 26. november 2013:

«Stortinget ber regjeringen vurdere rammevilkårene for ideelle organisasjoner som leverer helsetjenester i henhold til avtale med regionale helseforetak, herunder forhold knyttet til pensjon.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2013–2014), jf. Innst. 11 S (2013–2014).

Mange ideelle organisasjoner utøver et svært viktig samfunnsarbeid for offentlige myndigheter. Regjeringen ønsker å videreføre og videreutvikle samarbeidet med ideell sektor om leveranser av helse- og sosialtjenester. På denne bakgrunn har regjeringen utarbeidet en tiltaksplan som tar sikte på å bedre rammevilkårene for de ideelle tjenesteleverandørene på helse- og sosialområdet. Regjeringen har tatt initiativ til å videreutvikle samarbeidsavtalen med ideell sektor til også å omfatte kommunal sektor. KS har blitt brakt inn som en ny part i samarbeidsavtalen om leveranser av helse- og sosialtjenester, siden mange av de tjenestene som de ideelle aktørene tilbyr også blir levert etter avtale med en kommune. Avtalen skal bl.a. sikre god dialog mellom partene. Regjeringen, KS og ideell sektor skal ha jevnlig møter for å drøfte aktuelle problemstillinger rundt leveranser av helse- og sosialtjenester.

Regjeringen nedsatte den 10. april 2015 et ekspertutvalg for å utrede grunnlaget for en eventuell statlig dekning av ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader. Utvalget skal legge fram sin utredning innen 30. juni 2016.

Vedtak nr. 485 (2013–2014), 10. juni 2014

«Stortinget ber regjeringen utrede behovet for flere leger med sosialpediatrisk kompetanse og hvilke tiltak som kan iverksettes for å styrke kapasiteten for medisinske undersøkelser av barn som mistenkes for å ha vært utsatt for seksuelle overgrep.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:31 S (2013–2014), jf. Innst. 269 S (2013–2014).

Det vises til omtale i Prop. 1 S (2014–2015). Helse- og omsorgsdepartementet ba Helsedirektoratet i 2014 om å vurdere hvordan det kan sikres tilstrekkelig sosialpediatrisk kompetanse til å fange opp barn utsatt for vold og overgrep. Som en del av dette oppdraget inngikk også en vurdering av hvor mange steder i Norge som bør ha denne kompetansen, hva den bør bestå i og forslag til hvordan den sosialpediatriske kompetansen best kan sikres. Som oppfølging av Helsedirektoratets vurderinger er det i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2015 satt følgende mål: Etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.

Vedtaket nr. 503 (2013–2014), 17. juni 2014

«Stortinget ber regjeringen legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget, der Stortinget kan behandle de overordnede prinsipper for utvikling og struktur for sykehus og spesialisthelsetjenesten i planperioden.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:25 S (2013–2014), jf. Innst. 199 S (2013–2014).

Regjeringen vil legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan høsten 2015.

Vedtaket nr. 506 (2013–2014), 17. juni 2014

«Stortinget ber regjeringen utrede en opptrapping for førstelinjen innen psykiske helsetjenester med fokus på kvalitet, forebygging og samhandling med spesialisthelsetjenesten og med en særlig prioritering av barn og unge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:54 (2013–2014), jf. Innst. 274 S (2013–2014).

Primærhelsetjenesten utgjør førstelinjen. Regjeringen har lagt fram en melding om primærhelsetjenesten for Stortinget i mai 2015. Tjenester til barn og unge og til mennesker med psykisk helse- og rusproblemer er et eget egne tema i meldingen. Flerfaglige tjenester er ofte nødvendig for

å gi brukerne gode tjenester. Barn og unge med psykiske helseutfordringer er blant dem som har størst behov for flerfaglige tjenester og lett tilgjengelige lavterskel tilbud. Regjeringen har gjennom flere år styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom økning av kommunens frie inntekter. Det er foreslått en ytterligere styrking av disse tjenestene i 2016 med 200 mill. kroner i kommunenes frie inntekter – til sammen 667 mill. 2016-kroner, fra 2014 til 2016. Midlene skal gå til å styrke helsetjenestene til barn og unge i kommunen, herunder sikre tverrfaglighet i tilbudet. I meldingen om primærhelsetjenesten varsles det også at regjeringen vil innføre krav om psykologkompetanse i kommunene fra 2020, og at tilskuddsordningen skal legges om for å gi økt forutsigbarhet og høyere rekrutteringstempo. Gjennom å heve kompetansen om psykisk helse i kommunene, vil regjeringen sørge for bedre kvalitet, tilgjengelighet og samhandling mellom tjenester.

Vedtaket nr. 45 (2014–2015), 1. desember 2014

«Stortinget ber regjeringen medvirke til at helseforetakene følger opp HelseOmsorg21-strategiens målsettinger om mer innovative innkjøp.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Tilleggssinnstilling fra finanskomiteen om nasjonalbudsjettet for 2015 og forslaget til statsbudsjett for 2015, jf. Innst. 2 S Tillegg 1 (2014–2015). Flere av anbefalingene i HelseOmsorg21-strategien er fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet eller andre departementer, gjennom bl.a. styringsdokumenter og meldinger til Stortinget. I oppdragsdokumentet for de regionale helseforetakene for 2015 er det gitt følgende oppdrag innen innovative anskaffelser: «Mål 2015: Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av «Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser» fra 2012.»

Regjeringen vil legge fram en handlingsplan som vil konkretisere hvordan regjeringen følger opp de ti prioriterte satsningsområdene i HelseOmsorg21-strategien på kort og lengre sikt. HelseOmsorg21-strategien er skrevet av og for alle aktørene som har ansvar for å bidra til forskning og innovasjon i helse og omsorg. Det betyr at mye av oppfølgingsarbeidet skjer i regi av involverte aktører, inkludert de regionale helseforetakene.

Vedtak nr. 71 (2014–2015), 2. desember 2014

«Stortinget ber regjeringen legge fram en helhetlig utredning om taxfree-ordningen i inneværende stortingsperiode, inkludert en gjennomgang av de sosialpolitiske perspektivene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:83 S (2013–2014), jf. Innst. 63 S (2014–2015). Helse- og omsorgsministeren vil komme nærmere tilbake til hvordan Stortingets vedtak skal følges opp.

Vedtak nr. 337 (2014–2015), 16. desember 2014

«Stortinget ber regjeringen på egnet måte redegjøre for hvordan regjeringen vil løse de ikt-utfordringene i helsevesenet som denne innstillingen viser, jf. Innst. 67 S (2014–2015).»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Innst. 67 S (2014–2015) Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen.

Regjeringen vil legge til rette for ny organisering av den sentrale helseforvaltningen med sikte på iverksetting 1. januar 2016. Endringene inngår i regjeringens arbeid for å effektivisere offentlig sektor. Målet er en mer brukerorientert helseforvaltning. Samtidig vil reformen over tid skape grunnlag for effektivisering og en samlet reduksjon i kostnader.

Den nasjonale styringen av IKT i helsesektoren skal styrkes for å sikre økt gjennomføringskraft. Det etableres fra 1. januar 2016 et direktorat for e-helse. Direktoratet skal ha ansvar for styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale IKT-prosjekter. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for etablering av det nye direktoratet, som etableres med utgangspunkt i e-helsedivisjonen i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag, i samarbeid med sektorens aktører, å utrede framtidens helseinformasjonssystem. Utredningen er en oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal. Helsedirektoratet skal levere en forstudierapport høsten 2015.

I tillegg har Helsedirektoratet fått i oppdrag å etablere et samarbeid med kommunene, regionale helseforetak og Norsk Helsenett SF, der hensikten er å vurdere ny statlig virkemiddelbruk for å styrke gjennomføringsevnen på IKT-feltet. Arbeidet skal inkludere vurderinger knyttet til:

- modeller for finansiering av IKT-utviklingen på tvers av aktørene i sektoren
- etablering av felles beslutningsprosesser for IKT-utvikling som omfatter hele sektoren
- behov for nye eller endrede lov- og forskriftshjemler for å kunne iverksette statlige føringer for IKT-utvikling, samt regulere aktørenes plikter til å følge opp

1. juli 2015 ble det vedtatt en forskrift for IKT-standarder. Forskriften trådte i kraft 1. september. Målet er at alle skal ta i bruk og hente ut gevinster av elektronisk samhandling. Forskriften er hjemlet i den nye pasientjournalloven og tydeliggjør for leverandører og helse- og omsorgstjenesten hvilke krav som stilles til IKT-systemene. Innholdet i forskriften er en start, og forskriften skal være dynamisk og utvikles over tid, i takt med utvikling og behov i sektoren.

Vedtak nr. 423 (2014–2015), 17. februar 2015

«Stortinget ber regjeringen i løpet av 2015 fremme en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, jamfør tiltaksområder under Helsedepartementets ansvarsområder i «Rapport fra tverrs-ektoriell ekspertgruppe, Folkehelseinstituttet 2014», med mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:2 S (2013–2014), Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Trygve Slagsvold Vedum om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier.

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag, sammen med andre relevante aktører, å utarbeide et utkast til handlingsplan mot antibiotikaresistens med det mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020. Handlingsplanen vil være en konkretisering av strategien på ett område innen human medisin. Departementet vil fremme handlingsplanen innen utgangen av 2015 i tråd med Stortingets vedtak.

Vedtak nr. 425 (2014–2015), 17. februar 2015

«Stortinget ber regjeringen snarest innføre krav om diagnosekoder ved forskrivning av

antibiotika på alle typer resepter, på en måte som ivaretar personvernet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:2 (2014–2015), jf. Innst. S. nr. 156 (2014–2015).

Helse- og omsorgsdepartementet har i tilde-  
lingsbrevet for 2015 gitt Helsedirektoratet i opp-  
drag å vurdere mulige løsninger for å innføre krav  
om diagnosekoder på alle antibiotikaresepter, her-  
under behov for juridiske og tekniske rammer.

Vedtak nr. 429 (2014–2015) 17. februar 2015

«Stortinget ber regjeringen utrede konsekven-  
ser for EØS-avtalen, småskalaprodusenter og  
nasjonal alkohol- og næringsmiddelavgivning  
ved innføring av krav om merking av alkohol-  
holdig drikk.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument  
nr. 8:29 S (2014–2015), jf. Innst. 164 S (2014–  
2015).

Helse- og omsorgsdepartementet er i gang  
med å utrede konsekvenser i tråd med anmod-  
ningsvedtaket. Arbeidet omfatter utredning av i  
hvilken grad EØS-avtalen åpner for at det kan fast-  
settes nasjonale krav om merking av alkoholhol-  
dige drikkevarer med ingrediensliste og nærings-  
deklarasjon. Departementet vil videre vurdere  
hvilke endringer som må gjøres i eksisterende  
regelverk, som matinformasjonsforskriften og  
alkoholavgivningen, ved en eventuell innføring av  
slike nasjonale krav. Arbeidet vil også omfatte  
utredning av konsekvenser for småskalaprodu-  
senter. Videre arbeid i EU om mulig regelverksut-  
vikling på området vil fortsatt bli fulgt opp aktivt.

Vedtak nr. 494 (2014–2015), 9. april 2015

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

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

Regjeringen vil fremme forslag til endring av  
helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en

plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstil-  
bud til hjemmeboende personer med demens,  
gjeldende fra 1. januar 2020.

Vedtak nr. 495 (2014–2015), 9. april 2015

«Stortinget ber regjeringen sørge for at fylkes-  
mennene aktivt informerer kommunene om til-  
skuddsordningen og om det mangfold av  
muligheter som finnes for innretning av dagak-  
tivetstilbud.»

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

Helsedirektoratet har allerede i oppdragsbrev  
både i 2014 og 2015 anmodet fylkesmannsembe-  
tene om å forsteke innsatsen for å spre informa-  
sjon og kunnskap om tilskuddsordningen og det  
mangfold som finnes av muligheter for innretning  
av dagaktivitetstilbud, samt følge opp kommuner  
som ikke har søkt på ordningen. Helsedirektora-  
tet vil vektlegge dette også i oppdragsbrev for  
2016.

Vedtak nr. 591 (2014–2015), 4. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med  
opptrappingsplanen for rusfeltet, varslet høs-  
ten 2015, se nærmere på tilbudene til de mest  
hjelpetrengende rusavhengige, og herunder  
vurderer ytterligere tiltak enn de som i dag  
eksisterer for å sikre lavterskeltilbud med med-  
ikamentell behandling der dette er formålstjen-  
lig.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument  
nr. 8:64 S (2014–2015), jf. Innst. 278 S (2014–  
2015).

Regjeringen vil legge fram en opptrappings-  
plan for rusfeltet for Stortinget høsten 2016, som  
en egen proposisjon. Departementet vil følge opp  
anmodningsvedtaket som del av dette arbeidet.

Vedtak nr. 624 (2014–2015), 8. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen sikre at alle kom-  
muner har kunnskap om, og kan tilby nødven-  
dig hjelp og veiledning til personer som har  
utfordringer med sinnemestring, eller som er  
dømt for vold eller seksuelle overgrep.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:54 S (2014–2015), jf. Innst. 315 S (2014–2015).

I 1998 startet Brøset Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri et behandlings- og forskningsprosjekt med terapigrupper som retter seg mot menn med volds- og aggresjonsproblemer. Videre utviklet senteret et undervisningsprogram for å spre kunnskap om behandlingsmodellen og det ble satt i gang en nasjonal implementering av Sinnemestringsprogrammet. I Handlingsplan mot vold i nære relasjoner, Et liv uten vold (2014–2017), er ett av tiltakene å spre sinnemestringsmodellen fra Brøset videre. Det er fra og med 2014 bevilget 5 mill. kroner årlig til de fem Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) for å spre modellen i sin region.

Det er i 2015 bevilget 50 mill. kroner som skal gå til familievernets forebyggende arbeid og til å styrke familievernets tilbud til familier med høyt konfliktnivå og til voldsutsatte familier, barn og voldsutøvere. Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner (2014–2017) har tiltak for å styrke familievernet, bl.a. å lage en plan for hvordan familievern tjenesten kan styrke tilbudet til voldsutøvere. Dette arbeidet skjer i samarbeid med stiftelsen Alternativ til vold. Det er i ferd med å bli etablert et spisskompetansemiljø ved et familievernkontor, slik at familievernet skal kunne gi hjelp og behandling knyttet til voldsproblematikk. Utover dette tilbyr familievernkontor sinnemestringskurs. Alle kommuner har en tilknytning til det familievernkontoret som er etablert i området til kommunen. I tillegg kommer de tilbud som gis i regi av kriminalomsorgen. Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har fått i oppdrag å kartlegge flere forhold knyttet til behandlingstilbudet for voldsutøvere.

Videre arbeid med kompetanse og tilbud knyttet til sinnemestring og overgrep vil bli vurdert i sammenheng med arbeidet med en opptrappingsplan som skal redusere forekomsten av vold i nære relasjoner samt styrke ivaretakelsen av barn utsatt for vold og overgrep, jf. vedtak nr. 623, 8. juni 2015, Innst. 315 S (2014–2015).

Vedtak nr. 625 (2014–2015), 8. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen sikre at førstelinjen i helsetjenesten får styrket sin kompetanse om vold mot barn gjennom kursvirksomhet for ansatte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:54 S (2014–2015), jf. Innst. 315 S (2014–2015).

Tiltaksplan for å bekjempe vold og overgrep mot barn og unge (2014–2017), En god barndom varer livet ut, har kompetanse som et av hovedområdene for tiltak. Mange av tiltakene er relevante for førstelinjen i kommunene og gjelder flere sektorer, bl.a. tiltaket Kunnskap i profesjonsutdanningene om vold og seksuelle overgrep. Andre tiltak er rettet direkte mot helsetjenesten. Fastlegene skal tilbys e-læringskurs, en veileder for helsetjenestens arbeid med vold og overgrep skal utarbeides og det skal iverksettes kompetansehevingstiltak for skole- og studenthelsetjenesten. I henhold til akuttmedisinforskriften som trådte i kraft 1. mai 2015 kan en lege ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, dersom han eller hun har gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Det stilles også krav til at helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, bl.a. operatører av kommunale legevaktssentraler, ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Det er gitt en overgangsordning på fem år fra ikrafttredelsen av forskriften. De fem Regionale ressursentrene om vold og traumatisk stress (RVTS) er fra og med 2014 styrket med 5 mill. kroner for å gi økt veiledning og kompetanse til helse- og omsorgstjenesten for deres arbeid med vold i nære relasjoner. I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, er tiltak og behov for økt kompetanse i tjenesten om vold og overgrep omtalt. Stortingets behandling av Dokument 8:54 S (2014–2015), vedtak nr. 623 (2014–2015) omhandler en forpliktende og helhetlig opptrappingsplan som skal redusere forekomsten av vold i nære relasjoner samt styrke ivaretakelsen av barn utsatt for vold og overgrep. Ytterligere tiltak for kompetanse om vold mot barn vil bli vurdert i forbindelse med opptrappingsplanen.

Vedtak nr. 626 (2014–2015), 8. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen utrede en bindende minimumsnorm i skolehelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:54 S (2014–2015), jf. Innst. 315 S (2014–2015).

Tjenesten har svært høy oppslutning i befolkningen. Ingen annen helsetjeneste når så stor andel av sin målgruppe, og det er bred politisk enighet om tjenestens viktighet. I 2014 ble kom-

munenes frie inntekter økt med 180 mill. kroner begrunnet med behovet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2015 ble rammen ytterligere styrket med 270 mill. kroner med samme begrunnelse. I 2016 foreslås en ytterligere økning på 200 mill. kroner gjennom vekst i kommunenes frie inntekter. Dette blir til sammen 667 mill. 2016-kroner. Kostra-tall fra juni 2015 viser at vi er på rett vei med tanke på flere årsverk i denne tjenesten. Men det er fortsatt et stykke å gå, før vi er i mål. Det rapporteres fra barn og unge selv at skolehelsetjenesten er lite tilgjengelig når de trenger det. Elever gir klart uttrykk for at de ønsker at helsesøster skal være tilgjengelig hver dag. På skoler der helsesøster er mye tilstede, øker den proaktive, universelle jobbingen mot alle elever. Samarbeidet med skolen blir bedre, og helsesøster er med i planleggingen av relevant undervisning, grupper, temadager, foreldremøter med mer. En studie fra Sveits viser at nærvær av helsepersonell i skolen er et svært viktig forebyggende tiltak mot frafall/drop-out.

Helse- og omsorgsdepartementet ba i 2009 Helsedirektoratet om å utrede alternative tiltak for å styrke kapasiteten i skolehelsetjenesten, herunder en mulig nasjonal minstenorm for bemanning (Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2010). Helsedirektoratet forslo som hovedgrep å tydeliggjøre kravene til innhold til tjenestene. Subsidiært ble det foreslått faglig normering av personellressursinnsatsen i tjenestene som virkemiddel for å øke kapasiteten. I strategien pekes det på behov for økning i antall årsverk i flere yrkesgrupper, ikke kun helsesøstre. Dette er i tråd med signalene som er gitt i Meld. St. 26 (2014–2015), Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, der det pekes på utfordringen knyttet til samhandling og godt koordinerte tjenester til brukere med store og sammensatte behov. Flerfaglig arbeid er ofte nødvendig for å gi brukerne gode tjenester. Selv om hver enkelt deltjeneste opplever å oppfylle sine lovpålagte krav til forsvarlighet, sikrer ikke dette alene at kommunens overordnede ansvar for å sikre forsvarlige og koordinerte tjenester er oppfylt. En viktig forutsetning er en ledelse som legger til rette for flerfaglighet og som har kjennskap til hva de enkelte aktørene kan bidra med i det tverrfaglige samarbeidet. Til tross for at flerfaglighet fremstår som nødvendig og riktig, er det mye som tyder på at ansatte i skolehelsetjenesten bruker svært lite av sin tid på flerfaglig samarbeid. Det er også viktig å merke seg at Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten påpeker at behovet

for styrking av psykologkompetanse må ses i lys av eksisterende kompetanse i kommunene. I Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereform – nye oppgaver til større kommuner uttrykker regjeringen bl.a. at større kommuner, med gjennomgående god kapasitet og kompetanse, vil kunne gjennomføre en nasjonal velferdspolitik i henhold til nasjonale mål, og at statens styring av kommunene skal være basert på rammepreget regelverk. Dette gir handlingsrom for å tilpasse velferdstilbudet til innbyggernes behov. Det er en utfordring at Kostra i dag ikke skiller mellom ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kostra-tallene sier derfor ikke noe spesifikt om personellsituasjonen i de ulike deltjenestene. For å kunne følge med på utviklingen er det behov for at tjenestene splittes når det gjelder telling av årsverk. På denne måten vil man kunne følge med på de to deltjenestene og sette inn mer målrettede tiltak både knyttet til antall årsverk og sammensetning av yrkesgrupper for å møte befolkningens behov og utfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Helsedirektoratet samarbeide med SSB for å få bedre oversikt over årsverk i hhv. helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å utrede mulige løsninger for, og virkninger av, en bindende minimumsnorm i skolehelsetjenesten, også sett i sammenheng med helsestasjonstjenesten.

Vedtak nr. 627 (2014–2015), 8. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen sikre at helsepersonell har kunnskap om fritak fra taushetsplikten når det er mistanke om mishandling eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:54 S (2014–2015), jf. Innst. 315 S (2014–2015).

Det er viktig at virksomhetene på alle ledernivå, i tillegg til det enkelte helse- og omsorgspersonell, har tilstrekkelig oppmerksomhet på voldsproblematikken.

I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet er det uttalt at det i løpet av 2015 vil bli igangsatt et arbeid med å vurdere om helselovgivningen bør tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestenes ansvar på systemnivå for å bidra til å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. I meldingen er det videre uttalt at det i løpet av 2015 også vil

bli igangsatt et arbeid for å klargjøre bestemmelsen om helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet i helsepersonelloven. Formålet med arbeidet er bl.a. å bidra til at bestemmelsen om helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet blir enklere å forstå, herunder at det blir enklere å forstå hva plikten omfatter og når den inntreffer. I tillegg utga Helsedirektoratet og Politidirektoratet 15. juli 2015 et nytt rundskriv hvor det redegjøres for helsepersonells taushetsplikt, herunder personellets rett og plikt til å utlevere opplysninger til politiet, bl.a. ved mistanke om mishandling og andre former for alvorlig omsorgssvikt. Regjeringen ønsker med disse tiltakene å bidra til at tjenestene utvikler en kultur hvor arbeidet med å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep blir en mer naturlig del av det å yte helse- og omsorgstjenester.

Vedtak nr. 628 (2014–2015), 8. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen utarbeide retningslinjer for medisinske undersøkelser/tannhelseundersøkelser ved barnehusene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:54 S (2014–2015), jf. Innst. 315 S (2014–2015).

Det har vært tatt opp ved flere anledninger, bl.a. gjennom NOU 2008:4 Fra ord til handling. Bekjempelse av voldtekt krever handling, at sporsikring og dokumentasjon av skader gjøres i for liten utstrekning, og at dette går ut over rettsikkerheten. Helsedirektoratets veileder for overgrepsmottak (IS-1457, 2007) anbefaler at sporsikring gjøres som en del av helsehjelpen, og at det også sikres materiale til toksikologiske undersøkelser, uavhengig av om forholdet er meldt til politiet.

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har fått i oppdrag å utrede ansvarsforhold rundt og finansiering av sporsikring og skadedokumentasjon i volds- og overgrepssaker. Dette gjelder også for barn. På bakgrunn av denne utredningen vil behovet for veileder/retningslinje for medisinske undersøkelser ved barnehusene bli vurdert.

Helsedirektoratet er i ferd med å utarbeide retningslinjen Tannhelse tjenester til barn og unge. Departementet har bedt direktoratet vurdere behovet for eventuell særskilt omtale/beskrivelse i retningslinjene knyttet til tannhelseundersøkelser ved barnehusene. Retningslinjene vil bli ferdigstilt i 2016.

Vedtak nr. 702 (2014–2015), 16. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen vurdere tiltak som på kort og mellomlang sikrer nødvendig trygghet, kapasitet og forutsigbarhet i sykehustilbudet til Oslos befolkning, herunder bruk av ledig kapasitet ved Aker sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus til lokalsykehusfunksjoner.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:83 S (2014–2015), jf. Innst. 374 S (2014–2015). På kort sikt mener Helse Sør-Øst RHF at sykehusene i hovedstadsområdet har en samlet tilstrekkelig kapasitet. Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus deler i dag lokalsykehusansvaret for Oslos befolkning. I framtiden kan det bli aktuelt at Lovisenberg og Diakonhjemmet får en større del av dette ansvaret. Oslo universitetssykehus gjennomfører nå prosjektet Idéfase Oslo universitetssykehus for å få et godt grunnlag for videre utvikling av sykehuset fram mot 2030. Pasientforløp og kapasitet framover er også med i arbeidet. Arbeidet inkluderer bruken av Aker sykehus. Aker sykehus er i dag en viktig del av den samlede kapasiteten for Oslo universitetssykehus, men med hovedvekt på elektiv (planlagt) behandling, poliklinikk og laboratorievirksomhet. Helse Sør-Øst RHF arbeider med å gå gjennom framtidige muligheter for optimalisering av drift og oppgave- og arbeidsdeling for spesialisthelsetjenesten i Oslo og Akershus, hvor Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Oslo kommune, tillitsvalgte og brukere deltar. Resultater av begge arbeidene skal legges fram for de respektive styrene i desember 2015. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med orientering om sykehusene i hovedstadsområdet i statsbudsjettet for 2017.

Vedtak nr. 704 (2014–2015), 16. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen sikre at befolkningen i Nord-Troms, i kommunene Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord og Kvænangen, får likeverdige spesialisthelsetjenester, og at det blir lagt til rette for helsetjenester utenfor sykehus i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Stortinget ber regjeringen i nasjonal helse- og sykehusplan beskrive for-

mer for og utvikling i samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om spesialisthelsetjenestetilbud.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:84 S (2014–2015), jf. Innst. 376 S (2014–2015). I oppdragsdokumentet for 2015 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å bidra til å desentralisere spesialisthelsetjenester der dette er hensiktsmessig, samt bidra til å utvikle og styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Viktige virkemidler er samarbeidsavtalene og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Omstilling av tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. Det forutsetter et nært samarbeid mellom regionale helseforetak/helseforetak og kommunene, samt brukerne og deres organisasjoner.

Det framgår av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet at regjeringen vil styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen har i Prop. 1 S (2014–2015) varslet at det skal utvikles en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Regjeringen foreslår at planen utvides til å omfatte hele den kommunale helse- og omsorgssektoren. Kompetanseløft 2020 skal inneholde langsiktige strategier og konkrete tiltak for kompetanseheving og fagutvikling. Målet er å bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Regjeringen legger fram sin nasjonale helse- og sykehusplan høsten 2015. Planen vil legge rammer for hvordan spesialisthelsetjenesten skal utvikles for å møte framtidens behov. I mange deler av landet er det gode tilbud om spesialisthelsetjenester utenfor sykehus. Mange av disse er samlokalisert med kommunale tjenester. Tilbudene er etablert med utgangspunkt i lokale behov og initiativ. Regjeringen mener desentraliserte spesialisthelsetjenester bør bli en viktig del av framtidens helsetjeneste. Tilbudet bør videreutvikles der forholdene ligger til rette for å gi spesialisthelsetjenester av god kvalitet nærmest mulig der folk bor. Samlokalisering med kommunale helse- og

omsorgstjenester fremmer god samhandling og helhetlige pasientforløp.

Vedtaket nr. 707 (2014–2015), 16. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en helhetlig offentlig utredning (NOU) av palliasjonsfeltet, med bredt sammensatt representasjon fra ulike fagmiljøer, og hvor barnepalliasjon er en del av arbeidet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:92 S (2014–2015), jf. Innst. 379 S (2014–2015). Helse- og omsorgsministeren vil komme nærmere tilbake til hvordan Stortingets vedtak skal følges opp.

Vedtaket nr. 708 og 709 (2014–2015), 16. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen kartlegge behovet for egne ambulante team for barnepalliasjon tilknyttet alle helseregioner.»

«Stortinget ber regjeringen utrede muligheten for etablering av Avansert hjemmesykehus for barn innen alle helseregioner, samt kartlegge behovet for styrking av det eksisterende hjemmetilbudet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:92 S (2014–2015), jf. Innst. 379 S (2014–2015).

Helsedirektoratet arbeider med en faglig retningslinje om palliativ behandling av barn. Retningslinjen er planlagt ferdig i løpet av 2015. Ambulante team for barnepalliasjon og Avansert hjemmesykehus for barn er blant de temaer som vil bli omtalt i retningslinjen. Retningslinjen vil bl.a. komme med anbefalinger som har konsekvenser for organisering og utøvelse av barnepalliasjon både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelse-tjenesten. Departementet vil avvende retningslinjens anbefalinger før det tas stilling til behovet for en ytterligere kartlegging. Stortinget har bevilget midler til nye tiltak på palliasjonsfeltet. I tillegg er det nylig lagt fram en stortingsmelding om den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det vil bli lagt fram en nasjonal helse- og sykehusplan i løpet av året. Departementet foreslår derfor at disse initiativene og tiltakene må utvikles og virke, slik at det kan trekkes erfaringer fra dem og slik vurdere innretningen av palliasjonsfeltet.



Vedtak nr. 713 (2014–2015) 16. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen om å sørge for at det utarbeides en helhetlig handlingsplan med konkrete tiltak for å fremme sunt kosthold i hele befolkningen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen, jf. Innst. 380 S (2014–2015).

Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av 2015 forberede arbeidet med å utarbeide handlingsplanen, i samarbeid med andre relevante departementer, sett i lys av Folkehelsemeldingen og Stortingets behandling av denne. Som utgangs-

punkt for arbeidet vil departementet be Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet om et oppdatert kunnskapsgrunnlag angående status og utfordringene på kostholdsområdet og en oversikt over hvilke tiltak som pågår eller bør iverksettes.

I senere faser av arbeidet vil det være aktuelt å drøfte utfordringer og tiltak med andre aktører, som frivillige organisasjoner og matvarebransjen. Det vil bli lagt vekt på å synliggjøre oppfølging av internasjonale forpliktelser som WHO's globale mål for å redusere ikke-smittsomme sykdommer, samt å følge opp WHO's evaluering av arbeidet med den tidligere handlingsplanen for kosthold (2007–2011). Det tas sikte på at arbeidet med handlingsplanen pågår i hele 2016, med ferdigstillelse i 2017.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2015–2016) om statsbudsjettet for år 2016 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et  
framlagt forslag.

---

## Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2015–2016) statsbudsjettet for budsjettåret 2016 opp følgende forslag til vedtak:

### Kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3701–3750, 5572 og 5631

#### I

#### Utgifter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	208 175 000	208 175 000
701	Direktoratet for e-helse		
	01 Driftsutgifter	181 991 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	254 940 000	
	70 Norsk Helsenett SF	122 998 000	
	71 Medisinske kvalitetsregistre	38 272 000	598 201 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	30 171 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 762 000	33 933 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	66 418 000	66 418 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		906 727 000
Folkehelse mv.			
710	Folkehelseinstituttet		
	01 Driftsutgifter	899 051 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	694 873 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	18 195 000	1 612 119 000
712	Bioteknologirådet		
	01 Driftsutgifter	8 727 000	8 727 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
714	Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70, 74 og 79</i>	149 026 000
	60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	43 910 000
	70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	123 728 000
	74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	35 602 000
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	56 137 000
		Sum Folkehelse mv.	408 403 000
			2 029 249 000
		Helseforvaltning	
720	Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	1 111 351 000
	21	Spesielle driftsutgifter	46 150 000
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold	4 108 000
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	46 305 000
			1 207 914 000
721	Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	115 123 000
			115 123 000
722	Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	161 984 000
	70	Advokatutgifter	36 200 000
	71	Særskilte tilskudd	35 968 000
			234 152 000
723	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	104 053 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	22 500 000
			126 553 000
729	Pasient- og brukerombud		
	01	Driftsutgifter	61 178 000
		Sum Helseforvaltning	61 178 000
			1 744 920 000
		Spesialisthelsetjenester	
732	Regionale helseforetak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 341 000
	70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72, 73, 74 og 75</i>	765 397 000
	71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	520 484 000
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	54 086 728 000
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	19 091 657 000
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	14 435 603 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	12 881 171 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	31 657 561 000	
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	4 090 193 000	
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 104 647 000	
	79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	584 157 000	
	82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	1 229 992 000	
	83	Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	37 000 000	140 503 931 000
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	12 550 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	123 148 000	
	72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	3 374 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	16 253 000	155 325 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01	Driftsutgifter	49 569 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	14 313 000	
	70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 563 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	79 078 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	19 593 000	165 116 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		140 824 372 000
		Legemidler		
750		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	274 126 000	274 126 000
751		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	10 691 000	
	70	Tilskudd	69 769 000	80 460 000
		Sum Legemidler		354 586 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	134 546 000	
	60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	114 150 000	
	61	Vertskommuner	940 115 000	
	62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	296 333 000	
	63	Investeringstilskudd, <i>kan overføres</i>	2 533 206 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	64	Kompensasjon for renter og avdrag	909 600 000	
	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	156 000 000	
	67	Utviklingstiltak	67 889 000	
	68	Kompetanse og innovasjon	336 948 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	13 109 000	
	72	Landsbystiftelsen	74 566 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	22 850 000	
	75	Andre kompetansetiltak	11 040 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	100 962 000	5 711 314 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	61 499 000	
	50	Samisk helse	5 516 000	
	60	Forebyggende helsetjenester	50 182 000	
	61	Fengselshelsetjeneste	150 545 000	
	63	Allmennlegetjenester	136 904 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	48 096 000	
	73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	55 531 000	
	74	Stiftelsen Amatheia	19 302 000	527 575 000
765		Psykisk helse og rusarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	123 085 000	
	60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	383 171 000	
	62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	461 891 000	
	71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	132 918 000	
	72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	216 378 000	
	73	Utviklingstiltak mv.	120 540 000	
	74	Kompetansesentre	297 094 000	
	75	Vold og traumatisk stress	157 520 000	1 892 597 000
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	14 477 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	2 780 000	17 257 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		8 148 743 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	Tannhelse		
770	Tannhelsetjenester		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	27 097 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	236 606 000	263 703 000
	Sum Tannhelse		263 703 000
	Kunnskap og kompetanse		
780	Forskning		
	50 Norges forskningsråd mv.	358 225 000	358 225 000
781	Forsøk og utvikling mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	86 964 000	
	79 Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	56 518 000	143 482 000
783	Personell		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	39 052 000	
	61 Turnustjeneste	141 661 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	24 894 000	205 607 000
	Sum Kunnskap og kompetanse		707 314 000
	Spesialisthelsetjenester mv.		
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70 Spesialisthjelp	1 872 400 000	
	71 Psykologhjelp	266 000 000	
	72 Tannbehandling	2 451 000 000	
	76 Private laboratorier og røntgeninstitut	880 600 000	5 470 000 000
	Sum Spesialisthelsetjenester mv.		5 470 000 000
	Legehjelp, legemidler mv.		
2751	Legemidler mv.		
	70 Legemidler	10 015 500 000	
	71 Legeerklæringer	5 000 000	
	72 Medisinsk forbruksmateriell	1 965 000 000	11 985 500 000
2752	Refusjon av egenbetaling		
	70 Egenandelstak 1	4 470 000 000	
	71 Egenandelstak 2	169 000 000	4 639 000 000
2755	Helsetjenester i kommunene mv.		
	62 Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	340 000 000	
	70 Allmennlegehjelp	4 607 000 000	
	71 Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 880 000 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	72	Jordmorhjelp	55 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	145 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	118 000 000	7 145 000 000
2756		Andre helsetjenester		
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	13 000 000	
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	395 000 000	
	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	215 000 000	623 000 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.		24 392 500 000
		Andre helsetiltak		
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag	180 000 000	180 000 000
		Sum Andre helsetiltak		180 000 000
		Sum departementets utgifter		185 022 114 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
		Diverse inntekter		
3701		Direktoratet for e-helse		
	02	Diverse inntekter	100 000	100 000
3710		Folkehelseinstituttet		
	02	Diverse inntekter	254 783 000	
	03	Vaksinesalg	98 210 000	352 993 000
3714		Folkehelse		
	04	Gebyrinntekter	1 285 000	1 285 000
3720		Helsedirektoratet		
	02	Diverse inntekter	49 402 000	
	03	Helsetjenester i annet EØS-land	46 073 000	
	04	Gebyrinntekter	39 534 000	
	05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	65 000 000	200 009 000
3721		Statens helsetilsyn		
	02	Salgs- og leieinntekter	389 000	
	04	Diverse inntekter	2 354 000	2 743 000
3722		Norsk pasientskadeerstatning		
	02	Diverse inntekter	1 394 000	
	50	Premie fra private	18 199 000	19 593 000



Kap.	Post	Kroner	Kroner
3723	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	50 Premie fra private	2 472 000	2 472 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	388 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	405 000 000	
	86 Driftskreditter	4 350 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	663 000 000	5 806 000 000
3750	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	14 986 000	
	04 Registreringsgebyr	112 110 000	
	06 Refusjonsgebyr	2 974 000	130 070 000
	Sum Diverse inntekter		6 515 265 000
	Skatter og avgifter		
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70 Legemiddelomsetningsavgift	82 000 000	
	72 Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 900 000	
	73 Legemiddelkontrollavgift	97 210 000	184 110 000
	Sum Skatter og avgifter		184 110 000
	Renter og utbytte		
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85 Statens overskuddsandel	25 800 000	
	86 Utbytte	2 000	25 802 000
	Sum Renter og utbytte		25 802 000
	Sum departementets inntekter		6 725 177 000

*Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger*

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 kan:

overskride bevilgningen over	mot tilsvarende merinntekter over
kap. 701, post 01 og 21	kap. 3701, post 02
kap. 710, post 01	kap. 3710, post 02
kap. 710, post 21	kap. 3710, post 02 og 03
kap. 714, post 21	kap. 3714, post 04
kap. 720, post 01 og 21	kap. 3720, post 02 og 04
kap. 720, post 70	kap. 3720, post 03
kap. 721, post 01	kap. 3721, post 02 og 04
kap. 722, post 01	kap. 3722, post 02 og 50
kap. 723, post 01	kap. 3723, post 50
kap. 750, post 01	kap. 3750, post 02

Merinntekt som gir grunnlag for overskridelse skal også dekke merverdiavgift knyttet til overskridelsen, og berører derfor også kap. 1633, post 01 for de statlige forvaltningsorganene som inngår i nettordningen for merverdiavgift.

Merinntekter og eventuelle mindreinntekter tas med i beregningen av overføring av ubrukt bevilgning til neste år.

*Fullmakter til å pådra staten forpliktelser ut over gitte bevilgninger*

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 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		Folkehelseinstituttet	
	21	Spesielle driftsutgifter	180 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Omsorgstjeneste	
	63	Investeringstilskudd	9 246,5 mill. kroner
	79	Andre tilskudd	1 mill. kroner

*Andre fullmakter*

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. investeringslån og driftskreditrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.
2. Helse- og omsorgsdepartementet i tilknytning til oppgjørsordningene for h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg kan føre utgifter og

inntekter uten bevilgning over kap. 720 Helse- og omsorgsdepartementet, hhv. post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler, og post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg. Netto mellomregning med helseforetakene føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

=====

## Bestilling av publikasjoner

### Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)

E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)

Telefon: 22 24 00 00

### Privat sektor:

Internett: [www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Trykk: 07 Oslo AS – 10/2015

