



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2016–2017)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2017

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3750, 5572 og 5631

Innhold

Del I	Innledende del	7	<i>Programkategori 10.50 Legemidler</i>	127	
1	Helse- og omsorgspolitikken ...	9	Kap. 750 Statens legemiddelverk	127	
2	Profilen i budsjettforslaget	13	Kap. 3750 Statens legemiddelverk	130	
3	Oversiktstabeller	23	Kap. 751 Legemiddeltiltak	131	
Del II	Budsjettomtaler	27	Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	133	
4	Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.	29	<i>Programkategori 10.60</i> <i>Helse- og omsorgstjenester i kommunene</i>	134	
Programområde 10 Helse og omsorg		29	Kap. 761 Omsorgstjeneste	136	
<i>Programkategori 10.00</i> <i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i>		29	Kap. 762 Primærhelsetjeneste	156	
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet		30	Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid	173	
Kap. 701 Direktoratet for e-helse		31	Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.	192	
Kap. 3701 Direktoratet for e-helse		39	<i>Programkategori 10.70 Tannhelse</i>	195	
Kap. 702 Beredskap		39	Kap. 770 Tannhelsetjenester	197	
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid		42	<i>Programkategori 10.80</i> <i>Kunnskap og kompetanse</i>	202	
Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid		43	Kap. 780 Forskning	203	
<i>Programkategori 10.10 Folkehelse mv.</i>		45	Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.	209	
Kap. 710 Folkehelseinstituttet		46	Kap. 783 Personell	216	
Kap. 3710 Folkehelseinstituttet		50	Programområde 30 Stønad ved helsetjenester	221	
Kap. 712 Bioteknologirådet		51	<i>Programkategori 30.10</i> <i>Spesialisthelsetjenester mv.</i>	221	
Kap. 714 Folkehelse		51	Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.	222	
Kap. 3714 Folkehelse		57	<i>Programkategori 30.50</i> <i>Legehjelp, legemidler mv.</i>	226	
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet		57	Kap. 2751 Legemidler mv.	226	
<i>Programkategori 10.20 Helseforvaltning</i>		59	Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling	230	
Kap. 720 Helsedirektoratet		60	Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.	232	
Kap. 3720 Helsedirektoratet		69	Kap. 2756 Andre helsetjenester	236	
Kap. 721 Statens helsetilsyn		70	<i>Programkategori 30.90</i> <i>Andre helsetiltak</i>	239	
Kap. 3721 Statens helsetilsyn		74	Kap. 2790 Andre helsetiltak	239	
Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning		74	Del III	Omtale av særlige tema	241
Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning		76	5	Folkehelsepolitikken	243
Kap. 723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		76	6	Spesialisthelsetjenesten	256
Kap. 3723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		79	7	Oppfølging av NOU 2015: 17 Først og fremst	273
Kap. 729 Pasient- og brukerombud		79			
<i>Programkategori 10.30</i> <i>Spesialisthelsetjenester</i>		81			
Kap. 732 Regionale helseforetak		83			
Kap. 3732 Regionale helseforetak		116			
Kap. 733 Habilitering og rehabilitering		119			
Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		120			

8	Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)	277	12	IKT og digitalisering	328
9	Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester	308	13	Internasjonalt samarbeid	330
10	Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester	317	14	Administrative fellesomtaler ...	336
11	Forsknings- og innovasjons- strategien HelseOmsorg21	321	15	Anmodningsvedtak	343
			Forslag		356



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2016–2017)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2017

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3750, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 16. september 2016,
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 omsorgstjenestene. 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 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 satsing på tidlig innsats, bedre behandling og forebygging

Regjeringen har lagt fram en rekke dokumenter for å understøtte disse målsettingene. Ikke bare gjennom budsjetter og bevilgninger, men gjennom nye ideer og bedre løsninger: Nasjonal helse- og sykehusplan, Folkehelsemeldingen, Primærhelsetjenestemeldingen, Legemiddelmeldingen, Prioriteringsmeldingen, samt innføring av reformen fritt behandlingsvalg, opptrappingsplanen for rusfeltet, rett til kontaktelege for alvorlig syke og rettighetsfesting av BPA.

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 fortsatt for lenge på hjelp. Regjeringen vil ta vare på det som fungerer bra, og forbedre det som kan bedres.

1.1 Pasientens helsetjeneste

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasienten som partner i utviklingen av tjenestene. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, slippe unødig 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 pasientens behov. 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 skal satses på medvirkning på alle nivåer, fra nasjonal utvikling og beslutninger til pasient- og brukerinvolvering på lokalt og individuelt nivå. Regjeringen vil i budsjettet for 2017 fortsette å prioritere tiltak som styrker disse målsettingene. Regjeringen vil skape større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet for å skape pasientens helsetjeneste og å følge utviklingen over tid. Derfor legger regjeringen i 2016 fram den tredje meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er en utfordring at pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og antall fristbrudd, har regjeringen tatt i bruk flere virkemidler. Regjeringen har fjernet taket på hvor mange pasienter sykehusene kan behandle, samtidig som sykehusene får betalt for å behandle flere pasienter ved at den innsatsstyrte finansieringen ble økt. Helseregionene er bedt om å kjøpe

mer ledig kapasitet hos private for at pasientene skal slippe å vente unødvendig lenge på undersøkelse eller behandling. Pasientenes valgfrihet er økt. Dette gjør regjeringen ved å ta i bruk et mangfold av aktører i offentlig og privat sektor og bruker mer av den ledige kapasiteten hos private, bl.a. gjennom innføringen av reformen fritt behandlingsvalg. Gjennom konkrete reformer og styrking av sykehusene reduserer regjeringen ventetiden og øker pasientbehandlingen. Dette gir resultater. Det har vært en positiv nedgang i ventetid og andel fristbrudd de siste årene og hittil i 2016.

1.2 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Stortinget har gitt sin tilslutning til stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste, Meld. St. 26 (2014–2015). I meldingen har regjeringen beskrevet utfordringer og pekt ut retningen for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Regjeringen arbeider nå med oppfølgingen. Meldingen foreslår flere lovendringer som skal bidra til å utvikle en helhetlig og kompetent helse- og omsorgstjeneste i kommunene, tilpasset brukernes behov og utfordringene som ligger foran oss. Sentrale tiltak er knyttet til kompetanse, ledelse og teamorganisering.

Regjeringen har som mål å sikre trygghet for eldre og pleietrengende gjennom å skape en omsorgstjeneste med kapasitet og kvalitet. Gjennom regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, har regjeringen startet arbeidet med å legge til rette for at flere eldre kan bo lenger hjemme, og leve aktive og selvstendige liv – med tilpassede tjenester. Regjeringen ønsker at staten skal ta et større ansvar for utbyggingen av kapasitet i kommunene. Derfor er den statlige tilskuddsordningen bedret. Det har ført til et taktskifte i kommunenes søknader om tilskudd til utbygging av sykehjem og heldøgns omsorgsplasser, og antallet plasser med innvilget tilskudd per år er i snitt om lag doblet under denne regjeringen. I årene som kommer vil det være behov for å øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser i kommunene. Regjeringen foreslår derfor å endre investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, slik at det kun gis støtte til prosjekter som øker det totale antallet plasser fra og med 2021. For å sikre at kommuner

som fortsatt har behov for å fornye eksisterende bygningsmasse gjennom utskifting eller renovasjon skal ha mulighet til det, legges det opp til en gradvis innfasing av den nye ordningen i statsbudsjettene for årene 2017–2020.

Regjeringen vil ha en faglig sterk kommunale helse- og omsorgstjeneste med dyktige ansatte som kan gi god helsehjelp og omsorg. Omsorgen trenger både varme hender og kloke hoder. Derfor satser regjeringen på å styrke kompetansen hos de ansatte. Regjeringen har lagt fram Kompetanseløft 2020 som skal bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste. For å bidra til bedre kvalitet i tjenestene er regjeringen godt i gang med å utvikle en standard for kvalitet – en trygghetsstandard for sykehjem.

Stortinget har vedtatt 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.

1.3 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 befolkningen. Folkehelsepolitikken er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder. 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, og skal legge fram en tverrdepartemental handlingsplan for kosthold i befolkningen 2017–2021.

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. I budsjettet for 2017 legger regjeringen fram program for folkehelse i kommunene. Programmet har som et mål å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Programmet er en oppfølging av Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen, og skal bidra til utvikling av tiltak, metoder og verktøy for å fremme psykisk helse og til erfaringsoverføring til kommunenes arbeid med å integrere barn og unges psykiske helse i det ordinære folkehelsearbeidet.

I den nye folkehelsepolitikken setter også regjeringen aktiv aldring på dagsorden. Regjeringen vil møte utviklingen med lengre liv og høyere andel eldre i befolkningen med å satse på aktive eldre og utvikle aldersvennlige samfunn. Et viktig ledd i dette er regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, Flere år – flere muligheter.

I Norge har vi en ungdomsgenerasjon som røyker stadig mindre, men det siste tiåret har vi hatt en dramatisk økning i snusbruk blant unge. Før var snus ofte en vei ut av røykingen, nå er det blitt en vei inn i tobakksavhengigheten. Regjeringen ønsker å hindre at en ny generasjon blir avhengig av tobakk, og forslaget om standardiserte tobakkspakninger er et viktig skritt på veien mot en tobakksfri generasjon.

1.4 Verdier i pasientens helsetjenestemelding om prioritering

Gode helsetjenester krever gode og tydelige prioriteringer. Gode prioriteringer gjør det mulig å gi pasientene best mulig hjelp, ta i bruk nye behandlinger og sikre tillit. Gode prioriteringer er grunnlaget for en bærekraftig helsetjeneste, som sikrer likeverdighet og en trygg og offentlig finansiert helsetjeneste for alle. Forutsigbare prioriteringer er også en forutsetning for å hindre at makt, tilfældigheter og andre forhold fører til urettferdig fordeling. Regjeringen har lagt fram en stortingsmelding om prioritering, Meld. St. 34 (2015–2016), Verdier i pasientens helsetjenester – melding om prioritering. Meldingen skal sikre rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester. I stortingsmeldingen foreslår regjeringen at tre kriterier skal legges til grunn for prioritering i helsetjenesten: Nytteskriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Regjeringen foreslår i tillegg endringer som vil bidra til rask og likeverdig tilgang til effektive legemidler, samt å sette ned et utvalg som skal se på prioriteringsspørsmål i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

1.5 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. Pasienter etterspør forutsigbare pasientforløp. Derfor er det utarbeidet pakkeforløp for utvalgte tilstander. Pakkeforløp

pene beskriver planlagt pasientforløp, med fastsatt innhold og tidsfrister for de enkelte elementene i forløpet.

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

Tall fra de fire første pakkeforløpene viser at resultatene er svært gode, og utgjør en forskjell for pasientene. Nye tall fra 2016 viser at stadig flere pakkeforløp gjennomføres innen maksimalt anbefalt forløpstid. Regjeringen er opptatt av å ta erfaringene med pakkeforløpene for kreft med i arbeidet med andre sykdommer og lidelser. I tillegg til pasientforløp for pasientgrupper med kreftsykdom, er det etablert, eller er under etablering, pasientforløp for pasientgrupper med alkoholisme, psykose, rusakutt, truende for tidlig fødsel og habilitering. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for pasienter med hjerneslag.

1.6 Rus og psykisk helse

Å prioritere rus og psykisk helse er en av regjeringens sentrale målsetninger i helsepolitikken. Rusfeltet har ikke fått den oppmerksomhet og prioritering som utfordringene på området tilsier. Utfordringene på rusfeltet er omfattende og har over flere år blitt dokumentert. Regjeringen vil derfor fortsette å styrke innsatsen innenfor rus og psykisk helse. Bevilgningene til spesialisthelsetjenesten er økt, og helseregionene er instruert om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern høyere enn somatikk. Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan for rus som skal bidra til å sikre kvalitet og tilgjengelighet i de kommunale tjenestene. I tillegg er reformen fritt behandlingsvalg innført, og det pågår et arbeid for å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet. Regjeringen styrker helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og det er lagt til rette for flere psykologer i kommunene gjennom en økning i tilskuddsordningen. Regjeringen er godt i gang med arbeidet med å etablere pakkeforløp for rus og psykisk helse, og høsten 2016 ble oppstartmøte for arbeidsgruppene og referansegruppen for pakkeforløp for psykisk helse og rus avholdt.

1.7 Helse som mestring

Nøkkelen til god helse ligger ikke i fravær av sykdom alene. Mange vil leve større eller mindre de-

ler 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 kronisk sykdom som vil kreve langvarig oppfølging. For å møte denne utfordringen må tjenestene tilpasse seg brukere og pasienters behov, ønsker og forutsetninger.

Mange får ikke den habilitering og rehabilitering de har krav på. Derfor vil regjeringen løfte dette feltet og fremmer i budsjettet for 2017 en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det er et mål at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal skje i kommunen der brukeren bor. Derfor har opptrappingsplanen sitt hovedfokus rettet mot kommunene.

1.8 IKT og digitalisering

Regjeringens mål er en mer digital helse- og omsorgstjeneste. Bruk av teknologi er en forutsetning for å skape pasientens helsetjeneste. Regjeringen støtter anbefaling om en utviklingsretning mot en felles nasjonal løsning for hele helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet med digitalisering krever en sterkere nasjonal styring av IKT-utviklingen i sektoren. Regjeringen har derfor etablert Direktoratet for e-helse som skal bidra til utvikling av felles standarder, herunder sørge for nasjonal styring og koordinering. Økt samordning og felles prioriteringer skal gi bedre muligheter for å etablere enkle og sikre e-helsetjenester til det

beste for pasienter, innbyggere og helsepersonell. Ny teknologi gir bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan bo lenger hjemme. Ny teknologi gir i tillegg mer effektive helsetjenester. Regjeringen skal legge til rette for økt bruk av velferdsteknologiske løsninger.

1.9 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. Som en oppfølging av Helse-Omsorg21-strategien, har regjeringen lagt fram en handlingsplan med konkrete tiltak for en målrettet innsats i verdikjeden fra forskning til innovasjon til kommersialisering. Det er etablert et program for nasjonale kliniske multisenterstudier i de regionale helseforetakene, og det satses på innovasjon i omsorgssektoren. Regjeringen har nedsett et ekspertutvalg som skal se på tiltak for enklere tilgang og bedre utnyttelse av helsedata. Helsedirektoratet har lagt fram en nasjonal strategi for persontilpasset medisin som skal sikre at pasienter skal få rask og trygg tilgang til persontilpasset medisin. Mer bruk av kvalitetsindikatorer, data og registre, samt beslutningsstøtte for ansatte, skal bidra til mer kunnskapsbasert praksis og bedre kvalitet. Forslaget om etablering av et nytt kommunalt pasient- og brukerregister er vedtatt i Stortinget. Registeret skal bidra med viktige data til bruk i forskning, planlegging og styring i helse- og omsorgstjenester i kommunene.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 189,9 mrd. kroner. Dette er fordelt med 158,4 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 31,5 mrd. kroner på programområde 30, Stønad ved helsetjenester, jf. tabell i kap. 3.

Samlet foreslås om lag 4,9 mrd. kroner, eller 2,6 pst., mer enn i saldert budsjett 2016. Forslaget tar høyde for pris- og kostnadsvekst, herunder virkning av takstoppgjøret for leger, psykologer og fysioterapeuter samt redusert anslag for pensjonskostnader for de regionale helseforetakene med 4 950 mill. kroner. Sett bort fra dette, samt overføring av enkelte oppgaver mellom departementene, foreslås bevilgningsnivået økt reelt med om lag 3,9 mrd. kroner, eller om lag 2,1 pst. sammenliknet med saldert budsjett 2016. I forbindelse med forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene overføres om lag 1 186 mill. kroner fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Videre overføres det om lag 364 mill. kroner fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett knyttet til omlegging av ordningen med betaling av pensjonspremie for statlige virksomheter.

Realveksten fordeler seg med om lag 2,64 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag 1,25 mrd. kroner på programområde 30 Stønader ved helsetjenester. Den reelle utgiftsveksten knyttet til legemidler er om lag 800 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2016. En ser da bort fra forslag om å overføre finansieringsansvaret for enkelte legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Utgiftene til legemidler forklarer dermed en vesentlig del av den anslåtte realveksten på programområde 30.

Det foreslås videre at av veksten i kommunenes frie inntekter over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett begrunnes 300 mill. kroner med opptrappingsplan for rusfeltet, 100 mill. kroner med opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering og 50 mill. kroner til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten som del av opptrappingsplan mot vold og overgrep.

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

2.1 Kortere ventetid og økt kvalitet i sykehusene

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2017 med 1 888 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2016. Med dette legges det til rette for å videreføre antatt høyere aktivitet i sykehusene i 2016 enn forutsatt, svarende til om lag 34 mill. kroner, og øke pasientbehandlingen ytterligere med om lag 2,1 pst. Dette er en fortsatt høy budsjettert aktivitetsvekst. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,6 pst. Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene tar hensyn til at pensjonskostnadene anslås 4 950 mill. kroner lavere i 2017 sammenliknet med saldert budsjett 2016.

I beløpet for økte driftsbevilgninger på 1 888 mill. kroner er det gjort fratrekk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (177 mill. kroner) samt underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (36 mill. kroner). Videre er det gjort fratrekk for utfasing av særskilt tilskudd til pilotprosjekt for utvikling og drift av tverrfaglige poliklinikker/diagnosesentre for pasienter med relativt likeartede symptomer som langvarige smerte- og eller utmattelsestilstander (15 mill. kroner). De regionale helseforetakene forutsettes å videreføre behandlingsopplegget som en integrert del av tjenesten. Behandlingsopplegget vil bli evaluert.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen utgjør for de regionale helseforetakene 712 mill. kroner i 2017. 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 2016, og regjeringen foreslår å tilføre 535 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 2017. Reformen innebærer at bevilgningene til helseforetakene reduseres med netto om lag 177 mill. kroner.

Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2016

Kortere ventetid og økt kvalitet i sykehusene.....	1 888,0 mill. kroner
Lån til sykehusinvesteringer	363,0 mill. kroner
Opptappingsplan for rusfeltet ¹	345,0 mill. kroner
Økt kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene	205,4 mill. kroner
Opptappingsplan habilitering og rehabilitering ²	200,0 mill. kroner
Forsering av vedlikeholdsinvesteringer – tiltakspakke.....	100,0 mill. kroner
Etablering av protonbehandling	75,0 mill. kroner
Program for folkehelsearbeid i kommunene ³	56,1 mill. kroner
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten ⁴	50,0 mill. kroner
Vedlikehold av Folkehelseinstituttet ⁵	50,0 mill. kroner
Opptappingsplan mot vold og overgrep.....	22,0 mill. kroner
Elektronisk helsekort for gravide.....	20,0 mill. kroner
Psykologer i kommunene	20,0 mill. kroner
Tiltak for barn og unge med ervervet hjerneskade	13,7 mill. kroner
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.....	10,0 mill. kroner
Persontilpasset medisin	8,0 mill. kroner
Pakkeforløp, psykisk helse- og rusområdet	5,3 mill. kroner
Fri rettshjelp ved klage på tvangsbehandling ^{4,6}	4,5 mill. kroner
Legemiddeltiltak	4,0 mill. kroner
Norsk pasientskadeerstatning.....	3,1 mill. kroner
Sykkel-VM	3,0 mill. kroner
Ledelsesutvikling.....	3,0 mill. kroner
Politiattest i kommunal helse- og omsorgstjeneste ⁶	2,5 mill. kroner
Styrket atomberedskap	2,2 mill. kroner
Pilotprosjekt Evenes luftambulans og Valdres lokalmedisinske senter	2,0 mill. kroner
Meningokokkvaksine	1,9 mill. kroner

¹ 345 mill. kroner, hvorav 300 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett og 45 mill. kroner til tverr-departmental oppfølging av planen, hvorav 12 mill. kroner over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

² 200 mill. kroner, hvorav 100 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

³ Omprioritering innenfor området.

⁴ Over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Styrkingen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngår i opptappingsplan mot vold og overgrep.

⁵ 50 mill. kroner, hvorav 40 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

⁶ Over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

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 36 mill. kroner for de offentlige og 14 mill. kroner for de private.

Fritt behandlingsvalgreformens i spesialisthelsetjenesten ble innført i 2015. Fritt behandlingsvalg er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten 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. Private som tilfredsstillt kravene kan innen

definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris. Godkjenningsordningen for private har fra oppstart omfattet døgnbehandling innenfor rus og psykisk helsevern. I tillegg har enkelte tjenester innenfor somatikk vært inkludert. Fra 2017 utvides ordningen til å omfatte flere somatiske tjenester. Utgiftene til pasientbehandling som omfattes av fritt behandlingsvalg er anslått til 200 mill. kroner i 2017. Det er knyttet usikkerhet til anslaget.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 888 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2,1 pst. Det foreslås i tillegg å øke bevilgningen til Fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbytere med

10 mill. kroner. Ansvar for drift av fagenheten er lagt til Helse Midt-Norge.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene 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 2016, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2016. 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 2017.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,5 pst. fra 2016 til 2017. Fra 2017 er finansiering av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling inkludert i ISF. Det er budsjettert med en vekst på om lag 8,5 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter laboratorier og radiologi.

Som oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015), Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, ble det varslet at den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgnopphold også skulle omfatte brukere med psykisk helse og rusproblematikk fra 2017. Det foreslås overført 86,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til oppbygging av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i kommunene.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper med til sammen 730 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2017. Overføringen gjelder flere kreftlegemidler og legemidler mot pulmonal arteriell hypertensjon (PAH-legemidler). PAH er en alvorlig hjerte- og lungesykdom. Oppstart, evaluering og avslutning av behandling med disse legemidlene gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten. Det er enkelte legemidler som overføres som kan erstatte hverandre i bruk, slik at det er mulig å dra nytte av priskonkurranse.

En ny lov om strafferettslige særreaksjoner vil tre i kraft i oktober 2016. Det må påregnes noe tid fra ikrafttredelse til de første dommene foreligger. Utgifter til spesialisthelsetjenesten som følge av utvidet virkeområde for de strafferettslige særreaksjonene antas derfor å være begrenset den første tiden etter ikrafttredelse. Det anslås på usikkert grunnlag at spesialisthelsetjenesten vil få økte kostnader i intervallet fra 0 til 5 mill. kroner i 2016, fra 6 til 25 mill. kroner i 2017 og fra 12 til 50

mill. kroner i 2018 og framover. Det forutsettes at de regionale helseforetakene dekker disse kostnadene innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 888 mill. kroner.

2.2 Innføring av en ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene

Som varslet i Prop. 122 S (2015–2016) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016, foreslås det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. Bakgrunnen for forslaget er at merverdiavgiften skaper en vridning når helseforetakene kan produsere tjenester med egne ansatte uten merverdiavgift, men blir belastet merverdiavgift dersom tilsvarende tjenester kjøpes av private virksomheter. Merverdiavgiften kan derfor motivere til egenproduksjon framfor å kjøpe tjenester fra private tilbydere. Innføringen innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften i virksomheten. De tolv private institusjonene med langsiktige driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, som årlig mottar oppdrags- og bestillerdokument, inkluderes i ordningen på linje med de statlig eide helseforetakene. For øvrige spesialisthelsetjenester som helseforetakene kjøper fra private eller gir tilskudd til, vil det bli gitt en indirekte kompensasjon ved at de regionale helseforetakene får tilbake 5 pst. av betalt vederlag eller tilskudd til slike private virksomheter.

Ordningen er ingen støtteordning og det legges opp til at ordningen skal være budsjettneutryl for staten i oppstartsåret 2017. På bakgrunn av regnskapstall for kjøp av varer og tjenester til driften i foretakene gjøres det et trekk i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene i 2017 som kompenseres med bevilgninger basert på innsendte oppgaver over faktisk betalt og sjablongmessig beregnet merverdiavgift i løpet av året.

2.3 Lån til sykehusinvesteringer

Det foreslås å gi lån på til sammen 363 mill. kroner til fire nye store byggeprosjekter i 2017. Dette gjelder:

80 mill. kroner til nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus, med en låneramme på 567 mill. 2017-kroner, som utbetales i perioden 2017–2020.

175 mill. kroner til nytt sykehus i Stavanger, med en låneramme på 5 930 mill. 2017-kroner, som utbetales i perioden 2017–2023.

18 mill. kroner til oppgradering av sykehuset i Helse Førde, med en låneramme på 1 125 mill. 2017-kroner, som utbetales i perioden 2017–2025.

90 mill. kroner til oppgradering av sentralblokk ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen, med en låneramme på 370 mill. 2017-kroner, som utbetales i perioden 2017–2020.

Det forutsettes at framdriften i planleggingen av nytt sykehus i Drammen opprettholdes i 2017.

2.4 Forserjing av vedlikeholds- investeringer – tiltakspakke

Som en del av regjeringens tiltakspakke mot ledighet, foreslås et engangstilskudd på 100 mill. kroner til forserjing av vedlikeholdstiltak i helseforetakene. Hensikten er å bidra til økt aktivitet i områdene på Sør- og Vestlandet der arbeidsledigheten har økt mest. Midlene foreslås fordelt med 15 mill. kroner til Helse Sør-Øst (for å treffe agderfylkene), 70 mill. kroner til Helse Vest og 15 mill. kroner til Helse Midt-Norge (for å treffe Møre og Romsdal). Midlene skal fordeles av de regionale helseforetakene etter individuell vurdering. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak, og det skal rapporteres på sysselsettingseffekten.

Ved at det bevilges statlig investeringslån på 70 pst. av prosjektkostnadene, legges det til rette for investeringer i sykehusbygg på Sør- og Vestlandet på til sammen om lag 6,7 mrd. kroner akkumulert over årene 2017–2020. Dette kommer i tillegg til tiltakspakken mot ledighet.

2.5 Etablering av protonbehandling

Regjeringen vil sikre at det etableres protonbehandling i Norge. Det foreslås 75 mill. kroner i investeringstilskudd i 2017 til en preforprosjektfase. De regionale helseforetakene får i oppdrag å planlegge for ett senter innen 2022 og videre etappevis utbygging, avhengig av kapasitetsbehov og utvikling i behandlingsteknologi. Utbyggingen av protonbehandling finansieres med 30 pst. tilskudd og 70 pst. statlig lån.

Etablering av protonbehandling i Norge vil bidra til økt grad av helbredelse, redusere langtidskader og bidra til at flere kan leve et normalt liv etter kreftsykdom. Dette vil ha særskilt stor betydning for barn og unge, som i større grad kan

bli i stand til å fullføre skole og delta i arbeidslivet, og leve fullverdige liv.

2.6 Tiltak for barn og unge med ervertet hjerneskade

Hvert år får 60–80 barn en ervertet hjerneskade av moderat eller alvorlig grad. Mange får ikke et sammenhengende behandlings- og rehabiliteringsforløp tilpasset sitt behov, og det er variasjon i tilbudet. Det foreslås 13,7 mill. kroner til et prosjekt som vurderer behandlingsforløpet for disse pasientene og foreslår tiltak for å sikre faglig kvalitet i alle ledd av kjeden. Forslaget omfatter tiltak på sykehusene som inngår i behandlingsskjeden, og ev. medfinansiering av økte oppgaver for Sunnaas som behandlingssinstitusjon for barn med alvorlige ervertete hjerneskader.

2.7 Persontilpasset medisin

Ny teknologi og økt kunnskap om molekylær biologi gir store muligheter for mer treffsikker og skreddersydd forebygging, diagnostikk og behandling med færre bivirkninger og større behandlingseffekt for den enkelte pasient. For at norske pasienter skal kunne ta del i utviklingen av persontilpasset medisin, foreslås det til sammen 8 mill. kroner til området i 2017. Midlene skal gå til oppbygging og drift av en nasjonal, anonymisert database over genetiske varianter hos norske pasienter, samt etablering av et nasjonalt nettverk med oppbygging av regional, tverrfaglig kompetanse om persontilpasset medisin i alle helseregionene. Tiltakene er foreslått i Helsedirektoratets nasjonale strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten. Formålet er å legge til rette for at norske pasienter skal få tilbud om mer persontilpasset medisin, sikre en trygg implementering og imøtekomme tjenestens behov for å kunne tilby persontilpasset medisin.

2.8 Pakkeforløp, psykisk helse- og rusområdet

Det foreslås 5,3 mill. kroner til å etablere pakkeforløp innen psykisk helse- og rusområdet. I alt 22 forløp på området er planlagt utviklet og implementert innen 2020. Det er forutsatt et nært samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagmiljøer og andre aktuelle samarbeidspartnere.

2.9 Økt kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene

Bevilgningen til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser foreslås økt med 148,6 mill. kroner til å dekke første års utbetaling av tilskudd til om lag 1800 heldøgns omsorgsplasser, med en tilsagnsramme på 2 972 mill. kroner.

Det foreslås å endre dagens investeringstilskudd slik at det fra 2021 utelukkende gis investeringstilskudd til prosjekter som gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Med netto tilvekst menes at det totale antallet heldøgns omsorgsplasser i kommunen skal øke, og at kommuner som mottar tilskudd ikke samtidig kan avvikle gamle plasser i takt med at nye, tilskuddsfinansierte plasser tas i bruk. Det legges opp til en gradvis innføring av den nye ordningen fra 2017 til og med 2020. I disse årene vil tilsagnsrammen bli fordelt mellom tilskudd til plasser som gir netto tilvekst og tilskudd til utskifting/renovering av allerede eksisterende omsorgsplasser. I 2017 vil 20 pst. av rammen bli forbeholdt netto tilvekst, økende til 40 pst. i 2018, 60 pst. i 2019 og 80 pst. i 2020.

Budsjettforslaget legger til rette for om lag 750 flere dagaktivitetsplasser til personer med demens i 2017, svarende til om lag 45 mill. kroner. Hensyn tatt til noe lavere søknadsinngang i 2016 enn forutsatt i saldert budsjett, foreslås bevilgningen økt med 15 mill. kroner neste år.

For å heve kompetansen i sektoren foreslås det å styrke bevilgningen til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene med 40 mill. kroner i 2017. Det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet foreslås styrket med 24 mill. kroner og tilskuddet til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag med 16 mill. kroner.

Som del av regjeringens arbeid for å styrke den medisinskfaglige kompetansen i sykehjem og hjemmetjenester, foreslås det å styrke bevilgningen til Noklus (Norsk laboratorievirksomhet utenfor sykehus) med 1,8 mill. kroner. Noklus arbeider for å gi bedre kvalitet og sikkerhet på laboratorietjenestene utenfor sykehus. Deltakelse i Noklus kan gi sikrere diagnostisering og prøvetaking, reduserer antall unødvendige legebeseøk og sykehusinnleggelse og reduserer risikoen for feilbehandling.

2.10 Opptrappingsplan for rusfeltet

Regjeringen vil foreslå å øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020,

hvor av 541 mill. kroner ble bevilget i 2016. For 2017 foreslås en opptrapping med ytterligere 345 mill. kroner, hvor av 300 mill. kroner gjennom styrking av kommunenes frie inntekter og 45 mill. kroner gjennom en tverrdepartemental oppfølging av opptrappingsplanen. Det foreslås 12 mill. kroner til etablering av tre nye Stifinner-enheter over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett, 10 mill. kroner til styrking av fengselshelse-tjenesten og 20 mill. kroner til å etablere økt kunnskap om effekt av tiltak og den behandling som tilbys rusmisbrukere gjennom Forskningsrådets program Helsevel. Videre foreslås det 3 mill. kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 150 mill. kroner i 2017.

2.11 Opptrappingsplan mot vold og overgrep

Regjeringen fremmer en opptrappingsplan mot vold og overgrep. Planen er utarbeidet av Barne- og likestillingsdepartementet i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen foreslår en samlet bevilgning for 2017 gjennom opptrappingsplanen på 176 mill. kroner, hvor av 22 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett: 17 mill. kroner til kompetansetiltak og andre forbedringer av tjenestenes ivaretagelse av voldsofre og overgripere og 5 mill. kroner til å styrke forskningsprogrammet Helsevel i regi av Norges forskningsråd, som et tiltak for å følge opp kunnskapsbehov identifisert i opptrappingsplan mot vold og seksuelle overgrep. Videre foreslås helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket med 50 mill. kroner gjennom kommunenes frie inntekter, jf. nedenfor. Denne styrkingen inngår i opptrappingsplanen mot vold og overgrep.

2.12 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. Det foreslås en ytterligere styrking av dette tjenestetilbudet i 2017 på 50 mill. kroner gjennom kommune-

nes frie inntekter, jf. omtale ovenfor. Fra 2014 til 2017 er det med dette lagt til rette for å styrke helsetasjons- og skolehelsetjenesten med om lag 836 mill. 2017-kroner.

2.13 Psykologer i kommunene

Tilskuddet til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås økt med 20 mill. kroner. Dette legger til rette for 65 nye psykologårsværk i 2017. Samlet sett er det i 2016 og 2017 lagt til rette for minst 215 nye psykologårsværk i kommunene.

2.14 Elektronisk helsekort for gravide

Det foreslås 20 mill. kroner til å utvikle en nasjonal løsning for elektronisk helsekort for gravide. Tiltaket vil understøtte regjeringens mål om å styrke svangerskaps- og barselomsorgen. Det er behov for et elektronisk helsekort som er tilgjengelig for helsepersonell som samarbeider om god svangerskapsomsorg, og som ivaretar sikker håndtering av sensitive helseopplysninger.

2.15 Opptappingsplan habilitering og rehabilitering

Regjeringen legger med dette fram opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, jf. del III. Det foreslås 100 mill. kroner i øremerkede tilskudd til opptappingsplanen i 2017 i tillegg til 100 mill. kroner gjennom styrking av kommunenes frie inntekter. Det legges opp til at statlige stimuleringsmidler gjennom opptappingsplanen økes til 300 mill. kroner innen 2019. Videre foreslås det å overføre 57 mill. kroner fra raskere tilbakeordningen under Arbeids- og sosialdepartementet, som i dag går til helserelevante tjenester, og øremerke disse til arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Planen gir oversikt over hovedutfordringene på feltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Planen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud til sine innbyggere, og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvalitet, samhandling og koordinering mellom nivåene og innenfor disse. For å få dette til er endringer i arbeidsformer og kompetanse nødvendig.

2.16 Program for folkehelsearbeid i kommunene

Det foreslås totalt 56,1 mill. kroner gjennom omprioriteringer innenfor kap. 714 til å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene: 46,1 mill. kroner til ny tilskuddsordning til lokale utviklings tiltak og 10 mill. kroner til kunnskapsstøtte og evaluering. Programmet finansieres ved å samle eksisterende tilskuddsordninger til et større og mer langsiktig utviklingsprogram. Færre og større tilskuddsordninger vil bidra til langsiktighet og større fleksibilitet i kommunenes utviklingsarbeid. En samling av tilskudd vil føre til forenkling av tilskuddsforvaltning og rapportering.

Program for folkehelsearbeid i kommunene er et utviklingsarbeid som skal bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Programmet skal fremme lokalt rusforebyggende arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge skal være en prioritert målgruppe. Det skal legges vekt på å utvikle og spre metoder og tiltak for å styrke barn og ungdoms egne ressurser, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet og hindre utstøting. Programmet skal legge til rette for samarbeid mellom aktører innen bl.a. helsetjenesten, skole og barnehage, politiet og frivillig sektor.

2.17 Styrket atomberedskap

Det foreslås 2,2 mill. kroner til å styrke atomsikkerhet og ikke-spredning, bl.a. til oppfølging av anbefalingene etter IAEAs evaluering av Norges gjennomføring av forpliktelsene i Konvensjonen om fysisk sikring, inkl. sikring av norske atomanlegg.

2.18 Antibiotikaresistens

For å møte utfordringen med antibiotikaresistens ble det i 2016 øremerket om lag 6 mill. kroner for å følge opp Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten. Midlene videreføres til 2017. I tillegg har de regionale helseforetakene styrket de regionale kompetansesentrene for smittevern med om lag 3,5 mill. kroner for å bistå i implementeringen av antibiotikastyringsprogrammer i helseforetakene. Regjeringen foreslår videre å styrke satsingen mot antibiotikaresistens i landbruks- og matsektoren med 10 mill. kroner over Landbruks- og matdepartementets budsjett.

2.19 Meningokokkvaksine

Det ytes i dag stønad til meningokokk A+C+W+Y-vaksine, jf. blåreseptforskriften § 4-3. Det foreslås samlet 1,9 mill. kroner for å utvide dette tilbudet til grupper som er spesielt utsatt for denne type smitte, og for å åpne for støtte til ny meningokokkvaksine B for personer som er spesielt utsatt for meningokokk B-sykdom.

2.20 Sykkel-VM

Det foreslås 3 mill. kroner til folkehelseiltak i Bergen knyttet til Sykkel-VM 2017. Tilskuddet skal fremme god sykkelkultur og sykling som transport og hverdagsaktivitet både blant barn, unge og voksne.

2.21 Vedlikehold av Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttets lokaler på Lindern har stort vedlikeholdsetterslep og det er behov for vedlikeholdstiltak og oppgraderinger. Det foreslås 50 mill. kroner til vedlikehold for å sikre drift, imøtekomme pålegg og hensynta beredskap, sikkerhet, offentlige krav og effektivitet. Av dette foreslås 40 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

2.22 Nasjonalt klageorgan for helse-tjenesten

Det foreslås å styrke saksbehandlingskapasiteten knyttet til pasientskadeordningen i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten med 10 mill. kroner.

2.23 Norsk pasientskadeerstatning

Det foreslås å styrke saksbehandlingskapasiteten, herunder bruk av medisinsk sakkyndige, med 3,1 mill. kroner.

2.24 Legemiddeltiltak

Det foreslås 2 mill. kroner til Statens legemiddelverk for å styrke kapasiteten til å gjennomføre metodevurderinger av legemidler. Det foreslås videre 2 mill. kroner til rådgivningstjeneste ved Legemiddelverket. Rådgivningstjenesten vil være

rettet mot klinisk forskning, utvikling av produkter og bedriftsspesifikke behov.

2.25 Ledelsesutvikling

Det foreslås 3 mill. kroner til arbeid for bedre ledelse og samhandling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, en økning med 1,2 mill. kroner fra tildeling i 2016. Nasjonal ledelsesutvikling i helseforetakene og KS har initiert to pilotprosjekter med utgangspunkt i samhandlingsarenaer både på toppledernivå og på operativt nivå, samt utvikle modul for lederutvikling om samarbeid.

2.26 Fri rettshjelp ved klage på tvangsbehandling

Medikamentell tvangsbehandling er et særlig inn-gripende tvangstiltak og blir av mange opplevd som svært integritetskrekkende. For å styrke pasientenes klagemuligheter og rettsvern i møte med helsetjenesten foreslås det at pasienter i psykisk helsevern gis fritt rettsråd uten behovsprøving og egenandel ved klage til fylkesmannen over vedtak om behandling uten samtykke etter psykisk helsevernloven. Ordningen gir rett til å få dekket advokatsalær i inntil fem timer i slike klagesaker. Lovendringen antas å tre i kraft 1. juli 2017, forutsatt Stortingets tilslutning til forslaget. For 2017 foreslås 3 mill. kroner over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett og 1,5 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til etablering og forvaltning av ordningen.

2.27 Politiattest i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Alle som skal yte kommunale helse- og omsorgstjenester må legge fram politiattest, jf. endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven vedtatt juni 2016. Det foreslås 2,5 mill. kroner over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett for å dekke de økte utgiftene for politimyndigheten.

2.28 Pilotprosjekt Evenes luftambulanse

Det foreslås 1 mill. kroner i 2017 til et pilotprosjekt som skal bidra til mer systematisk arbeid med prosedyrer, erfaringsutveksling, samhand-

ling og kommunikasjon. Ambulansehelikopterbasene i Evenes og Tromsø skal omfattes av arbeidet, jf. Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016) og Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019. Målet er å styrke samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Oppdrag er gitt Helse Nord RHF i 2016.

2.29 Pilotprosjekt Valdres lokalmedisinske senter

Det ble bevilget 1 mill. kroner til et pilotprosjekt forankret ved Valdres lokalmedisinske senter i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016), jf. Innst. 400 S (2015–2016). Bevilgningen foreslås videreført i 2017. Målet er å styrke samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus.

2.30 Budsjett- og strukturtiltak

Gjennomgående budsjetttiltak

Regjeringen vil bygge sin politikk på en effektiv bruk av fellesskapets ressurser. Som i næringslivet er det også i offentlig forvaltning et 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 740 mill. kroner, hvorav 712 mill. kroner for regionale helseforetak og 28 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 2016, og regjeringen foreslår å tilføre om lag 535 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 helseforeta-

kenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2017.

Videre er 21-, 50-, 60- og 70-poster underregulert med om lag 1 pst. i forhold til forventet pris- og kostnadsvekst. Den reduserte priskompensasjonen utgjør om lag 51,4 mill. kroner. Budsjettposter med tilskudd til virksomheter som sykehus og private ideelle organisasjoner er holdt utenfor og prismo regnes på vanlig måte.

Ut over bevilgningsreduksjonen knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, foreslås det i tillegg å redusere driftsbevilgningene til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet med 5 mill. kroner for hver av etatene, til sammen 10 mill. kroner.

Alle statlige virksomheter skal i 2016 ta i bruk digital post til innbyggere. Dette gjelder utsending av post til innbyggere som har valgt digital postkasse og som ikke har reservert seg. Altinn skal benyttes for digital post fra forvaltningen til næringsdrivende. Overgangen fra papirbasert post til digital post vil gi besparelser for statlige virksomheter, bl.a. i form av reduserte portokostnader. For å realisere deler av disse gevinstene, foreslår regjeringen en samlet reduksjon på 196,3 mill. kroner i 2017. For Helse- og omsorgsdepartementet innebærer dette at budsjettforslaget for 2017 isolert sett er redusert med 9,6 mill. kroner.

Fra 2017 innfører regjeringen en forenklet modell for premiebetaling til Statens pensjonskasse (SPK) for de virksomhetene som ikke betaler premie i dag. Dette vil i større grad ansvarliggjøre virksomhetene for deres pensjonskostnader. Bare én av tre statlige virksomheter betaler i dag pensjonspremie til SPK. Dette kan føre til at virksomhetene ansetter mer personale enn de ville gjort med en riktigere prising av innsatsfaktorene. Investeringer i digitale løsninger eller kjøp av tjenester fra private vil bli mer aktuelt og regningssvarende hvis staten møter en riktigere pris på arbeidskraft. Den delen av statens pensjonsutgifter som i dag ikke blir finansiert av premieinntekter, dekkes sentralt av staten over kap. 612 Tilskudd til Statens pensjonskasse og kap. 613 Arbeidsgiveravgift til folketrygden. Modellen som innføres vil medføre økte premieinntekter til SPK og dermed reduserte tilskudd til SPK. Virksomhetene er gjennom budsjettforslaget kompensert for anslåtte økte utgifter. Modellen er samlet sett provenytnøytral på omleggingstidspunktet. Det vises til Gul bok 2017 for nærmere omtale. Over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett foreslås samlet 364,3 mill. kroner som teknisk justering knyttet til forenklet modell for premiebetaling til SPK, fordelt med:

- 23,901 mill. kroner over kap. 700, post 01, Helse- og omsorgsdepartementet
- 24,228 mill. kroner over kap. 701, post 01, Direktoratet for e-helse
- 10,567 mill. kroner over kap. 701, post 21, Direktoratet for e-helse
- 0,244 mill. kroner over kap. 702, post 21, Beredskap
- 105,595 mill. kroner over kap. 710, post 01, Folkehelseinstituttet
- 25,076 mill. kroner over kap. 710, post 21, Folkehelseinstituttet
- 0,66 mill. kroner over kap. 712, post 01, Bioteknologirådet
- 131,669 mill. kroner over kap. 720, post 01, Helsedirektoratet
- 0,826 mill. kroner over kap. 720, post 21, Helsedirektoratet
- 12,713 mill. kroner over kap. 721, post 01, Statens helsetilsyn
- 14,182 mill. kroner over kap. 722, post 01, Norsk pasientskadeerstatning
- 8,758 mill. kroner over kap. 723, post 01, Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
- 5,909 mill. kroner over kap. 729, post 01, Pasient- og brukerombud

Budsjettendringer knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, overgang til digital post, forenklet modell for premiebetaling til SPK mv., omtales ikke nærmere under de enkelte kapitler og poster i del II.

Økt produktivitet og en mer effektiv økonomi

Helse- og omsorgsdepartementet har følgende seks hovedinnsatsområder for økt produktivitet og en mer effektiv økonomi innenfor helse- og omsorgssektoren.

- sykehus
- e-helse
- legemidler
- sentral helseforvaltning
- kommunale helse- og omsorgstjenester
- kunnskapsbasert folkehelsearbeid

For nærmere omtale vises det til avsnitt 14.2, Forenklingsarbeid, modernisering og bedre gjennomføringskraft, i del III, Omtale av særlige tema.

Felles administrative tjenester i den sentrale helseforvaltningen

Det tas sikte på felles produksjon av administrative tjenester i den sentrale helseforvaltningen, jf.

omtale i Prop. 122 S (2015–2016). Alle etater under Helse- og omsorgsdepartementet skal ta i bruk Direktoratet for økonomistyring sin fullservicemodell for lønn, regnskap og reiseadministrasjon 1. januar 2017. Utsettelse gis til 1. januar 2018 når det gjelder regnskapstjenester for Folkehelseinstituttet. Norsk Helsenett SF er gitt oppdrag om å etablere et administrativt tjenestesenter for IKT, anskaffelser og arkiv for alle etater i helseforvaltningen. Senteret etableres med virkning fra 2017 og skal være fullt etablert senest 2018. Etablering av enkeltfunksjoner ved Norsk Helsenetts øvrige lokasjoner i Trondheim og Tromsø skal vurderes fortløpende. Minst en oppgave skal på egnet tidspunkt etableres på Svalbard. Finansiering vil skje i form av brukerbetaling innenfor etatenes gjeldende budsjetttrammer.

Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden

Det legges til grunn at egenandelene som omfattes av egenandelstak 1 og 2 i sum justeres i tråd med forventet prisvekst, svarende til om lag 90 mill. kroner på årsbasis. Økte egenandeler per 1. juli 2016 for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen mv. innebærer en helårsvirkning i 2017 på om lag 70 mill. kroner. Resterende prisjustering foreslås gjennomført ved å øke tak 1 fra 2 185 til 2 205 kroner, svarende til om lag 20 mill. kroner. Egenandelene under egenandelstakene foreslås uendret i 2017.

Det foreslås å avvikle sykdomslisten (også kalt diagnoselisten) i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m., som gir fritak for egenandeler for fysioterapibehandling. Pasienter med diagnoser som står på denne listen må da betale egenandeler. Formålet med endringen er å legge til rette for mer rettferdig fordeling og best mulig bruk av fysioterapiressursene. Samtidig foreslås det å øke aldersgrensen for fritak for egenandeler fra 12 til 16 år og redusere egenandelstak 2 med 680 kroner fra 2670 kroner til 1990 kroner. Samlet innebærer dette en netto reduksjon i utgiftene under folketrygden med 140 mill. kroner. I tillegg øker inntektene til kommunene fra de pasientene som nå må betale egenandel, anslått til om lag 175 mill. kroner. Budsjettneutralitet for kommunene ivaretas gjennom at rammetilskuddet over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett redusert tilsvarende.

Trygdens utgifter til stønad til tannbehandling er om lag fordoblet fra 2008 til 2015. Dette er en betydelig vekst ut over vedtatte utvidelser av stønadsordningene og takstjusteringer basert på forventet kostnadsutvikling. Det foreslås på denne

bakgrunn at takstene ikke prisjusteres for 2017, svarende til 69 mill. kroner i reduserte utgifter for folketrygden. Omfanget av takster for stønad til tannregulering virker utgiftsdrivende for folketrygden og prisdrivende for de pårørende. Det foreslås på denne bakgrunn å redusere og forenkle takster ved kontroller i behandlingsforløpet med tannregulering for barn og unge, med en forventet innsparing for folketrygden på 32 mill. kroner. Videre foreslås det å redusere enkelte av folketrygdens refusjonstakster med 19 mill. kroner, hvorav 16 mill. kroner til å styrke prioriterte tiltak innenfor tannhelsetjenesten på kap. 770.

Det foreslås en omlegging i refusjonsordningen for melkeerstatning for småbarn med melkeproteinallergi og -intoleranse. Det finnes i dag to ulike typer melkeerstatninger på markedet, hydrolysert (spaltet) melkeprotein og melkeerstatning basert på enkeltaminosyrer/andre proteinkilder, der sistnevnte er vesentlig dyrere enn hydrolysert melkeprotein. Det antas at om lag 90 pst. av småbarn med melkeallergi vil kunne bli symptomfrie ved bruk av hydrolysert melkeprotein. Det foreslås at førstevalget i behandlingen skal være hydrolysert melkeprotein. Legen vil likevel kunne foreskrive melkeerstatning basert på enkeltaminosyrer/andre proteinkilder for de småbarna som har behov for slike produkter. Det fore-

slås i tillegg å endre avansen på melkeerstatninger og produkter til behandling av fenyktonuri. I dag er avansen på 40 pst. opp til et beløp på 500 kroner, og for beløp over 500 kroner er avansen 300 kroner. Det foreslås å endre avansen til 25 pst. og å fjerne splittbeløpet. Det anslås at disse to tiltakene i kombinasjon vil redusere folketrygdens utgifter med 20 mill. kroner.

Det foreslås en endring i apotekenes avanse på legemidler, svarende til en innsparing for det offentlige på 24 mill. kroner, fordelt med 13 mill. kroner for folketrygden og 11 mill. kroner for helseforetakene. Til grunn for anslaget ligger en reduksjon av prosenttillegget, for apotekenes innkjøpspris (AIP) over 200 kroner, fra 2,5 pst. til 2,25 pst.

Det foreslås å overføre finansieringsansvaret for PAH-legemidler (pulmonal arteriell hypertensjon) fra folketrygden til helseforetakene, jf. omtale av det økonomiske opplegget for helseforetakene.

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 36 mill. kroner for de offentlige og 14 mill. kroner for de private.

3 Oversiktstabeller

Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

Betegnelse	mill. kr		
	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	907,3	1 047,4	15,4
10.10 Folkehelse mv.	2 046,9	1 962,4	-4,1
10.20 Helseforvaltning	1 741,5	1 957,6	12,4
10.30 Spesialisthelsetjenester	140 637,7	141 860,7	0,9
10.50 Legemidler	354,1	353,5	-0,2
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	8 318,4	10 237,6	23,1
10.70 Tannhelse	263,7	286,6	8,7
10.80 Kunnskap og kompetanse	708,4	678,2	-4,3
Sum før lånetransaksjoner	154 977,9	158 384,0	2,2
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0
Sum Helse og omsorg	154 977,9	158 384,0	2,2
<i>Programområde 30 Stønad ved helsetjenester</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	5 470,0	5 607,2	2,5
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	24 357,0	25 660,0	5,3
30.90 Andre helsetiltak	180,0	235,0	30,6
Sum før lånetransaksjoner	30 007,0	31 502,2	5,0
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0
Sum Stønad ved helsetjenester	30 007,0	31 502,2	5,0
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	184 984,9	189 886,2	2,6

Årsverk

Kap.	Virksomhet	2015	2016
700	Helse- og omsorgsdepartementet	216,5	214,6
701	Direktoratet for e-helse	a	239,4
710	Folkehelseinstituttet	1066,5	1266,6
712	Bioteknologirådet	b	6,0
720	Helsedirektoratet	1422,4	1433,9
721	Statens helsetilsyn	119,0	112,8
722	Norsk pasientskadeerstatning	152,3	158,4
723	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	b	79,7
729	Pasient- og brukerombud	64,0	64,3
750	Statens legemiddelverk	253,2	255,0
	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	52,7	c
	Statens strålevern	119,1	c
	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	163,1	c, d
	Statens institutt for rusmiddelforskning	45,6	d
	Nemndssekretariater mv.	110,8	d, e
	Sum	3785,2	3830,7

Samlet sett er det en økning på 46 årsverk i den sentrale helseforvaltningen fra 2015 til 2016. Økningen er i hovedsak knyttet til regjeringens styrking av arbeidet med IKT i helse- og omsorgssektoren.

Årsverkstall for den enkelte virksomhet i 2015 og 2016 er ikke sammenliknbare pga. omorganisering av den sentrale helseforvaltningen. Endringer i tabelloppsettet er knyttet til følgende:

^a Skilt ut fra Helsedirektoratet.

^b Tidl. medregnet i nemndssekretariater mv.

^c Innlemmet i Helsedirektoratet.

^d Innlemmet i Folkehelseinstituttet.

^e Innlemmet i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

Kilde: Statens sentrale tjenestemannsregister per mars. Fo.m. 2015 er det innført en ny innrapporteringsordning, A-ordningen.

Anmodningsvedtak

Det vises til samlet omtale i del III, kapittel 15.

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord
2007–2008	189	Kvalitetsforskriften
2008–2009	556	Spesialistgodkjenning
2011–2012	408	Fast kontakt for ofre og pårørende ved krise
2013–2014	26	Rammevilkår for ideelle organisasjoner
2013–2014	506	Førstelinjen innen psykiske helsetjenester
2014–2015	71	Taxfree-ordningen
2014–2015	425	Diagnosekoder forskrivning av antibiotika
2014–2015	494	Plikt dagaktivitetstilbud
2014–2015	707	NOU, palliasjonsfeltet
2015–2016	22	Ergoterapikompetanse
2015–2016	23	Elektronisk helsekort for gravide
2015–2016	24	Diabetesplan
2015–2016	34	Koordinator og kontaktlege
2015–2016	89	Kapasitetsbehov for transplantasjoner
2015–2016	91	Den gyldne regel
2015–2016	92	Omsorgstilbud i frivillig sektor
2015–2016	93	Regel for medikamentgjennomgang
2015–2016	262	Spesialisering innen vold mot barn
2015–2016	263	Medisinsk forbruksmateriell
2015–2016	434.11	Kartlegging av sårbare personer i mottak
2015–2016	437.1	Migrasjonshelse og smittevern
2015–2016	437.2	Helsepersonell blant beboere på mottak
2015–2016	437.3	Psykisk helsevern, traumeenheter
2015–2016	437.4	Fleksible oppsøkende behandlingsteam
2015–2016	439.5	Språkkontroller på helsestasjoner
2015–2016	520	Strafferettslige særreaksjoner
2015–2016	521	Strafferettslige særreaksjoner
2015–2016	522	Strafferettslige særreaksjoner, statistikk
2015–2016	542	Statlig ledelse ved norske sykehus
2015–2016	543	Akuttkirurgiske tilbud
2015–2016	544	Nasjonal helse- og sykehusplan
2015–2016	545	Basestruktur for luftambulanse
2015–2016	546	Elektiv kirurgi

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord
2015–2016	627	Alvorlig rusmiddelavhengighet, prevensjon
2015–2016	628	LAR-behandling, graviditet
2015–2016	629	Langtidsvirkende prevensjon, LAR
2015–2016	658	Biobanker, helseregistre mv.
2015–2016	662	Opptappingsplan, rehabilitering av eldre
2015–2016	786	Ungdomshelsestrategi, kroppspress
2015–2016	787	Ungdomshelsestrategi, kroppspress
2015–2016	817	Barn og unge som begår seksuelle overgrep
2015–2016	838	Ansvar for hjelpetjenestene til barn og unge
2015–2016	839	Medikamentfrie behandlingstilbud, barn og unge
2015–2016	840	Strategi for barn og unges psykiske helse
2015–2016	961	Norsk helsearkiv
2015–2016	962	Lagring av sensitive pasientopplysninger
2015–2016	999	Tjukkasgjengen

Del II
Budsjettomtaler

4 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Alle forslag er endringer sammenliknet med sal-
dert budsjett 2016 så langt som annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2016 og uten
bevilgningsforslag for 2017, 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 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
700	Helse- og omsorgsdepartementet	209 264	207 755	235 887	13,5
701	Direktoratet for e-helse	383 838	599 337	715 931	19,5
702	Beredskap	36 566	33 873	28 489	-15,9
703	Internasjonalt samarbeid	85 714	66 286	67 053	1,2
	Sum kategori 10.00	715 382	907 251	1 047 360	15,4

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
01–23	Statens egne driftsutgifter	590 476	740 459	833 448	12,6
70–89	Andre overføringer	124 906	166 792	213 912	28,3
	Sum kategori 10.00	715 382	907 251	1 047 360	15,4

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
01	Driftsutgifter	209 264	207 755	235 887
	Sum kap. 0700	209 264	207 755	235 887

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2016:

- Bioteknologirådet
- Direktoratet for e-helse
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet, inkl. Statens strålevern og Helfo
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)
- Norsk pasientskadeerstatning
- Statens helsetilsyn
- Statens legemiddelverk
- Mattilsynet (faglig ansvar)
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Norsk Helsennett SF
- AS Vinmonopolet

I sesjonen 2015–2016 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 9 L (2015–2016), Endringer i helselovgivningen (Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mv.)
- Prop. 15 S (2015–2016), Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)
- Prop. 27 S (2015–2016), Endringer i statsbudsjettet 2015 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 40 L (2015–2016), Endringer i psykisk helsevernloven mv. (rettigheter og bruk av tvang på rusfeltet)
- Prop. 61 L (2015–2016), Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)
- Prop. 74 L (2015–2016), Lov om endring av juridisk kjønn
- Prop. 78 L (2015–2016), Endringer i psykisk helsevernloven (kontroll for å hindre innføring av uønskede gjenstandar)

- Prop. 83 L (2015–2016), Endringer i legemiddeloven (refusjonskontrakter og rabatter)
- Prop. 94 L (2015–2016), Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven (politiattest i den kommunale helse- og omsorgstjenesten)
- Prop. 99 L (2015–2016), Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)
- Prop. 106 L (2015–2016), Endringer i helseregisterloven m.m. (kommunalt pasient- og brukerregister m.m.)
- Prop. 116 L (2015–2016), Endringer i alkoholloven mv. (retten til begrenset salg av alkoholholdig drikk mv.)
- Prop. 135 S (2015–2016), Endringer i statsbudsjettet 2016 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følge av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)
- Prop. 142 L (2015–2016), Endringer i tobakkskadefloven (gjennomføring av direktiv 2014/40/EU og standardiserte tobakkspakninger)
- Prop. 147 L (2015–2016), Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)
- Meld. St. 11 (2015–2016), Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
- Meld. St. 12 (2015–2016), Kvalitet og pasientsikkerhet 2014
- Meld. St. 34 (2015–2016), Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 0,161 mill. kroner til kap. 453, post 01, knyttet til etablering av ny sivil klareingsmyndighet, jf. omtale der.

Kap. 701 Direktoratet for e-helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
01	Driftsutgifter		181 991	209 759
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	263 705	254 316	354 891
70	Norsk Helsenett SF	120 133	124 758	112 610
71	Medisinske kvalitetsregistre		38 272	38 671
	Sum kap. 0701	383 838	599 337	715 931

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

- 20 mill. kroner til elektronisk helsekort for gravide
- 69 mill. kroner økt mot tilsvarende økning over kap. 3701
- 15 mill. kroner reduksjon til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Samfunnsoppdrag

Direktoratet for e-helse skal sørge for nasjonal koordinering og styring av e-helseområdet. Dette skal gjøres i samarbeid med helseforetak, kommuner, myndigheter og interesseorganisasjoner. Oppdraget er å realisere digitale løsninger som forenkler og forbedrer helse- og omsorgssektoren.

Roller

Direktoratet for e-helse er etablert som fagdirektorat på e-helseområdet. Direktoratet for e-helse skal bidra til at vedtatt politikk settes i verk i tråd med de føringene Helse- og omsorgsdepartementet gir. Direktoratet for e-helse har nasjonal myndighet- og premissgiverrolle på e-helseområdet. Direktoratet for e-helse har videre en pådriverrolle og skal sørge for utvikling av nasjonale IKT-løsninger i helse- og omsorgssektoren.

Myndighetsfunksjoner

Som myndighet skal Direktoratet for e-helse ivareta en forutsigbar IKT-utvikling. Direktoratet for e-helse skal ivareta en strategisk styring og samordning av IKT-området for hele helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse har myn-

dighet til å fastsette felles nasjonale arkitekturprinsipper, kodeverk, terminologier og standarder på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. Etaten har myndighet- og premissgiverrolle i utviklingen av nasjonal sikkerhetsinfrastruktur. Direktoratet for e-helse har ansvaret for å følge opp den nasjonale e-helseporteføljen, og er premissgiver for gjennomføring av nasjonale prosjekter innenfor e-helseområdet. Direktoratet for e-helse skal tilrettelegge for en aktiv utvikling av nye modeller for bruk av økonomiske og regulerende virkemidler.

Forvaltningsoppgaver

Direktoratet for e-helse har ansvar for styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale tjenester og løsninger på e-helseområdet. Direktoratet for e-helse har ansvaret for, i samarbeid med sektoren, å utarbeide felles nasjonale strategier med tilhørende handlingsplaner for å oppnå vedtatte helsepolitiske mål. Direktoratet for e-helse har sekretariatsansvar for etablerte nasjonale e-helsefora. Direktoratet for e-helse skal være det nasjonale kompetansemiljøet for gjennomføring av utredninger og gevinstanalyser av nasjonale IKT-tiltak. Leverandørmarkedet skal, i størst mulig grad, benyttes til utvikling av nye tjenester og løsninger.

Direktoratet for e-helse har etter fullmakt fra Helse- og omsorgsdepartementet fortolkingsansvaret for deler av pasientjournalloven.

Fagutvikling

Direktoratet for e-helse skal følge med på forhold som påvirker utviklingen av e-helse og gi råd og veiledning på området. Direktoratet for e-helse skal sammenstille kunnskap og erfaringer i fag-

lige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende med ansvar for nasjonale utredningsopdrag og situasjonsanalyser innenfor etatens fagområder.

Kommunikasjon

Direktoratet for e-helse skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målet og effektivt med disse. Direktoratet for e-helse skal formidle kunnskap og innsikt i e-helserelaterte tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Direktoratet for e-helse skal ha en bred kontaktflate og bidra til en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste med høyere kvalitet.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 0,3 mill. kroner til kap. 1605, post 01 under Finansdepartementets budsjett, knyttet til tjenester fra Direktoratet for økonomistyring.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker oppfølging og gjennomføring av prosjekter for å styrke digitaliseringen av helse- og omsorgstjenesten.

Det foreslås å flytte:

- 15 mill. kroner fra post 70, knyttet til e-reseptformidleren
- 2 mill. kroner til kap. 762, post 21, knyttet til drift av nasjonalt legevaktnummer
- 0,3 mill. kroner til kap. 781, post 79, for å samle tilskudd til Standard Norge på én post

Én innbygger – én journal

Én innbygger – én journal skal realisere framtidens journal- og pasientadministrative systemer. Et viktig mål er å sette innbyggeren i førersetet i samarbeidet om helsehjelp. Dersom all relevant informasjon presenteres samlet til helsepersonell, slipper pasienter og brukere å gjenta informasjon underveis i forløpet. Pasientsikkerheten vil bli styrket ved at helsepersonell får et bedre beslutningsgrunnlag. Ved å gi innbyggerne tilgang til én samlet journal, kan de få bedre kontroll over egen helseinformasjon og bedre oversikt over eget behandlingsforløp.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har i samarbeid med hele sektoren utredet hvor-

dan dette kan gjøres. De anbefaler en felles nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosessstøtte og pasient- og brukeradministrasjon. En nasjonal løsning betyr ikke nødvendigvis ett system fra én leverandør, men kan bestå av flere systemer som til sammen utgjør en helhetlig løsning.

Utviklingen må styres nasjonalt, men skal skje stegvis gjennom selvstendige prosjekter for å redusere kompleksitet og risiko. Det vil gi mulighet til raskere å teste ut løsningene og gjøre justeringer før videre utbredelse.

Programmet Helseplattformen i region Midt-Norge er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner om anskaffelse av en helhetlig løsning for pasientjournal og pasientadministrasjon. Det er i tråd med det nasjonale målet om én innbygger – én journal. Helseplattformen er derfor en god anledning for tidlig å teste ut samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet har gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag å bistå programmet Helseplattformen i Helse Midt-Norge, og utrede videre innføring av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Arbeidet skal gjennomføres innenfor gjeldene budsjetttramme.

Styrket gjennomføringsevne og nasjonal styring av e-helse

Helse- og omsorgssektorens evne til å gjennomføre digitaliseringstiltak skal styrkes. Det er behov for sterkere nasjonal styring og koordinering av utviklingen på e-helseområdet. Direktoratet for e-helse ble etablert 1. januar 2016. Digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren skal i større grad realiseres gjennom utvikling av felles tjenester på nasjonale plattformer som hels norge-portalen. Ved å gjøre funksjonalitet på plattformene tilgjengelig kan de ulike delene i helsesektoren tilrettelegge for nye tjenester uten at hver enkelt aktør selv må bestille, utvikle og anskaffe alle løsninger. Felles utvikling skal gi mer effektiv bruk av sektorens samlede ressurser. Direktoratet for e-helse har utarbeidet en leverandørstrategi for å sikre at bruk av markedsleverandører, der det er mulig, ligger til grunn i all utvikling av nasjonale e-helse-tjenester.

Direktoratet for e-helse har i 2016 etablert en nasjonal styringsmodell for e-helse. Styringsmodellen har en rådgivende funksjon ovenfor Direktoratet for e-helse og består av Nasjonalt e-helsestyre, Prioriteringsutvalget (Nuit) og Fagutvalget (Nufa). Forane har deltakelse fra hele sektoren og er etablert for økt samordning av IKT-utviklin-

gen gjennom utarbeidelse av felles tilrådninger innenfor strategi, handlingsplaner og porteføljestyring.

IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren skal, så langt det er mulig, gjennomføres innenfor rammene av en nasjonal porteføljestyring. Direktoratet for e-helse har i sin myndighetsrolle på e-helseområdet ansvaret for å forvalte porteføljen av nasjonale e-helsetiltak. Den nasjonale porteføljestyringen skal bidra til en mer helhetlig oppfølging av planer, økonomi, risiko og ressurser i nasjonale prosjekter slik at tiltak kan settes i verk etter behov. Modellen skal i 2017 videreutvikles med omforente krav til at det utarbeides utredninger og gjennomføringsplaner, før utvikling av nye tiltak settes i gang slik at forventede gevinster realiseres. Den nasjonale porteføljen skal ha en god fordeling av tiltak på kort og mellomlang sikt og tiltak som legger grunnlaget for det videre arbeidet med én innbygger – én journal.

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med de regionale helseforetakene, kommunene og andre fagmiljø utarbeidet en nasjonal handlingsplan for e-helse 2017–2020, som inkluderer helseregistre og medisinske kvalitetsregistre. Handlingsplanen skal sikre at vedtatte mål og strategier følges opp med forankring og forpliktelse i en samlet sektor. I tillegg til handlingsplanen er det i 2016 utarbeidet forslag til modeller for felles finansiering av utvikling av nasjonale e-helsetjenester.

Nasjonalt senter for e-helseforskning ble etablert i 2016. Det nasjonale forskningssenteret er underlagt Helse Nord RHF, jf. omtale under kap. 732, post 70. Nasjonalt senter for e-helseforskning skal ha en nasjonal rolle og understøtte nasjonale behov for kunnskap på e-helseområdet. Oppgavene inkluderer forskning og utredning, herunder følgeforskning og metodevurderinger av e-helsetiltak. Senteret skal ta utgangspunkt i de nasjonale behovene knyttet til arbeidet med én innbygger – én journal. Det forutsettes et tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og andre sentrale aktører som de regionale helseforetakene.

Digitale tjenester for helsepersonell

Helsepersonell skal ha rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige pasientopplysninger uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk og trenger behandling. Helsepersonell har behov for IKT-verktøy som gir tilgang til oppdatert kunnskap og beslutnings- og prosessstøtte på en enkel og brukervennlig måte. Digitale tjenester skal hjelpe helsepersonell med å stille riktig diagnose, planlegge behandlingsforløp og forskrive legemidler.

Nasjonal utbredelse av kjernejournal skal fullføres i 2017. I løpet av 2016 vil i overkant av fire millioner innbyggere ha fått kjernejournal. Kjernejournal gir helsepersonell tilgang til viktig pasientinformasjon som vil være av vesentlig betydning for både fastlegene, helse- og omsorgstjenesten, legevakten og akuttmottak på sykehus. Tilgang til viktig informasjon bidrar til økt pasientsikkerhet.

E-resept er en nasjonal løsning som bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom enklere og tryggere håndtering av legemidler. E-resept er en suksess og er innført hos fastleger, bandasjister og apotek i hele landet. Innbyggere har oversikt over egne resepter på helsenorge-portalen. I løpet av 2016 skal alle regionale helseforetak ha fullført innføring av e-resept. Det legges til rette for at tannleger, jordmødre, helsesøstre og andre aktører i helse- og omsorgssektoren skal ta i bruk e-resept. Dette vil gi sikrere legemiddelhåndtering i hele helse- og omsorgstjenesten.

Videre har e-resept utviklet løsning for bruk av multidoser som er viktig for helse- og omsorgssektoren. Løsningen prøves ut i flere kommuner og det arbeides med å legge til rette for nasjonal utbredelse. Multidoser gir også fastlegene mulighet til å videreformidle en fullstendig liste over alle legemidler en person bruker.

Det er behov for å forbedre e-reseptløsningen slik at den kan håndtere økningen i antall resepter og ny funksjonalitet. E-reseptløsningen skal derfor videreutvikles og moderniseres.

I 2016 er det tilrettelagt for nettapotek i Norge, jf. Innst. 115 L (2013–2014). Det er gjennomført regelverksendringer som gjør det mulig for apotek å etablere netthandel med reseptpliktige legemidler, og e-resept er tilpasset for nettapotekløsninger.

Oversikt over legemidler er viktig for pasientsikkerheten. En felles legemiddelliste skal gi informasjon om legemiddelbruk fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, jf. Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen. Departementet har gitt i oppdrag til Direktoratet for e-helse om å starte arbeidet med løsning for felles legemiddelliste, herunder forslag til løsning for å gjøre legemiddelinformasjon tilgjengelig til nasjonale registre.

Det er behov for et elektronisk helsekort for gravide som er tilgjengelig for helsepersonell som samarbeider om svangerskapsomsorg og den gravide selv. Elektronisk helsekort for gravide er ett av flere tiltak for å nå regjeringens mål om å styrke svangerskaps- og barselomsorgen i kommunene. Departementet har gitt i oppdrag til Di-

rektoratet for e-helse om å utrede og påbegynne utvikling av løsning for felles elektronisk helsekort for gravide. Det foreslås å bevilge 20 mill. kroner i 2017 til å starte utviklingen av elektronisk helsekort for gravide.

Det har siden 2014 pågått et arbeid for å forbedre de elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ) på legekantor. EPJ-løftet ledes nå av Direktoratet for e-helse. Se nærmere omtale under kap. 762, post 63.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 23 (2015–2016), 12. november 2015:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at elektronisk helsekort for gravide prioriteres i det videre arbeidet med nasjonal handlingsplan for e-helse.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandlingen av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, jf. Innst. 40 S (2015–2016). Tiltaket vil understøtte regjeringens mål om å styrke svangerskaps- og barselomsorgen. Det er behov for et elektronisk helsekort som er tilgjengelig for helsepersonell som samarbeider om god svangerskapsomsorg og den gravide selv. Løsningen skal ivareta sikker håndtering av sensitive helseopplysninger.

Departementet ga i tildelingsbrev for 2016 Direktoratet for e-helse i oppdrag å utrede og påbegynne utvikling av løsning for elektronisk helsekort for gravide. Prosjekt- og gevinstrealiseringsplan for elektronisk helsekort for gravide ble lagt fram våren 2016. Vedtaket er fulgt opp ved at det er foreslått 20 mill. kroner til å utvikle en nasjonal løsning for elektronisk helsekort for gravide i statsbudsjettet for 2017.

Digitale tjenester for innbyggere

Innbyggerne bruker i stor grad de tilgjengelige digitale helsetjenestene på nett. Mobile plattformer som nettbrett og smarttelefon gir enklere og raskere tilgang til nettbaserte helse- og omsorgstjenester. 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. Pasientens helsetjeneste skal være utgangspunkt for utviklingen av digitale tjenester til innbyggerne.

Helsenorge-portalen er felles inngang til offentlige helsetjenester på nett. Stadig flere bruker denne nettsiden. I 2016 har helsenorge-porta-

len hver måned hatt over en million besøkende. Portalen videreutvikles kontinuerlig med nye tjenester for innbyggeren. I 2017 skal det arbeides videre med løsning for digital dialog mellom pasient og helsepersonell hvor innbyggerne bl.a. skal få mulighet til å bestille time på nett, stille spørsmål til legen (e-konsultasjon) og fornye resepter. Via helsenorge-portalen skal innbyggerne ha tilgang til egne helseopplysninger og flere regionale helseforetak har etablert løsninger som gir innbyggerne elektronisk tilgang til egen sykehusjournal.

Tjenestene på helsenorge-portalen skal støtte opp om ordningen med fritt behandlingsvalg. Informasjon om kvalitet på behandling skal være tilgjengelig slik at innbyggerne får et bedre kunnskaps- og beslutningsgrunnlag for å velge behandlingssted.

Refusjonsordningen ved transport til og fra behandling (pasientreiser) er forenklet med standardiserte satser og færre dokumentasjonskrav. Elektronisk løsning er etablert på helsenorge-portalen. Innføring av den nye ordningen startet i 2016. Tjenesten blir enklere og raskere for innbyggerne og helsetjenesten vil bruke mindre tid på saksbehandling.

Velferdsteknologi

Regjeringen skal legge til rette for økt bruk av velferdsteknologi og mobil helseteknologi (m-helse). Nye teknologiske hjelpemidler kan gi innbyggerne bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan føle seg trygge i eget hjem. I tillegg kan velferdsteknologi fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.

Gjennom det nasjonale programmet for utvikling og innføring av velferdsteknologi 2014–2020 prøver flere kommuner ut teknologi for trygghet og mestring.

Trygghetsteknologi som fallsensorer, trygghetsalarm og digitale medisindispensere prøves ut i 31 kommuner. I 2017 vil tyngdepunktet i prosjektet for trygghetsskapende teknologi flyttes fra utprøving, og pilotering og over på innføring og spredning i nye kommuner. Hovedformålet er å sikre best mulig grunnlag for nasjonal utbredelse, slik at velferdsteknologi blir en del av det ordinære tjenestetilbudet innen 2020.

Det ble i 2015 etablert et nasjonalt velferdsteknologiprojekt for avstandsbehandling og -oppfølging av kronisk syke, jf. Innst. 11 S (2014–2015). Utprøving pågår i kommunene Oslo, Sarpsborg,

Trondheim og Stavanger. Dette videreføres i 2017 for å skaffe mer kunnskap og erfaring som grunnlag for nasjonale anbefalinger. Det vil produseres resultat- og gevinstrapporter gjennom året for å danne grunnlag for bred spredning og skalering av nye tjenesteforløp. Erfaringer fra utprøvingen i Oslo kommune viser at teknologien bidrar til at pasientene får en bedre hverdag og at helsepersonell får frigjort tid til å løse andre oppgaver. Rapporten, Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo, viser at brukere har redusert behovet for hjemmesykepleietjenester. Antall besøk er redusert med 30 pst. og helsepersonell har redusert tidsbruken med 60 pst. Tilsvarende gevinster finnes også i spesialisthelsetjenesten hvor antallet liggedøgn er redusert med om lag 40 pst.

Norges deltakelse i Be He@lthy – Be Mobile under Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale telekommunikasjonsunionen videreføres i 2017. I prosjektet benyttes mobilbaserte verktøy som et virkemiddel i arbeidet med å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. Direktoratet for e-helse har det operative ansvaret for prosjektet i Norge. Det pågår i 2016 et arbeid med å utrede en ordning for å støtte innbyggerne i å finne mobile helseapplikasjoner av god kvalitet, og hjelpe leverandører til å synliggjøre produkter med god sikkerhet og kvalitet.

Arbeidet med å utvikle og utprøve teknologiske verktøy for sosial kontakt blant eldre videreføres. Det jobbes også med teknologisk støtte i fritidsaktiviteter for barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier.

En viktig del av prosjektene er å følge med på gevinster og effekter underveis. Erfaringer så langt viser at anvendelse av velferdsteknologi gir gevinster og bidrar til å redusere belastningen for både brukere og helsepersonell.

Velferdsteknologiprogrammet har siden 2015 arbeidet med en helhetlig referansearkitektur for velferdsteknologi. Det vurderes å etablere en felles nasjonal plattform (arkitektur) for å legge til rette for en mer kostnadseffektiv implementering, drift og forvaltning av velferdsteknologiske løsninger. Regjeringen har innført det internasjonale standardiseringsrammeverket Continua på velferdsteknologiområdet. Standardene skal bidra til en helhetlig tjeneste hvor ulike løsninger fungerer sammen uavhengig av leverandør og kommunegrens, og at data kan mottas, lagres og distribueres på en sikker måte.

Det satses også på kompetansetiltak for å sikre erfaringsoverføring og opplæring av kommuner når velferdsteknologiske løsninger skal tas i bruk. Det er utviklet et veikart for tjenesteinno-

vasjon og velferdsteknologi, som gir veiledning til kommunene i hvordan velferdsteknologiprojekter kan drives fram i praksis. Videre er det utviklet en opplæringspakke, Velferdsteknologiens ABC, som skal hjelpe kommunene i opplæring av helsepersonell.

Se nærmere omtale om velferdsteknologi under kap. 761, postene 21 og 68, og kap. 769, post 70.

Oppdaterte og tilgjengelige helsedata

Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020 ligger til grunn for arbeidet med å oppdatere og gjøre tilgjengelig data fra helseregistrene. Helseregisterstrategien skal bidra til bedre utnyttelse, bedre kvalitet og enda sikrere håndtering av data i de nasjonale helseregistrene. Arbeidet skal understøtte de økende kravene til kunnskap i helse- og omsorgssektoren.

Siden helseregisterstrategien ble lagt fram i 2011, har Stortinget vedtatt en ny helseregisterlov og det pågår en rekke forskriftsendringer i tilknytning til loven. Det har vært en sterk vekst i antall medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Hjerte- og karregisteret er etablert. I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet foreslo regjeringen å utvikle et register for kommunale helse og omsorgstjenester. Våren 2016 vedtok Stortinget at det skal etableres et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Videre har Stortinget ved behandlingen av Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmedlingen gitt tilslutning til regjeringens forslag om å utrede etablering av et personidentifiserbart legemiddelregister som inkluderer data fra institusjon. Selv om Norge sammenliknet med andre land har gode helsedata, er det fortsatt en del områder hvor det mangler data. Det gjelder fagområder som muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og ruslidelser og diabetes.

Arbeidet med å utvikle fellesløsninger på tvers av helseregistrene har også kommet kort. Det er liten grad av automatisert uttrekk fra pasientjournal, dekningsgrad og datakvaliteten i flere av registrene er for lav, kvalitetsregistrene kan i liten grad gjenbruke data fra sentrale registre og det gjenstår et betydelig arbeid med å modernisere de sentrale helseregistrene. I tillegg er det spesielle utfordringer knyttet til bruk av helsedata til helseanalyser, kvalitetsforbedring og forskning. Resultatet er at det produseres mye verdifulle data i ulike systemer som sektoren ikke klarer å utnytte godt nok i arbeidet med å fremme helse,

forebygge sykdom og skade og utvikle bedre helse- og omsorgstjenester.

For å bedre samordningen og styrke gjennomføringskraften på helseregisterfeltet, vil Helse- og omsorgsdepartementet etablere et program for utvikling av fellesløsninger. Programmet vil bli forankret i Direktoratet for e-helse og skal bidra til en mer robust organisering av de viktigste utviklingsoppgavene i helseregisterstrategien. For å sikre god forankring på tvers av helseregistermiljøene og nødvendig registerfaglig kompetanse i prosessene, skal det etableres en styringsgruppe ledet av Direktoratet for e-helse med representanter fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene og med representasjon fra kommunesektoren. Styringsgruppen skal forelegge saker av strategisk betydning for avklaring i Nasjonalt e-helsestyre. Arbeidsutvalget, som er etablert i tilknytning til helseregisterprosjektet, videreføres som arena for samarbeid mellom helseregistermiljøene.

Programmet skal organiseres rundt arbeidet med å utvikle felles teknologiske løsninger, etablering av en plattform av helsedata, og utvikling av referansearkitektur, kodeverk og terminologi. Plattformen av helsedata skal utvikles med utgangspunkt i Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret, Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og personidentifiserbare legemiddeldata. Målet er å få på plass felles analyseverktøy og gjenbruke data fra registrene som grunnlag for utvikling av nye registre og/eller analysemiljø på områder der det i dag mangler data, f.eks. psykiske lidelser og ruslidelser.

Helseregisterstrategien vil i resten av strategiperioden bli fulgt opp gjennom strategi og handlingsplan for e-helse. Det skal legges mer vekt på utvikling av nye teknologiske løsninger i registrene og utvikling av fellesløsninger (innsyn, utlevering, kodeverk, innrapportering). Digitalisering av helsesektoren vil få stadig større betydning for utvikling av helseregisterfeltet framover og en felles strategi og handlingsplan vil bidra til tettere koordinering med e-helsearbeidet. Mål og prioriteringer for helseregisterfeltet i resten av strategiperioden skal konkretiseres gjennom dette arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt ned et ekspertutvalg som skal vurdere barrierer for å bruke helsedata til statistikk, helseanalyser, planlegging, kvalitetsforbedring, forskning, innovasjon og næringsutvikling. Ekspertutvalget skal beskrive dagens system for tilgang til og sammenstilling av helsedata og anbefale konkrete organi-

satoriske, tekniske og juridiske tiltak for å forbedre dagens system.

Det pågår et arbeid med å revidere forskriftene for helseregistrene fra den tidligere helseregisterloven. Videre arbeides med nye forskrifter for Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), medisinske kvalitetsregistre og befolkningsbaserte helseundersøkelser. Samlet sett vil dette sikre et mer enhetlig, forutsigbart og tilgjengelig regelsett for helseregistrene.

Når det gjelder Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), har innsatsen i 2015 og 2016 vært rettet mot å forberede etablering av registret basert på data fra Iplos og Kuhr. I 2017 vil det bli lagt vekt på å sette registret i ordinær drift og videreføre det pågående utviklingsarbeidet.

I 2016 har Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) tildelt midler til arbeidet med å modernisere Dødsårsaksregisteret som en del av det statlige digitaliseringsprosjektet. Det pågår flere prosjekter for å modernisere Krefregisteret. Videre er det i 2016 satt i gang et arbeid med å utrede referansearkitektur for nasjonale helseregistre som skal bidra til enklere datafangst, bedre datakvalitet og bedre utnyttelse av registerdata.

Nasjonal IKT-infrastruktur og felleskomponenter

Digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren skal bidra til god informasjonsflyt slik at oppdatert informasjon om pasienten er tilgjengelig for helsepersonell med tjenstlig behov. Samtidig er det viktig å ivareta innbyggernes tillit til at helseopplysninger blir behandlet og lagret på en trygg og sikker måte. Dette krever en felles nasjonal IKT-infrastruktur og felleskomponenter som gjør at informasjon kan gjenbrukes og gjøres tilgjengelig i hele helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonell skal kunne bruke sin elektroniske identitet for å få tilgang til nødvendige helseopplysninger uavhengig av hvor informasjonen er lagret. Videre er det behov for oppdaterte helseadministrative registre som inneholder informasjon om adresser, virksomheter og personell i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for e-helse har i 2016 utredet en forvaltningsmodell for helseadministrative registre. Arbeidet inngår som en del av prosjektet for etablering av en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur for helse- og omsorgssektoren. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Norsk Helsenett SF og andre relevante aktører se også omtale under kap. 701, post 70. Direktoratet for e-helse koordinerer også sektorens oppfølging knyttet til Skattedirektoratets arbeid med modernisert folkeregister.

Helse- og omsorgssektoren skal arbeide målrettet på informasjonssikkerhetsområdet, jf. Nasjonal strategi for informasjonssikkerhet og tilhørende handlingsplaner.

Arbeidet med kodeverk og terminologi skal sikre 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. I 2016 har Direktoratet for e-helse etablert et nasjonalt program for utvikling og bruk av terminologi og kodeverk for både pasientjournalssystemer og nasjonale helseregistre. Programmet har bl.a. vurdert og anbefalt en nasjonal innmelding i International Health Terminology Standard Development Organization (IH-TSDO). Dette gir mulighet til å benytte den internasjonale helsefaglige standarden Systemized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (Snomed CT) i den norske helse- og omsorgstjenesten i arbeidet med å utvikle en helhetlig og strukturert journal som inkluderer prosess- og beslutningsstøtte. Det nasjonale programmet fortsetter i 2017.

Post 70 Norsk Helsenett SF

Det foreslås å flytte 15 mill. kroner til post 21 knyttet til e-reseptformidleren.

Norsk Helsenett SF skal bidra til en forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av helse- og omsorgssektoren gjennom å sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Statsforetaket har en viktig rolle i arbeidet med å digitalisere helse- og omsorgssektoren og skal bidra i Direktoratet for e-helse sitt arbeid med å realisere nasjonale strategier, herunder én innbygger – én journal.

Norsk Helsenett SF fikk i 2016 i oppdrag å etablere tjenestesenter for IKT, anskaffelser og arkiv for alle etater i den sentrale helseforvaltningen. Senteret etableres i Oslo med virkning fra 1. januar 2017 og skal være fullt etablert senest 1. januar 2018, se nærmere omtale i kapittel 2.28.

IKT-infrastruktur og drift av IKT-tjenester

Norsk Helsenett SF har ansvaret for sektorens felles infrastruktur, helsenettet og drift av IKT-tjenester som er viktig for den elektroniske samhandlingen. Statsforetaket skal sørge for sikker, stabil og effektiv drift av helsenorger-portalen, 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, se også omtale under kap. 701, post 21.

Norsk Helsenett SF skal legge til rette for framtidsrettede løsninger som understøtter effektiv elektronisk samhandling mellom aktørene i sektoren. Gjennom etablering av neste generasjon kjernenett (NKG) skal helsenettet styrkes med høyere kapasitet og bedre tilgjengelighet. En framtidsrettet infrastruktur skal ta høyde for endringer som vil kunne komme i realiseringen av én innbygger – én journal.

Norsk Helsenett SF har et ikke-økonomisk formål og skal levere best mulig tjenester til lavest mulig pris for sine kunder. Kundesegmentet og de ulike aktørenes behov for tjenester endrer seg raskt i takt med digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren. Norsk Helsenett SF skal sørge for at det foreligger en prismodell som ivaretar kundens mulighet til å velge et tjenestenivå som passer sin virksomhet.

Norsk Helsenett SF overtok i 2015 driften av kvalitetsregisterplattformen Medisinsk registreringssystem (MRS). Statsforetaket skal fortsette arbeidet med å legge til rette for en samlet drift av de medisinske kvalitetsregistrene på oppdrag fra, og i samarbeid med, de regionale helseforetakene.

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.

I 2016 ble HelseCSIRT (Computer Security Incident Response Team) endret 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. Gjennom HelseCERT er det etablert et nasjonalt kompetanseforum for IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren for å bidra til erfaringsutveksling og kompetansespredning rundt bruk av framtidige løsninger og felleskomponenter.

Nasjonalt beskyttelsesprogram skal videreutvikles iht. eksisterende planer for å øke sektorenes 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. Registerne er et fundament for den nasjonale sikkerhetsinfrastrukturen. Eksempler på slike registre er adresseregisteret, helsepersonellregisteret, fastlegeregisteret og legestillingsregisteret. Norsk Helsenett SF skal bidra i arbeidet med videreutvikle og drifte de helseadministrative registerne på en slik måte at de er oppdatert og med en høy datakvalitet, se også omtale under kap 701, post 21.

Center for Cyber and Information Security (CCIS) er et nasjonalt senter for forskning, utdanning og kompetansebygging innen cyber og informasjonssikkerhet. Senteret skal bidra til å styrke samfunnets kompetanse på å beskytte og respondere på kriminelle handlinger knyttet til cyber- og informasjonssikkerhet. I Innst. 11 S (2015–2016) bevilget Stortinget 2 mill. kroner i basistilskudd for å sikre deltakelse i og læring fra nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter. CCIS har i 2016 etablert en ny forskningsgruppe som skal identifisere forskningsområder innenfor cyber- og informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet skal videreføres i 2017.

Forvaltning av digitale tjenester

Det ble i 2015 sendt over 169 millioner medisinske meldinger over helsenettet mellom kommuner, sykehus, fastleger og andre aktører. Statsforetaket skal fortsette arbeidet med forvaltning av elektroniske meldinger, i samarbeid med de andre aktørene i sektoren. Kompetansen og nettverket som er etablert i arbeidet med meldingsutbredelse skal videreføres og støtte opp under behov og videre utvikling knyttet til elektronisk samhandling og IKT-tiltak i kommunesektoren. De etablerte nettverkene skal i 2017 utvides til også å være et kompetansemiljø knyttet til innføring og spredning av velferdsteknologi i kommunene, se omtale av Nasjonalt velferdsteknologiprogram under kap. 701, post 21.

Norsk Helsenett SF etablerte i 2014 et testsenter for hele helse- og omsorgssektoren. Testsenteret 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.

Post 71 Medisinske kvalitetsregistre

Bevilgningen dekker finansiering av nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord. Videre dekker bevilgningen videreutvikling av tekniske fellesløsninger i regi av Nasjonal IKT, og implementering av felles infrastruktur (teknologiske, organisatorisk og faglig) for medisinske kvalitetsregistre.

Medisinske kvalitetsregistre er registre som løpende kan dokumentere behandlingsresultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Data fra medisinske kvalitetsregistre kan gi kunnskap om kvalitet og oppnådd helsegevinst fra behandling gjennom helseanalyser og forskning, og danner grunnlag for faglig kvalitetsforbedringsarbeid, utvikling av resultatbaserte kvalitetsindikatorer, planlegging og styring.

1. juni 2016 hadde 52 medisinske kvalitetsregistre fått nasjonal status. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for etablering og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre og beslutter hvilke registre som får nasjonal status. Regionale helseforetak har ansvar for å finansiere driften av kvalitetsregistre med nasjonal status og for å sikre at registerne benyttes i tråd med formålet. De regionale helseforetakene har utarbeidet en strategi for medisinske kvalitetsregistre for perioden 2016–2020 som er forankret i de regionale kvalitetsstrategiene og i strategien for Nasjonal IKT HF. Det pågår et arbeid i regi de regionale helseforetakene med å samle teknisk drift av kvalitetsregistre i Norsk Helsenett SF.

Kvalitetsregistrene publiserer årsrapporter som brukes som grunnlag for å videreutvikle registerne. Hvert år offentliggjøres resultater som er tilrettelagt for pasienter og befolkning på nettsiden kvalitetsregistre.no. Arbeidet med medisinske kvalitetsregistre videreføres i 2017 i tråd med nasjonale tiltak på helseregisterfeltet og e-helseområdet. Utviklingen av medisinske kvalitetsregistre skal knyttes tettere opp mot journalsystemene gjennom IKT-strategiene i de regionale helseforetakene. Videre skal det legges vekt på tiltak knyttet til datakvalitet, resultatformidling og dokumentasjon på bruk av registerdata til kvalitetsforbedring og forskning.

Kap. 3701 Direktoratet for e-helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
02	Diverse inntekter		100	70 003
	Sum kap. 3701		100	70 003

Bevilgningen foreslås økt med 69 mill. kroner mot tilsvarende merutgifter over kap. 701, post 21,

knyttet til utvikling av felles nasjonale felleskomponenter.

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	31 793	30 111	24 669
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	4 773	3 762	3 820
	Sum kap. 0702	36 566	33 873	28 489

Helseberedskap er den delen av samfunnssikkerhet og beredskapsområdet som har til formål å verne befolkningens liv og helse og sørge for nødvendig helsehjelp i kriser og krig.

Helseberedskap bygger på den daglige helse- og omsorgstjenesten og det daglige folkehelsearbeidet – strålevern og atomberedskap, smittevern, miljørettet helsevern og mattrygghet – samt forsyningssikkerhet av legemidler, materiell, drikkevann, IKT og annen kritisk infrastruktur. Alt i tråd med ansvars-, nærhets-, likhets- og samvirkeprinsippet.

Ansvar for helseberedskap følger av helseberedskapsloven. Loven pålegger kommuner, regionale helseforetak, sykehus, vannverk, Mattilsynet, næringsmiddellaboratorier og staten å ha beredskapsplaner. Helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, matloven, smittevernloven, strålevernloven, atomenergiloven og folkehelseloven har egne bestemmelser om beredskap. Helse- og omsorgsdepartementet, Strålevernet og fylkesmannen bistår kommuner, regionale helseforetak og helseforetak med veiledning, øvelser og kompetansetilbud. 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. 701, 703, 710, 720, 732, 750, 764 og 765. Det gis her en presentasjon av hovedområdene for helseberedskapsarbeidet.

Hovedinnsatsområdene er:

- Krisehåndteringsevne
- Beredskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer – CBRNE-beredskap
- Forsyningssikkerhet av legemidler, materiell, vann, IKT og annen kritisk infrastruktur
- Nasjonalt og internasjonalt helseberedskaps-samarbeid.

Mål for 2017:

- Følge opp erfaringer fra øvelser og hendelser og planlegge Nasjonal helseøvelse 2018
- Styrke helseberedskapen mot CBRNE-hendelser
- Styrke forebygging og beredskap på drikkevannsområdet
- Styrke sivil-militært samarbeid på helseberedskapsområdet.

Krisehåndteringsevne

Helsesektorens krisehåndteringsevne bygger på den daglige tjenesten, oversikt over risiko, fore-

bygging, beredskapsplanlegging, øvelser og erfaring fra håndtering av hendelser. Nasjonal helseberedskapsplan klargjør roller og ansvar. Helsedirektoratet får som hovedregel delegert fullmakt til å koordinere helsetjenestens innsats ved kriser. RHFene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen og skal ved kriser om nødvendig legge om og utvide driften. Kommunene har tilsvarende ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen. Kommunene har også ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade – smittevern, miljørettet helsevern, mattrygghet, drikkevann og strålevern. I tillegg til overordnet planverk er det spesialiserte planer og kompetansemiljøer på enkeltområder.

Terrorangrepet mot regjeringskvartalet og på Utøya 22. juli og katastrofen i Japan i 2011, mot Statoil i Algerie 2013, orkanen på Vestlandet 2011, Ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015 og situasjonen med økte asylkomster til Norge 2015 er eksempler på hendelser hvor det er tatt i bruk beredskapsplanverk i helsesektoren.

Terrorangrepet mot Norge 22. juli 2011 stilte norsk helsetjeneste på sin kanskje største prøve noensinne. Evalueringene har påpekt læringspunkter, samtidig som de har konkludert med at hovedinnretningen på helseberedskapen i Norge er god. Helsedirektoratet følger opp i samarbeid med berørte aktører. RHF-ene følger opp tiltak som gjelder spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Eksempler på tiltak er etablering av Nødnett, innføring av nytt nasjonalt legevaktnummer 116117 og krav til trippelvarsling i forskrift. Helsedirektoratet og Politidirektoratet samarbeider om innføring av Nasjonal prosedyre ved pågående livstruende vold (Plivo) og har fastsatt felles rundskriv om utlevering av pasientopplysninger til politiet, samt felles rundskriv om hvilke situasjoner politiet kan be om bistand fra helsetjenesten til transport av polititjenestemenn i sivile ambulanser for å løse politioppdrag.

Departementet har sendt på høring et forslag om en tilføyelse i helse- og omsorgstjenesteloven for å tydeliggjøre kommunenes ansvar for psykososial beredskap. Det gjennomføres fortsatt 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 et verdig og godt tilbud. Mange har fått støtte og behandling. Samtidig har flere opplevd å ikke få hjelpen de trengte. Oppfølging av overlevende og pårørende etter 22. juli er fortsatt prioritert. Det foreslås å videreføre støtte til den

nasjonale støttegruppen etter 22. juli i 2017. Det vises til omtale under kap. 765, post 75.

Beredskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer – CBRNE-beredskap

Det alminnelige arbeidet med smittevern, miljørettet helsevern, strålevern og atomberedskap er grunnlaget for helsesektorens beredskap mot kjemiske hendelser, bioterror, utbrudd av smittsomme sykdommer, radiologiske og nukleære hendelser og eksplosiver. Dette utgjør sammen med spesialiserte kompetansemiljøer og planer helsesektorens CBRNE-beredskap.

Det er etablert overvåkings-, måle- og analysekapasiteter og ulike innsatsteam. F.eks. har Folkehelseinstituttet fageksperter som kan bistå kommunene og andre ved smitteutbrudd og miljøhendelser. Strålevernet har tilsvarende kapasiteter for strålevernrelaterede hendelser. 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.

Atomberedskapen er organisert i Kriseutvalget for atomberedskap, Kriseutvalgets rådgivere, ledelse og sekretariat ved Statens strålevern, Fylkesmennene og Sysselmannen på Svalbard. Kriseutvalget er opprettet for å oppnå rask koordinert håndtering av akutfasen ved hendelser, gi råd til departementer og andre myndigheter i senfasen av en hendelse, og i det løpende beredskapsarbeidet. Utvalget består av Strålevernet, Helsedirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret, Politidirektoratet, Mattilsynet, Kystverket og Utenriksdepartementet. Statens strålevern er ved omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen i 2016 en etat i Helsedirektoratet.

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. Forskriftsbestemmelser om helseberedskap ved miljøhendelser vil ferdigstilles i 2016. Arbeidet med å styrke atomberedskapen, herunder kjøp av nytt utstyr for å bedre målekapasitet videreføres i 2017. 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 bered-

skapsplan mot alvorlig smittsomme sykdommer er under utarbeidelse og koordineres med oppfølgingen av erfaringene fra den norske innsatsen mot ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015.

Forsyningssikkerhet av legemidler, materiell, drikkevann, IKT og annen kritisk infrastruktur

Kommuner, RHF og helseforetak har plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de tjenestene de har ansvar for, herunder for innsatsfaktorer og infrastruktur de trenger for å yte tjenesten til daglig og i kriser. De skal ha systemer for å sikre kritiske innsatsfaktorer som personell, legemidler og medisinsk utstyr, IKT/ECOM-tjenester, mat, vann- og strømforsyning. Beredskapen skal omfatte tjenester som etter lov eller avtale blir utført av private.

I tråd med ansvarsprinsippet overtok de regionale helseforetakene fra 1. januar 2015 oppgaven fra Helsedirektoratet med å beredskapssikre legemidler for spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har laget en rapport om utfordringer og strategier for deres oppfølging av nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratets avtale med grossist om nasjonalt beredskapslager av legemidler for primærhelsetjenesten gikk ut 31. desember 2015. Ordningen er erstattet med et nytt krav til legemiddelgrossistene om legemiddelberedskap. Endringer i Grossistforskriftens § 5 og legemiddelforskriften § 12-2 trådte i kraft 1. januar 2016. Endringen innebærer at legemiddelgrossister skal sikre ekstra lagere av legemidler til bruk i primærhelsetjenesten. Beredskapslageret skal omfatte minst to måneders ordinær omsetning av legemidlene som går fram av vedlegg til grossistforskriften. Det vises her til Meld. St. 28 (2014–2015), Legemiddelmeldingen, Riktig bruk – bedre helse. Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Helsedirektoratet forvalter avtaler med grossister om beredskapslagre av antivirale legemidler og jod, samt utstyr og materiell.

Folkehelseinstituttet har ansvar for vaksineforsyning og beredskap for vaksiner, immunglobuliner og sera etter smittevernloven. Instituttet har avtaler med Glaxo SmithKline AS og Novartis Norge AS om reservasjon av produksjonskapasitet og innkjøp av vaksine til fullvaksinering av hele Norges befolkning i tilfelle WHO erklærer en pandemi.

For drikkevann, har om lag 85 pst. av vannverkene, som leverer vann til minst 50 fastboende personer, 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. Gammelt og/eller 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. For å styrke vannverkens evne til å håndtere kritiske situasjoner etableres det et nettverk for kompetansestøtte til vannverk. Mattilsynet er for øvrig bedt om å prioritere tilsyn og bruke strengere virkemidler overfor vannverk som ikke oppfyller regelverket.

Helseforetakene rapporterer at de har etablert beredskapsplaner for de tre innsatsområdene IKT, vann- og strømforsyning. En grunnleggende forutsetning for god beredskap er at virksomhetens daglige drift er sikker og robust. Målsettingen til de regionale helseforetakene er at helseforetakene har systemer for risikoerkjennelse og for å håndtere risiko i ordinær drift. Regionene standardiserer risikovurderinger, rutiner og metodikk for risiko- og sårbarhetsanalyser og håndtering av sårbarhet på tekniske områder. I tillegg vil helseforetakene ha beredskapsplaner for svikt innen disse områdene, som de øver internt. Det gjennomføres også årlig øvelser i samarbeid med brann, politi, sivilforsvar, frivillige organisasjoner og relevante bedrifter der kritisk infrastruktur inngår. Det forventes at en mer systematisk ROS-metodikk også vil framheve trening og øvelse som risikoreduserende tiltak og bidra til at dette systematiseres i helseforetakenes drift.

Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Helse- og omsorgsdepartementet møter fast i Kriserådet og forvalter instruks 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 smitteutbrudd og strålerelaterte hendelser. Norge samarbeider med EU og Nato på helse- og mattrygghetsområdet og har en Nordisk helseberedskapsavtale som omfatter informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer. Det vises til omtale i kapittel 13 Internasjonalt samarbeid, i del III, Omtale av særlige tema.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker beredskapstiltak, som analyser, plan- og systemutvikling, øvelser og kompetansetiltak, beredskapslagre av legemidler og materiell, systemer for overvåkning, måling og varsling, laboratorieberedskap og bidrag til ulike inn-satsteam.

Det foreslås å flytte 6 mill. kroner til kap. 2751, post 70 Legemidler, jf. omtale der.

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.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	budsjett 2016	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	85 714	66 286	8 242
71	Internasjonale organisasjoner			58 811
	Sum kap. 0703	85 714	66 286	67 053

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

Smittsomme sykdommer er fortsatt en hovedårsak til for tidlig død globalt, men i stadig flere land utgjør ikke-smittsomme sykdommer den viktigste årsaken til for tidlig død. Tobakksbruk, skadelig bruk av alkohol, usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet er viktige risikofaktorer for å utvikle kroniske sykdommer. Helse-systemer i mange deler av verden er dårlig innrettet for å møte voksende utfordringer knyttet til ikke-smittsomme sykdommer og aldrende befolkninger, og i mange tilfeller undermineres de av dårlig tilgang på helsearbeidere, tilgang på medisiner og systemiske svakheter.

Økende økonomiske forskjeller mellom og innad i land fører til økt sosial ulikhet i helse.

Antimikrobiell resistens er et raskt økende og komplekst problem, med sterke sammenhenger mellom dyrehelse, menneskehelse og miljø. Denne utfordringen truer i ytterste konsekvens mange av de store framskrittene som er gjort i moderne medisin. Ebolautbruddet i 2014 avdekket alvorlige mangler i det globale beredskapssystemet mot potensielt pandemiske sykdommer.

Felles for alle disse utfordringene er at de overskrider nasjonale grenser. Ingen land kan løse dem alene. De gode løsningene forutsetter internasjonalt samarbeid. Økt reiseaktivitet, handel, markedsføring, klimaendringer og miljøforhold,

er eksempler på faktorer som påvirker oss alle og som må løses av alle. De berører også vår nasjonale helsepolitikk. FNs bærekraftsmål (Agenda 2030), som ble vedtatt i september 2015, peker på sammenhengen mellom nasjonal og internasjonal politikk. Disse målene forplikter Norge både nasjonalt og internasjonalt.

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

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

For nærmere omtale vises det til kapittel 13 Internasjonalt samarbeid, i del III, Omtale av særlige tema.

Mål for 2017:

- støtte reformarbeidet i WHO, organisasjonens globale normative rolle og WHOs helsepolitiske og helsefaglige arbeid, bl.a. med ikke-smittsomme sykdommer, antimikrobiell resistens (AMR), helsesystemstyrking og aktiv aldring

- arbeide for at WHO, FAO og OIE styrker sin normative rolle på antimikrobiell resistensfeltet, og støtte opp om at organisasjonene og medlemslandene implementerer tiltakene som angis i den globale AMR-handlingsplanen, i første omgang på overvåkningsområdet
- støtte gjennomføringen av reformen av globale kriseberedskaps- og krisehåndterings-systemer, inkludert gjennom WHO og EU
- bidra til god oppfølging av arbeidet knyttet til FNs høynivåkommisjon for helsearbeidere og økonomisk vekst
- bidra i multilaterale prosesser i oppfølgingen av vedtak av nye globale bærekrafts- og utviklingsmål
- fremme norske helse- og mattrykghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrykghetsområdet
- bidra i WHO/UNECEs arbeid under protokollen om vann og helse, samt i miljø- og helseprosessen i regi av WHO Europa og arbeidet mot den sjette ministerkonferansen om miljø og helse
- bidra og delta i WHO og UNECEs arbeid med aktiv og sunn aldring
- delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser
- styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd, bidra til gjennomføringen av det norske formannskapet i 2017
- 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 kostnader til ekspertstillinger i internasjonale organisasjoner. Bevilgningen dekker videre kontingent til Europarådet og bidrag til European Observatory on Health Systems and Policies.

Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3703, ny post 02, jf. omtale der.

Det foreslås å flytte 58,8 mill. kroner til ny post 71, jf. omtale der.

Post 71 Internasjonale organisasjoner

Det foreslås å flytte 58,8 mill. kroner fra post 21, knyttet til årlige kontingenter til programmer og byråer i EU hvor Norge er forpliktet til å delta. Kontingentenes størrelse fastsettes av EU og varierer fra år til år som følge av generell årlig beregning av EØS/EFTA-landenes bidrag til EU for deltakelse i komiteer og programmer, basert på utviklingen av Norges BNP sammenliknet med EU-landenes BNP, valutautvikling og generell kostnadsutvikling i programmene.

Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
02	Diverse inntekter			2 000
03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	998		
	Sum kap. 3703	998		2 000

Post 02 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 703, post 21. I tilknytning til at Norge har formannskapet i Nordisk ministerråd i 2017, vil Helse- og omsorgsdepartementet få tilført midler fra Ministerrådet som skal finansiere ulike tiltak/prosjekter, både ettårige og flerårige, herunder:

- toppmøte i psykisk helse og ministerkonferanse om integrering av flyktninger
- nordisk samarbeid om helsedata og kliniske intervensjonsstudier. Dette prosjektet mottar i tillegg midler fra prioriteringsbudsjettet til Nordisk Ministerråd.

- nordisk samarbeid om en kommunikasjonsplan for å motvirke antibiotikaresistens. Planen skal inneholde både folkehelse- og dyrehelseperspektivet i tråd med «one health»-tilnærmingen. Dette prosjektet mottar også i tillegg midler fra prioriteringsbudsjettet til Nordisk Ministerråd.
- nordisk samarbeid for å utvikle metoder for helsefremmende nærmiljø og lokalsamfunn
- nordisk samarbeid om felles utvikling og spredning av velferdsteknologi.

For nærmere omtale vises det for øvrig til kommende stortingsmelding om nordisk samarbeid.

Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
710	Folkehelseinstituttet	1 538 048	1 615 102	1 539 702	-4,7
711	Ernæring og mattrygghet	47 715			
712	Bioteknologirådet	8 804	8 711	9 508	9,1
713	Vitenskapskomiteen for mattrygghet	22 845			
714	Folkehelse		423 053	413 215	-2,3
715	Statens strålevern	106 468			
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	46 674			
718	Rusmiddelforebygging	216 505			
719	Annet folkehelsearbeid	143 540			
	Sum kategori 10.10	2 130 599	2 046 866	1 962 425	-4,1

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 872 574	1 757 294	1 678 918	-4,5
30–49	Nybygg, anlegg m.v.	26 552	18 195	21 750	19,5
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen	38 181	43 910	78 969	79,8
70–89	Andre overføringer	193 292	227 467	182 788	-19,6
	Sum kategori 10.10	2 130 599	2 046 866	1 962 425	-4,1

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.

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. Som oppfølging av Folkehelsemeldingen, Meld. St. 19 (2014–2015) og Innst. 380 S (2015–2016) utarbeides en ny handlingsplan for kosthold. Regjeringen vil videre oppnå en to-

bakksfri ungdomsgenerasjon gjennom å gjøre tobakksprodukter mindre tiltrekkende for unge. Regjeringen vil legge til rette for at skolen sikrer daglig fysisk aktivitet.

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 legge til rette slik at kommunene får best mulig forutsetning for å ivareta sitt ansvar for innbyggernes helse.

Program for folkehelsearbeid i kommunene er et utviklingsarbeid som skal bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Programmet skal fremme lokalt rusforebyggende arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet.

Aktive eldre er satt på dagsorden i folkehelsepolitikken. Regjeringen har lagt fram Flere år – flere muligheter, en strategi for et aldersvennlig samfunn. Med flere eldre som lever lengre liv, er det nødvendig for bærekraften og for den enkeltes livskvalitet å fremme aktive eldre i alle sektorer. En moderne eldrepolitikk omfatter mye mer enn helse- og omsorgspolitik.

Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og myndighetene er avgjørende for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Frivillige organisasjoner når mange som ikke nås gjennom offentlige tilbud og tjenester. Regjeringen vil bygge opp under det frivillige engasjementet i folkehelsearbeidet, bl.a. i samarbeid med Frivillighet Norge og i samarbeid med friluftsråd og frivillige organisasjoner. Se nærmere omtale under kap. 714.

Det vises for øvrig til omtale under Del III, kap. 5 Folkehelsepolitikken.

Kap. 710 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
01	Driftsutgifter	766 720	897 284	792 318
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	748 515	699 623	725 634
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	22 813	18 195	21 750
	Sum kap. 0710	1 538 048	1 615 102	1 539 702

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

- 136,4 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF's kap. 732, post 70, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo Universitetssykehus.
- 82,4 mill. kroner i redusert bevilging mot tilsvarende redusert merinntekt over kap. 3710, post 02 knyttet til virksomhetsoverdragelsen av rettsmedisinske fag.
- 13,9 mill. kroner knyttet til reduserte driftsbevilgninger til sentral helseadministrasjon og styrking av andre tiltak.
- 10 mill. kroner til vedlikehold av Folkehelseinstituttets lokaler på Lindern.

Samfunnsoppdrag

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag er å produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester. På denne måten bidrar Folkehelseinstituttet til bedre helse og gode helse- og omsorgstjenester i Norge og globalt.

Folkehelseinstituttet er direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Instituttet har en rolle som kunnskapsprodusent og skal understøtte Helse- og omsorgsdepartementet, Helse- og omsorgsdirektoratet og Mattilsynet med relevant kunnskap. Folkehelseinstituttet skal sammenstille, kommunisere og formidle kunnskap om helserelevante tema for å bidra til kunnskapsbasert praksis og offentlig debatt.

Folkehelseinstituttet skal følge med på utviklingen i folkehelsen og helse- og omsorgstjenestene. Instituttet skal utarbeide oversikt over

befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt utføre helse- og helsetjenesteanalyser, kunnskapsoppsummeringer og drive forskning på områder innenfor instituttets samfunnsoppdrag. Instituttets arbeid skal inkludere områdene fysisk helse, psykisk helse, rus, vold og miljømedisin. Helsedirektoratet gjennomfører tjenesteanalyser som følge av direktoratets ansvar for å forvalte helsetjenesten. Folkehelseinstituttets analyser av helsetjenesten skal derfor innrettes på områder som ikke dekkes av Helsedirektoratet. Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt og skal overvåke, gi bistand, råd, veiledning og informasjon om smittevern.

Roller

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i den nasjonale og globale helseberedskapen, jf. helseberedskapsloven, smittevernloven og lov om folkehelsearbeid som hjemler instituttets ansvar for miljøberedskap. Beredskapsarbeidet skjer i tett samarbeid med nasjonale og internasjonale myndigheter og fagmiljø. Samarbeidet med Helsedirektoratet er særlig tett og basert på en klar rolledeling. I definerte kriser er det Helsedirektoratet som leder beredskapsarbeidet, mens Folkehelseinstituttet yter kunnskapsstøtte til direktoratet og andre beslutningstakere.

Folkehelseinstituttet har ansvar for innkjøp, lagring, distribusjon og oppfølging av vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet og beredskapsvaksine.

Folkehelseinstituttet bidrar i grunn-, videre- og etterutdanning innenfor instituttets fagområder. Instituttet veileder master- og doktorgradskandidater, er godkjent institusjon for legespesialistutdanning og bidrar i undervisning i universitets- og høyskolesektoren. Instituttet driver også omfattende kunnskapsformidling, inkludert undervisning, og internasjonalt arbeid innenfor instituttets samfunnsoppdrag.

Myndighetsfunksjoner

Når det er nødvendig for å sette i verk tiltak eller for å få oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, jf. smittevernloven § 2-2.

Forvaltningsoppgaver

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag deles inn i kjerneområdene:

- Beredskap
- Kunnskapsbaserte råd og metodevurderinger
- Tjenester og infrastruktur
- Forskning, kunnskapsoppsummeringer, helse- og helsetjenesteanalyse

For nærmere omtale av kjerneområdene, se post 01 Driftsutgifter.

Fagutvikling

For å nå de nasjonale målene for bedre helse og helse- og omsorgstjenester, er det behov for løpende oppdatert kunnskap om helsetilstanden i befolkningen og om kvalitet og erfaringer med helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Folkehelseinstituttet bidrar med forskning og kunnskapsoppsummering på disse områdene.

Kommunikasjon

Folkehelseinstituttet skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Folkehelseinstituttet skal formidle kunnskap og innsikt i helserelaterte tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Instituttet skal ha en bred kontaktflate og bidra til bedre folkehelse og gode helse- og omsorgstjenester.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås:

- 136,4 mill. kroner til kap. 732, post 70, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo Universitetssykehus.
- 82,4 mill. kroner i redusert bevilgning mot tilsvarende redusert merinntekt over kap. 3710, post 02 knyttet til virksomhetsoverdragelsen av rettsmedisinske fag.
- 4 mill. kroner til kap. 720, post 01, knyttet til Helsedirektoratets ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet.
- 4,4 mill. kroner i redusert driftsbevilgning knyttet til digital post.
- 0,3 mill. kroner til kap. 720, post 01, knyttet til bibliotekavtaler.
- 1,8 mill. kroner fra kap. 720, post 01, knyttet til flytting av sekretariatet for Prioriteringsrådet.
- 0,6 mill. kroner fra kap. 720, post 01, knyttet til samling av bibliotektjenester.

- 0,2 mill. kroner fra kap. 721, post 01, knyttet til samling av bibliotek tjenester.
- 0,3 mill. kroner fra kap. 750, post 01, knyttet til samling av bibliotek tjenester.
- 5 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre tiltak.

Det foreslås å flytte 136,4 mill. kroner til kap. 732, post 70, som følge av at regjeringen har besluttet å gjennomføre en virksomhetsoverdragelse av fagområdet rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus. Det tas sikte på at den nye organiseringen av rettsmedisinske fag skal tre i kraft fra 1. januar 2017. Området omfatter rettspatologi, rettsgenetikk, rettstoksikologi og klinisk rettsmedisin. Rettsmedisinske fag har ansvar for å koordinere det landsdekkende tilbudet om dødsstedsundersøkelser ved plutselig og uventet barnedød og gjennomføring av aldersvurderinger av mindreårige asylsøkere herunder kunnskaps- og metodeutvikling. I tillegg til oppdragsbasert tjenesteproduksjon, forskning og metodeutvikling innbefatter samfunnsoppdraget beredskap ved større hendelser og katastrofer, rådgivning, undervisning, helseanalyse og utdanning. Oppdragsgivere omfatter politi, domstoler, kriminalomsorgsvesen, Utlendingsdirektoratet, Nav, sosial- og barneverntjeneste, kommersielle bedrifter og helsevesenet.

Bevilgningen foreslås redusert med 82,4 mill. kroner knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag, jf. omtalen ovenfor og tilsvarende redusert inntektskrav over kap. 3710, post 02.

Beredskap

Folkehelseinstituttet skal understøtte myndigheter og operative enheter med kunnskap om risiko og helsekonsekvenser av hendelser. Instituttet skal raskt oppdage, varsle og håndtere situasjoner på områdene smittsomme sykdommer og miljøhendelser. Folkehelseinstituttet har også ansvar for å kommunisere tiltak de anser nødvendig i en smittevernsituasjon, til lokale myndigheter og deler av helse systemet som forventes å sette i verk slike tiltak.

Folkehelseinstituttet har i 2016 arbeidet med å styrke tilgangen til data- og kommunikasjonssystemer nasjonalt for å være bedre rustet i kriser, og vil videreføre dette arbeidet i 2017. Det vil også være en prioritert oppgave å videreutvikle kapasiteten knyttet til miljøhendelser som kan skade mennesker. Forskning og helseanalyse i migrasjonshelse vil bli videreført.

Kunnskapsbaserte råd og metodevurderinger

Folkehelseinstituttet gir kunnskapsbaserte faglige råd om smittevern og miljørettet helsevern for å støtte lokale og nasjonale myndigheter, helse- og omsorgstjenesten og andre aktørers arbeid og beslutningsprosesser. Instituttet gir også råd om risikofaktorer for sykdom og om effekt av tiltak som kan virke helsefremmende eller forebyggende, i tillegg til råd innenfor global helse.

Folkehelseinstituttet leverer metodevurderinger til helsemyndigheter og helse- og omsorgstjenesten som kunnskapsgrunnlag for å vurdere effekt og sikkerhet ved nye eller etablerte metoder.

Folkehelseinstituttet er gitt et særskilt ansvar for å være metodevarsler i systemet for Nye metoder. Metodevarslingsfunksjonen skal sikre at viktige metoder blir identifisert og prioritert for metodevurdering på et tidlig tidspunkt, slik at Nye metoder-systemet som helhet kan bidra til en god og effektiv helsetjeneste til beste for pasienten. Folkehelseinstituttet skal også utarbeide hurtige og fullstendige metodevurderinger på oppdrag fra de regionale helseforetakene på metoder som omfatter medisinsk utstyr, apparatur til undersøkelse og behandling, prosedyrer (medisinsk eller kirurgisk), legemidler, pleie, og organisering av tjenesten og andre intervensjoner. System for Nye metoder er beskrevet under www.nyemetoder.no.

Tjenester og infrastruktur

Folkehelseinstituttet skal utvikle og levere tjenester og infrastruktur som møter brukernes behov.

Folkehelseinstituttet leverer en rekke tjenester, bl.a.:

- vaksineinnkjøp og vaksinedistribusjon
- giftoinformasjonen
- utlevering av data fra nasjonale helseregistre og helseundersøkelser
- bibliotek tjenester
- biobank tjenester og datainnsamling
- nettbaserte tjenester som Mine vaksiner

Folkehelseinstituttet drifter og utvikler en moderne infrastruktur for kunnskap der nasjonale helseregistre, helseundersøkelser, data fra helse-tjenesten, biologisk materiale (biobanker), laboratorievirksomhet og digitale tjenester er sentrale komponenter. Personvern og informasjonssikkerhet skal være en integrert del av forvaltningen av helsedata og for utvikling og drift av instituttets IKT-løsninger. Informasjonssikkerheten skal ivaretas med utgangspunkt i risikovurderinger basert på trussel- og sårbarhetsinformasjon og føl-

ges opp gjennom god internkontroll. For arbeid med e-helse generelt og helseregistre spesielt samarbeider instituttet tett med Direktoratet for e-helse. Folkehelseinstituttet har i 2016 levert rettsmedisinske tjenester til justissektoren og andre oppdragsgivere. Dette omfatter rettstoksikologiske analyser, rettspatologi og klinisk rettsmedisin, DNA-undersøkelser i straffesaker og i sivilrettslige og private slektskapsoppdrag, sakkyndiguttalelser og undervisning, forskning og metodeutvikling.

Folkehelseinstituttet har i 2016 fulgt opp arbeidet med å bygge opp et kompetansemiljø for å ivareta fagansvar og utførelse av medisinsk aldersvurdering av unge asylsøkere, og har som del av arbeidet vurdert og tilpasset metodene i tråd med det vitenskapelige grunnlaget. De rettsmedisinske oppgavene inkludert aldersvurderinger vil fra 1. januar 2017 overføres til Helse Sør-Øst RHF som følge av virksomhetsoverdragelsen av Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo Universitetssykehus.

Videre har instituttet i 2016 ferdigstilt et omfattende prosjekt for å modernisere vaksinedistribusjonen, noe som vil styrke instituttets evne til å ivareta en effektiv tjeneste av høy kvalitet i framtiden.

I 2017 og framover vil instituttet prioritere å modernisere og digitalisere infrastruktur og tjenester i instituttet, og vil arbeide for å utnytte det nasjonale fortrinnet som infrastrukturen gir til å fremme innovasjon og verdiskaping.

Forskning, kunnskapsoppsummeringer, helse- og helsetjenesteanalyse

Instituttets kunnskapsarbeid skal holde en kvalitet som er internasjonalt konkurransedyktig. Kunnskapsproduksjonen skal gi grunnlag for forebygging, helsefremmende arbeid, riktige prioriteringer, kunnskapsbasert praksis og gode helse- og omsorgstjenester.

Folkehelseinstituttets oppgaver på dette området omhandler spørsmål om forekomst og fordeling, påvirkningsfaktorer, årsaker, konsekvenser og forløp knyttet til god helse og trivsel, sykdom og død, kostnader og effekter av tiltak og kvalitet og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. For å sikre høy kvalitet og habilitet skal det arbeides for at forskning i regi av instituttet i størst mulig grad baseres på konkurranseutlyste ekstern finansierte forskningsmidler.

Folkehelseinstituttet har i 2016 arbeidet med å integrere ansvarsområdene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens institutt

for rusmiddelforskning i driften etter omorganiseringen av helseforvaltningen, og har fokusert på å etablere organisering og arbeidsformer som ivaretar og utvikler instituttets utvidede mandat når det gjelder kunnskapsgenerering om og for helse- og omsorgstjenesten, inkludert kunnskapsoppsummering og metodevurdering. Ansvar for overvåking av kosthold og fysisk aktivitet ble overført fra Helsedirektoratet til Folkehelseinstituttet i 2016. Det skal gjennomføres en ny undersøkelse av fysisk aktivitet blant barn og unge i 2017.

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

I 2017 vil instituttet prioritere styrket brukermedvirkning i sitt arbeid, og skape flere og tydeligere anledninger til kommunikasjon om sin forskning, kunnskapsoppsummering og helseanalyse for lokale, nasjonale og globale folkehelse tiltak.

Folkehelseinstituttet har etablert et forskningsmiljø om aldring og helse. Med aldringen av befolkningen er det viktig med bedre kunnskap om utviklingen og om hva som betinger en sunn aldring. Instituttet skal også bidra i arbeidet med bedre samordning av norsk aldersforskning og kunnskapsmiljøer.

Folkehelseinstituttet er norsk kontaktpunkt for det europeiske narkotikaovervåkningssenteret EMCDDA.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet

Vitenskapskomiteen for mattrygghet er en tverrfaglig uavhengig komite. Komiteen består av om lag 120 vitenskapelige eksperter fra en rekke fagfelt. Vitenskapskomiteen for mattrygghet utfører uavhengige, vitenskapelige risikovurderinger på mat- og miljøområdet på oppdrag fra Mattilsynet og Miljødirektoratet. Sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet er en egen organisatorisk enhet i Folkehelseinstituttet, med egne vedtekter fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 8. januar 2016.

Sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet er norsk kontaktpunkt for den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (EFSA), og deltar i EFSA Advisory Forum.

Forprosjekt – nye lokaler for Folkehelseinstituttet

Det vises til omtale i Prop. 1 S (2010–2011), kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt om forprosjektering av nye lokaler for Nasjonalt folkehelseinstitutt. Statsbygg har beregnet styrings- og kostnadsrammene for byggeprosjektet til hhv. 3 656 mill. kroner og 4 355 mill. kroner. I tillegg har det vært prosjektert for anskaffelse av nytt brukerstyr som spenner fra avansert laboratoriestyr til kontormøbler, hvor Statsbyggs forslag til styrings- og kostnadsramme er hhv. 618 og 739 mill. kroner.

KS2 ble gjennomført av Dovre Group/Transportøkonomisk institutt og overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i første halvdel av 2015. De påpeker at prosjektet har økt i omfang siden KS1 og at dette har medført en vesentlig kostnadsøkning sammenliknet med estimatene fra KS1.

Det har skjedd store endringer siden arbeidet med konseptvalgutredningen startet opp for snart 10 år siden. Kostnadene for prosjektet har blitt langt høyere enn hva som ble lagt til grunn da konsept ble valgt. Usikkerhet knyttet til framtidig økonomisk handlingsrom og store investeringsbehov i helsesektoren kommende år, er bakgrunnen for at regjeringen har besluttet å ikke realisere dette byggeprosjektet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegren-

sende prosjektert, bl.a. kjøp av vaksiner, Den norske mor og barn-undersøkelsen, helseregistre, Giftinformasjon, ADHD-prosjektene og forsøksdyr.

Bevilgningen foreslås redusert med 8,9 mill. kroner knyttet til reduserte driftsbevilgninger til sentral helseadministrasjon, herunder spesielle driftsutgifter. Videre foreslås bevilgningen redusert med 6 mill. kroner knyttet til vaksiner av asylsøkere og oppgradering av meldesystemene Sysvak og MSIS, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016) Tillegg 1.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider.

Det foreslås å flytte 6,9 mill. kroner til kap. 732, post 70, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag, jf. omtale under kap. 710, post 01.

I påvente av en avklaring om nybygg for Folkehelseinstituttet på Lindern i Oslo er det de senere årene utført minimalt med vedlikehold på eksisterende bygningsmasse. Regjeringens beslutning om ikke å fremme forslag om nybygg nå gjør det nødvendig å bedre tilstanden i dagens lokaler. Regjeringen foreslår derfor å avsette 100 mill. kroner til økt vedlikehold, fordelt med 50 mill. kroner i 2017 og 2018. I 2017 fordeles midlene med 10 mill. kroner til Folkehelseinstituttet over kap. 710, post 45, og 40 mill. kroner til Statsbygg over kap. 2445, post 24.

Kap. 3710 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2015	budsjett 2016	2017
02	Diverse inntekter	396 339	254 335	177 729
03	Vaksinesalg	126 305	98 012	97 522
	Sum kap. 3710	522 644	352 347	275 251

Post 02 Diverse inntekter

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

Det foreslås 82,4 mill. kroner i redusert merinntekt mot tilsvarende redusert utgift over kap. 710, post 01, knyttet til virksomhetsoverdragelsen av rettsmedisinske fag.

Post 03 Vaksinesalg

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

Kap. 712 Bioteknologirådet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
01	Driftsutgifter	8 804	8 711	9 508
	Sum kap. 0712	8 804	8 711	9 508

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 vara-medlemmer. I tillegg innkalles observatører fra syv departementer til møtene. Bioteknologirådet arrangerer åpne debattmøter, informasjons- og undervisningsaktiviteter om aktuelle temaer

innen moderne bioteknologi. Video fra de åpne møtene blir vanligvis lagt ut på nett. Bioteknologirådet gir også ut temaark og tidsskriftet Geni-alt, som kommer ut fire ganger i året. I 2015 var det stor informasjons- og debattvirksomhet i regi av Bioteknologirådet. Rådet har gitt nyttige innspill og tilrådninger i forbindelse med evalueringen av bioteknologiloven.

Post 01 Driftsutgifter

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

Kap. 714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>		151 676	151 458
60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>		43 910	78 969
70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>		130 728	116 788
74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>		35 602	20 151
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>		61 137	45 849
	Sum kap. 0714		423 053	413 215

Det foreslås å redusere bevilgningen med 16 mill. kroner knyttet til lav oppslutning om abonnementsordningen skolefrukt.

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 bidra til god samordning mel-

lom nasjonale mål og kommunale planprosesser. Nasjonale myndigheter skal bistå kommunene med verktøy og kompetanse. Riksrevisjonens undersøkelse av folkehelsearbeidet og evalueringer fra By- og regionforskningsinstituttet viser at kommunene trenger mer kompetanse, verktøy og metoder for hvordan hensyn til folkehelse kan ivaretas i planlegging og gjennom utvikling av tiltak.

Psykisk helse er av kommunene selv sett på som den største folkehelseutfordringen, men de er usikre på hvordan de skal møte utfordringen. Regjeringen foreslår å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene som gjennom å stimulere til utviklingsarbeid, skal bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås:

- 1 mill. kroner i økt bevilgning mot tilsvarende økt merinntekt over kap. 3714, post 04 knyttet til bevillingsordning tilvirkning alkoholholdig drikk.
- 2,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til prioritering av andre formål.
- 1,8 mill. kroner i redusert bevilgning reduserte driftsbevilgninger til sentral helseadministrasjon, herunder spesielle driftsutgifter.

Det foreslås å øremerke 10 mill. kroner innenfor eksisterende bevilgning og formål på posten til kunnskapsstøtte og evaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene, jf. nærmere omtale under kap. 714, post 60.

Kommunikasjon og kampanjer på levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol gjennomføres i tråd med årlige planer med grunnlag i Helsedirektoratets helhetlige kommunikasjonsstrategi fra 2016. Kommunikasjon rundt psykisk helse skal være en integrert del av de årlige planene, der det er relevant.

Handlingsplanen for kosthold (2017–2021), jf. Meld. St. 19 (2014–2015) og Innst. 380 S (2015–2016) skal ferdigstilles. I arbeidet med kosthold skal planens tiltak prioriteres, herunder tiltak for å fremme gode mat- og måltidsvaner i barnehage og skole og styrking av praktiske ferdigheter, og at ernæring ivaretas i forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidet med miljørettet helsevern videreføres herunder oppfølging av arbeidet med å fremme barns og unges arbeidsmiljø, samt oppfølging av arbeidet med å forebygge astma, allergi og overfølsomhetssykdommer.

Det tas sikte på å inngå en overordnet intensjonsavtale med matvarebransjen som inkluderer videreføring av samarbeidstiltak som nøkkelhulls-

ordningen, og reduksjon av salt, mettet fett og sukker i relevante produkter. Resultater fra evalueringen av selvreguleringsordningen for markedsføring av mat og drikke rettet mot barn skal følges opp.

Det foreslås å øremerke 3 mill. kroner til arbeidet med nettverk for kompetansestøtte til vannverk i krise, samt studie for å skaffe kunnskap om sykdomsbyrde knyttet til konsum av drikkevann, jf. Innst. 11 S (2015–2016). Arbeidet med å nå de nasjonale målene på drikkevanns- og sanitærområdet, som ble fastsatt i 2014 under protokollen om vann og helse, videreføres i 2017.

Det vises til Prop. 1 S (2016–2017) fra Landbruks- og matdepartementet om andre tema på mattrygghetsområdet.

Positiv motivasjon i kombinasjon med strukturelle virkemidler i flere samfunnssektorer skal senke terskelen for å være fysisk aktiv i dagliglivet og fritid. Veiledning knyttet til anbefalingene om fysisk aktivitet skal videreutvikles i 2017.

I skoleåret 2016–2017 settes i verk forsøk med utprøving og evaluering av ulike modeller for mer fysisk aktivitet og kroppsøving på ungdomstrinnet. Nye kunnskapsoppsummeringer danner grunnlag for intervensjonsmodellene, og det tas sikte på å gjennomføre en randomisert kontrollert studie høsten 2017. Arbeidet med å systematisere og formidle erfaringer og gode eksempler på daglig fysisk aktivitet i barnehager og skoler videreføres.

Helse- og omsorgstjenesten skal legge mer vekt på fysisk aktivitet som forebyggende faktor i behandling, rehabilitering og habilitering. Aktivitetshåndboken oppdateres, og der det er tilstrekkelig kunnskap skal tilpasset fysisk aktivitet inngå i relevante faglige retningslinjer.

Innenfor det rusmiddelforebyggende arbeidet vil ansvarlig alkoholhåndtering og tidlig intervensjon fortsatt være viktige innsatsområder. Samtidig kan det være behov for økt oppmerksomhet om narkotikaforebygging, bl.a. i forbindelse med utelivet.

Tilsyn med og forvaltning av tobakksskadeloven og alkoholloven med forskrifter og informasjonstiltak overfor kommuner, virksomheter og befolkningen skal prioriteres i 2017. I arbeidet med tobakksforebygging vil oppfølging av lovforslagene om standardiserte tobakkspakninger og gjennomføring av et nytt EU-direktiv om tobakk, være sentralt.

Helsedirektoratet vil lede en arbeidsgruppe som i 2017 vil legge fram faglige råd for rusmiddelforebyggende arbeid i offentlige virksomheter. Hensikten er å bidra til at offentlige virksomheter utformer egne retningslinjer for rusmiddelbruk.

De faglige rådene skal være lett tilgjengelige og anvendbare for alle typer offentlige virksomheter og læresteder og skal omhandle konkrete forslag til utforming av retningslinjer og gi veiledning om prosess, innhold og oppfølging.

Helsedirektoratet skal oppdatere veilederen Fra bekymring til handling i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Politidirektoratet. Gjennom en bred innfallsvinkel skal veilederen bidra til økt bevisstgjøring om og styrket handlingskompetanse overfor barn og ungdom det er grunn til å være bekymret for.

For å lede styringsgruppen for implementeringen av handlingsplanen mot antibiotikaresistens i helsetjenesten fikk Helsedirektoratet tildelt 0,5 mill. kroner i 2016. Midlene videreføres i 2017.

Andre tiltak

Det foreslås at driftsstøtte til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og deres forebyggende arbeid settes ned med 4 mill. kroner. Det foreslås at midlene i stedet inngår i ørmerkingen knyttet til kunnskapsstøtte og evaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene, jf. omtale over og nærmere omtale under kap. 714, post 60. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål er nærmere omtalt under kap. 765, post 74.

Det foreslås å videreføre tilskuddene til Frivillighet Norge i forbindelse med Møteplass for folkehelse og kampanjen for fellesskap og sosial støtte, jf. kap. 714, post 70, og nærmere omtalt under kap. 714, post 79.

Det foreslås å videreføre tilskudd til Atferds-senteret for utvikling av tverrfaglig kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn og unge.

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

Det foreslås å videreføre tilskudd til Høgskolen i Oslo og Akershus for å sikre finansieringen av Ungdata.

Post 60 Kommunale tiltak

Bevilgningen dekker støtte til lokalt folkehelsearbeid, bl.a. gjennom kommunalt utviklingsarbeid og implementering av program for folkehelsearbeid i kommunene.

Det foreslås:

- 46,1 mill. kroner til en ny tilskuddsordning Program for folkehelsearbeid i kommunene.
- 1,8 mill. kroner til kap. 762, post 21, knyttet til digitale helsetjenester, jf. nærmere omtale der.
- 0,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til prioritering av andre formål.

Program for folkehelsearbeid i kommunene

Program for folkehelsearbeid i kommunene er et utviklingsarbeid som skal bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Programmet skal fremme lokalt rusforebyggende arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge skal være en prioritert målgruppe. Det skal legges vekt på å utvikle og spre metoder og tiltak for å styrke barn og ungdoms egne ressurser, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet og hindre utstøting. Programmet skal legge til rette for samarbeid mellom aktører innen bl.a. helsetjenesten, skole og barnehage, politiet og frivillig sektor.

Fylkeskommunene inviteres til å etablere regionalt samarbeid med kommunene, forsknings- og kompetansemiljøer og andre aktører. Programmet skal bidra til å fremme kommunebasert forskning, jf. HelseOmsorg21. Det legges opp til at Programmet starter opp i et begrenset antall fylker i 2017 (programfylkene) og utvides til å omfatte alle fylker i løpet av 2018 og 2019. KS vil i løpet av programperioden utvikle læringsnettverk som skal bidra til å spre erfaringer og støtte kommunene i implementering av tiltakene.

Kommunene skal ha en sentral rolle og legge premissene for utvikling av lokale tiltak. Midlene skal benyttes til å finansiere lokale utviklingstiltak.

Det foreslås at midler til tilskuddsordningen for forebyggende strategier rettet mot kommunene i regi av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål innlemmes i programmet, jf. omtale under kap. 714, post 70.

Det foreslås at midler til tilskuddsordningen Psykisk helse i skolen til statlige aktører, frivillige organisasjoner og stiftelser, som i dag forvaltes av Helsedirektoratet, innlemmes i programmet. Skolen som arena for barn og unges psykiske helse vil være en viktig del av det lokale utviklingsarbeidet. Det er behov for økt kompetanse om barn og unges psykiske helse både i kommunene og fylkeskommunene.

Det foreslås å utfase tilskuddsordningen til rus- og kriminalitetsforebyggende koordinatorene

(SLT), men videreføre tilskudd til kommuner som allerede er en del av ordningen. Det foreslås satt av 4 mill. kroner til dette innenfor program for folkehelsearbeid i kommunene, der det er lagt til rette for et tett samarbeid mellom helse- og justis-sektoren. Det betyr at det ikke gis lønnstilskudd til nye kommuner. Justis- og beredskapsdepartementets tilskuddsordning for å stimulere og inspirere kommuner til å arbeide aktivt med kriminalitetsforebygging blant barn og unge videreføres, jf. Prop. 1 S (2016–2017) Justis- og beredskapsdepartementet, kap. 474, post 60.

Utviklingen i kommunene skal følges gjennom Helsedirektoratets kartlegging av folkehelsearbeidet i kommuner og fylker hvert fjerde år og gjennom videreutvikling av Kostra-rapporteringen. Oversikten over helse og påvirkningsfaktorer skal forbedres gjennom videreutvikling av folkehelseprofiler, fylkeshelseundersøkelser, Ungdata og lokale helseanalyser. Programmet skal evalueres.

Andre tiltak

Det foreslås å videreføre 17 mill. kroner til det treårige utviklingsarbeidet om nærmiljø og lokalsamfunn. Arbeidet knyttes opp mot folkehelseoven § 5c om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse og trivsel. Sentralt i prosjektet er utprøving og utvikling av metoder for medvirkning. Det er et mål at kvalitativ lokalkunnskap skal supplere kommunenes folkehelseoversikter som grunnlag i planprosesser og konkrete folkehelse-tiltak. Helsedirektoratet har i oppdrag å sørge for gjennomføring. Utviklingsarbeidet involverer 42 kommuner i åtte fylker. De respektive fylkeskommuner er prosjekteiere og har en sentral rolle i oppfølgingen, i tillegg til de kommunale prosjektlederne. Kompetansebygging i kommunene og fylkeskommunene skjer i et samarbeid med regionale forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Det er etablert samarbeid med universiteter og høyskoler om evaluering. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Husbanken, Miljødirektoratet og Statens vegvesen er viktige støttespillere i prosjektet.

Det foreslås 4,5 mill. kroner til bidrag på folkehelsefeltet i ny områdesatsing i Groruddalen fra 2017. Midlene tildeles Oslo kommune etter søknad. Formålet med midlene er å utvikle mer helsefremmede lokalmiljøer i utsatte områder i Groruddalen. Midlene skal brukes til å utvikle kunnskap, metoder og verktøy knyttet til lokalbefolkningens medvirkning i plan- og utviklingsarbeid i utsatte områder. Deler av midlene skal brukes til å sam-

menstille kunnskap og erfaringer om hvordan overordnet og helhetlig byutvikling kan støtte opp under en positiv og helsefremmende utvikling i utsatte områder. En helsefremmende nærmiljøutvikling er viktig for å skape gode vilkår for god psykisk helse i ulike befolkningsgrupper og for å møte utfordringer knyttet til en aldrende befolkning. Programbeskrivelsen for ny områdesatsing angir mål og strategier, organisering, finansiering og plan for evaluering. Hovedmålet er å bidra til varige forbedringer av tjenester og nærmiljøkvaliteter i områder i Groruddalen der behovet er størst, slik at flere beboere i disse områdene blir økonomisk selvstendige og aktivt deltagende i lokalsamfunn og storsamfunn. Satsingen presenteres i sin helhet i Prop. 1 S (2016–2017) Kommunal- og moderniseringsdepartementet, jf. kap. 590, post 65.

Det foreslås å videreføre tilskuddsordning for 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 driftsstøtte til Rusmiddelfonen som drives av Oslo kommune.

Det foreslås at driftsstøtte til Klara Klok, som drives av Nordland fylkeskommunene, ikke videreføres, men at disse midlene inngår i en ny satsing på forebyggende digitale helsetjenester rettet mot ungdom, jf. omtale under kap. 762, post 21.

Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

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

Det foreslås:

- 14,6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til tilskudd til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og deres arbeid med forebyggende strategier rettet mot kommunene. Det foreslås at midlene innlemmes i program for folkehelsearbeid i kommunene, jf. omtale under kap. 714, post 60.
- 3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til tilskudd til utvikling og formidling av nasjonale folkehelse-tiltak. Det foreslås at midlene innlemmes i program for folkehelsearbeid i kommunene, jf. omtale under kap. 714, post 60.

Tilskudd til frivillige rusmiddelpolitiske organisasjoner og rusmiddelforebyggende innsats foreslås videreført. Tilskuddene skal sikre at frivillige or-

ganisasjoner som arbeider for å redusere forbruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler, skal få mulighet til å vedlikeholde og utvikle organisasjonsarbeidet og stimulere til engasjement og rusmiddelpolitisk aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå. Regelverkene for ordningene er endret for 2016, med bakgrunn i innspill fra rapporten Faglighet og frivillighet (Håkon Lorentzen) samt en bred høringsprosess og møter med organisasjonene. Forenklingsarbeidet vil fortsette med sikte på å følge opp intensjonene i Frivillighetserklæringen, der regjeringen har vedtatt et mål om at frivillige skal bruke mindre tid på søknad og rapportering og mer tid på aktivitet.

Det foreslås å øke driftstilskuddet til Akan kompetansesenter med 1,2 mill. kroner til 14,5 mill. kroner. Dette vil bl.a. gi mulighet for flere bedriftsbesøk og mer proaktivt arbeid med risikoutsatte bransjer og virksomheter og andre tiltak som sikrer en mer effektiv bruk av Akan som virkemiddel i arbeidet med helsefremmende arbeidsplasser. Helsedirektoratet vil i løpet av 2016 igangsette evaluering av Akan.

Det foreslås å videreføre tilskuddet til Antidoping Norges arbeid mot doping som samfunnsproblem med 7,5 mill. kroner. Antidoping Norge har styrket samarbeidet med treningssentre og politi lokalt. Dopingtelefonen inngår nå i stiftelsens informasjonstjeneste på telefon, web og i sosiale medier. Dette er en nasjonal informasjonstjeneste med sterk faglig forankring innen medisin, fysiologi, forebygging, ernæring og trening. Informasjonstjenesten henvender seg til brukere, pårørende, helsepersonell, politi og andre som berøres av dopingproblematikken. Antidoping Norge planlegger en internasjonal konferanse om doping som helse- og samfunnsproblem. Konferansen skal fungere som en tilrettelegger og inspirasjon for framtidig antidopingarbeid i Norge og internasjonalt.

Det foreslås å videreføre driftstilskudd til rusfeltets samarbeidsorgan Actis med 14,3 mill. kroner. Actis er en paraplyorganisasjon for frivillig rusmiddelforebyggende arbeid. Tilskuddet til Actis er viktig både for å bistå organisasjonene og for å fremme fagfeltet.

Det foreslås å videreføre driftstilskudd til kampanjeorganisasjonen Av-og-til med 16 mill. kroner. 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 videreføre tilskudd til Frivillighet Norge i forbindelse med deres kampanje for

fellesskap og sosial støtte med 3 mill. kroner, jf. kap. 714, post 21, og omtale under kap. 714, post 79.

Post 74 Skolefrukt mv.

Det foreslås å bevilge totalt 20,1 mill. kroner på posten Skolefrukt. Formålet med bevilgningen foreslås utvidet til å stimulere til gode kost- og måltidsvaner generelt og økt inntak av frukt og grønnsaker spesielt hos barn og unge gjennom tiltak rettet mot skoleeier, foreldre og elever, herunder abonnementsordningen Skolefrukt. Tiltakene skal bidra til å øke barn og unges bevissthet og kunnskap om betydningen av gode mat- og måltidsvaner for helse og trivsel. Tiltakene skal videre understøtte skoleeieres arbeid med å tilrettelegge for gode mat- og måltidsordninger.

I tillegg til abonnementsordningen er det i 2016 gjennomført kommunikasjonstiltak om skolemat, utvikling av inspirasjonskurs for kantiner i ungdomsskolen, tilskudd til kommunene til lokalt samarbeid om matordninger, og utredning om hvordan barn kan engasjeres i kostholdsarbeidet, jf. Prop. 122 S (2015–2016) og Innst. 400 S (2015–2016). Dette som oppfølging av folkehelsemeldingen og Prop. 1 S (2015–2016) om alternativ bruk av midler til Skolefruktordningen. Pga. lav oppslutning om abonnementsordningen foreslås bevilgningen redusert med 16 mill. kroner.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid.

Det foreslås:

- 3 mill. kroner til Norges Cykleforbund knyttet til Sykkel-VM 2017.
- 20 mill. kroner omprioritert til kap. 714, post 60, jf. nærmere omtale der.

Det foreslås 3 mill. kroner i øremerket tilskudd til Norges Cykleforbund til folkehelseiltak i forbindelse med Sykkel-VM i Bergen 2017. Tilskuddet skal fremme fysisk aktivitet, helse og livskvalitet gjennom bl.a. sykling som transport og hverdagsaktivitet både blant barn og unge og blant voksne. Helsedirektoratet er tilskuddsforvalter.

Andre tiltak

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 1,2 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 til det nasjonale kostholdsprogrammet Fiskesprell. Fiskesprell er et samarbeid mellom Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet og har som mål å øke sjømatkonsumet blant barn og unge.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 15 mill. kroner til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, for å delfinansiere Hunt 4. Videre foreslås det å videreføre tilskuddet på 6 mill. kroner til Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet som driftstøtte til Hunt forskningssenter.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 3,7 mill. kroner til Norges astma- og allergiforbund, bl.a. for å sikre at tjenesten Pollenvarslingen opprettholdes, og tilskudd på 1 mill. kroner til Skadeforebyggende forum til drift av aktiviteter iht. samarbeidsavtale.

I 2016 ble det øremerket 7 mill. kroner til Tromsøundersøkelsen, jf. Innst. 11 S (2015–2016), herunder 3 mill. kroner til drift og 4 mill. kroner til datainnsamling til Tromsø 7. Tromsø 7 avsluttes høsten 2016. Det foreslås å videreføre tilskuddet til drift av Tromsøundersøkelsen.

Mobilisering mot ensomhet

Det foreslås å videreføre innsatsen for å mobilisere mot ensomhet med en samlet bevilgning på 36,8 mill. kroner. Innsatsen handler om å fremme helse gjennom fellesskap, møteplasser og deltakelse ved å engasjere frivillige organisasjoner, kommuner og andre aktører. I 2016 er det tildelt:

- 6 mill. kroner til Frivillighet Norge til en kampanje mot ensomhet hvor hensikten er å rekruttere flere frivillige og å få lokale organisasjoner til å engasjere seg mot ensomhet, jf. nærmere omtale under kap. 714, post 21 og post 70.
- 3 mill. kroner til arbeid med å ta i bruk frivillige som besøks- og aktivitetsvenner i helse- og omsorgstjenesten, jf. nærmere omtale under kap. 761, post 21.

- 3 mill. kroner til å ta i bruk ny teknologi og digitale verktøy for styrke sosial kontakt og til å øke aktiviteten blant seniorer og eldre, jf. nærmere omtale under kap. 761, post 21.
- 18,8 mill. kroner til å øke aktivitet blant seniorer og eldre i bl.a. aktivitetssentre, jf. nærmere omtale under kap. 761, post 21.
- 4 mill. kroner til gågrupper for eldre og seniorans, jf. nærmere omtale under denne posten.
- 2 mill. kroner til utviklingsarbeid for å fremme aktive eldre som oppfølging av regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, jf. nærmere omtale under kap. 761, post 21.

Det foreslås å videreføre tilskudd til Frivillighet Norges kampanje for fellesskap og sosial støtte. Kampanjen har som formål å bruke frivilligheten som en vaksine mot ensomhet. Om lag to av tre gjør frivillig arbeid i løpet av et år. Men blant de som ikke deltar, viser det seg at bare 8 pst. er forsoekt rekruttert. Som en del av kampanjen er det bl.a. gjennomført kurs og foredrag for lag og foreninger som ønsker å arbeide med rekruttering lokalt. Det legges vekt på å rekruttere bredere og få nye hender inn i organisasjonsfellesskapene. Foreløpige resultater viser at 44 pst. av de som melder seg gjennom nettstedet frivillig.no er nye frivillige, mens ytterligere 20 pst. ikke har vært aktive frivillige i løpet av de siste 12 månedene. Det er foreslått satt av til sammen 6 mill. kroner til kampanjen, fordelt med 3 mill. kroner over kap. 714, post 21, og 3 mill. kroner over kap. 714, post 70.

Det foreslås å videreføre tilskudd til Seniorans Norge, Den Norske Turistforening og Røde Kors og deres arbeid med å aktivisere eldre fysisk og sosialt. Helsedirektoratet forvalter tilskuddene. Seniorans Norge har fått 1 mill. kroner i tilskudd og har økt aktiviteten med 14 nye grupper i sittedansprosjektet med ytterligere planer om å øke. Det er i 2016 gitt 3 mill. kroner i tilskudd til et samarbeid mellom Den norske turistforening og Røde Kors til lokale gågrupper. Gjennom prosjektet Aktiv i 100 er det etablert 81 turgrupper med ukentlige turer ledet av frivillige turledere.

Kap. 3714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
04	Gebyrinntekter		1 285	2 315
	Sum kap. 3714		1 285	2 315

Bevilgningen dekker bevilgingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Ordningen er selvfinansiert. Bevilgningen dekker videre gebyrer på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-2 første ledd nr. 1 og 2.

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen foreslås økt med 1 mill. kroner for å sikre realistisk budsjettering knyttet til bevilgingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk, jf. tilsvarende utgiftsøkning over kap. 714, post 21. De senere årene har gebyrinntektene økt som følge av flere søknader om tilvirkningsbevillinger.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
85	Statens overskuddsandel	105 693	25 800	32 000
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	105 696	25 802	32 002

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 9 nye butikker i 2015. Med disse butikkene er Vinmonopolet etablert i 240 av landets 428 kommuner. Ved utgangen av 2015 hadde Vinmonopolet 306 utsalg hvor utvalget varierer fra om lag 200 til om lag 4500 produkter. Vinmonopolets varer kan også bestilles 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 markedstilgang på like vilkår. I 2015 avgjorde nemnda 11 saker hvorav 6 ble realitetsbehandlet. Av disse gikk fire av avgjørelsene i Vinmonopolets favør.

Vinmonopolet solgte totalt 80,5 mill. liter i 2015, en nedgang på 0,8 pst. fra 2014. Salget av svakvin sank med 1,3 pst. til 65,9 mill. liter. Salget

av brennevin og brennevinsbaserte drikker gikk ned med 0,6 pst. til 11,2 mill. liter. Salget av sterkvin gikk ned med 4,2 pst. til 572 000 liter, mens det ble solgt 2,5 mill. liter sterkøl, en økning på 12,1 pst. fra 2014. Salget av alkoholfrie drikker økte med 9,9 pst. til 349 000 liter.

Vinmonopolets omsetning var 12,8 mrd. kroner eksklusiv mva. i 2015, en omsetningsøkning på 173 mill. kroner fra 2014. Av dette var 6,8 mrd. kroner avgifter til staten. Driftsresultatet var 139,5 mill. kroner, som er 112,5 mill. kroner lavere enn i 2014. Reduksjonen i driftsresultat skyldes i hovedsak økte lønns- og personalkostnader, og da i hovedsak økte pensjonskostnader. Pensjonskostnaden er økt med 76,3 mill. kroner sammenliknet med 2014. Resultat før skatt ble 161,4 mill. kroner, som er 129,3 mill. kroner lavere enn i 2014. Av dette er 44,4 mill. kroner beregnet til skattekostnad og 58,5 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 58,5 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2015 et resultat på 5,4 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 2016 er fastsatt til 50 pst. av resultatet før ekstraordinære poster i 2015. Andelen på 50 pst. foreslås uendret i 2017. Forslaget bygger på en vurdering av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknettet, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet og ønsket kapitalstruktur. Foreslått beløp er beregnet ut fra budsjettert resultat for 2016.

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 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
720	Helsedirektoratet	1 253 756	1 205 380	1 355 717	12,5
721	Statens helsetilsyn	134 357	114 859	129 687	12,9
722	Norsk pasientskadeerstatning	259 774	233 830	256 129	9,5
723	Nasjonalt klageorgan for helse- tjenesten	85 272	126 387	147 768	16,9
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	42 812			
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	198 907			
726	Statens helsepersonellnemnd mv.	13 414			
729	Pasient- og brukerombud	61 509	61 056	68 267	11,8
	Sum kategori 10.20	2 049 801	1 741 512	1 957 568	12,4

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 943 205	1 618 931	1 831 566	13,1
30–49	Nybygg, anlegg m.v.		4 108	4 211	2,5
70–89	Andre overføringer	106 596	118 473	121 791	2,8
	Sum kategori 10.20	2 049 801	1 741 512	1 957 568	12,4

Fra 1. januar 2016 ble den sentrale helseforvaltningen reorganisert. Ny organisering rydder i ansvarsforhold og oppgaver i helseforvaltningen. Samling av fagmiljøer i større enheter legger til rette for bedre utnyttelse av faglig kompetanse og økt omstillingsevne.

Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan er blitt styrket. Den nasjonale helseberedskapen er tenkt styrket og forenklet gjennom en samling av fagkompetanse. Statens autori-

sasjonskontor for helsepersonell er innlemmet i Helsedirektoratet. Statens strålevern er formelt en etat i Helsedirektoratet og styres fra direktoratets ledelse, på samme måte som Helfo.

Folkehelseinstituttet har fått en tydeligere rolle som kunnskapsprodusent for hele helseområdet. Med innlemmelsen av Kunnskaps-senteret, Sirius og VKM er instituttets samfunnsoppdrag utvidet til å omfatte kunnskapsproduksjon for hele helsetjenesten. Det vises til

omtale under programkategori 10.10, Folkehelse mv.

Norsk pasientskadeerstatning behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling innen helsetjenesten. Villkårene som må være oppfylt for å få erstatning er nedfelt i pasientskadeloven.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er etablert gjennom å fusjonere sekretariatene for Pasientskadenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikkemnda og Statens helsepersonellnemnd. Nemndene opprettholder sin uavhengighet, og sekretariatet er faglig underlagt nemndene og kan således ikke instrueres av departementet i faglige spørsmål.

Direktoratet for e-helse har som oppgave å styrke den nasjonale styringen og gjennomføringskraften i digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren. Rammer for styring, satsninger og prioriteringer for Direktoratet for e-helse må understøtte nasjonale e-helsestrategier og vedtatte handlingsplaner. Det vises til omtale under programkategori 10.00, Helse- og omsorgsdepartementet mv.

Statens helsetilsyn vil fortsette å være faglig uavhengig organ med overordnet faglig styringsansvar overfor fylkesmennene når det gjelder tilsyn og klagesaksbehandling på de fleste områ-

dene innen barnevern- og helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen og folkehelseområdet.

Statens legemiddelverk er det nasjonale forvaltnings- og tilsynsorganet på legemiddelområdet, og skal bidra til at målene for legemiddelpolitikken og refusjonsområdet blir oppfylt. Det vises til omtale under programkategori 10.50, Legemidler.

Bioteknologirådet er et frittstående og rådgivende organ, hjemlet i genteknologiloven og bioteknologiloven. Rådet er høringsinstans for norske myndigheter, og skal også informere og fremme debatt om de etiske og samfunnsmessige konsekvensene av bruk av bioteknologi. Det vises til omtale under programkategori 10.10, Folkehelse mv.

Samlet gir dette en sentral helseforvaltning som er organisert for å understøtte pasientens helsetjeneste slik den utøves ute i tjenesten. Det er klart definerte oppgaver knyttet til myndighetsutøvelse og tilskuddsforvaltning, til kunnskapsproduksjon og faktainnhenting, til tilsyn og oppfølging av pasienter når uønskede hendelser inntreffer. Virksomhetene har vel definerte oppgaver, og kan dermed fokusere på sine kjerneoppgaver. Dette gjør at det ligger godt til rette for en effektiv og hensiktsmessig ressursbruk.

Kap. 720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2015	Saldert budsjett 2016	
01	Driftsutgifter	1 115 806	1 108 937	1 271 168
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	115 059	46 030	32 736
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		4 108	4 211
70	Helsetjenester i annet EØS-land	22 891	46 305	47 602
	Sum kap. 0720	1 253 756	1 205 380	1 355 717

Samfunnsoppdrag

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

Helsedirektoratet skal bidra til:

- utvikle en helhetlig nasjonal helseberedskap
- bedre kvalitet i helse- og omsorgssektoren
- redusere forskjellene i helse og levekår
- fremme faktorer som gir god helse i befolkningen

Roller

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet utfører oppgaver innen tre ulike roller:

- Fagrollen; Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet. Direktoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, og sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende.
- Forvaltningsrollen; Direktoratet har en rekke forvaltningsoppgaver, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren.
- Gjennomføre vedtatt politikk; Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk på helse- og omsorgsområdet i tråd med føringene som departementet gir. Direktoratet har ansvaret for å oppnå fastlagte mål og prioriteringer i tråd med styringssignalene fra departementet.

Myndighetsfunksjoner

Helsedirektoratet forvalter 24 lover innenfor helse- og omsorgssektoren, og utfører en rekke oppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder forvalte, informere om og fortolke lover og forskrifter innenfor helse- og omsorgssektoren og på folkehelseområdet.

Omorganiseringen av den sentrale helse- og omsorgsforvaltningen fra 1. januar 2016 innebærer at flere paragrafer i pasientjournalloven og forskrifter gitt med hjemmel i denne, forvaltes av Direktoratet for e-helse.

Når det gjelder atomenergiloventen av 12. mai 1972 nr. 28 med forskrifter, så skal Strålevernet rapportere direkte til Helse- og omsorgsdepartementet.

I helse- og omsorgstjenesteloven av 2011 § 12-5 og i spesialisthelsetjenesteloven av 1999 § 7-3 er Helsedirektoratets ansvar knyttet til nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer fastsatt. I folkehelseovngivningen er Helsedirektoratets ansvar innen folkehelsearbeid fastsatt.

Forvaltningsoppgaver

Helsedirektoratet behandlet 1650 søknader om spesialistgodkjenning i 2015, hvorav 1618 ble innvilget og 32 fikk avslag. Direktoratet leverte i 2015 en detaljutredning for ny spesialistutdanning for leger. Det skal utarbeides læringsmål for 45 spesialiteter som er bedre tilpasset framtidens behov og pasientens helsetjeneste – utdanningen planlegges iverksatt fra 2017.

Høsten 2015 trådte betydelige endringer i pasient- og brukerrettighetsloven i kraft. Utvidede pasientrettigheter omfattet endringer i fristbruddordningen, iverksetting av den nye ordningen fritt behandlingsvalg og endringer i prioriteringsforskriften. Direktoratet hadde i forkant tilrettelagt for endringene gjennom bl.a. full revisjon av alle 33 prioriteringsveilederne. I 2016 jobbes det videre med integrering av henvisningsveileder i fastlegenes EPJ-systemer og andre nødvendige forbedringer. Per april 2016 er det etablert en forvaltningsmodell rundt Fritt behandlingsvalg og Velg behandlingssted som skal sørge for helhetlig forvaltning av ordningen i Helsedirektoratet og for en koordinert og helhetlig tjeneste utad.

Fra 1. januar 2016 er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) innlemmet i Helsedirektoratet. Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientsikkerhet, bidra til å sikre god kvalitet på helsetjenestene og tillit til helse- og omsorgstjenestene og helsepersonell. Innlemming av dette området i Helsedirektoratet sikrer mer helhetlig og forbedret ivaretagelse av autorisasjon og godkjenning av helsepersonell, og at disse ses i sammenheng med strategier for helseutdanningene, personellplanlegging, spesialistutdanninger, spesialistgodkjenning og kompetanseheving i helsetjenesten. Saksbehandlingen skal tilse at søkere som får autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning har de nødvendige kvalifikasjoner, og at søknader behandles etter gjeldende regelverk. SAK har i 2015 behandlet søknader om autorisasjon og lisens for de 29 helseprofesjonene som er lovregulert i Norge. I 2015 mottok de 19 899 søknader om autorisasjon eller lisens, og dette er en liten oppgang fra året før. Det ble innvilget 16 817 autorisasjoner og 2 912 lisenser. Det ble gitt 1 915 avslag (inkludert dem som fikk avslag på autorisasjon, men innvilget lisens) og det er en nedgang fra året før. 67 pst. av dem som fikk autorisasjon hadde utdanning fra Norge, 16 pst. fra det øvrige Norden, 9 pst. fra andre EØS-land/Sveits og 8 pst. fra land utenfor EØS.

I desember 2015 lanserte SAK elektronisk søknadsprosess for søknader om autorisasjon og

lisens. Arbeidet med digitalisert søknadsprosess er med på å sikre at kontakten med søkerne og behandlingen av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning skjer mer effektivt og med best mulig kvalitet. SAKs kundesenter mottok i 2015 om lag 60 000 eposter og telefonhenvendelser. Siden den elektroniske søkeprosessen ble tilgjengelig, har over halvparten av søknadene kommet inn elektronisk.

Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og videreutvikling av finansieringssystemene i helsetjenesten.

I 2015 hadde direktoratet om lag 13,4 milliarder kroner i tilskuddsutbetalinger på 60- og 70-poster på vegne av flere departementer. Helsedirektoratet har ansvar for over 180 tilskuddsregelverk.

Fagutvikling

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.

Helsedirektoratet arbeider med over 30 nasjonale planer innen helse- og omsorgssektoren (handlingsplaner, opptrappingsplaner, strategier eller liknende).

Direktoratet har en rekke oppgaver knyttet til kvalitetsutviklingen i helse- og omsorgssektoren. Det omfatter faglig normerende retningslinjer, veiledere for organisering av utvalgte områder og fortolkning av lover og faglige råd. Direktoratet ga i 2015 ut Veileder for oppretting og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre, i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Direktoratet har utviklet et nytt rammeverk for å publisere retningslinjer og veiledere i digitalt format. I 2015 ble 6 nasjonale faglige retningslinjer, fem veiledere, 30 pakkeforløp for kreft og 33 prioriteringsveiledere utgitt i det nye, digitale formatet. Fra 2016 utgis alle retningslinjer og veiledere digitalt.

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer økte fra 54 indikatorer i 2013 til 97 i 2015. For 2016 legges det opp til publisering av 107 nasjonale kvalitetsindikatorer. En pakke av kvalitetsindikatorer som vil kunne gi et mer samlet bilde av kvaliteten på helsetjenesten innenfor hvert fagområde er under utvikling.

Pasientsikkerhetsprogrammet, som ledes av helsedirektøren, skal redusere pasientskader,

bygge varige strukturer for pasientsikkerhet samt forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Blant prioriterte satsinger i 2015 var støtte til lokale team i spesialisthelsetjenesten og kommunene i arbeidet med å implementere og spre innsatsområder/risikoområder samt å nå spredningsmålene.

Helsedirektoratet overtok fra 2016 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. Meldeordningen analyserte om lag 10 000 mottatte meldinger i 2015 for å identifisere årsakene til hendelsene og identifisere tiltak for å hindre gjentakelse. Meldeordningen publiserte og distribuerte læringsnotater til spesialisthelsetjenesten, samt arrangerte kurs i pasientsikkerhet og den årlige Pasientsikkerhetskonferansen. Antall meldinger er svakt økende.

I 2015 ble navnet på Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten endret til Nye metoder og nettsiden www.nyemetoder.no ble lansert. Systemet skal bidra til at spesialisthelsetjenesten kan innføre ny teknologi og legemidler på en rasjonell, kunnskapsbasert, transparent og forutsigbar måte. Sekretariatet for Nye metoder i Helsedirektoratet skal sørge for koordinering mellom aktørene i systemet og er sekretariat for Bestillerforum RHF. Systemet videreutvikles kontinuerlig i samarbeid mellom alle aktører, eksterne brukere og i dialog med referansegruppen mv. Prosessene for legemidler er tydeliggjort i 2015. Det er behov for å videreføre arbeidet med medisinsk teknisk utstyr og å utvikle gode systemer for revurdering og utfasing av metoder.

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. Som følge av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen er sekretariatet for rådet flyttet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til Helsedirektoratet fra og med 2016.

For å utvikle tjenestene jobber Helsedirektoratet bredt med å involvere brukere og helsepersonell. I 2015 ble det etablert et overordnet Brukeråd i samarbeid med mange av brukerorganisasjonene i Norge. I samarbeid med Brukerådet vil Helsedirektoratet prøve ut hvordan pasient- og brukerorganisasjonene kan fremme brukerperspektivet i strategisk viktige saker og prosesser

knyttet til Helsedirektoratets roller og samfunnsoppdrag.

Helsedirektoratet samarbeider med andre samfunnssektorer for å bedre folkehelsen og utvikle helse- og omsorgstjenestene. Det arbeides tett med Utdanningsdirektoratet, Bufdir, Arbeids- og velferdsdirektoratet og IMDi for å styrke og samordne innsatsen mot utsatte barn og unge under 24 år.

Det er utviklet et tettere samarbeid med næringsmiddelbransjen, forskningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner i et partnerskap for saltreduksjon. Tilsvarende samarbeider direktoratet med matvarebransjen om utvikling av nøkkelhullprodukter og reduksjon i mettet fett og sukker. Med politi, skjenkenæring og Arbeidstilsynet samarbeides det om ansvarlig alkoholhåndtering. Dette understøttes med ulike kampanjetiltak både mot befolkning og næring.

Direktoratet hadde i 2015 kampanjevirkosomhet for å forbygge at ungdom begynner med snus, forstår poenget med strenge skjenkereglene og betydningen av skader pga. alkohol. Det er en utfordring å utvikle relevante og tilgjengelige tjenester for ungdom. Direktoratet utarbeidet i 2015 et utkast til en ungdomshelsestrategi i tillegg til en utredning om digitale tjenester om helse rettet mot ungdom.

Helsedirektoratet arbeider kontinuerlig med tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, både generelt og særlig innen demens. Det ble i 2015 gjennomført pårørendeprogram og satsing på ulike demenstilbud. Velferdsteknologi-programmet gjennomføres i samarbeid med KS og Direktoratet for e-helse. Programmet har i 2015 vært i en utviklingsfase og vil fra 2017 gå inn i en spredningsfase for trygghetsskapende teknologi og fra 2018 for avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer.

Helsedirektoratet følger utviklingen i samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom rapporten samhandlingsstatistikk.

For å sikre mer likebehandling i sykmeldingsprosessen og reduksjon av ubegrunnet variasjon i sykefraværslengde, utvikler direktoratet en digital sykemelderveileder med diagnosespesifikk beslutningsstøtte og e-læringsløsning. Beslutningsstøtten integreres i elektroniske pasientjournaler for å være tilgjengelige for sykmeldere der de trenger det fra høsten 2016.

Direktoratet samarbeider tett med UDI, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og DSB for å sikre tilgjengelighet til helsetjenester, samt forebygge psykososiale problemer

for flyktninger og asylsøkere. Helsedirektoratet fikk ansvaret for å koordinere helsetjenestens innsats ved økt asylsankomst høsten 2015. Psykososiale problemer er den største helsemessige utfordringen blant asylsøkere, og det gjennomføres fylkesvis opplæring på feltet. For å forenkle og sikre god helseinformasjonsflyt om asylsøkerne kom det mot slutten av 2015 på plass tildeling av D-nummer ved ankomst. Dette er et godt utgangspunkt for videre arbeid med elektronisk informasjonsutveksling. Innvandrere bruker fastlege og legevakt mindre enn den øvrige befolkningen. I samarbeid med IMDi, er det bestilt en systematisk kunnskapsoppsummering som skal avdekke forhold som fremmer eller forhindrer likeverdige helse- og omsorgstjenester.

Direktoratet har samarbeidet med Bufdir for å skaffe mer kunnskap og følger opp tiltak angående barns erfaringer med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Barn som mottar barnevernstjenester, er en utsatt gruppe med sammensatte behov for helsetjenester. Det er dokumentert høy forekomst av psykiske lidelser og studier antyder at mange ikke får hjelp. Dette ble behandlet i Nasjonalt råd for prioritering i desember 2015.

Direktoratet deltar i EUs arbeid med innskjerping av produktregelverket for medisinsk utstyr. I 2015 deltok direktoratet i en Interpol-ledet fellesaksjon mellom Tollvesenet, Legemiddelverket, Mattilsynet, og Politiet om narkotiske midler, ulovlige og falske legemidler, kosttilskudd og medisinsk utstyr.

Direktoratet har levert en gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten og en ny ISF-modell for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB, endringer i takstsystemet for mer ambulante og oppsøkende tjenester, samt nettbasert behandling.

God datakvalitet og styringsinformasjon av god kvalitet er et viktig grunnlag for likeverdige finansieringsordninger og god styring. Direktoratet har tilgjengeliggjort nye publiseringsløsninger for ventelister, monitoreringsløsning for pakkeforløp kreft og reisetidsberegninger for akutenheter. Det er utarbeidet flere analyser; Samdata spesialisthelsetjenesten, DPS, tvang i psykisk helsevern, samhandlingsstatistikk, årlige framskrivinger av forventet vekst i behovet for spesialister pga. demografiske endringer og modell for beregning av ressursbehov ved ulike anslag for antall asylsøkere og flyktninger. Arbeidet med å starte utvikling av et kommunalt pasientregister er påbegynt.

Beredskap

Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for nasjonal helseberedskap. Gjennom organisering av Strålevernet som etat i Helsedirektoratet er det lagt til rette for en styrking og forenkling av helseberedskapen. Helsedirektoratet får som hovedregel delegert fullmakt til å koordinere helsetjenestens innsats ved kriser.

Direktoratet har hatt mange beredskapssituasjoner i 2015. Størst ressursinnsats var ved arbeidet mot ebola da Norge bidro til bekjempelse av ebola i Vest Afrika i 2014–2015. Håndtering og oppfølging av utsendt helsepersonell i Sierra Leone var en omfattende og krevende aktivitet også i 2015.

Etter avslutning i Sierra Leone og ut sommeren 2015 var det mye aktivitet knyttet til oppfølging, erfaringsoppsummering og avslutning av oppdraget. Helsedirektoratet har levert rapport om erfaringsgjennomgang av norsk ebolahåndtering.

Det er utarbeidet en sluttrapport om oppfølging av tiltakene etter 22.juli. Det jobbes med å implementere prosedyrer og veiledere for håndtering av pågående livstruende vold, opplæring av innsatspersonell, etablering av taushetsbelagte opplysninger til politiet, masseskadetriage i helsetjenesten, og organisering på skadested.

Helsedirektoratet ivaretar myndighetsfunksjonen og det overordnede prosjektlederansvaret for innføring av nødnett i helsetjenesten. I 2015 tok ni AMK-sentraler, 20 legevaktsentraler og syv akuttmottak i bruk kontrollromsutstyr for Nødnett.

I 2015 ble det innført felles nasjonalt telefonnummer til legevaktene i hele landet, 116117.

Kommunikasjon

Helsedirektoratet skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. På grunnlag av forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen i helse- og omsorgstjenesten skal Helsedirektoratet gi råd og veiledning til sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen. Helsedirektoratet skal være et kompetanseorgan som aktørene, samt media, ser det som naturlig å henvende seg til.

Helserefusjonsområdet

Samfunnsoppdrag

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo har om lag 560 årsverk og forvalter i overkant av

33 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. Følgende overordnede mål er knyttet til helseøkonomiforvaltningen:

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

Forvaltningsoppgaver

I løpet av 2015 har Helfo fått ansvar for flere oppgaver knyttet til regjeringens ambisjon om å utvikle pasientenes helsetjeneste. Folketrygdloven § 5-24 a, refusjoner av utgifter til helsetjenester som brukerne har hatt i et annet EØS-land, er utvidet til på visse vilkår å omhandle også sykehusbehandling i utlandet. Ordningen med fritt behandlingsvalg ble etablert i 2015, og pasientenes rettigheter knyttet til behandlingstid i spesialisthelsetjenesten er styrket (fristbruddordningen). Helfo har for alle disse tjenestene sentrale oppgaver knyttet til informasjon, veiledning, saksbehandling, oppfølging og økonomisk oppgjør mellom partene.

Det er lansert en ny og brukervennlig nettløsning; Helfo.no. Nye nettsider med moderne funksjonalitet er en forutsetning for å nå målet om økt bruk av digitale tjenester og selvhjulpne brukere. Helfo.no er en nettside for helseaktører, mens all informasjon om Helfos tjenester for privatbrukere er flyttet til helsenorge.no. Besøkstallene i 2015 er 2,9 millioner for Helfo.no (helseaktørene). Besøkstallene for helsenorge.no (privatbrukere) er nær 9,6 millioner totalt, inklusiv andre informasjonssider enn Helfo sine sider. I tillegg har Helfo i 2015 arbeidet med å forberede samordning av alle tjenester for privatpersoner inn i 800helse. Fastlegetelefonen og frikorttelefonen ble faset inn fra 1.januar 2016. Det innebærer at det nå er kun ett telefonnummer privatpersoner benytter for bistand og veiledning.

Brukerundersøkelser blant borgerne viser at 73 pst. var fornøyd med den samlede serviceopplevelsen i kontakten med Helfo i 2015, mens tilsvarende andel for helseaktørene var 80 pst. Prestasjonsmålet er 90 pst. for begge grupper. Brukerne opplevde at ventetiden på enkelte av telefontjenestene var for lang, men samtidig at kvaliteten på tjenesten samlet sett var svært god. Helfo ble i 2015

tildelt prisen for beste kundeservice innen offentlig virksomhet. Helfos vektlegging av brukerfokus i sine tjenester understrekes også av at Difi, i samarbeid med Språkrådet, tildelte Helfo andreplass for godt språk i forvaltningen.

Det har de to siste årene vært restanser og lange saksbehandlingstider på legemiddelområdet og deler av utlandsområdet. På legemiddelområdet opplevde brukerne i 2015 en økning i svartider inntil Helfo oppnådde en forbedring utover høsten. Antall saker over ytre grense (8 uker) var ved årsskiftet i underkant av 2800. Iverksatte tiltak i 2016 har bidratt til ytterligere bedring av saksbehandlingstid og en kraftig nedgang i restanser i begynnelsen av året. Utviklingen går i riktig retning.

Antall saker i 2015 er på nivå med 2014, dvs. om lag 100 000 søknader om individuell stønad til legemidler og medisinsk forbruksmateriell. Helfo fattet i 2015 i alt 115 000 vedtak (en sak kan gi flere vedtak).

Saksinnngang for refusjonsordning for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdlovens § 5-24 a, har de siste to år økt med til sammen 33 pst., fra 8 300 saker i 2013 til 11 000 saker i 2015. Det ble utbetalt refusjoner for i alt 40,7 mill. kroner hvorav 51 pst. for fysioterapibehandling og 42 pst. for tannbehandling. Gjennomsnittsutbetaling per sak er økende.

I 2015 var det 576 saker over ytre grense (12 uker) innenfor søknader om refusjon for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Tilsvarende for 2014 var 284 saker. I 2016 melder Helfo at produksjonen har økt og at antall restanser reduseres gradvis. Antall saker over ytre grense vil uansett øke noe midlertidig.

Helfo håndterte i 2015 vel 630 000 oppgjørsmeldinger fra behandlere, en økning på 5 pst. sammenliknet med 2014. 65 pst. av helseaktørene sender sine krav elektronisk over linje, en økning på 4 prosentpoeng fra 2014. Det er imidlertid store forskjeller mellom behandlergruppene. 93 pst. av legene (herav 99 pst. av fastlegene), 76 pst. av tannlegene, mens kun 7 pst. av fysioterapeutene sender elektronisk over linje. 77 pst. av fastlegebyttene i 2015 skjedde via selvbetjeningsløsningen på nett. Trenden er økende. Elektronisk inn-sending, bruk av nettportalene og digitale løsninger bidrar til en mer effektiv produksjon.

Helfo legger vekt på at riktig første gang er en effektiv strategi for å sørge for etterlevelse av regelverket og forhindre urettmessige utbetalinger av helserefusjoner. Det er opprettet en egen telefontjeneste med informasjon og veiledning av helseaktørene og en pro-aktiv tjeneste som arbeider

aktivt med rettleiding og informasjon. Videre er det utviklet omfattende automatiserte kontroller i mottak og behandling av refusjonskrav og interne kontrolltiltak i saksbehandlingen av individuelle søknader. Helfo gjennomfører etterkontroller etter kontrollplaner utarbeidet på basis av årlige risikovurderinger av stønadsområdene. Helseaktører med størst risiko og økonomisk vesentlighet prioriteres. Analyser av praksisprofil og refusjonsutvikling ligger til grunn for utvalg av kontrollobjekter og Helfo har også en egen tipstelefon. Hele virkemiddelkjeden fra informasjon og veiledning til kontroll, tilbakekreving og ev. anmeldelser tas i bruk. Helfo legger til grunn erfaring og kunnskap om effekten av ulik virkemiddelbruk i sin oppfølging. I 2015 utgjorde tilbakekrevd beløp nær 90 mill. kroner fordelt på 137 saker, tilsammen 150 aktører fikk pålegg om endring av praksis, 2 helseaktører ble fratatt retten til å praktisere på trygdens regning og Helfo gikk til anmeldelse i 8 saker.

Strålevernområdet

Samfunnsoppdrag

Statens strålevern er fra 1. januar 2016 etablert som en etat i Helsedirektoratet. Helsedirektoratet styrer Strålevernet som en etat med tildelingsbrev, fullmakter og rapportering. Helsedirektoratet skal bruke integreringen av Strålevernet til å utnytte ressurser bedre og unngå dobbeltarbeid. Strålevernet har fag- og forvaltningsmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall. Strålevernet fører 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. Statens strålevern er fagdirektorat for Klima- og miljødepartementet på området radioaktivt avfall og radioaktiv forurensning i det ytre miljø og for Utenriksdepartementet på områdene atomsikkerhet og ikke-spredning.

Roller

Statens strålevern utfører oppgaver under ulike roller:

- Etaten er fagorgan som opptreer faglig normerende innen strålevern, atomsikkerhet og radioaktiv forurensning
- Etaten fører tilsyn med virksomheter mv. innenfor på ovennevnte fagområder

- Staten utfører en rekke forvaltningsoppgaver for hhv Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet og Utenriksdepartementet.
- Staten gjennomfører vedtatt politikk på områdene strålevern, atomsikkerhet og radioaktiv forurensing

Myndighet

Strålevernet har selvstendig beslutningsmyndighet etter atomenergiloven. Innenfor de deler av Statens stråleverns ansvarsområde som angår radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljøet, opptre Statens strålevern som direktorat under Klima- og miljødepartementet. Klima- og miljødepartementet har, som overordnet departement og konstitusjonelt ansvarlig, instruksjonsmyndighet overfor Statens strålevern innenfor dette forvaltningsområdet. Strålevernet opprettholder selvstendig beslutningsmyndighet etter forurensningsloven med Klima- og miljødepartementet som klageorgan. Det samme gjelder i arbeidet for Utenriksdepartementet på områdene internasjonalt atomsikkerhet og ikke-spredning, inkludert forvaltningen av tilskuddsmidler under atomhandlingsplanen.

Forvaltningsoppgaver

Statens strålevern skal i 2017 implementere revurdert strålevernforskrift. Nye krav skal følges opp med risikobaserte tilsyn og nødvendige vedtak. Det skal gjennomføres en landsomfattende tilsynsrunde for å kontrollere etterlevelsen av nye krav.

Statens strålevern gjennomførte i 2013–2016 et prosjekt for å oppgradere det elektroniske meldesystemet for strålekilder. Systemet gir en samlet oversikt over strålekilder i Norge og er et viktig verktøy i beredskapssammenheng og i forvaltningen. Strålevernet skal i 2017 arbeide for å digitalisere forvaltningen ytterligere med formål om å effektivisere arbeidsprosessene, sikre kvalitet og utvikle gode styrings- og prioriteringsverktøy. Det skal utvikles en overvåkningsdatabase for medisinsk strålebruk (frekvens og dose), aggregerte virksomhetsdata hentes ut fra Norsk pasientregister.

Strålevernet skal bygge kompetanse og etablere forvaltningsregime for protonterapi. Strålevernet skal også arbeide for å etablere et elektronisk nasjonalt yrkesdoseregister.

Sterke radioaktive kilder utgjør en trussel i samfunnet. I lys av dette har Strålevernet bidratt

til å utfase og bedre sikringen av noen av landets sterkeste radioaktive kilder, og utarbeidet retningslinjer for sikring av et større spekter av radioaktive kilder. I 2017 skal Statens strålevern arbeide for å implementere ytterligere sikringstiltak i virksomhetene.

Det skal utvikles en nasjonal strategi for å redusere forekomst og dødelighet av hudkreft i Norge. Statens strålevern skal i 2017 etablere og koordinere en nasjonal gruppe for arbeidet med en UV- og hudkreftsstrategi. Videre skal Strålevernet forberede utskifting av målestasjoner som overvåker UV fra sola.

Strålevernet skal holde oversikt over stråledoser til befolkningen fra alle kilder. I forbindelse med gjennomføringen av Strategi for forvaltning av radioaktivitet i fôr og næringsmidler utvikles systemer for effektiv rapportering både fra det nye operative beredskapsnettverket og fra eksisterende overvåkningsprogrammer for radioaktivitet i mat og miljø. Dette arbeidet vil fortsette i 2017.

Den nasjonale strategien for å redusere radon eksponeringen i Norge videreføres fra 2015 til 2020. Strålevernet koordinerer oppfølgingen av strategien, bl.a. gjennom den tverrsektorielle koordineringsgruppen, der de ulike sektorene med virkemidler på radonområdet er representert. Strålevernet gir veiledning til kommunene i tilsynet med radonkravene i strålevernforskriften i skoler, barnehager og utleieboliger. Strålevernet skal fortsette kartleggingen av områder med ekstrem radoneksponering i Norge og bidra til veiledning til de som er berørt.

Strålevernet skal fatte vedtak, bl.a. gjennom utslippstillatelser etter forurensningsloven, og føre tilsyn med virksomhetene. Strålevernet skal også utvikle kunnskapsgrunnlaget om helse- og miljøeffekter fra radioaktive stoffer, og koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljøet. I 2017 skal Strålevernet spesielt arbeide med avfallsstrømmer og deponikapasitet, særlig knyttet til håndtering av avfall fra en framtidig dekommisjonering av forskningsreaktorene, inkludert løsninger for det brukte brenselet fra reaktorene. Videre skal Strålevernet videreutvikle samlet beredskapsplanverk for roller og ansvar innenfor miljøsektoren. Se også omtale i Prop. 1 S (2016–2017), kap. 1423 Radioaktiv forurensning i det ytre miljø.

Strålevernet skal gi råd i internasjonalt strålevern- og atomsikkerhetsarbeid.

Strålevernet er delegert forvaltning av tilskuddsmidlene under atomhandlingsplanen (2013–2017) fra Utenriksdepartementet. I 2017 skal Strålevernet arbeide spesielt med å bidra til å redusere

risikoen for hendelser i nærrområdene 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.

Fagutvikling

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 samarbeid med Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. I 2017 vil det både her og i forskningsprosjekter i regi av Nordisk Kjernesikkerhetsforskning bli lagt vekt på å øke kunnskapen om effekter av stråling ved forskning på økosystemnivå. Videre er Strålevernet i perioden 2015 til 2020 Norges Forskningsråds representant i CONCERT European Joint Programming og vil gjennom sin deltakelse der være med på å sette agendaen for europeisk strålevernsforskning. Strålevernet vil også delta i nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter på alle strålevernfeltets fagområder, inkludert medisinsk og ikke-medisinsk strålebruk, beredskap og helseeffekter av ikke-ioniserende stråling.

Beredskap

I samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet arbeides det med å etablere en integrert beredskapsmodell. Det vises også til omtale under kap. 702 Beredskap.

Statens strålevern leder den tverrsektorielle atomberedskapen i og utgjør den faglige sekretariatsfunksjon for Kriseutvalget for atomberedskap. God atomberedskap og krisehåndtering krever bred koordinering på tvers av samfunnssektorene. Nytt beredskapsplanverk for Kriseutvalget for atomberedskap ble vedtatt i 2015. Planverket i atomberedskapsorganisasjonen skal videreutvikles kontinuerlig i lys av trusselbilde. 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. I tråd med anbefalinger fra IAEAs evaluering bør planverket utvikles særskilt for å inkludere håndtering av vilde handlinger. Som en del av dette vil det også bli lagt vekt på gode grensesnitt for informasjonsdeling.

Innen atomsikkerhet og sikring skal Strålevernet særlig arbeide med oppfølging av anbefalingene etter IAEAs evaluering av Norges gjennom-

føring av forpliktelsene i Konvensjonen om fysisk sikring, inkludert sikringen av de norske atomanleggene. Strålevernet skal bidra til økt sikkerhet bl.a. ved å kreve endring av fysiske sikringen av Norges atomanlegg, oppdatere regelverket, bedre samhandlingen med NSM, PST og politiet og øke tilsynet med sikringsarbeidet ved Institutt for energiteknikk. Dette arbeidet har høy prioritet, og den interne organisering i virksomheten må være tilpasset dette. Videre skal Strålevernet styrke innsatsen knyttet til løsninger for det brukte brenselet og en framtidig dekommisjonering av anleggene til Institutt for energiteknikk. Strålevernet skal også føre tilsyn med sikkerhet, sikring og beredskap knyttet til det økende antall anløp av reaktordrevne fartøy.

Post 01 Driftsutgifter

De budsjettmessige konsekvenser relatert til gjennomgående tiltak som ABE-reform, digital post og pensjonspremie for statlige virksomheter, er omtalt i del I, kapittel 2. I tillegg til generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:

Det foreslås 10 mill. kroner til utvikling av system for elektronisk utveksling av trygdeinformasjon innenfor EU/EØS. EU har i en egen forordning besluttet at trygdeoppgjørene mellom medlemmene i EU/EØS skal være elektronisk, og slik at man utveksler personsensitiv informasjon i egne strukturerte elektroniske dokumenter. EU-kommisjonen står for utvikling og levering av de sentrale IKT-løsningene, mens de enkelte medlemslandene er ansvarlig for utvikling og drift av de nasjonale IKT-systemene, som skal kommunisere med de sentrale systemene. Det forventes at elektronisk utveksling skal starte opp i løpet av 2018. Arbeidet med utvikling av nasjonale systemer må derfor påbegynnes i 2017.

Posten økes med 2,2 mill. kroner knyttet til styrking av atomsikkerhet og ikke-spredning – bl.a. oppfølging av anbefalingene etter IAEAs evaluering av Norges gjennomføring av forpliktelsene i Konvensjonen om fysisk sikring, inkludert sikringen av de norske atomanleggene.

Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner til administrasjon av ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetakene, se nærmere omtale av ordningen i del I.

Helsedirektoratet pålegges et ytterligere effektivitetskrav på 5 mill. kroner utover ABE-reformen.

Det foreslås følgende flyttinger/omprioriteringer:

– Posten foreslås økt med 2,1 mill. kroner til gjennomføring av EUs nye tobakksdirektiv, jf.

parallelljustering over kap. 3720, post 04. Tobakksdirektivet medfører behov for endringer i gjeldende regelverk samt innføring av helt nye regler for tobakksvarer og elektroniske sigaretter, nærmere omtalt i Prop. 142 L (2015–2016). Helsedirektoratet vil som tilsynsmyndighet få økte utgifter knyttet til målinger av ingredienser og utslipp, ingrediensrapporteringer, vurdering av karakteristisk smak i tobakksvarer, registreringsordning for fjernsalg og godkjenningsordning for nye produkter. Gebyrinntektene skal sikre at disse nye ordningene er selvfinansierte. Bevilgningen foreslås med forbehold om Stortingets samtykke til innlemmelse av direktivet i EØS-avtalen.

- 1,84 mill. kroner overføres fra kap. 710 Folkehelseinstituttet i forbindelse med omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen.
- De regionale helseforetakene vil fra 2017 overta ansvaret for kvalitetssikring av fysiske og teknisk forhold i Mammografiprogrammet. Det foreslås å flytte 0,8 mill. kroner til de regionale helseforetakene knyttet til dette, jf. omtale under kap. 732, post 72–75. Det foreslås videre å flytte 0,8 mill. kroner til kap 732, post 70. Midlene skal gå til Helse Sør-Øst RHF ved en virksomhetsoverdragelse for å ivareta nasjonal koordinering og kvalitetssikring av kvalitetskontrollene som utføres i Mammografiprogrammet. Midlene skal stilles til disposisjon for Oslo universitetssykehus ved Kreftregisteret.
- 1,7 mill. kroner er flyttet fra Helfo til skatteetaten i forbindelse med ID-kontroll.

Det er avsatt totalt 10,5 mill. kroner til Strålevernets virksomhet som tilsynsmyndighet på atome-nergilovområdet i 2017, fordelt med 8,9 mill. kroner under post 01 og 1,6 mill. kroner under post 21.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Posten reduseres med 3,6 mill. kroner knyttet til arbeidet med automatisering av egenandelstak 2. Tak 2 automatiseres f.o.m. 2017.

Posten økes med 1,6 mill. kroner i forbindelse med økt tilsyn ved IFE. Utgiftene dekkes mot økte inntekter over kap. 720, post 04.

Bevilgningen er satt ned med 12,6 mill. kroner som følge av forventet nedgang i eksternfinansiert prosjektarbeid, jf. kap. 3720, post 02.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Beløpet på 4 mill. kroner går til videreføring av Strålevernets arbeid med styrking av atomberedskapen, bedre målekapasiteten mht. mat og drikkevann iht. vedtatt gjennomføringsplan, avtaler med laboratorier, kompetanseoppbygging og øvelser.

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land ble innført 1. januar 2011. Som ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet ble forskriften utvidet til å omfatte sykehusbehandling fra 1. mars 2015. Pasienten må 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, spesialisthelsetjenester og fysioterapi over posten. Det foreslås bevilget 47,6 mill. kroner i 2017. Det er usikkerhet om antall søknader i 2017.

Det ble utbetalt refusjoner for 22,9 mill. kroner på posten i 2015. 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 17,7 mill. kroner i 2015 over kap. 2756, post 70 under folketrygden for utgiftene til behandling i utlandet hos bl.a. kiropraktor, tannbehandling og blåreseptordningen.

Antall søknader om refusjon for sykehusbehandling har tatt seg opp siden forskriftsutvidelsen 1. mars 2015. I første halvår 2016 er det innvilget 76 refusjonskrav innen sykehusbehandling for til sammen 3,3 mill. kroner. De innvilgede sakene fordeler seg på flere diagnoser, men det er flest innen behandling av prostatakreft i Tyskland og behandling for atrieflimmer og atrieflutter i Danmark.

**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. 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. En pilot er startet opp i 2016. 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 tilfredsstillt 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. 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 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
02	Diverse inntekter	117 758	49 366	37 894
03	Helsetjenester i annet EØS-land	28 833	45 983	47 034
04	Gebyrinntekter	6 131	39 528	44 132
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	71 977	64 870	65 000
	Sum kap. 3720	224 699	199 747	194 060

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til:

- salg av trykksaker, publikasjoner og gjennomføring av prosjekter og tiltak finansiert av andre offentlige organer
- salg av tjenester og prosjektfinansiering, f.eks. doseovervåking, yrkeseksponerte og kalibrering av solarier og strålekilder i sykehus
- 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 47 mill. kroner i 2017.

Post 04 Gebyrinntekter

Helsedirektoratet har ansvar for å godkjenne enkeltsøknader om spesialistgodkjenning. Ordningen er gebyrbelagt og omfatter spesialistgodkjen-

ning av leger, optikere og tannleger. Det fastsettes også gebyrer for resertifisering av allmennleger.

Posten omfatter også inntekter relatert til behandling av søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell. Over posten føres også inntekter fra tilsyn ved Institutt for energiteknikk.

Bevilgningen foreslås økt med 2,1 mill. kroner knyttet til gjennomføringen av tobakksdirektivet, jf. tilsvarende utgiftsøkning over kap. 720, post 01.

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
		2015	budsjett 2016	2017
01	Driftsutgifter	134 357	114 859	129 687
	Sum kap. 0721	134 357	114 859	129 687

Samfunnsoppdrag

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynsansvaret for tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid. 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 faglig styring av tilsynet med tjenestene, sørge for koordinering og harmonisering av tilsynet, vedlikehold og styrking av kompetanse, utvikling av effektiv tilsynsmetodikk, oppfølging av tilsyn og formidling av tilsynserfaringer. Statens helsetilsyn skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alt tilsyn.

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, avdekkes og følges opp.

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

Roller

Statens helsetilsyn er overordnet myndighet både for tilsyn og for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter og utøver 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 og er direkte underlagt Statens helsetilsyn, jf. barnevernloven, lov om sosiale tjenester og helsetilsynsloven.

Myndighetsfunksjoner

Varsler og undersøkelser

Statens helsetilsyn skal ta imot, undersøke og håndtere alle varsler om alvorlige, upåregnelige hendelser i spesialisthelsetjenesten og svare virksomhetene snarest mulig om hva slags tilsynsmessig oppfølging som er besluttet. Det skal gjennomføres stedlig tilsyn når det er nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst. I saker der kriteriene for stedlig tilsyn ikke er til stede, må nødvendig tilsynsmessig oppfølging skje på annen måte.

Hendelsesbasert tilsyn

Fylkesmannen oppretter tilsynssaker på grunnlag av klager fra brukere, pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenestene. De fleste tilsynssakene mot helsepersonell og virksomheter i helsetjenestene blir avsluttet av fylkesmennene. De alvorligste sakene blir sendt

til Statens helsetilsyn for vurdering av om det foreligger brudd på helselovgivningen og om det skal gis administrativ reaksjon til helsepersonell eller virksomheter. Når det gjelder barnevern og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen er det fylkesmennene som har ansvaret for å avslutte hver enkelt tilsynssak.

Planlagt tilsyn

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 (enkelt saker), revisjoner av virksomhetene, områdeovervåkning og andre kilder. Tilsyn skal understøtte virksomhetenes eget ansvar for sikkerhet og kontinuerlig forbedring. Ressursene skal styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet der sannsynlighet for svikt er stor, der konsekvensene av svikt for barn og deres familie og andre tjenestemottakere er alvorlige, eller der de som trenger tjenester ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

Tilsyn utført av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn fører selv tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker. Statens helsetilsyn er pålagt å føre jevnlig tilsyn med virksomheter som håndterer blod, blodkomponenter, celler, vev og organer.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt oppgaven å føre tilsyn med Justis- og beredskapsdepartementets arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap til Statens helsetilsyn.

Med bakgrunn i avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gjeldende for perioden 2016–2018 er Statens helsetilsyn gitt i oppdrag å føre tilsyn med helsetjenester til militært personell i operasjoner i utlandet.

Fagutvikling

Involvering av pasienter, brukere og pårørende er et av satsningsområdene i den strategiske planen for Statens helsetilsyn for perioden 2015–2018.

Fylkesmennene og Statens helsetilsyn vil i 2017 fortsette arbeidet med hvordan tilsynsmyndighetene ved utvikling, innretning og gjennomføring av tilsyn kan involvere brukere og pårørende. Det gir bedre faktagrunnlag for tilsynsmes-

sige vurderinger og avgjørelser, og bedre prioritering av knappe tilsynsressurser. Statens helsetilsyn samarbeider tett med representanter fra fire brukerorganisasjoner for å samle erfaringer og prøve ut ulike tiltak og modeller for involvering av brukere og pårørende i alle deler av tilsynsvirksomheten. Sluttbrukerne skal oppleve at tilsynsmyndigheten blir mer tilgjengelig og åpen. Det er gitt tilskudd til prosjekter om involvering som fylkesmennene gjennomfører.

Erfaringer fra tilsyn skal oppsummeres og brukes til kontinuerlig forbedring av tjenestene. Statens helsetilsyn har i 2015 lagt vekt på å gjennomføre hendelses- og årsaksanalyser for å kunne gjøre riktige vurderinger og trekke konklusjoner som kan bidra til læring i virksomhetene, og som har betydning for pasient- og brukersikkerheten og kvaliteten i tjenestene. I den forbindelse er det prøvd ut å gi tilrådinger til helseforetak, direktorat og tilsyn.

Det er satt i verk et forskningsprosjekt samtidig med det landsomfattende tilsynet i spesialisthelsetjenesten i 2016 og 2017 som skal gi kunnskap om tilsynets effekt. Forskningsprosjektet utvikler forskningsmetode og vil gi kunnskap om hvordan og om tilsynet virker på tjenestenes etterlevelse av kravet til forsvarlighet.

Statens helsetilsyn utvikler, i samarbeid med fylkesmennene, hjelpemidler til bruk for fylkesmennenes tilsyn med omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere. Formålet er å harmonisere tilsynet, øke kompetansen og sikre forsvarlig og godt nok tilsyn med alle omsorgssentrene. Samtaler med beboerne blir vektlagt. I 2017 vil Statens helsetilsyn også arbeide med hvordan fylkesmennene kan undersøke og vurdere forebygging og forsvarlig bruk av tvang i barneverninstitusjonene

Statens helsetilsyn samarbeider med fylkesmennene og involverer andre fagmiljøer og brukere i utvikling av nye og forbedrede veiledere for tilsyn og klagesaksbehandling på alle de samfunnsområdene etaten har overordnet faglig ansvar for. Det legges vekt på utvikling av varierte metoder for tilsyn som kan bidra til å støtte opp under helseforetaks og kommuners eget kvalitetsarbeid.

Samordning av tilsyn med velferdstjenestene og tiltak for å koordinere tilsyn med disse tjenestene og utdanningssektoren skal styrkes.

Kommunikasjon

Statens helsetilsyn skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Statens helsetilsyn skal formidle

kunnskap og innsikt i helserelaterte tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Tilsynet skal ha en bred kontakflate og bidra til gode helse- og omsorgstjenester og bedre folkehelse.

Tilsynsmeldingen, årsrapporten og andre publikasjoner på www.helsetilsynet.no gir mer omfattende omtale av tilsynserfaringer og Statens helsetilsyns måloppnåelse.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Det foreslås å flytte 0,2 mill. kroner til kap. 710, post 01, knyttet til omorganisering av den sentrale helseforvaltningen.

Varsler og undersøkelser

I 2015 mottok Statens helsetilsyn 501 varsler om alvorlige, upåregnelige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Det er en stadig økning i antallet mottatte varsler med en økning på 21 pst. fra 2014. I 2015 var 75 pst. av varslene håndtert og virksomheten hadde mottatt svar i løpet av sju virkedager. Statens helsetilsyn fant det nødvendig å gjennomføre stedlig tilsyn i 15 saker for å få saken tilstrekkelig opplyst. 169 varsler ble overført til fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging. I 37 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.

I 2017 vil Statens helsetilsyn videreutvikle tilsynsmetodikken for å følge opp alvorlige hendelser. Arbeidet med tilsynsmessig oppfølging av redegjørelser av egenvurderinger fra helseforetakene etter alvorlige hendelser vil videreføres. Formålet er å understøtte virksomhetenes eget ansvar for analyse og oppfølging, jf. plikten til internkontroll i helsetjenesten. Det skal utarbeides en årlig rapport fra Undersøkelsenheten som utformes særlig med tanke på læring i tjenestene.

Median saksbehandlingstid for tilsynssaker gjennomført som stedlig tilsyn eller annen tilsynsmessig oppfølging etter varsel om alvorlige hendelser ved 600 varsler per år skal være seks måneder eller mindre i 2017. Det skal gjennomføres 10–15 stedlige tilsyn i året basert på dagens ressursituasjon.

Hendelsesbasert tilsyn

Fylkesmennene avsluttet 3510 tilsynssaker rettet mot helse- og omsorgstjenester i 2015, en økning

på 5 pst. fra året før. Fylkesmennene avsluttet 966 tilsynssaker mot tjenester og tiltak innen barnevernet, og 88 tilsynssaker mot sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen i 2015.

I 2015 behandlet Statens helsetilsyn 592 saker mot personell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Statens helsetilsyn tilbakekalte 160 autorisasjoner. 20 helsepersonell fikk ny autorisasjon uten begrensninger og 27 fikk begrenset autorisasjon.

Statens helsetilsyn behandlet 102 saker mot virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og påpekte brudd på helselovgivningen overfor 59 virksomheter. Statens helsetilsyn ga i 2015 ingen pålegg eller varsel om tvangsmulkt til virksomheter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1.

Statens helsetilsyn skal ha følgende resultatmål for 2017:

Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som gjelder helse- og omsorgstjenester avsluttet i Statens helsetilsyn skal i 2017 være åtte måneder eller mindre ved maksimalt 600 nye saker.

Tilsynssaker som avsluttes hos fylkesmannen skal i 2017 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.

Planlagt tilsyn

Fylkesmennenes tilsyn innen Statens helsetilsyns områder inkluderte i 2015 følgende:

- 37 tilsyn med den kommunale barneverntjenestens arbeid med meldinger og tilbakemelding til melder. Tilsynet er landsomfattende og gjennomføres i 2015 og 2016. I tillegg er 50 kommunale egenvurderinger fulgt opp.
- 901 tilsyn med barneverninstitusjoner, 45 pst. av tilsynene var uanmeldt.
- Det ble gjennomført 1419 samtaler med barna i disse institusjonene, en samtaleandel på 53 pst.
- 55 tilsyn med omsorgssentre for mindreårige asylsøkere.
- 53 tilsyn med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen hvorav 36 var del av det toårige landsomfattende tilsynet med hvordan kommunene styrer sosiale tjenester til personer mellom 17 og 23 år. I tillegg er 86 egenvurderinger fra kommunene fulgt opp.

- 154 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester og oppfølging av 149 egenvurderinger.
- 37 tilsyn med spesialisthelsetjenesten.
- Tilsyn med samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, om utskrivning av pasienter fra sykehus. Det ble gjennomført i alt 56 tilsyn med 19 helseforetak og 37 kommuner.

Alle landets fylkesmenn skal i 2017 føre tilsyn med:

- Bufetats bistandsplikt når barn trenger akutttiltak og opphold i barneverninstitusjoner (med regionale tilsynslag som gjennomfører tilsynene innen hver Bufetat-region).
- kommunale helse- og omsorgstjenester, kommunale sosiale tjenester og spesialisthelsetjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet.
- helseforetakenes somatiske akuttinntak og deres gjenkjennelse og oppfølging av uklare medisinske tilstander i spesialisthelsetjenesten med fokus på hvordan pasienter med blodforgiftning (sepsis)/ alvorlige infeksjoner blir diagnostisert og behandlet.

Fylkesmennene skal i 2017 gjennomføre tilsyn:

- i størrelsesorden 100 systemrevisjoner med sosialtjenesten.
- tilsvarende 370 systemrevisjoner med helse- og omsorgstjenestene, hvorav minst 70 skal rettes inn mot spesialisthelsetjenesten. Tilsynene med spesialisthelsetjenesten skal fortrinnsvis gjennomføres med regionale tilsynslag.

Klage- og tilsynssaker hvor det er nødvendig å gripe inn raskt og som har stor betydning for enkeltpersoners eller gruppers liv og helse, skal prioriteres foran planlagt tilsyn.

Tilsyn utført av Statens helsetilsyn

I 2015 ble det gjennomført 13 tilsyn med til sammen 19 virksomheter som håndterer blod, blodkomponenter, celler, vev og organer, samt tre donorsykehus.

Statens helsetilsyn vil i 2017 gjennomføre annen og tredjegang tilsyn ved virksomheter som håndterer blod, celler og vev. I 2017 vil det bli ført tilsyn med både donorsykehus og transplantasjonsvirksomhet. Systematisk overvåking av ut-

veksling av organer mellom Norge og andre land vil inngå i denne tilsynsaktiviteten.

Statens helsetilsyn har startet planleggingen av tilsyn med helsetjenester til militært personell i operasjoner i utlandet og vil bli videreført i 2017.

Statens helsetilsyn innhenter i 2016 kunnskap om alvorlig psykisk syke barn i barneverninstitusjoner for å se på behovet for samordning av helse- og barneverntjenester. Dette arbeidet videreføres i 2017.

På oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet vil Statens helsetilsyn i 2017 gjennomgå et utvalg barnevernssaker for å vurdere ev. svikt i kommunal barneverntjeneste. Inkludert i denne gjennomgangen er også vurdering av sakkyndig arbeid og behandling i fylkesnemndene.

Statens helsetilsyn vil i 2017 gjennomgå alvorlige hendelser i fødselsomsorgen.

Fylkesmennenes klagesaksbehandling

Fylkesmennenes behandling av klager på tjenester innen Statens helsetilsyns områder omfattet i 2015:

- 480 avsluttede klagesaker om tvang og begrensninger i barneverninstitusjoner, og 139 om klage på kommunale barneverntjenester
- 3951 avsluttede klagesaker om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.
- 1516 overprøvde vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Av 1413 godkjente vedtak, ble søknader om dispensasjon fra utdanningskrav innvilget i 1064 av vedtakene.
- 3366 avsluttede klagesaker om helse- og omsorgstjenester.
- 3793 vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A, om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse, ble gjennomgått, og 1535 ble etterkontrollert fordi de hadde varighet utover tre måneder.

Av klagesaker som fylkesmannen avslutter etter sosialtjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, tannhelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, 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. Minst 90 pst. av sakene skal være behandlet innen tre måneder.

Kap. 3721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
02	Salgs- og leieinntekter	453	389	
04	Diverse inntekter	823	2 350	1 500
	Sum kap. 3721	1 276	2 739	1 500

Post 04 Diverse inntekter

Inntektene skyldes i hovedsak overføring fra Forsvarsdepartementet i forbindelse med tilsyn med

helsetjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet.

Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
01	Driftsutgifter	176 069	161 662	181 940
70	Advokatutgifter	36 294	36 200	37 214
71	Særskilte tilskudd	47 411	35 968	36 975
	Sum kap. 0722	259 774	233 830	256 129

Samfunnsoppdrag

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 va-

rig og betydelig, kan man i tillegg ha rett til mererstatning.

Myndighet

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er et ordinært forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE sin myndighet følger av pasientskadeloven med forskrifter. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatsstyringsmøter. Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke instruere NPE om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelser av enkeltsaker.

NPE forvalter finansieringssystemene innenfor pasientskadeordningen. Det er fastsatt egne instruksjoner for fondene for hhv offentlig helsetjeneste og privat helsetjeneste.

Norsk pasientskadeerstatning skal uten unødig opphold varsle departementet når det blir kjent med vesentlige avvik på eget ansvarsområde, eller når det blir kjent med vesentlige forhold som er av betydning for sektorens samlede måloppnåelse.

Forvaltning

Rask og god saksavvikling skal ha høy prioritet i Norsk pasientskadeerstatnings arbeid. Saksbehandlingen skal tilpasses de økonomiske rammer.

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2015 har NPE mottatt nærmere 80 000 erstatningskrav. Saksmengden – eksklusive legemiddel-saker – økte fra 5017 saker i 2013 til 5612 saker i 2015. 565 av sakene knyttet seg til privat helsetjeneste. 1485 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 3719 fikk avslag i 2015. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på rundt 31 pst.

I 2015 ble erstatningsutbetalingene i offentlig helsetjeneste 882 mill. kroner. Dette er en nedgang på 14 pst. fra 2014. Det ble utbetalt 42,4 mill. kroner i saker knyttet til privat helsetjeneste. Viktige årsaker til nedgangen i utbetalinger i 2015 var at ressurser måtte brukes til etterberegning knyttet til endret rettspraksis etter en høyesterettsdom som falt i desember 2014 og en krevende situasjon mht. kapasitet i NPE på utmålingssiden. For erstatninger hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2015, ble det i gjennomsnitt utbetalt 708 798 kroner per sak, varierende fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til over ni mill. kroner.

I 2015 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker mht. om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 242 dager, mot 245 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om erstatning, var 328 dager, mot 315 dager året før.

Det har vært en prioritert oppgave å redusere saksbehandlingstiden i NPE. Nedgangen i saksbehandlingstiden for å ta stilling til om erstatningssøker har krav på erstatning, fortsatte i 2015. For beregningssakene gikk den imidlertid noe opp. Dette må sees i sammenheng med den krevende situasjonen mht. kapasitet på dette fagområdet i 2015. Arbeidet med ytterligere nedgang i den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for begge utredningsløpene fortsetter i 2016 og 2017.

Det har videre vært en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Avviklingen i 2015 gikk på tross av det, ned med 2 pst. fra 2014. Hovedårsaken til dette er utfordringene på utmålingssiden.

Fagutvikling

NPE har i 2015 jobbet med å følge opp den nye strategien for perioden 2015–17. Det har vært lagt

stor vekt på å videreføre forbedringsarbeidet i virksomheten.

Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. NPE er opptatt av å kontinuerlig jobbe med å forbedre sine arbeidsmetoder (bl.a. bruk av Lean-metodikk i det kontinuerlige forbedringsarbeidet). Som et ledd i dette arbeidet ble det i 2015 besluttet å gjennomføre en verdistrømsanalyse der man kartlegger og analyserer saksflyten i hele saksforløpet, fra en sak meldes til den avsluttes.

NPE og Pasientskadenemnda har utviklet en felles fullelektronisk saksbehandlingsløsning. Den nye løsningen ble tatt i bruk våren 2015. Pasienter kan nå søke pasientskadeerstatning digitalt, via NPEs nettsider. Mer enn halvparten av nye saker meldes allerede digitalt. Erstatningssøkerne kan også motta saksdokumenter via digital postkasse om det er ønskelig. NPE har fått i oppdrag å videreutvikle saksbehandlingsløsningen til å omfatte hele det nyopprettede Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). En viktig oppgave for NPE i årene framover vil være å utvikle nye digitale løsninger for brukerne.

NPE arbeider videre med å utvide utnyttelsen av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Etaten har gjennom økt kontakt med helsetjenesten og sentrale aktører innen helseforvaltningen sørget for at erfaringsmaterialet i skadedatabasen nyttes i flere forsknings- og kvalitetssikringsprosjekter. Dette arbeidet vil fortsette i 2016 og i 2017.

Post 01 Driftsutgifter

De budsjettmessige virkninger knyttet til ABE-reformen og innføring av digital post er omtalt i del I, kapittel 2. Det foreslås styrke saksbehandlingskapasiteten med 3,1 mill. kroner.

Post 70 Advokatutgifter

Etter pasientskadeloven § 11 dekkes pasientens utgifter til advokathjelp dersom den som utreder saken har truffet vedtak om det, eller utgiftene regnes som tap som følge av skaden. Bestemmelsen gir pasienten rett til å få dekket nødvendige og rimelige utgifter til advokatbistand både i forbindelse med behandlingen i Norsk pasientskadeerstatning og i forbindelse med en ev. klage over vedtak i Norsk pasientskadeerstatning til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten/Pasientskadenemnda.

Post 71 Særskilte tilskudd

Bevilgningen omfatter dekning av erstatningsutbetalinger hvor staten har et særlig ansvar, som for vaksineskader. Det ble funnet en overhyppighet av narkolepsi hos barn (4–19 år) som ble vaksinert med Pandemrix mot Influenza A (H1N1) høsten 2009. I alle avtaler mellom stater og produsenter om levering av pandemivaksine var det forutsatt, med unntak for hendelser som skyldes

ukorrekt framstilling eller kontroll av vaksinen, at produsenten ikke er ansvarlig for finansiering av ev. framtidige erstatninger knyttet til ukjente skader eller bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasientskadeerstatning skal behandle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og ev. skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordningen. For 2017 er utgiftene anslått til om lag 37 mill. kroner.

Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
02	Diverse inntekter	623	1 392	1 424
50	Premie fra private		18 163	18 072
	Sum kap. 3722	623	19 555	19 496

Post 02 Diverse inntekter

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

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

Post 50 Premie fra private

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

Kap. 723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
01	Driftsutgifter	85 272	103 887	124 753
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		22 500	23 015
	Sum kap. 0723	85 272	126 387	147 768

Samfunnsoppdrag

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) ble etablert 1. januar 2016 gjennom sammenslåing av sekretariatene til Pasientskadenemnda, Statens helsepersonellnemnd og Apotekkla-

genemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda). I tillegg overføres ansvaret for definerte klagesaker fra Helsedirektoratet og Helfo. Det er kun sekretariatene som er slått sammen. De enkelte nemndene består, og deres

oppgaver og uavhengige stilling er opprettholdt. Gjennom å samle klagebehandlingen i en etat vil det bygges opp et sterkere fagmiljø og en mer effektiv klagebehandling enn i dag. Klageorganet etableres i Bergen og i en overgangsperiode på tre år vil etaten ha kontorer både i Bergen og Oslo.

Helseklage skal sikre at pasienters og aktuelle brukergruppers rettigheter blir ivare tatt innenfor etatens myndighetsområde. Gjennom ansvarsområdet til Statens helsepersonellnemnd skal etaten bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillitt til helsepersonell og helsetjenesten. Samtidig skal helsepersonellens rettssikkerhet ivaretas.

Foruten hhv. Klage- og søknadsbehandling skal Pasientskadenemnda, Klagenemnda og PGD-nemnda gi god og lett tilgjengelig informasjon til pasienter, helsetjenesten og myndighetene. Rask og god saksavvikling skal ha høyeste prioritet i Helseklage. Saksbehandlingen skal tilpasses de økonomiske rammer.

Roller

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten utfører forvaltningsoppgaver.

Myndighet

Helseklage er et ordinært forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatsstyringsmøter.

Pasientskadenemnda behandler klagesaker om erstatningskrav fra pasienter som mener at de er blitt påført skade innen helsetjenesten. Fra 1. januar 2004 ble staten ved Pasientskadenemnda å anse som rette saksøkt i søksmål som tas ut mot ordningen.

Statens helsepersonellnemnd behandler klager fra helsepersonell over avslag på søknad om autorisasjon, lisens og 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.

Klagenemnda for behandling i utlandet behandler klager etter pasient- og brukerrettighetsloven. Klagene gjelder avslag på søknad om dekning av utgifter til behandling i utlandet.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda behandler søknader om tillatelse til preimplantasjonsdiagnostikk etter bioteknologiloven.

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. I tillegg har Helseklage overtatt enkelte klagesaker fra Helsedirektoratet. Det gjelder klager etter førerkortforskriften § 14-1. 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. Helseklage er også klageinstans for bl.a. enkelte vedtak knyttet til bl.a. godkjenning av helsepersonell som fattes av Helsedirektoratet.

Sammenslåingen av sekretariatene innebærer ingen endringer i de enkelte nemndene eller deres oppgaver og uavhengige stilling.

Tidspunkt for overføring av ansvaret for klagesaker på helserefusjonsområdet fra Helfo til Helseklage, fastsettes gjennom kongelig resolusjon.

Forvaltningsoppgaver

Helseklage skal som sekretariat for nemndene forberede klagesaker innenfor de respektive nemndenes ansvarsområder. For pasientskadesakene er hovedregelen behandling i nemnd med tre medlemmer, men sakene behandles også i nemnd med fem medlemmer og av Helseklage i egen skap av sekretariat etter delegasjon fra nemnda. Hva gjelder de andre nemndene i Helseklage behandles alle sakene av full nemnd. Helsepersonellnemnda og Apotekklagenemnda består av syv medlemmer, Klagenemnda for behandling i utlandet består av fem medlemmer og PGD-nemnda består av åtte medlemmer. Klagesakene som er eller vil bli overført fra Helsedirektoratet og Helfo, avgjøres av Helseklage.

Pasientskadenemnda

Fra 1. januar 2004 ble staten ved Pasientskadenemnda rette saksøkt. Totalt har det i perioden 2004–2015 innkommet 1530 stevninger, noe som utgjør om lag 11 pst. av alle realitetsbehandlede saker i samme periode. Behandling av saker i domstolene og særlig i flere rettsinstanser er svært ressurskrevende og kostnadsdrivende. Staten ved Pasientskadenemnda fikk i 2015 medhold i 68 pst. av sakene som endte med rettskraftig dom, mot 76 pst. i 2014. Gjennomsnittet for årene 2004 til 2015 er til sammenlikning 68 pst. Om lag 33 pst. av alle innkomne stevninger blir trukket

før hovedforhandling, mens rundt 26 pst. ender med forlik.

Fra 2009 til 2013 doblet antall klagesaker seg. I 2014 og 2015 var det en mindre nedgang i antall innkomne klagesaker. Prognosen for 2017 er en vekst på 10 pst.

Budsjettsituasjonen for 2015 gjorde det nødvendig med nedbemanning i Pasientskadenemnda. Saksavviklingen i 2015 gikk derfor ned sammenliknet med 2014. Rundt 50 pst. av sakene som ble avvirket i 2015, ble behandlet etter delegasjon fra nemnda.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid innenfor pasientskadeordningen har steget over flere år. I 2009 var saksbehandlingstiden om lag 9 måneder, mens den ved utgangen av 2015 var økt til 14,5 måneder. Forventet saksbehandlingstid på saker som avsluttes innen utgangen av 2016 anslås til nærmere 22 måneder. Denne utvikling må sees i sammenheng med at totalt 18 ansatte har sagt opp sine stillinger etter at flyttevedtaket ble kjent, og at produktiviteten blant de ansatte er lavere enn i foregående år. I tillegg er en rekke medarbeidere ute i permisjon. Hovedtyngden av permisjonene er foreldrepermisjon. Da flyttevedtaket kom i mai 2015 var det om lag 100 medarbeidere, inklusivt ansatte i Helsedirektoratet og Helfo, som ville bli berørt av fusjonen og lokaliseringen til Bergen.

Helseklage gjennomfører nå en kraftig styrking av bemanningen i Bergen. Det er for tiden ansatt 12 medarbeidere med arbeidssted i Bergen. Det forventes at antallet vil stige til om lag 50 medarbeidere ved årsskiftet. Opptappingen omfatter alle virkeområdene til Helseklage, men veksten i nye saksbehandlere vil være størst innenfor pasientskadeordningen. Dette vil gi en betydelig positiv effekt på saksbehandlingstidene i 2017. For å øke avvirklingen av antall saker i 2016 arbeides det langs flere strategier. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og Helseklage samarbeider om å la erfarne medarbeidere i NPE i en begrenset periode arbeide i Helseklage med å utrede kompliserte saker der nemnda, og ikke sekretariatet, fatter vedtak. Videre vil det bli utpekt flere ledere av nemndene slik at nemndene kan ta unna flere saker, samtidig som Helseklage arbeider med ulike tiltak som kan bidra til at medarbeiderne, i gjennomsnitt, behandler flere saker.

Pasientskadenemnda og Norsk pasientskadeerstatning har de siste årene samarbeidet om utviklingen av et fullelektronisk saksbehandlings- og arkivsystem. I 2016 videreutvikles dette til alle de fusjonerte partene i Helseklage. Utviklingsarbeidet vil fortsette i 2017.

Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

Saksmengden er tredoblet over en tre-fire-årsperiode. Nemnda behandlet 273 saker i 2015, noe som utgjorde en produksjonsøkning på 27 pst. sammenliknet med 2014. Til tross for dette økte gjennomsnittlig saksbehandlingstid til syv måneder i 2015, mot 5,5 måneder i 2014. I 2015 var to av nemndas avgjørelser til behandling i domstolen. Nemnda ble ikke satt som Apotekklagenemnd i 2015.

Klagenemnda for behandling i utlandet

Nemnda mottok 29 klagesaker i 2015, mot 27 i 2014. Nemnda behandlet 31 saker, mot 28 saker i 2014. Saksbehandlingstiden var syv måneder i 2015. I 2014 var den 4,8 måneder.

PGD-nemnda

Nemnda mottok 35 søknader om preimplantasjonsdiagnostikk i 2015, mot 48 i 2014. Nemnda fattet 43 vedtak i 2015, mot 37 i 2014. Saksbehandlingstiden var 3,5 måneder i 2015, mot 2,3 måneder i 2014. Nemnda innvilget 37 søknader om PGD i 2015.

Helsedirektoratet mottok 595 førerkortsaker i 2015, mot 545 i 2014. Pga. en forskriftsendring fra medio 2016, er det grunn til å tro at dette tallet vil bli betydelig redusert i løpet av 2017. Saksbehandlingstiden utgjorde både i 2014 og 2015 om lag tre måneder. Helsedirektoratet mottok om lag 60 saker om godkjenning av allmennleger, veilederavtaler og turnus for leger og fysioterapeuter. 56 av sakene ble avvirket samme år og gjennomsnittlig saksbehandlingstid var om lag tre måneder.

Helfo mottok i 2015 735 klagesaker på refusjonsområdene der Helseklage overtar klagebehandlingen fra 1. januar 2017. Helfo mottok videre 45 ankesaker. Det ble avvirket 776 klagesaker og 52 ankesaker. Saksbehandlingstiden for klagesakene lå mellom to og åtte måneder

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås 10 mill. kroner til styrking av saksbehandlingskapasiteten innenfor pasientskadeordningen.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås videreført 22,5 mill. kroner i omstillingskostnader i 2017. 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 i Oslo. Midlene skal dekke økte lønnskostnader, økte husleiekostnader og utgifter til tiltak for å beholde nøkkelpersonell, kjøp av

juridiske tjenester og tilpasning av IKT-systemer mv. I 2016 var den største enkelt utgiftkomponent knyttet til utvikling av IT-systemer i forbindelse med sammenslåing av sekretariatene for de ulike nemndene.

Kap. 3723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
50	Premie fra private	6 012	2 466	2 454
	Sum kap. 3723	6 012	2 466	2 454

Post 50 Premie fra private

Inntektene under post 50 er en overføring fra fondet til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten for

å dekke etatens utgifter til saksbehandling av saker fra privat helsetjeneste.

Kap. 729 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
01	Driftsutgifter	61 509	61 056	68 267
	Sum kap. 0729	61 509	61 056	68 267

Samfunnsoppdrag

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven av 2. juli 1999 nr. 63, kapittel 8.

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerombudet skal bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene. Pasient- og brukerombudet er et lavterskeltilbud for pasienter, brukere og pårørende. Ombudet 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 ett ombud og i Oslo og Akershus er det ett ombud. Ombudet i

Oslo og Akershus er administrativt tilknyttet Oslo kommune. De øvrige Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet. Ombudene utfører sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

Ombudene prioriterer utadrettet og oppsøkende virksomhet for å bistå og spre kunnskap og informasjon om rettigheter og om ombudsordningen. Tilgjengelighet er et høyt prioritert område. Gjennom møter med pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenestene samler ombudene erfaringer som brukes til å styrke kvaliteten i tjenestene. Direkte tilbakemelding til tjenesteyterne og beslutningstagere er et høyt prioritert område for ombudene.

Pasient- og brukerombudet bidrar til den årlige stortingsmeldingen om Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Resultatrapport 2015

I 2015 mottok landets pasient- og brukerombud 14677 henvendelser. 61 pst. av henvendelsene omhandlet spesialisthelsetjenester mens 39 pst. av henvendelsene omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vises til felles årsmelding for Pasient- og brukerombudet. I årsmeldingen kommer ombudene med anbefalinger til tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Tilstandsvurdering 2016

Ombudene har fokus på høy tilgjengelighet og på utadrettet og oppsøkende virksomhet. Ombudene

skal være synlige i viktige lokale og nasjonale fora. Nettstedet på helsenorge.no skal videreutvikles, og det planlegges felles satsing på sosiale medier. Metoder for erfaringsinnsamling er under utvikling for å sikre kvalitativt gode tilbakemeldinger til tjenestestedene.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås en bevilgning på 68 267 000 kroner.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
732	Regionale helseforetak	133 929 737	140 327 405	141 542 788	0,9
733	Habilitering og rehabilitering	151 989	155 301	149 181	-3,9
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	189 720	154 988	168 766	8,9
Sum kategori 10.30		134 271 446	140 637 694	141 860 735	0,9

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
01–23	Statens egne driftsutgifter	96 997	95 583	99 377	4,0
70–89	Andre overføringer	134 174 449	140 542 111	141 761 358	0,9
Sum kategori 10.30		134 271 446	140 637 694	141 860 735	0,9

Vesentlige endringsforslag er omtalt under hvert budsjettkapittel.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager, 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. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak et ansvar for at helseforetakene utfører utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret). De fire regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de eier. Sørge for-ansvaret ivaretas gjennom den offentlige helsetjenesten,

driftsavtaler med ideelle institusjoner og kjøp av tjenester fra andre private aktører.

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

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

følgingsmøter og utvidet rapportering hvert tertial.

Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2007 og bestod tidligere av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Helse Sør-Øst 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 RHF 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 2015 om lag 78 000 medarbeidere som utførte om lag 60 000 årsverk. Helse Sør-Øst har et samlet inntektsbudsjett på om lag 82 mrd. kroner i 2016. Helse Sør-Øst RHF har om lag 165 medarbeidere. Sykehuspartner HF har om lag 1300 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 lokalsykehus tilbudet, 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 2015 om lag 27 500 medarbeidere som utførte om lag 21 400 årsverk. Helse Vest har et samlet inntektsbudsjett på om lag 28,8 mrd. kroner i 2016. 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 Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. 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 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 2015 om lag 22 200 medarbeidere som utførte om lag 15 400 årsverk. Helse Midt-Norge har et samlet inntektsbudsjett på om lag 22 mrd. kroner i 2016. Helse Midt-Norge RHF har om lag 85 medarbeidere. Helse Midt-Norge IKT har om lag 320 ansatte.

Helse Nord RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for at befolkningen i Nordland, Troms, Finnmark 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 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 RHF 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 2015 om lag 17 200 medarbeidere som utførte om lag 13 400 årsverk. Helse Nord har et samlet inntektsbudsjett på om lag 17,9 mrd. kroner i 2016. 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 25 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 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	17 611	19 303	19 744
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	517 649	750 543	1 815 800
71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	509 348	519 466	530 307
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	52 024 125	54 037 454	50 012 384
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	18 240 790	19 074 231	17 652 110
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	13 764 541	14 422 443	13 322 860
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	12 313 313	12 869 307	11 939 719
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	30 252 886	31 598 179	34 289 983
77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 826 198	4 082 931	3 264 141
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 124 327	1 102 399	1 148 644
79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	567 694	584 157	600 513
80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>			5 265 700
81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>			75 000
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	697 890	1 229 992	1 566 883
83	Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	73 365	37 000	39 000
	Sum kap. 0732	133 929 737	140 327 405	141 542 788

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

- 1 888 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til pasientbehandling i sykehusene
- 363 mill. kroner i lån til fire nye byggeprosjekter
- 100 mill. kroner til forserte vedlikeholdsinvesteringer gjennom tiltakspakken for økt sysselsetting, en reduksjon på 180 mill. kroner sammenliknet med tiltakspakken i saldert budsjett 2016
- 75 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til etablering av protonbehandling
- 8 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til persontilpasset medisin
- 4 950 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til lavere pensjonskostnader

- 15 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til pilotprosjekt for langvarige smerte- og utmattelsestilstander
- 730 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til overføring av finansieringsansvaret for to legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene
- 143 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til overføring av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet
- 57 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til overføring av midler i Raskere tilbake fra Arbeids- og sosialdepartementet
- 86,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene for pasienter innenfor psykisk helsevern og rus

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning (kap. 732, post 72–75) og aktivitetsbasert finansiering (kap. 732, post 76, Innsatsstyrt finansiering, kap. 732, post 77, Poliklinisk virksomhet mv. og kap. 732, post 80 Kompensjon for merverdiavgift). I tillegg kommer bevilgninger til avtalespesialister (kap. 2711, post 70 og post 71) og private laboratorier og røntgeninstitutt (kap. 2711, post 76). Det gis også 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 2017. I årlig melding 2015 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametere i oppdragsdokumentene og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2015 og status 2016 i del III, kap. 6 Spesialisthelsetjenesten.

Hovedtrekk i forslag 2017

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2017 med 1 888 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2016. Med dette legges det til rette for å videreføre antatt høyere aktivitet i sykehusene i 2016 enn forutsatt, svarende til om lag 34 mill. kroner, og øke pasientbehandlingen ytterligere med om lag 2,1 pst. Dette er en fortsatt høy budsjettert aktivitetsvekst. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,6 pst. Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene tar hensyn til at pensjonskostnadene anslås 4 950 mill. kroner lavere i 2017 sammenliknet med saldert budsjett 2016.

I beløpet for økte driftsbevilgninger på 1 888 mill. kroner er det gjort fratrukk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (177 mill. kroner) samt underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (36 mill. kroner). Videre er det gjort fratrukk for utfasing av særskilt tilskudd til pilotprosjekt for utvikling og drift av tverrfaglige poliklinikker/diagnosesentre for pasienter med

relativt likeartede symptomer som langvarige smerte- og eller utmattelsestilstander (15 mill. kroner). De regionale helseforetakene forutsettes å videreføre behandlingsopplegget som en integrert del av tjenesten. Behandlingsopplegget vil bli evaluert.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen utgjør for de regionale helseforetakene 712 mill. kroner i 2017. 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 2016, og regjeringen foreslår å tilføre 535 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 2017. Reformen innebærer at bevilgningene til helseforetakene reduseres med netto om lag 177 mill. kroner.

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 36 mill. kroner for de offentlige og 14 mill. kroner for de private.

Fritt behandlingsvalg reformen i spesialisthelsetjenesten ble innført i 2015. Fritt behandlingsvalg er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten 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. Private som tilfredsstillt kravene kan innen definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris. Godkjenningsordningen for private har fra oppstart omfattet døgnbehandling innenfor rus og psykisk helsevern. I tillegg har enkelte tjenester innenfor somatikk vært inkludert. Fra 2017 utvides ordningen til å omfatte flere somatiske tjenester. Utgiftene til pasientbehandling som omfattes av fritt behandlingsvalg er anslått til 200 mill. kroner i 2017. Det er knyttet usikkerhet til anslaget.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 888 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2,1 pst. Det foreslås i tillegg å øke bevilgningen til Fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbytere med 10 mill. kroner. Ansvaret for drift av fagenheten er lagt til Helse Midt-Norge.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene 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 2016, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2016. 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 2017.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,5 pst. fra 2016 til 2017. Fra 2017 er finansiering av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling inkludert i ISF. Det er budsjettet med en vekst på om lag 8,5 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter laboratorier og radiologi.

Som oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015), Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, ble det varslet at den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgnopphold også skulle omfatte brukere med psykisk helse og rusproblematikk fra 2017. Det foreslås overført 86,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til oppbygging av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i kommunene.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper med til sammen 730 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2017. Overføringen gjelder flere kreftlegemidler og legemidler mot pulmonal arteriell hypertensjon (PAH-legemidler). PAH er en alvorlig hjerte- og lungesykdom. Oppstart, evaluering og avslutning av behandling med disse legemidlene gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten. Det er enkelte legemidler som overføres som kan erstatte hverandre i bruk, slik at det er mulig å dra nytte av priskonkurransen.

En ny lov om strafferettslige særreaksjoner vil tre i kraft i oktober 2016. Det må påregnes noe tid fra ikrafttredelse til de første dommene foreligger. Utgifter til spesialisthelsetjenesten som følge av utvidet virkeområde for de strafferettslige særreaksjonene antas derfor å være begrenset den første tiden etter ikrafttredelse. Det anslås på usikkert grunnlag at spesialisthelsetjenesten vil få økte kostnader i intervallet fra 0 til 5 mill. kroner i 2016, fra 6 til 25 mill. kroner i 2017 og fra 12 til 50 mill. kroner i 2018 og framover. Det forutsettes at de regionale helseforetakene dekker disse kostna-

dene innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 888 mill. kroner.

Som varslet i Prop. 122 S (2015–2016) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016, foreslås det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. Bakgrunnen for forslaget er at merverdiavgiften skaper en vridning når helseforetakene kan produsere tjenester med egne ansatte uten merverdiavgift, men blir belastet merverdiavgift dersom tilsvarende tjenester kjøpes av private virksomheter. Merverdiavgiften kan derfor motivere til egenproduksjon framfor å kjøpe tjenester fra private tilbydere. Innføringen innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften i virksomheten. De tolv private institusjonene med langsiktige driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF som årlig mottar oppdrags- og bestillerdokument inkluderes i ordningen på linje med de statlig eide helseforetakene. For øvrige spesialisthelsetjenester som helseforetakene kjøper fra private eller gir tilskudd til, vil det bli gitt en indirekte kompensasjon ved at de regionale helseforetakene får tilbake 5 pst. av betalt vederlag eller tilskudd til slike private virksomheter.

Ordningen er ingen støtteordning og det legges opp til at ordningen skal være budsjettneutryt for staten i oppstartsåret 2017. På bakgrunn av regnskapstall for kjøp av varer og tjenester til driften i foretakene gjøres det et trekk i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene i 2017 som kompenseres med bevilgninger basert på innsendte oppgaver over faktisk betalt og sjablongmessig beregnet merverdiavgift i løpet av året.

Det foreslås å gi lån på til sammen 363 mill. kroner til fire nye store byggeprosjekter i 2017. Dette gjelder:

- 80 mill. kroner til nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus, med en låneramme på 567 mill. 2017-kroner, som utbetales i perioden 2017–2020.
- 175 mill. kroner til nytt sykehus i Stavanger, med en låneramme på 5 930 mill. 2017-kroner, som utbetales i perioden 2017–2023.
- 18 mill. kroner til oppgradering av sykehuset i Helse Førde, med en låneramme på 1 125 mill. 2017-kroner, som utbetales i perioden 2017–2025.
- 90 mill. kroner til oppgradering av sentralblokka ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen, med en låneramme på 370 mill. 2017-kroner, som utbetales i perioden 2017–2020.

Det forutsettes at framdriften i planleggingen av nytt sykehus i Drammen opprettholdes i 2017.

Som en del av regjeringens tiltakspakke mot ledighet, foreslås et engangstilskudd på 100 mill. kroner til forsering av vedlikeholdstiltak i helseforetakene. Hensikten er å bidra til økt aktivitet i områdene på Sør- og Vestlandet der arbeidsledigheten har økt mest. Midlene foreslås fordelt med 15 mill. kroner til Helse Sør-Øst (for å treffe agderfylkene), 70 mill. kroner til Helse Vest og 15 mill. kroner til Helse Midt-Norge (for å treffe Møre og Romsdal). Midlene skal fordeles av de regionale helseforetakene etter individuell vurdering. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak, og det skal rapporteres på sysselsettingseffekten. Ved at det bevilges statlig investeringslån på 70 pst. av prosjektkostnadene, legges det til rette for investeringer i sykehusbygg på Sør- og Vestlandet på til sammen om lag 6,7 mrd. kroner akkumulert over årene 2017–2020. Dette kommer i tillegg til tiltakspakken for mot ledighet.

Regjeringen vil sikre at det etableres protonbehandling i Norge. Det foreslås 75 mill. kroner i investeringstilskudd i 2017 til en preforprosjektfase. De regionale helseforetakene får i oppdrag å planlegge for ett senter innen 2022, og videre etappevis utbygging, avhengig av kapasitetsbehov og utvikling i behandlingsteknologi. Utbyggingen av protonbehandling finansieres med 30 pst. tilskudd og 70 pst. statlig lån. Etablering av protonbehandling i Norge vil bidra til økt grad av helbredelse, redusere langtidsskader og bidra til at flere kan leve et normalt liv etter kreftsykdom. Dette vil ha særskilt stor betydning for barn og unge, som i større grad kan bli i stand til å fullføre skole og delta i arbeidslivet, og leve fullverdige liv.

Særskilte satsingsområder 2017

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 unødig 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. Med dette som utgangspunkt vil styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2017 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Samordning på tvers av regionene
- IKT
- Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og antall fristbrudd, har regjeringen tatt i bruk flere virkemidler.

Pasientene etterspør forutsigbare pasientforløp. Derfor er det utarbeidet pakkeforløp for utvalgte tilstander. Pakkeforløpene beskriver planlagt pasientforløp, med fastsatt innhold og tidsfrister for de enkelte elementene i forløpet. Pakkeforløp for behandling og rehabilitering av hjerneslag er under utarbeidelse etter modell av pakkeforløpene for kreftområdet. For kreftområdet publiseres det nasjonale kvalitetsindikatorer for andel pakkeforløp som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid. Helseforetakene må bruke resultatene på indikatorene i eget forbedringsarbeid.

Regjeringen har besluttet å etablere pakkeforløp innen psykisk helse og rusområdet. I alt 22 forløp på området psykisk helse og rus er planlagt utviklet i regi av Helsedirektoratet og implementert innen 2020. Det er forutsatt et nært samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagmiljøer, de regionale helseforetak og andre aktuelle samarbeidspartnere.

Avtalespesialistenes rolle og tjenesteyting må i større grad utnyttes. Hvert regionale helseforetak skal i 2016 lyse ut driftsavtaler for avtalespesialister, med sikte på at antall avtalte årsverk i 2017 blir større enn i 2016.

Fritt behandlingsvalgreforment ble innført i 2015.

For å redusere ventetidene har de regionale helseforetakene i 2016 fått i oppdrag å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Dette viktige arbeidet skal intensiveres og videreføres i 2017. I arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, gis det fra andre halvår 2016 særskilt styringsmessig prioritet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern. Det skal etableres et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet.

I budsjettforslag 2017 er det lagt til rette for en generell aktivitetsvekst på om lag 2,1 pst. som omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det skal også i 2017 være større vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

Tilsynserfaringer og rapportering tyder på at bruk av tvang i psykisk helsevern ikke går ned som forutsatt. Gjennom sine besøk til psykisk helseverninstitusjoner har Sivilombudsmannen avdekket kritikkverdige forhold bl.a. knyttet til pasientsikkerhet, bruk av tvangsmidler, skjerming og kommunikasjon med pasienter. Departementet vil følge opp arbeidet med reduksjon og kvalitets sikring av bruk av tvang bl.a. gjennom utvikling av bedre kvalitetsindikatorer på området og tettere oppfølging av tjenestene.

Omstillingen innen psykisk helsevern med overføring av oppgaver og ressurser fra sykehus til DPS og fra døgnbehandling til åpne, utadrettede tjenester videreføres. DPS skal omstilles med gode akuttjenester gjennom døgnet, herunder ambulante tjenester med deltagelse fra spesialister. De desentraliserte behandlingstilbudene skal styrkes (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinen) innen psykisk helsevern og rus.

I Meld. St. 26 (2014–2015) ble det varslet at den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgnopphold også skulle omfatte brukere med psykisk helse- og rusproblematikk fra 2017. Dette for også i denne sammenhengen sidestille kommunenes ansvar for psykisk helse og rus med somatikk. Plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold gjelder for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Det foreslås å overføre 86,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakene til kommunenes frie inntekter.

Ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling skal etter planen innføres fra 2018. De regionale helseforetakene skal, i samarbeid med Helsedirektoratet, etablere et grunnlag for registrering av utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan og Stortingets behandling, jf. Innst. 206 S (2015–2016), legger overordnede føringer for de

regionale helseforetakenes utvikling av spesialisthelsetjenesten. Planen innførte betegnelsene regionsykehus, stort akutt sykehus, akutt sykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. Planen pålegger de regionale helseforetakene å styrke nettverkssamarbeidet og sikre avklart oppgavedeling mellom sykehus av ulike kategori. Dette er nødvendig for å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre og må samarbeide i team på samme måte som man har team av helsepersonell.

Alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner som skal beskrive det framtidige helsetilbudet. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører.

Helsedirektoratet er bedt om å starte et arbeid med å utarbeide nasjonale kvalitetskrav til utvalgte behandlingstilbud i sykehusene på områder der det er behov for sterkere kvalitetssikring. Kravene skal ta utgangspunkt i tverrfaglige og helhetlige pasientforløp. Kravene skal utarbeides i nært samarbeid med pasienter, fagmiljøer, interesseorganisasjoner og de regionale helseforetakene.

Det skal legges til rette for et system med fagrevisjoner i sykehus, dvs. en gjennomgang av sykehusets praksis på et eller flere fagområder av eksterne fagfolk for å avklare om pasientbehandlingen skjer i tråd med god praksis. Dette vil være et nyttig verktøy for implementering av nasjonale faglige retningslinjer. Det skal etableres et nasjonalt nettverk for fagrevisjon som skal utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring.

Hjerneslag er den tredje hyppigste årsak til død i Norge og den hyppigste årsak til alvorlig funksjonshemming og langvarig institusjonsomsorg. Viktige elementer i hjerneslagbehandling er behandling i slagenhet og tidlig innsettende blodpropløsende medisin. Det er derfor nødvendig med en velfungerende akuttkjede som starter med at befolkningen gjenkjenner symptomer på hjerneslag. Det er bevilget 10. mill. kroner til en nasjonal befolkningsrettet hjerneslagkampanje. Kampanjen skal bidra til at flere ringer det medisinske nødnummeret 113. Helsedirektoratet planlegger kampanjen, og de regionale helseforetakene skal bidra i gjennomføringen.

Gjennom opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering vil regjeringen styrke rehabiliteringstilbudet. Kommunene skal over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil kreve økt kompetanse og kapasitet i mange kommuner, og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Arbeids- og velferdsetaten og helsetjenesten har tjenester i ordningen med Raskere tilbake som er delvis overlappende. Dette gir et uoversiktlig tilbud for brukerne. Regjeringen foreslår derfor endringer som bidrar til forenkling og en tydeligere ansvars- og rolledeling mellom helsesektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen.

Fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon som har avtale med regionalt helseforetak ble vedtatt i juni 2016 og blir innført i 2017.

Helseatlas er et verktøy for å kartlegge variasjon i forbruk av helsetjenester til befolkningen i forskjellige geografiske områder. Atlaset viser hvilket forbruk av helsetjenester befolkningen i helseforetakenes opptaksområder har, uavhengig av hvor de har vært behandlet. Helse Nord ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har publisert et atlas for forbruk av dagkirurgi og et barnehelseatlas som viser betydelig geografiske variasjon. Det er planlagt å publisere helseatlas på flere områder. Med bakgrunn i helseatlasene bør helseforetakene og fagmiljøene gjennomgå tjenestetilbudene med sikte på å etablere god praksis og ressursutnyttelse og redusere uønsket variasjon.

Den årlige melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten skal være en kilde for ledelse og styring på alle nivåer til å arbeide mer systematisk for bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Regjeringen la 3. juni 2016 fram Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. I meldingen fremmet regjeringen forslag til prinsipper for prioritering som vil bidra til rettferdig tilgang til helsetjenester og gi legitimitet til vanskelige beslutninger helsepersonell tar hver dag. Stortinget tar sikte på å behandle meldingen i løpet av høsten 2016.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er viktig for å sikre kunnskap om kvaliteten på diagnostikk og behandling i helsetjenesten. Utviklingen av medisinske kvalitetsregistre skal knyttes tettere opp mot helseforetakenes pasientjournal-systemer (EPJ) og de pasientadministrative IKT-systemer (PAS) gjennom IKT-strategiene i de regionale helseforetakene. Videre skal det legges vekt på tiltak knyttet til datakvalitet, resultatformidling og dokumentasjon på bruk av registerdata. Registerne skal primært utgjøre grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning, men også danne grunnlag for statistikk, helseanalyser, planlegging, styring og beredskap. 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. Se kap. 701 for nærmere omtale av medisinske kvalitetsregistre og oppfølging av den nasjonale strategien for å modernisere og samordne sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre.

Det foreslås at de regionale helseforetakene fra hhv. 1. januar 2017 og 1. mai 2017 får finansieringsansvaret for PAH-legemidler (pulmonal arteriell hypertensjon) og flere kreftlegemidler. Pulmonal arteriell hypertensjon er en alvorlig hjerte- og lungesykdom. For PAH-legemidlene og kreftlegemidlene initieres, evalueres og avsluttes pasientens legemiddelbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås å flytte hhv. 145 og 585 mill. kroner i 2017 fra folketrygden til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger.

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 eller utfasing av behandlingstiltak som viser seg å ikke ha god nok effekt. Forskningsprosjekter skal vurderes både ut i fra forskningskvalitet og ut i fra nytte for tjenesten og pasientene. Det er ønskelig at kriteriene som brukes i de regionale helseforetakene og Norges forskningsråds helseprogrammer for vurdering av kvalitet og prosjektsøknaders beskrivelse av forventet nytte er samordnet. Brukere skal inkluderes aktivt i utformingen av forsknings- og innovasjonsprosjekter.

Program for klinisk behandlingforskning, et langsiktig program i spesialisthelsetjenesten, ble etablert i 2016 og eies og følges opp av de regionale helseforetakene i fellesskap. Programmet 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. Dokumentasjonen av effekt og sikkerhet av utprøvende behandling som gis til enkeltpasienter utenom rammen av en klinisk studie skal bedres gjennom registrering i elektroniske kurver og medisinske kvalitetsregistre, eller annen egnet metode. Nasjonal database for kliniske intervensjonsstudier og nettside for pasientrettet informasjon om kliniske studier vil bidra til bedre oversikt over pågående kliniske studier og bør videreutvikles. 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 og innovasjon. HelseOmsorg21-strategien og regjeringens handlingsplan for oppfølging av denne bør tas hensyn til i forsknings- og innovasjonsarbeidet i de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal følge opp nasjonal strategi for persontilpasset medisin, herunder etablere et nasjonalt nettverk av regionale kompetansesentre for persontilpasset medisin og et nasjonalt anonymt frekvensregister for arvelige humane genvarianter.

De regionale helseforetakene har i 2016 startet pilotering av et nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. Piloteringen fortsetter i 2017 med sikte på implementering fra 2018. Innovasjonseffekten av anskaffelser i helseforetakene bør økes, eksempelvis innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

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 sentrale tema i Nasjonal helse- og sykehusplan og oppfølgingen av denne. Personellframskrivninger synliggjør et betydelig merbemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten i årene framover. Særlig oppmerksomhet må rettes mot sykehusenes behov for spesialisert kompetanse, både medisinsk og annen helsefaglig kompetanse. Samtidig opplever sykehusene endrede kompetansebehov og store behov for annen type fagkompetanse innen bl.a. realfag, IKT, logistikk og ulike støtte- og veiledningstjenester. Nasjonal bemanningsmodell som er utviklet i samarbeid mellom regionale helseforetak, vil utgjøre et nyttig verktøy for strategisk planlegging av personell-, kompetanse- og utdanningsbehov.

Etablerte samarbeidsarenaer mellom helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene må brukes aktivt i arbeidet med å utvikle og skaffe rett kompetanse og samarbeid på utdanningsområdet. Sykehusene skal være attraktive 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 og helhetlige tjenestetilbud.

Legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur skal rettes inn mot framtidens helseutfordringer, ta inn over seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren. I tråd med Stortingets føringer er det utarbeidet forslag til ny forskrift som skal sikre en modernisert utdanning. Denne skal sikre at utdanningen ivaretas i et tett samarbeid mellom de involverte aktørene. Nye læringsmål utarbeides nå i regi av Helsedirektoratet, med faglige innspill fra Legeforeningens spesialitetskomiteer. Regionale sentra for å ivareta utdanning er under etablering ved regionsykehusene. Det tas sikte på at den nye ordningen starter opp høsten 2017. Det vises også til bredere omtale i Prop. 1 S (2015–2016) og i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Samordning på tvers av regionene

Det er etablert flere felleseide nasjonale foretak de senere årene, og det ble derfor stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle gjennomgå styringsmodellen for disse med sikte på mer enhetlig styring. Dette ble fulgt opp høsten 2015 gjennom behandling av sak i styrene i de regionale helseforetakene vedrørende prinsipper for styring av de felleseide selskapene, ansvar, rapportering, planlegging mv.

Sykehusbygg HF ble etablert i november 2014. Helseforetaket skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus. Ved utgangen av 2015 ga Sykehusbygg bistand i 55 prosjekter. I 2016 trappes virksomheten i helseforetaket opp.

De regionale helseforetakene har etablert det felleseide helseforetaket Nasjonal IKT HF for strategisk samarbeid innenfor IKT-området i spesialisthelsetjenesten og for å koordinere tiltak med de andre aktørene i helse- og omsorgssektoren. Nasjonal IKT har lagt en strategi fram mot 2019 for hvordan man skal drive med samhandling og standardisering på tvers av de fire regionale helseforetakene. Av tiltakene kan følgende nevnes: Nasjonal IKT gjennomfører en felles anskaffelse av nye IKT-løsninger for AMK-sentralene, de tilrettelegger samarbeidet mellom de regionale helseforetakene om digitale innbyggertjenester via helsenorge.no og de bidrar til samordning av neste generasjon EPJ for de regionene som bruker Dips.

De regionale helseforetakene etablerte fra 2016 et felleseid selskap, Sykehusinnkjøp HF, for å samordne og standardisere innkjøp og logistikk. Sykehusinnkjøp HF vil ha en desentralisert virksomhet med enheter i alle helseregioner for å sikre nærhet til de kliniske miljøene. Dagens innkjøpsenheter og ressurser i regionene, herunder Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) og Helseforetakenes innkjøpsservice AS (Hinas), skal innlemmes i det nye foretaket. Hovedkontoret ligger i Vadsø.

IKT

De regionale helseforetakene er betydelige aktører på IKT-området og viktige bidragsytere i utviklingen av nasjonale IKT-løsninger. De regionale helseforetakene skal understøtte den nasjonale styringsmodellen for e-helse som er etablert av Direktoratet for e-helse gjennom aktiv deltakelse i nasjonalt e-helsestyre og underutvalgene Prioriteringsutvalget (Nuit) og Fagutvalget (Nufa). De regionale helseforetakene skal bidra til at IKT-utviklingen, så langt det er mulig, gjennomføres innenfor rammene av den nasjonale porteføljestylingen.

For å sikre best mulig samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal de regionale helseforetakene aktivt delta i det videre arbeidet med realisering av *En innbygger – én journal*.

Programmet Helseplattformen i region Midt-Norge er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner i regionen. Her er det en felles ambisjon om anskaffelse av en helhetlig løsning for pasientjournal og pasientadministrasjon, i tråd med det nasjonale målbildet om *en innbygger – én journal*. Helseplattformen representerer en mulighet for en begrenset geografisk utprøving av den nasjonale utviklingsretningen. Det innebærer en god anledning for å tidlig å teste ut samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister, og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert fastlegene. Det er viktig at de andre regionale helseforetakene bidrar til at Helseplattformen kan lykkes med oppdraget innenfor de tidsrammer og den økonomi som er satt i prosjektet. Helseplattformen vil gi innbyggerne i Midt-Norge enkel tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp, som er viktig for å skape pasientens helse-tjeneste.

Departementet har gitt i oppdrag til Direktoratet for e-helse om å bistå programmet Helseplattformen i Helse Midt-Norge, og utrede videre innføring av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

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 2015 eller 2016. Det foreslås bevilget 19,7 mill. kroner.

Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

Etter gjennomført anbudskonkurranse i 2015 gjennomfører Nifu (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning) årlige målinger av forskningsaktiviteten i helseforetakene på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. 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 rådgivning i forbindelse med utvikling av nytt nasjonalt målesystem for innovasjonsaktivitet i helseforetakene. Nasjonal vitenskapsindeks (NVI), et felles forskningsdokumentasjonssystem for universitets-, høyskole- og institutt- og helse-sektoren, benyttes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner i det nasjonale forskningsinformasjonssystemet Cristin.

Lovutvalg om helhetlig revisjon av tvangsreglene

Regjeringen har oppnevnt et lovutvalg som skal gjennomgå dagens tvangsregelverk i helse- og omsorgssektoren og vurdere hvordan dette regelverket bør være utformet for å møte framtidens behov og utfordringer. Utvalget skal levere sin utredning innen 1. september 2018.

Kvinnsland-utvalget

Det regjeringsoppnevnte Kvinnsland-utvalget, som skal utrede hvordan det statlige eierskapet til

spesialisthelsetjenesten kan organiseres, skal levere sin innstilling innen 1. desember 2016. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp innstillingen på egnet måte.

Følgeevaluering av rituell omskjæring på gutter

I 2016 ble det satt av 3 mill. kroner til en følgeevaluering av tilbudet om rituell omskjæring på gutter på posten. Midlene ble tildelt Norges forskningsråd som fikk i oppdrag å utlyse midlene.

Post 70 Særskilte tilskudd

Det foreslås å flytte:

- 136,4 mill. kroner fra kap. 710, post 01, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus
- 6,9 mill. kroner fra kap. 710, post 45, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus
- 57 mill. kroner fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett kap. 605, post 70, knyttet til ordningen med Raskere tilbake.
- 0,8 mill. kroner fra kap. 720, post 01, knyttet til kvalitetssikring av mammografiprogrammet
- 1 051,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72–75, knyttet til innføring av ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetak
- 1,7 mill. kroner overføres til posten knyttet til kompensasjon for merverdiavgift ved rettsmedisinske fag

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 1815,8 mill. kroner i 2017 til tilskudd som er omtalt nedenfor.

Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere de økonomiske konsekvensene for helse-tjenesten av overgang til én poststrøm og ingen lørdagsombæring i statsbudsjettet for 2018.

Virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag

Det foreslås å flytte 143,3 mill. kroner fra kap. 710, post 01, og post 45, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus. Regjeringen har besluttet å gjennomføre en virksomhetsoverdragelse av fagområde

rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus. Det tas sikte på at den nye organiseringen av rettsmedisinske fag skal tre i kraft fra 1. januar 2017.

Som følge av virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus vil virksomheten ikke lenger inngå i ordningen med nøytral merverdiavgift i statlig sektor. Som følge av innføringen av en tilsvarende ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene foreslås et tilskudd på 9,2 mill. kroner til kompensasjon for merverdiavgift ved rettsmedisinske fag, hvorav 1,7 mill. kroner over post 70 og 7,5 mill. kroner over post 80.

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 i 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 2015. Det vises til nærmere omtale av pakkeforløpene i del III, kap. 6.

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 satt i gang i 2012 i to helseforetak 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 ev. 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 HF, Bærum sykehus og Sykehuset Østfold HF, 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. august 2016 er 104 374 personer invitert til screening. Av de som blir invitert til å ta avføringsprøve sender i underkant av 6 av 10 inn en prøve, mens i overkant av 5 av 10 av de som inviteres til sigmoidoskopi møter til undersøkelse på screeningsenteret. Oppmøtet til undersøkelsene er nå som forventet i prosjektet. Andelen med positive tester, som har behov for oppfølgende koloskopiundersøkelse er tilnærmet 1 av 10. Dette er nær det doble av hva man forventet før oppstart av prosjektet. I første del av prosjektperioden tok det mer tid enn planlagt å inkludere deltakere, og pilotperioden er derfor forlenget fra fire til seks år, til 2018. Følgeevaluering for å avdekke ev. negative effekter av prosjektet pågår. Resultater hittil fra følgeevalueringen viser at for de aller fleste deltakerne har ikke screeningen noen negative psykiske effekter. Det foreslås et tilskudd på 43,8 mill. kroner til prosjektet i 2017.

Partikkelterapi og protonbehandling

De regionale helseforetakene har utredet ulike muligheter for etablering av partikkelterapi som behandlingsterapi i Norge. Det vises til post 81 Protonsenter hvor det foreslås 75 mill. kroner i investeringstilskudd i 2017 til en preforprosjektfase for etablering av protonterapi.

Det settes videre av 16,6 mill. kroner til utbygging av kompetanse og kunnskap om protonbehandling nasjonalt.

Kreftregisteret

Kreftregisteret er en del av Helse Sør-Øst RHF, og er organisert som selvstendig institusjon under Oslo universitetssykehus HF. 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 kvalitetsregistre.

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 i samarbeid med kliniske miljøer etablert populasjonsbaserte kvalitetsregistre for enkelte kreftformer. Registerne gir mer utfyllende kunnskap om diagnostisk utredning, primærbehandling, sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon, -metoder og -resultat. Slik informasjon er nødvendig for å kvalitetssikre behandlingstilbudet som brukes ved sykehusene, samt 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.

Det foreslås et tilskudd på 110 mill. kroner i 2017.

Langvarige smerte- og utmattelsestilstander med uklar årsak

Målet om å etablere et pilotprosjekt for langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken til symptomene er uklar er nådd. Pilotprosjektet som ble opprettet for å prøve ut felles tverrfaglige diag-

nosesentre/poliklinikker, har blitt tildelt midler over posten i to år. Pilotprosjektet omfatter både pasienter med langvarige smerter av ukjent årsak og pasienter med utmattelsestilstander. Prosjektet er nasjonalt og involverer eksisterende fagmiljøer og aktuelle nasjonale kompetansetjenester, pasienter og brukere og kommuner i tråd med oppdraget. Det er utarbeidet pasientforløp. Midlene til prosjektet har gått til å styrke fagmiljøene på de eksisterende klinikkene for gjennomføring av nasjonal behandlingsprotokoll etter kunnskapsbaserte metoder. Midlene har også omfattet opprettelsen av et læringsnettverk med aktuelle fagmiljøer som ledd i å styrke kunnskapsformidlingen på området. Dette skal bidra til å sikre gode, helhetlige pasientforløp og likhet i behandlingstilbudet på landsbasis.

De regionale helseforetakene forutsettes å videreføre behandlingsopplegget som en integrert del av tjenesten. Behandlingsopplegget vil bli evaluert av Regionalt senter for helsetjenesteutvikling ved St. Olavs hospital. Det foreslås å videreføre 6 mill. kroner over posten i 2017 til evalueringen.

Helse Vest har blitt tildelt midler til et delprosjekt rettet mot smerte i ansikt og kjeve – TMD. Erfaringene fra TMD-prosjektet ved Haukeland universitetssykehus viser i all hovedsak en positiv pasientevaluering. De erfaringer som høstes av dette prosjektet vil kunne få betydning for en styrking av behandlingsopplegget for disse pasientene.

Helse Vest ved Haukeland universitetssykehus har søkt departementet om å etablere en Nasjonal behandlingstjeneste for uavklarte smerter i ansikt og kjeve. Etter faglig anbefaling fra Helsedirektoratet, som gir departementet faglig råd om opprettelse av nye nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, foreslås det å etablere den nasjonale tjenesten fra og med 2017, jf. omtale under kap. 732, post 72–75.

Persontilpasset medisin

Ny teknologi og økt kunnskap om molekylær biologi gir store muligheter for mer treffsikker og skreddersydd forebygging, diagnostikk og behandling med færre bivirkninger og større behandlingseffekt for den enkelte pasient.

Nasjonalt strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten ble ferdigstilt i 2016. Strategien skal følges opp innenfor aktuelle aktørers tillagte ansvarsområder. Persontilpasset medisin og bruk av biologiske data forventes å bli en permanent del av pasientbehandlingen, og utviklingen er allerede i gang. Persontilpasset medisin er særlig ak-

tuelt for pasienter med kreft, sjeldne arvelige sykdommer og ved infeksjonssykdommer. For at norske pasienter skal kunne ta del i utviklingen av persontilpasset medisin er det behov for en særlig satsning i spesialisthelsetjenesten.

Det foreslås 5 mill. kroner som skal bidra til oppbygging og drift av en nasjonal, anonymisert database over genetiske varianter hos norske pasienter som kan gi mer korrekt tolkning av prøvesvar ved diagnostikk og behandling av pasienter og en kvalitetssikring av tjenesten. En forutsetning for bruk av resultater fra genetiske undersøkelser i pasientbehandling er at man klarer å skille mellom normale variasjoner og sykdomsbringende varianter. En del variasjoner er særnorske og det er derfor viktig å få samlet norske data i tillegg til data man har tilgang til gjennom internasjonale databaser. Databasen kan også være nyttig for forskningsformål. Tiltaket krever en investering i nytt utstyr, personell samt nye typer databaser og IKT-systemer som kan håndtere meget store datamengder på en sikker måte. Databasen foreslås lagt til Helse Sør-Øst.

Videre foreslås 3 mill. kroner til etablering av et nasjonalt nettverk med oppbygning av regional, tverrfaglig kompetanse om persontilpasset medisin i alle helseregionene. Nettverket skal bl.a. bidra til standardisering av prosedyrer og metoder, utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og oppbygging av regionale kompetanse. Nettverket foreslås koordinert fra Helse Sør-Øst.

Formålet med tiltakene er å legge til rette for at norske pasienter får tilbud om mer persontilpasset behandling hvor målet er større effekt og færre bivirkninger, sikre en trygg implementering og imøtekomme tjenestens behov for å kunne tilby persontilpasset medisin. De to tiltakene framheves som sentrale både i de regionale helseforetakenes nasjonale utredning om persontilpasset medisin fra 2014 og i Helsedirektoratets nasjonale strategi for persontilpasset medisin.

Oppfølging av Nasjonalt nødmeldingsprosjekt

Det er gjennomført en utredning av sentrale elementer vedrørende organisering av AMK-sentralene som oppfølging av Nasjonalt nødmeldingsprosjekt. Utredningens mandat har vært å skaffe et tilstrekkelig grunnlag for de regionale helseforetakene til å treffe beslutninger om framtidige organisering av nødmeldetjenesten. Utredningen ble ferdigstilt september 2016, og blir fulgt opp på en god måte.

Det er etablert et program for forbedring av nødmeldetjenesten som kartlegger forbedringsområdene fra Nasjonalt nødmeldingsprosjekt. Programmet er utgangspunkt for videre utvikling av nødmeldetjenesten. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 0,9 mill. kroner i 2017.

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. Prosjektet arbeider bl.a. med spesialisert utredning og oppfølging av barn og voksne, kompetansespredning gjennom utarbeidelse av nasjonal veileder, foredrag og fagsamlinger, samt etablering av et medisinsk kvalitetsregister om narkolepsi og andre sykdommer med økt søvnbehov. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 3,4 mill. kroner i 2017.

Nasjonale 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 2017.

Kvalitetssikring av fysiske og tekniske forhold i Mammografiprogrammet

De regionale helseforetakene vil fra 2017 overta ansvaret for kvalitetssikring av fysiske og teknisk forhold i Mammografiprogrammet. Det foreslås å flytte 0,8 mill. kroner, svarende til en stilling fra kap. 720, post 01, til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger kap. 732, post 72–75, jf. omtale der. Det foreslås videre å flytte 0,8 mill. kroner, svarende til én stilling, fra kap. 720, post 01, til kap. 732, post 70. Midlene skal gå til Helse Sør-Øst ved en virksomhetsoverdragelse for å ivareta nasjonal koordinering og kvalitetssikring av kvalitetskontrollene som utføres i Mammografiprogrammet. Midlene skal stilles til disposisjon for Oslo universitetssykehus ved Kreftregisteret. Det vises til omtale under kap. 720, post 01.

Pilotprosjekt Evenes luftambulans

Det foreslås 1 mill. kroner i 2017 til et pilotprosjekt som skal bidra til mer systematisk arbeid med prosedyrer, erfaringsutveksling, samhand-

ling og kommunikasjon. Ambulansehelikopterbasene i Evenes og Tromsø skal omfattes av arbeidet, jf. Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016) og Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019. Målet er å styrke samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Oppdrag er gitt Helse Nord RHF i 2016.

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Det ble i 2016 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 2017. 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 2016. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 1 mill. kroner i 2017.

Transporttilbud for psykisk syke pasienter

De regionale helseforetakene fikk i 2014 i oppdrag å sette i verk 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 innleggelse i akuttavdeling. Alle de fire regionale helseforetakene har etablert prosjekter som ivaretar formålet med tilskuddet. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 20,8 mill. kroner i 2017, som vil være siste år i prosjektperioden. Prosjektene blir evaluert.

Raskere tilbake

Det foreslås å flytte tilskuddsmidler som er å anse som helsetjenester, svarende til 57 mill. kroner, fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett, kap. 605, post 70, til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og at disse forvaltes av de regionale helseforetakene og målrettes mot arbeidsrettet rehabilitering i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Tilhørende disse midlene følger det allerede inngåtte avtaler innenfor arbeidsrettet rehabilitering og lettere psykiske lidelser og sammensatte lidelser som de regionale helseforetakene vil få ansvar for å forvalte. Enkelte avtaler gjelder pasienter som tilhører fylker i ulike helse-regioner. Det vil bli nærmere avklart hvilke av de regionale helseforetakene som skal ha ansvar for å forvalte de ulike avtalene. Midlene legges derfor på kap. 732, post 70, og fordeles i oppdragsdoku-

mentene etter hensiktsmessig ansvarsfordeling mellom de regionale helseforetakene. Midlene som er knyttet til avtalene innenfor arbeidsrettet rehabilitering, tilsvarende 9 mill. kroner, vil inngå i opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering fra 2017. Når det gjelder midler og avtaler som omfatter tilbud til personer med lettere psykiske lidelser eller sammensatte lidelser, vil disse midlene også inngå i opptrappingsplanen etter hvert som avtalene utløper. Da målgruppe og formål for disse midlene er en annen enn for arbeidsrettet rehabilitering, vil departementet komme tilbake i budsjettet for 2018 til hvordan midlene som følger avtalene best kan målrettes i opptrappingsplanen når disse utløper. Det vises til omtale under kap. 732, post 79, og del III.

Skadelig bruk av doping

I 2016 fikk Helse Sør-Øst RHF 4,3 mill. kroner til å styrke kunnskapen om behandling av personer med skadelig bruk av doping. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 4,4 mill. kroner i 2017.

Nasjonalt senter for e-helseforskning

Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin ble avviklet som en nasjonal tjeneste i spesialisthelsetjenesten i 2016. Tjenesten er videreført som et nasjonalt senter for e-helseforskning underlagt Helse Nord. 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. Senteret skal samarbeide med Direktoratet for e-helse og andre sentrale aktører som de regionale helseforetakene. I 2016 ble 35,9 mill. kroner overført fra kap. 732, post 78, til kap 732, post 70 som tilskudd til drift av senteret. Tilskuddet foreslås videreført med 36,7 mill. kroner i 2017.

Omlegging av arbeidsgiveravgift

Omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004 innebar fortsatt nullsats i Nord-Troms og Finnmark, mens det i øvrig soner skulle brukes høyere 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 kom-

pensasjonsbeløpet. Kompensasjonen foreslås videreført i 2017 med 161,5 mill. kroner med følgende fordeling:

- 23,9 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 28,0 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 28,5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 81,1 mill. kroner til Helse Nord RHF

Innføring av ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetak

Som følge av at 2017 er et oppstartsår for ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetak vil det være nødvendig å sikre helseforetakene likviditet fram til første utbetaling av kompensasjon for merverdiavgift. Det er som følge av dette beregnet at det vil være nødvendig å bevilge 1 051,6 mill. kroner, tilsvarende 1/6 del av uttrekket fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning, over post 70. Grunnet virksomhetsoverdragelsen av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF foreslås i tillegg 1,7 mill. kroner av et totalt tilskudd på 9,2 mill. kroner til kompensasjon for merverdiavgift over post 70. Det vises forøvrig til omtale under post 72–75 og post 80 Kompensasjon for merverdiavgift. Midlene fordeles mellom de regionale helseforetakene som følger:

- 567,6 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 199,8 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 150,8 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 135,1 mill. kroner til Helse Nord RHF

Sykestuefinansiering

Det foreslås å videreføre tilskuddet til sykestuene i Finnmark med 9,5 mill. kroner i 2017. Kravene til registrering og rapportering av pasientbehandlingen til Norsk pasientregister videreføres i 2017.

Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Legenes turnustjeneste gjennomføres etter fullført utdanning og består av tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Ved omlegging av legers spesialistutdanning vil turnus bli første obligatoriske del av legers spesialistutdanning. Utlysning av turnusstillinger skjer sentralt gjennom Helsedirektoratets turnusportal, mens vurderinger og tilsettinger foretas lokalt. Det ansettes årlig i om lag 950 turnusstillinger. I 2015 var det 1535 søkere til de utlyste turnusstillingene. De som ikke får turnusstilling kan velge om de søker ved

senere stillingsutlysninger, forsøke å søke reststillinger via den etablerte søknadsportalen og/eller gjøre andre valg. Helsedirektoratet publiserer statusrapport om søkere og søknader på turnuslestillinger to ganger i året. Det vises også til kap. 783, post 61, for omtale av turnus for leger.

Fysioterapeuter har ett års obligatorisk turnustjeneste, seks måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. I 2015 var det noe over 300 fysioterapeutkandidater i turnustjeneste, alle søkere fikk turnusplass. I 2016 er det behov for turnusplass til om lag 320 kandidater, alle har fått tilbud om turnusplass.

Estimater tilsier en ytterligere økning av antall turnusfysioterapeuter i 2017. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å vurdere mulige tiltak som kan gi en mer hensiktsmessig og fleksibel framtidig turnusordning for fysioterapeutkandidatene, herunder utrede og ev. foreslå endringer som kan redusere behovet for venteliste på turnusplass for fysioterapeuter.

Det ytes et årlig tilskudd per turnusplass på om lag 28 500 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private oppretningsinstitusjoner som det er inngått avtale med. Hoveddelen av kostnadene for turnusleger og -fysioterapeuter i sykehus dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, post 72–75). Det årlige tilskuddet kommer i tillegg og skal kompensere for tilrettelegging, veiledning og supervisjon av turnuskandidater. Det foreslås et tilskudd på 34,2 mill. kroner i 2017. Tilskuddet vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2017.

Forsering av vedlikeholdsinvesteringer – tiltakspakke

Som ledd i regjeringens tiltakspakke og Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016) og Prop. 122 S (2015–2016) er det i 2016 gitt et tilskudd på 325 mill. kroner til de regionale helseforetakene til forsering av vedlikeholdsinvesteringer. Den ekstra innsatsen ble rettet mot Sørlandet, Vestlandet og Nordvestlandet, dvs. områder der ledigheten har økt mest. Vedlikeholdstiltakene har kommet i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak i helseforetakene. Alle prosjektene forventes å være ferdigstilt i løpet 2016. De regionale helseforetakene oppgir at tiltakspakken har hatt god sysselsettingseffekt.

Det foreslås et engangstilskudd på 100 mill. kroner til forsering av vedlikeholdstiltak i helseforetakene i 2017 som en del av regjeringens tiltakspakke mot ledighet. Midlene foreslås fordelt på 15 mill. kroner til Helse Sør-Øst (for å treffe agderfylkene), 70 mill. kroner til Helse Vest og 15 mill. kroner til Helse Midt-Norge (for å treffe Møre og Romsdal). Midlene skal fordeles av de regionale helseforetakene etter individuell vurdering. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak, og det skal rapporteres på sysselsettingseffekten.

Norwegian Pumps & Pipes – tiltakspakke

Stavangerregionen har verdensledende forsknings-, innovasjons- og teknologimiljøer innenfor olje og gass. Som ledd i regjeringens tiltakspakke for økt sysselsetting, ble det i 2016 gitt et tilskudd på 5 mill. kroner til Helse Vest for å støtte Norwegian Pumps & Pipes. Fem prosjekter er innvilget støtte. Prosjektene er valgt ut på grunnlag av næringspotensial og med krav til overføring av teknologi, metoder og/eller kompetanse mellom petroleum og medisin. Det er etablert samarbeid med Pumps & Pipes i Houston og en orientering mot EU og Horisont 2020 er nå i gang.

Post 71 Kvalitetsbasert finansiering

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene. Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer. Det har vært gjennomført en evaluering av ordningen i regi av Helsedirektoratet. Funnene viser at ordningen generelt sett har hatt en positiv virkning på kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten, uten at det er påvist noen negative vridningseffekter. Departementet foreslår å videreføre ordningen. Det foreslås bevilget 530,3 mill. kroner i 2017.

Finansieringsordningen 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. Ordningen inkluderer både resultatindikatorer, prosessindikatorer og brukererfaringsindikatorer. Resultatindikatorer (i hovedsak femårs- og 30-dagers overlevelsesrater) 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 akti-

viteter 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. For 2017 vil tre nye indikatorer inkluderes, samtidig som tre indikatorer utgår fordi de ikke lenger er inkludert i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. De tre nye indikatorene måler fristbrudd for pasienter innen hhv. tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Indikatorene innenfor psykisk helsevern og rus bi-

drar til å balansere oppmerksomheten rundt kvalitet mellom de ulike fagområdene.

Det brukes ulike typer prestasjonsmål, dvs. både absolutte og relative prestasjonsmål. Ved å kombinere ulike typer prestasjonsmål blir fordelingen av den økonomiske rammen mellom helse-regionene mindre følsom for utvikling i 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 2017 følger av tabell 4.1.

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

	Fordeling 2017	Fordeling 2016	Endring fra 2016 til 2017	Endring fra 2016 til 2017 i pst.	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst	287,0	244,8	42,2	17,2 %	1,5
Helse Vest	107,1	97,1	10,0	10,3 %	6,3
Helse Midt-Norge	87,5	104,5	-17,0	-16,2 %	11,3
Helse Nord	48,8	73,1	-24,3	-33,3 %	-19,2
Sum	530,3	519,5	10,8	2,1 %	0

Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge får hhv. om lag 1,5 mill. kroner, 6,3 mill. kroner og 11,3 mill. kroner i økte inntekter sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. Tilsvarende får Helse Nord om lag 19,2 mill. kroner i reduserte inntekter sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. Den største endringen fra 2016 til 2017 er i fordelingen av forbedringspoeng. Helse Sør-Øst får store deler av forbedringspoengene. Helse Vest øker også en del på forbedringspoeng sammenliknet med året før. Helse Midt-Norge og Helse Nord taper forbedringspoeng, men Helse Midt-Norge har fortsatt det mest positive resultatet sammenliknet med den vanlige inntektsfordelingsmodellen. Sammenliknet med kvalitetsbasert finansiering 2016, har Helse Sør-Øst prestert bedre på alle tre indikatorer, samtidig som Helse Nord har prestert dårligere på alle tre indikatorer. Fordelingen av forbedringspoeng og beste plasseringspoeng til hver region er avhengig av prestasjonene til de andre regionene. Selv om en region forbedrer seg litt kan en annen region ha forbedret seg mer og ta poengene.

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 2,1 pst.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2017 med 1 888 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2016. Med dette legges det til rette for å videreføre antatt høyere aktivitet i sykehusene i 2016 enn forutsatt, svarende til om lag 34 mill. kroner, og øke pasientbehandlingen ytterligere med om lag 2,1 pst. Dette er en fortsatt

høy budsjettert aktivitetsvekst. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,6 pst. Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene tar hensyn til at pensjonskostnadene anslås 4 950 mill. kroner lavere i 2017 sammenliknet med saldert budsjett 2016.

I beløpet for økte driftsbevilgninger på 1 888 mill. kroner er det gjort fratrekk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (177 mill. kroner) samt underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (36 mill. kroner). Videre er det gjort fratrekk for utfasing av særskilt tilskudd til pilotprosjekt for utvikling og drift av tverrfaglige poliklinikker/diagnosesentre for pasienter med relativt likeartede symptomer som langvarige smerte- og eller utmattelsestilstander (15 mill. kroner). De regionale helseforetakene forutsettes å videreføre behandlingsopplegget som en integrert del av tjenesten. Behandlingsopplegget vil bli evaluert.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen utgjør for de regionale helseforetakene 712 mill. kroner i 2017. 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 2016, og regjeringen foreslår å tilføre 535 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 2017. Reformen innebærer at bevilgningene til helseforetakene reduseres med netto om lag 177 mill. kroner.

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 36 mill. kroner for de offentlige og 14 mill. kroner for de private.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 888 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2,1 pst. Det foreslås i tillegg å øke bevilgningen til Fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere med 10 mill. kroner. Ansvar for drift av fagenheten er lagt til Helse Midt-Norge.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene 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 2016, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2016. 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 2017.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,5 pst. fra 2016 til 2017. Fra 2017 er finansiering av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling inkludert i ISF. Det er budsjettert med en vekst på om lag 8,5 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter laboratorier og radiologi.

En ny lov om strafferettslige særreaksjoner vil tre i kraft i oktober 2016. Det må påregnes noe tid fra ikrafttredelse til de første dommene foreligger. Utgifter til spesialisthelsetjenesten som følge av utvidet virkeområde for de strafferettslige særreaksjonene antas derfor å være begrenset den første tiden etter ikrafttredelse. Det anslås på usikkert grunnlag at spesialisthelsetjenesten vil få økte kostnader i intervallet fra 0 til 5 mill. kroner i 2016, fra 6 til 25 mill. kroner i 2017 og fra 12 til 50 mill. kroner i 2018 og framover. Det forutsettes at de regionale helseforetakene dekker disse kostnadene innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 888 mill. kroner.

Innenfor den foreslåtte styrkingen på 1888 mill. kroner, foreslås det å dekke tilskudd en ny nasjonal behandlingstjeneste. Helse Vest ved Haukeland universitetssykehus har søkt departementet om å etablere en Nasjonal behandlingstjeneste for uavklarte smerter i ansikt og kjeve. Helsedirektoratet har anbefalt søknaden. Det foreslås å etablere Nasjonal behandlingstjeneste for uavklarte smerter i ansikt og kjeve i Helse Vest med et tilskudd på 1,7 mill. kroner.

Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2017 med 1317,8 mill. kroner med følgende fordeling:

- 709,2 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 250,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 189,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 168,9 mill. kroner til 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 kravene kan innen definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris. Godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg trådte i kraft fra 1. november 2015. 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. Fram til og med 2014 fastsatte staten et tak for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle. Dette ble fjernet i 2015. Offentlige sykehus kan fra 1. januar 2015 behandle flere pasienter enn budsjettert så lenge de kan finansiere dette gjennom innsatsstyrt finansiering. Godkjenningsordningen for private har fra oppstart omfattet døgnbehandling innenfor rus og psykisk helsevern. I tillegg har enkelte tjenester innenfor somatikk vært inkludert. Fra 2017 utvides ordningen til å omfatte flere somatiske tjenester. Utgiftene til pasientbehandling som omfattes av fritt behandlingsvalg er anslått til 200 mill. kroner i 2017. Det er knyttet usikkerhet til anslaget.

Pensjon

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 13 700 mill. kroner. Dette er 4 950 mill. kroner lavere enn bevilgningsnivået for 2016, vedtatt gjennom behandling av Prop. 1 S (2015–2016). Reduksjonen foreslås fordelt på følgende måte:

- 2 662,3 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 940,0 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 710,3 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 637,4 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for flere kreftlegemidler fra 1. mai 2017 med til sammen 585 mill. kroner. Kreftlegemidlene som foreslås overført er innenfor legemiddelgruppene antineoplastiske midler og andre immunsuppressiver. I tillegg foreslås det å overføre finansieringsansvaret for PAH-legemidler (Pulmonal arteriell hypertensjon) fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2017, med til sammen 145 mill. kroner. Pulmonal arteriell hypertensjon (PAH) er en alvorlig hjerte- og lungesykdom. Det antas å være rundt 250 personer med en av for-

mene av PAH i Norge. Det finnes flere legemidler til bruk ved denne sykdommen som refunderes på individuell stønad over folketrygden i dag.

Oppstart, evaluering og avslutning av behandling med disse legemidlene gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten. Ved overføring vil kreftlegemidlene og PAH-legemidlene bli en del av H-reseptordningen. I dagens manuelle oppgjørsløsning for H-reseptlegemidler inngår om lag 100 ulike legemidler, jf. forskrift om helseforetaksfinansierede reseptlegemidler til bruk utenfor sykehus. Gruppen av kreftlegemidler som nå foreslås overført utgjør om lag 70 ulike legemidler. Et pilotprosjekt for elektronisk oppgjørsløsning startet opp i august 2016. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at det er risiko knyttet til å overføre en stor gruppe legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene i en overgangsfase fra manuell til elektronisk oppgjørsløsning. Det foreslås derfor at finansieringsansvaret for kreftlegemidler overføres fra 1. mai 2017. Antall PAH-legemidler som overføres er betydelig færre, og finansieringsansvaret foreslås derfor overført fra og med 2017. De regionale helseforetakene inngår avtaler om hvem som har lov til å forskrive H-resept på deres regning.

Midlene på til sammen 730 mill. kroner som flyttes fra kap. 2751, post 70 fordeler deg på følgende måte mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger:

- 393 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 138,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 104,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 93,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

Inkludering av legemiddelgrupper i innsatsstyrt finansiering

Det foreslås å flytte 600 mill. kroner til kap. 732, post 76, knyttet til inkludering av legemiddelgrupper i innsatsstyrt finansiering, jf. omtale der. Fordelingen mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger blir som følger:

- 322,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 114 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 86,2 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 76,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Aktivitetsbasert finansiering av poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å overføre den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling til ISF-ordningen fra

2017. Formålet med utvidelsen er å etablere et aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag understøtter tjenesten. Forslaget omfatter ikke pasienter som er innlagt ved institusjon, ei heller endringer i egenandelsregelverket. Utvidelsen skal skje budsjettneøytralt.

Som følge av forslaget foreslås det å flytte 206 mill. kroner fra kap. 732, post 77, til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Det vises til nærmere omtale av forslaget under kap. 732, post 76. Midlene fordeler seg på følgende måte mellom de regionale helseforetakene:

- 111 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 39 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 30 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 26 mill. kroner til kap. 732, post 75

Tiltak for barn og unge med ervervet hjerneskade

Hvert år får 60–80 barn en ervervet hjerneskade av moderat eller alvorlig grad. Mange får ikke et sammenhengende behandlings- og rehabiliteringsforløp tilpasset sitt behov, og det er variasjon i tilbudet. Variasjonen gjelder både sykehustilbudet etter akutt fase og rehabiliteringstilbudet i kommunen. Det er dokumentert at en god behandlingsskjede gir bedre funksjon og reduserer skadevirkninger etter hodetraumer, svulster eller andre sykdommer i hjernen.

Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har arbeidet med å utvikle helhetlige behandlingsmodeller for pasientgruppen. Dette arbeidet gir viktig kunnskap for videre arbeid med behandlingstilbudet.

Sunnaas sykehus benyttes av flere helseregioner for institusjonsbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt behandling. Sunnaas sykehus har nylig etablert sengepost for barn, og prosjektet må avklare hvilken rolle sykehuset skal ha som behandlingsskole for barn opp til 18 år med alvorlige ervervete hjerneskader.

Det foreslås å omprioritere 13,7 mill. kroner fra kap. 733, post 79, jf. omtale der. Forslaget omfatter tiltak på sykehusene som inngår i behandlingsskjeden, og ev. medfinansiering av økte oppgaver for Sunnaas som behandlingsskole for barn med alvorlige ervervete hjerneskader.

Midlene foreslås fordelt mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger som følger:

- 7,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 2,6 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 2 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Samhandling med kommunene

Utskrivningsklare pasienter

I 2016 er betalings-satsen for utskrivningsklare pasienter 4 505 kroner, jf. ordningen innført i 2012. Satsen for 2017 prisjusteres til 4 622 kroner.

Ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling skal etter planen innføres fra 2018. De regionale helseforetakene skal, i samarbeid med Helsedirektoratet, etablere et grunnlag for registrering av utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Fra 1. januar 2016 har kommunene hatt en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet ble det varslet at den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgnopphold også skulle omfatte brukere med psykisk helse- og rusproblematikk fra 2017. Plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Det foreslås overført 86,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kommunenes frie inntekter til oppbygging av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i kommunene. Midlene fordeler seg på følgende måte mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger:

- 46,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 16,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 12,4 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 11 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Forskning

Tidligere krav om at minst 15 mill. kroner av basisbevilgningen skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene bortfaller i 2017, jf. kutt i forskningsbevilgning for 2017. Samhandlingsforskning forutsettes ivaretatt innenfor gjeldende finansieringsordninger for forskning.

Innføring av ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetak

Som varslet i Prop. 122 S (2015–2016) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016 foreslås det å innføre en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1.

januar 2017. Innføringen innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. De tolv private ideelle institusjonene med langsiktige driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF som årlig mottar oppdrags-/bestillerdokument inkluderes i ordningen på linje med helseforetakene. For øvrige spesialisthelsetjenester som helseforetakene kjøper fra private eller gir tilskudd til, vil det bli gitt en indirekte kompensasjon ved at de regionale helseforetakene ytes 5 pst. av betalt vederlag eller tilskudd til slike private virksomheter.

Det legges opp til at ordningen skal være budsjettneutryt for staten i oppstartsåret 2017. På bakgrunn av regnskapstall for kjøp av varer og tjenester til driften i foretakene gjøres det et trekk i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene i 2017 som kompenseres med bevilgninger basert på innsendte oppgaver over faktisk betalt og sjablongmessig beregnet merverdiavgift i løpet av året.

Bevilgningen til de regionale helseforetakene reduseres som følge av innføringen med 6 309,8 mill. kroner, fordelt med:

- 3 497,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 1 049,1 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 972,5 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 791,0 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Det vises for øvrig til omtale under post 70 Særskilte tilskudd og post 80 Kompensasjon for merverdiavgift.

Kvalitetssikring av fysiske og tekniske forhold i Mammografiprogrammet

De regionale helseforetakene vil fra 2017 overta ansvaret for kvalitetssikring av fysiske og tekniske forhold i Mammografiprogrammet. Det foreslås å flytte 0,8 mill. kroner fra kap. 720, post 01. Midlene fordeler seg slik mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger:

- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det vises til omtale under kap. 732, post 70, og kap. 720, post 01.

Redusert apotekavanse

De regionale helseforetakenes utgifter reduseres med 11 mill. kroner som følge av lavere apotekavanse. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Fordelingen blir som følger:

- 5,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 2,1 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 1,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 1,4 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Felles pasientadministrative systemer

Det foreslås å flytte 14,1 mill. kroner fra kap. 732, post 76, til Helse Nord RHF sin basisbevilgning, kap. 732, post 75, knyttet til felles pasientadministrative systemer i helseforetak i Helse Nord.

Det foreslås videre å flytte 11,6 mill. kroner fra kap. 732, post 76, til Helse Sør-Øst RHF sin basisbevilgning, kap. 732, post 72, knyttet til organisatoriske endringer ved Oslo universitetssykehus.

Bibliotek tjenester ved Helse Stavanger

Ved en inkurie ble det flyttet for lite midler ved overføring av bibliotek tjenester fra Helse Stavanger til Universitetet i Stavanger i 2016. Det foreslås å flytte 0,3 mill. kroner fra Helse Vest RHF sin basisbevilgning til Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 260, post 50.

Spesialistutdanning av leger

Ny ordning for legenes spesialistutdanning ble lagt fram og behandlet i Stortinget i Prop. 1 S (2015–2016) og i Meld. St. 11 (2014–2015) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019. Legenes spesialistutdanning og spesialitetsstrukturen skal rettes inn mot framtidens helseutfordringer, ta inn over seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren. Arbeidet med den nye ordningen er fulgt opp i tråd med Stortingets føringer. Høringsnotat og tilhørende forskrift er sendt ut og vil erstatte tidligere forskrifter på området. Helsedirektoratet, regionale helseforetak, Legeforeningen og Spekter har deltatt i prosessen med å detalj Utrede den nye ordningen, og har gitt innspill i arbeidet.

I tråd med oppdrag, er de regionale helseforetakene i gang med å etablere regionale utdanningssentra ved landets regionsykehus. Sentrene skal ha oppgaver med teoriutdanningen, læringsaktiviteter med mer. Samarbeidet med universitetene skal forankres i avtaler som er utarbeidet i samarbeidsorganene om utdanning og forskning.

Regionale helseforetak har nedsatt et eget tverrregionalt prosjekt som planlegger sykehuse-nes og spesialisthelsetjenestens arbeid med den nye ordningen i spesialistutdanningen. Dette skal sikre en nasjonalt samordnet utdanning. Regionale helseforetak skal i 2017 legge til rette for at LIS1 kan starte opp høsten 2017 etter ny ordning, og ivareta oppgaver for å sette i verk den nye ordningen.

Nødnett

Det er investert betydelige midler for å innføre et nytt digitalt radiosamband i Norge for landets nød- og beredskapssetater. I tillegg til de midler som er tilført innføringsprosjektet ved Direktoratet for nødkommunikasjon over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett og Helsedirektoratet over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kap. 720 og 781, er det bevilget 225 mill. kroner i årene 2013–2015 for å dekke de kostnader de regionale helseforetakene har hatt ved innføring av nødnett i kommunene. Kommunene har i tillegg hatt kostnader i innføringsarbeidet som er dekket over kommunenes eget budsjett. Spesialisthelsetjenesten har også hatt kostnader som er dekket innenfor deres egne rammer. Det er ifølge reviderte planer lagt opp til at de siste enhetene i helsesektoren under AMK-område Finnmark vil få nødnett i løpet av første halvår 2017. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) står for mye av det praktiske arbeidet ved innføringen i sykehusene og i kommunehelsetjenesten, og er også ansvarlig for driften av nødnett for både den statlige og kommunale helsetjeneste. Kommunene betaler for de driftstjenester HDO yter dem, og en betalingsordning for dette ble innført fra 2016. Regjeringen har bestemt at brukerstyret i nødnett, dvs. radioterminaler og IKT-utstyr på kommunikasjonsentralene, skal overføres eiermiljøene i henholdsvis justis- og helsesektoren.

Dette innebærer for helsesektoren at eierskapet til brukerstyret overføres til HDO. Som en følge av dette vil det innføres en ny betalingsmodell for både helseforetakene og kommunene som skal ivareta kostnadene til framtidige investeringer, drift, forvaltning og utvikling av nødnett. Det vises for øvrig til omtale av organisering og status i prosjektet under kap. 781, post 21.

Egenandeler

Egenandelene for lege- og psykologtjenester, poliklinisk helsehjelp, lab/røntgen, opphold ved oppføringsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser økes ikke i 2017.

Inntektssystemet for de regionale helseforetakene

Magnussenutvalgets forslag til ny fordeling av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene (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 regionale 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 per region for 2017 som vist i tabell 4.2.

Tabell 4.2 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2016 og 2017

	Ressursbehovsindeks		Andel befolkning per		Fordelingsnøkkel ¹	
	2016	2017	1.1.2015	1.1.2016	2016	2017
Helse Sør-Øst RHF	97,1	97,0	0,5592	0,5602	0,5427	0,5432
Helse Vest RHF	90,9	91,0	0,2104	0,2102	0,1911	0,1913
Helse Midt-Norge RHF	104,4	104,3	0,1373	0,1371	0,1434	0,1413
Helse Nord RHF	131,9	132,4	0,0931	0,0924	0,1228	0,1224
Norge	100,0	100,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

¹ Fordelingsnøkkelen for inntektsgrunnlaget til regionale helseforetak. I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Endringer i fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene i 2017 skjer som følge av oppdatering av de ulike kriterieverdiene. Oppgaveendringer fra 2016 til 2017 vil også påvirke fordelingen. Innføringen av nøytral merverdiavgift fra 2017 gir særlige omfordelingseffekter i 2017. Dette skyldes at overføringen fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kap. 732, post 80, Kompensasjon for merverdiavgift er basert på de regionale helseforetakenes rapporterte utgifter til merverdiavgift. Disse utgiftene har en annen fordeling enn fordelingsnøkkelen i inntektssystemet og medfører omfordelinger. Tabell 4.3 viser de samlede endringene i 2017 etter pris- og lønnsjustering og oppgaveendring for 2017. Effekten av kapital- og gjestepasientoppgjør er innarbeidet.

Tabell 4.3 Endring i basisbevilgning i 2017 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør

	i mill. kr (andel av basisbevilgning)
Helse Sør-Øst RHF	104 (0,2 %)
Helse Vest RHF	-148 (-0,8 %)
Helse Midt-Norge RHF	44 (0,3 %)
Helse Nord RHF	0 (0 %)
Sum	0 (0 %)

Anmodningsvedtak

Vedtaket nr. 556 (2008–2009), 19. juni 2009:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Ot.prp. nr. 83, jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009).

Videre arbeid og prosess i saken har vært omtalt i de årlige budsjettproposisjonene. Vedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen la fram saken om legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur i Prop. 1 S (2015–2016) og i Meld. St. 11 (2015–2016), Nasjonal helse- og sykehusplan. Videre ved at det er utarbeidet høringsnotat og forskrift om ny ordning for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning med mer, som ble sendt på ordinær høring i juni 2016. Ny ordning er planlagt iverksatt høsten 2017.

Vedtaket nr. 91 (2015–2016), 3. desember 2015:

«Stortinget ber regjeringen utvikle den gyldne regel, slik at den sikrer at intensjonen med regelen følges opp i RHF-ene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2015–2016), Prop. 1 S (2015–2016) og Prop. 1 S Tillegg 1–2 (2015–2016), jf. Innst. 2 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp ved at kravet til oppfyllelse av den gyldne regel er endret og justert i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2016, i tråd med Stortingets vedtak.

Vedtaket nr. 262 (2015–2016), 14. desember 2015:

«Stortinget ber regjeringen presisere i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene at alle barneavdelinger skal ansette leger med spesialisering innen vold mot barn, sosialpediatere, og at de regionale helseforetakene som følge av spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar, skal sikre at alle voldsutsatte barn ved Statens barnehus får medisinsk undersøkelse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 11 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2016 er satt følgende mål: Det er ansatt sosialpediatere i alle barneavdelinger. Overgrepsutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse.

Vedtaket nr. 437.3 (2015–2016), 12. januar 2016:

«Stortinget ber regjeringen om å styrke tjenestene innen psykisk helsevern, og legge til rette for et tettere samarbeid mellom eksisterende traumeenheter.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:37 S (2015–2016).

De regionale helseforetakene skal prioritere psykisk helsevern. Regjeringen har derfor videreført prioriteringsregelen som pålegger RHF å legge til rette for større vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbrukere enn i somatisk sektor. For å sikre bedre kvalitet og bedre bruk av ressursene er det iverksatt arbeid med i alt 22 pakkeforløp på de to områdene. Arbeidet starter høsten 2016 og de 22 forløpene skal være implementert innen 2020.

Iht. nasjonale føringer skal mennesker med traumelidelser behandles i den ordinære tjenesten. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for et forsvarlig spesialisttilbud for denne som for andre pasientgrupper. Det er ikke gitt detaljerte føringer mht. organiseringen av traumebehandling, men det er gitt en generell føring om at DPS og BUP skal ta ansvar for vanlige psykiske lidelser på spesialistnivå. Psykiske traumer/PTSD er en hyppig forekommende lidelse (eller årsak til lidelse) som må kunne behandles på alle nivåer, dvs. hos fastlege, på DPS og på sykehus når det er nødvendig. Det er etablert kompetansemiljøer i alle regioner (regionale ressursentre for vold og traumatisk stress, RVTS) som har til oppgave å gi opplæring og veilede helsetjenesten på alle nivåer og overfor enheter under andre aktuelle departementers ansvarsområde. De yter ikke kliniske tjenester.

Vedtaket nr. 542 (2015–2016), 17. mars 2016:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksrådet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 11 (2015–2016), jf. Innst. 206 S (2015–2016). Vedtaket er fulgt opp ved at det i foretaksmøtene til regionale helseforetak i mai 2016 ble stilt krav om at stedlig ledelse skal bli hovedregelen ved norske sykehus.

Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Kravet om stedlig ledelse er ikke til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Samtidig må helseforetakene organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer bl.a. at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.

Vedtaket nr. 543 (2015–2016), 17. mars 2016:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.»

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

Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, ble det i foretaksmøtene til regionale helseforetak i mai 2016 gitt følgende føring: Sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.

Vedtaket nr. 544 (2015–2016), 17. mars 2016:

«Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.»

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det i foretaksmøtene til regionale helseforetak i mai 2016 ble gitt følgende føring: Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.

Vedtaket nr. 546 (2015–2016), 17. mars 2016:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og /eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene starter en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretaket til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 11 (2015–2016), jf. Innst. 206 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i foretaksmøtene til regionale helseforetak i mai 2016 ble gitt følgende føring: Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.

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 2015 og status 2016 vises det til del III, kap. 6 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 50 012 mill. kroner i 2017.

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 2015 og status 2016 vises det til del III, kap. 6 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 17 652 mill. kroner i 2017.

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 2015 og status 2016 vises det til del III, kap. 6 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 13 323 mill. kroner i 2017.

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 2015 og status 2016 vises det til del III, kap. 6 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 11 940 mill. kroner i 2017.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Det foreslås å:

- flytte 600 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 knyttet til inkludering av legemidler i innsatsstyrt finansiering. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016) ble det vedtatt å overføre finansieringsansvaret for fem legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2016. Legemidlene skal fra 2017 inkluderes i innsatsstyrt finansiering.
- flytte til sammen 25,7 mill. kroner, herunder 14,1 mill. kroner til Helse Nord RHF sin basisbevilgning, kap. 732, post 75, knyttet til felles pasientadministrative systemer i helseforetak i Helse Nord og 11,6 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF sin basisbevilgning, kap. 732, post 72, knyttet til organisatoriske endringer ved Oslo Universitetssykehus.
- flytte 969 mill. kroner fra kap. 732, post 77. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å overføre den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling til ISF-ordningen fra 2017. Utvidelse av ISF-ordningen i 2017 er omtalt nærmere nedenfor.

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er derfor rettet mot de regionale helseforetakene. Gjen-

nom 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 basisbevilgningene til de regionale helseforetakene.

ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem. Prioriteringene skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter angir. Basisbevilgningene skal brukes til å understøtte ønsket prioritering. Utbetalingene gjennom innsatsstyrt finansiering skal avspeile reell behandlingsaktivitet. Finansieringsmodellen for de regionale helseforetakene 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 ISF-ordningen

ISF-ordningen omfatter somatisk pasientbehandling, både innleggelse 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. Fra 2017 er det foreslått å overføre den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling til ISF-ordningen, jf. omtale i eget avsnitt nedenfor.

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, jf. 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. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering.

Regelverket for innsatsstyrt finansiering beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. Helsedirektoratet publiserer regelverket og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

Utvidelse av ISF-ordningen i 2017

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å overføre den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling til ISF-ordningen fra 1. januar 2017. Utvidelsen skal skje budsjettneutralt. Formålet med utvidelsen er å etablere et aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag understøtter tjenesten. Forslaget omfatter ikke pasienter som er innlagt ved institusjon, ei heller endringer i egenandelsregelverket.

Den gjeldende aktivitetsbaserte finansieringen for disse tjenestene skjer gjennom refusjonstakster (kap. 732, post 77). Refusjonstakstene omfatter ikke alle typer undersøkelser. Om lag 60 pst. av de samlede takstrefusjonene skjer som kompensasjon gjennom de såkalte timeverkstakstene. Disse relateres ikke til direkte pasientrettet aktivitet eller til hvilket tjenesteinnhold som har blitt levert, men til hvor mye ressurser (timeverk) som har blitt forbrukt. Utvidelsen av ISF-ordningen innebærer at alle gjeldende refusjonstakster under post 77 avvikles for finansieringsformål. Endringene som fra 2016 har kommet til i refusjonstakstene (nettbasert behandlingsprogram, ambulant behandling, behandling utført av team) videreføres innenfor ISF-ordningen med utvidelsen.

Innenfor somatiske fagområder har ISF-ordningen en sats tilsvarende 50 pst. Det foreligger ikke noe entydig datagrunnlag (kostnadsdata mv.) som presist sier hva satsen i 2017 vil være for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men den er lavere enn 50 pst. Det kan

være naturlig at satsen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling harmoniseres med satsen for somatiske fagområder. Det vil arbeides videre med grunnlaget for anslaget, med sikte på en økning av satsen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling senere.

Helsedirektoratet har utviklet den nye ordningen. De regionale helseforetakene og representanter fra fagområdene har deltatt i arbeidet. I tillegg har direktoratet informert brukerrepresentanter og profesjonsforeninger i ulike fora. En offentlig høring av omleggingen er gjennomført i 2016.

I 2017 vil ISF-ordningen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling holdes atskilt fra ISF-ordningen for somatiske fagområder. Det vil foreligge et eget sett kostnadsvekter og enhetspris for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Departementet vil følge utgiftsutviklingen i forbindelse med utvidelsen nøye for å sørge for at forutsetningen om budsjettneutralitet overholdes. Avvikende registrering og rapporteringspraksis vil følges opp i kontrollvirksomhet. Avregningsutvalget for ISF vil utvides til å inkludere klinikere fra de aktuelle fagområdene.

Omlegging av aktivitetsbasert refusjon for poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling innebærer følgende flyttinger mellom budsjettposter:

- 1175 mill. kroner flyttes fra kap. 732, post 77.
- 969 mill. kroner flyttes til kap. 732, post 76.
- 206 mill. kroner flyttes til kap. 732, post 72–75.

Det vises til omtale også under kap. 732, postene 72–75 og kap. 732, post 77.

Boks 4.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG er et system for å klassifisere sykehusaktivitet i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Det er i alt om lag 860 diagnoserelaterte grupper. Målsetningen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasienter medisinsk og ressursmessig. Inndelingen i grupper bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 8 000 prosedyre- eller tiltakskoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjemativering 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 med andre ord beregnet til å være om lag 180 ganger høyere enn for gjennomsnittspasienten. I underkant av 2,6 mill. unike pasienter hadde én eller flere kontakter med spesialisthelsetjenesten i 2015. Tallet inkluderer både alle sektorer og avtale-

spesialister. Det var om lag 816 000 døgnopphold, 217 000 kirurgiske dagbehandlinger og i underkant av 5,8 mill. polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus i 2015. I overkant av 1,9 mill. pasienter hadde minst én kontakt ved somatiske sykehus. Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall behandlinger
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (50 pst. av enhetsprisen)

Aktivitetens utviklingen 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.

Resultat 2015

I Saldert budsjett 2015 ble det lagt til rette for et aktivitetsnivå i 2015 som lå om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2014 basert på aktivitet per første tertial 2014. Til fradrag fra dette kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud, anslått til 0,8 pst. Faktisk aktivitet i 2015 tilsier en vekst på 3,1 pst. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2015 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2016, inkludert ev. justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget. Ev. mer- eller mindretbetalingen i 2015 vil på vanlig måte bli motregnet mot a kontoutbetalingene til de regionale helseforetakene for 2016.

Status 2016

Saldert budsjett 2016 legger til rette for et aktivitetsnivå som ligger om lag 1,8 pst. over anslått nivå for 2015, basert på aktivitet per første tertial 2015. Prognose for 2016 basert på aktivitetstall for første tertial, indikerer en aktivitetsvekst om lag som anslått i saldert budsjett hensyntatt en økning i enhetsprisen for ett DRG-poeng i 2016 på 0,3 pst. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til bevilgningsmessige konsekvenser for budsjett 2016 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2016.

Mål 2017

For 2017 foreslås det bevilget 34 290 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2017 som ligger om lag 1,5 pst. over anslått nivå for 2016 basert på aktivitet per første tertial 2016. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsettinger og prioriteringer.

Enhetsprisen for somatiske fagområder for antall DRG-poeng i oppdragsdokumentet foreslås satt til 42 879 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2016 er fastsatt 0,3 pst. for lavt. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 2,6 pst. En enhetspris på 42 879 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,5 pst. i 2017. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som er lagt til grunn i enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med endelig avregning for 2017. I forslaget er det hensyntatt 158 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsrefor-

men. Dette innebærer at enhetsprisen er redusert med 0,5 pst.

Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er foreløpig ikke beregnet.

Post 77 Poliklinisk virksomhet mv.

Det foreslås å flytte 1175 mill. kroner til kap. 732, post 72–76, knyttet til utvidelse av ISF-ordningen for å også omfatte poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Bevilgningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene radiologi og laboratorievirksomheter. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling inngår også. For 2017 foreslås det bevilget 3 264 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet tilsvarende en vekst på om lag 8,5 pst. fra anslag basert på regnskapstall per juni 2016.

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 med 1,5 pst., tilsvarende om lag 36 mill. kroner. Hensyntatt avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen tilsvarende 2 mill. kroner eller 0,5 pst., blir reguleringen 0,6 pst.

For å etablere et aktivitetsbasert finansieringsystem som på en bedre måte enn i dag understøtter tjenesten, foreslås det å utvide ISF-ordningen til å også omfatte poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. kap. 732, post 76. Utvidelsen vil foregå budsjettnøytralt. For å ta hensyn til utbetalinger i 2017 for aktivitet som er utført i 2016, holdes det tilbake 84 mill. kroner på post 77.

Det pågår et arbeid med sikte på å legge om finansieringssystemet for laboratorieundersøkelser. Arbeidet er omfattende og er noe forsinket. Det tas sikte på å legge om systemet fra 1. januar 2018.

Status 2016

Refusjonene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling ble prisjustert med 2 pst. fra 1. januar 2016. Refusjonene for laboratorievirksomhet og radiologisk virksomhet ble prisjustert med 1 pst. I saldert budsjett ble det samlet sett lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 9 pst. utover anslått nivå i 2015, basert på regnskapstall

per mai 2015, jf. Prop. 1 S (2015–2016). Basert på regnskapstall for perioden januar til juni 2016, er samlede utbetalinger i 2016 anslått til 4130 mill. kroner. Dette er 47 mill. kroner høyere enn saldert budsjett 2016.

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 og til utvikling av nye og effektive behandlingsmetoder i sykehusene.

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 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.
- Program for klinisk behandlingsforskning 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, finansierer programmet sammenliknende effektstudier med dokumentert nytte for pasienten og tjenesten. Program for klinisk behandlingsforskning er et langsiktig forskningsprogram som eies og følges opp av de fire regionale helseforetakene i fellesskap.
- 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 2015

Samlet bevilgning var 1124,3 mill. kroner i 2015. Tilskudd til forskning utgjorde 647 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 477,3 mill. kroner, herunder 198,6 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser og 50 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde.

Status 2016

Forskning

Bevilgningen til forskning ble redusert med 15 mill. kroner i 2016 for å delfinansiere innsamling av data til den fjerde Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Hunt 4. Tilskudd til forskning i helse-regionene utgjør 646,2 mill. kroner i 2016. Dette inkluderer 110 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning. I tillegg ble tilskuddet på 21 mill. kroner bevilget til offentlig initierte kliniske studier på kreftområdet over kap. 780, post 50, overført til kap. 732, post 78, og inngår i programmet.

Program for klinisk behandlingsforskning ble etablert våren 2016 av de regionale helseforetakene og i dialog med Norges forskningsråd. De regionale helseforetakene lyste i juni 2016 i fellesskap ut om lag 130 mill. kroner til kliniske multisenterstudier og sammenliknende effektstudier, med mål om å forbedre eksisterende behandlingsrutiner og/eller utvikle eller evaluere nye. Utlysningen er tematisk åpen for alle kliniske fagområder, men skal søke å dekke kunnskapsbehov og kunnskapsgap av stor betydning for pasientbehandling. For samtlige prosjekter kreves deltakelse fra kliniske forskningsmiljøer i alle helseregioner og brukermidvirkning. Prosjekter vurderes for både forskningskvalitet og nytte for sluttbruker. Søknadsfristen er i oktober 2016. En egen nettside gir nærmere informasjon om programmet (kliniskforskning.rhf-forsk.org).

Cristin og Norsk vitenskapsindeks (NVI) brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Ny beregning av publiseringspoeng ble gjennomført i 2016, i tråd med tilrådning fra Det nasjonale publiseringsutvalget under Universitets- og høyskolerådet, i likhet med universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren. Det tas sikte på å gjennomføre en prøverapportering på antall

pågående kliniske studier og antall pasienter som deltar i kliniske studier i 2017. Nasjonal database for kliniske intervensjonsstudier er ventet etablert i 2016 og vil utgjøre datagrunnlaget for en slik prøverapportering. Fordelingen av forskningsmidler

over statsbudsjettet gjøres på bakgrunn av glidende gjennomsnitt i forskningspoeng over tre år (tabell 4.4). For omtale av forskningspoeng og forskningsaktivitet for 2015, se del III, kap. 6 Spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.4 Gjennomsnittlig tre årlige beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak

Gjennomsnitt	2013–2015	2012–2014	2011–2013
Helse Sør-Øst	61,8	61,6	61,5
Helse Vest	19,8	20,3	20,6
Helse Midt-Norge	9,7	9,7	9,5
Helse Nord	8,7	8,4	8,4

Nasjonale kompetansetjenester

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 456,2 mill. kroner i 2016, herunder 203,1 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Det er godkjent 51 nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i 2016 etter forskrift.

Forskning

Det foreslås et tilskudd på 682,1 mill. kroner til forskning i 2017. Tilskuddet inkluderer 133,6 mill. kroner som finansierer program for klinisk behandlingsforskning. Av dette er 21 mill. kroner, midler som er foreslått overført fra kap. 780, post 50.

Mål 2017

Det foreslås bevilget 1 148,6 mill. kroner i 2017. I forslaget er det tatt hensyn til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

Tabell 4.5 Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten (mill. kroner)

	Basis (30 %)	Resultat (70 %) ¹	Sum
Helse Sør-Øst RHF	41,1	237,3	278,4
Helse Vest RHF	41,1	76,0	117,2
Helse Midt-Norge RHF	41,1	37,2	78,4
Helse Nord RHF	41,1	33,4	74,5
Totalt	164,6	384,0	548,5

¹ Forskningsresultater for perioden 2013–2015 ligger til grunn for fordeling av midler i 2017, 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

Tilskuddet på totalt 133,6 mill. kroner fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst RHF som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre re-

gionale 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 466,5 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 207,8 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 52,3 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord.

Tabell 4.6 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	328,7
Helse Vest RHF	33,0
Helse Midt-Norge RHF	36,6
Helse Nord RHF	68,2
Sum	466,5

Post 79 Raskere tilbake

Ordnningen dekker alle utgifter for Raskere tilbake i spesialisthelsetjenesten, bl.a. behandling og transport. Samlet foreslås bevilget 600,5 mill. kroner i 2017. Ordnningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte (Raskere tilbake), ble opprettet i 2007, jf. Sykefraværsutvalgets innstilling høsten 2006. Formålet med ordningen er å bidra til redusert sykefravær ved at personer som mottar sykepenger blir raskere tilbakeført til arbeidslivet. Tilskuddsrammen har vært fordelt mellom Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Midlene tildeles de regionale helseforetakene til ulike behandlingstjenester rettet mot sykmeldte, delvis sykmeldte eller personer som står i fare for å bli sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser eller behov for rehabilitering og ortopediske tjenester.

Det har vist seg vanskelig å måle effekter av selve ordningen på sykefravær og tilbakeføring til arbeidsliv. Samtidig har enkeltevalueringer på helsesiden vist at Raskere tilbake-tiltak gir positive resultater. Pasienter som henvises til denne ordningen skal ikke rettighetsvurderes da Raskere tilbake er finansiert og organisert annerledes enn andre tjenester i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil på denne bakgrunn bruke 2017 til å legge om ordningen slik at nåværende midler i større grad inngår i det ordinære pasienttilbudet, samtidig som de positive elementene i ordningen videreføres. Målet med en slik omlegging er også mer likeverdige tjenestetilbud.

Arbeids- og sosialdepartementet vil som ledd i omleggingen av ordningen, omdisponere sin andel av midlene til ordinært tiltaksbudsjett. Dette skal gi mulighet for mer fleksibel bruk av midlene og vil gi sykmeldte tilgang til arbeidsmarkedstiltak de i dag ikke har.

Innenfor Raskere tilbake-ordningen tildeler Arbeids- og velferdsetaten midler til arbeidsrettet rehabilitering – døgntilbud, lettere psykiske lidelser og sammensatte lidelser som må anses som helsetjenester. Som ledd i omleggingen av ordningen, foreslås det at helserelaterte midler med i alt 57 mill. kroner overføres fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Midlene skal målrettes mot arbeidsrettet rehabilitering i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Det vises til kap. 732, post 70, og del III for nærmere omtale.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet samarbeider tett for at brukerne og pasientene i større grad skal oppleve å få helhetlige og koordinerte pasientforløp, framfor sekvensielle tiltak og mer samtidige tilbud av helsetjenester og arbeidsrettet bistand. En strategi om arbeid og helse som direktoratene samarbeider om, skal stimulere ytterligere til dette. Dette strategiarbeidet vil også bidra til å understøtte en omlegging av Raskere tilbake.

Post 80 Kompensasjon for merverdiavgift

Som varslet i Prop. 122 S (2015–2016), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016, foreslås det å innføre en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. Det blir innført en ordning som omfatter drift, men ikke investeringer. Innføringen innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. De tolv private ideelle virksomhetene med langsiktige driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF som årlig mottar oppdrags-/bestillerdokument inkluderes i ordningen på linje med helseforetakene, gjennom de regionale helseforetakene. For øvrige spesialisthelsetjenester som helseforetakene kjøper fra private eller gir tilskudd til, vil det bli gitt en kompensasjon til de regionale helseforetakene med en sjablongsats på fem prosent av betalt beløp. Dette innebærer at det gis indirekte kompensasjon til private leverandører som har kjøpsavtaler med helseforetakene, for overføringer til leverandører i ordningen med fritt behandlingsvalg og for de regionale helseforetakenes tilskudd til avtalespesialister.

Ordningen er ingen støtteordning og det legges opp til at ordningen skal være budsjettneutrytral for staten i oppstartsåret 2017. På bakgrunn av regnskapstall for kjøp av varer og tjenester til driften i foretakene gjøres det et trekk i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene i 2017 som kompenseres med bevilgninger basert på innsendte oppgaver over faktisk betalt og sjablongmessig beregnet merverdiavgift i løpet av året. Ordningen blir forvaltet på bakgrunn av retningslinjer fastsatt av departementet, og er ikke en del av merverdiavgiftssystemet.

For å forenkle innføringen og redusere administrasjonen av ordningen, avviker ordningen fra det som ellers følger av merverdiavgiftsloven om fradragsføring av inngående merverdiavgift på kjøp av varer og tjenester.

Basisbevilgningen til de regionale helseforetakene er som følge av innføringen redusert med til sammen 6 309,8 mill. kroner, samtidig som det er opprettet en ny overslagsbevilgning over kap. 732, post 80, Kompensasjon for merverdiavgift som er økt tilsvarende 5/6 av trekket dvs. med 5 258,2 mill. kroner. 1/6 av trekket dvs. 1 051,6 mill. kroner vil i oppstartsåret bli bevilget over post 70 Særskilte tilskudd. Bakgrunnen for at bevilgningen fordeles på to poster i oppstartsåret er at helseforetakene skal ha tilstrekkelig likviditet fram til første kompensasjon for merverdiavgift utbetales. Det vises videre til omtale under post 70 og virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF. I forbindelse med virksomhetsoverdragelsen foreslås det et tilskudd på 9,2 mill. kroner til kompensasjon for merverdiavgift ved rettsmedisinske fag, hvorav 1,7 mill. kroner over post 70 og 7,5 mill. kroner over post 80. Samlet sett innebærer dette en bevilgning på 5 265,7 mill. kroner på post 80.

Bevilgningen over post 70 føres i de regionale helseforetakenes balanse. De regionale helseforetakene har i dag balanseført fordringer på Helse- og omsorgsdepartementet på 831,6 mill. kroner i 2015-regnskapet, som følge av tidligere overførte oppgaver fra andre statlige enheter. Bevilgningen over post 70 motregnes denne fordringen, det resterende beløpet føres i de regionale helseforetakenes balanse som kortsiktig gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet.

Det foreslås at posten får stikkordet overslagsbevilgning. Fra 2018 vil bevilgningen knyttes til ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetakene i sin helhet bli bevilget over post 80. Det er et mål at investeringer skal inngå på

sikt, men først etter at en har fått erfaringer med ordningen som nå foreslås innført.

Post 81 Protonsenter

Etablering av protonbehandling i Norge har vært utredet siden 2010. De regionale helseforetakene fikk i desember 2015 i oppdrag å utrede konseptfase for etablering av protonbehandling. I tillegg til nullalternativet ble det utredet etablering av ett senter i enten Helse Vest eller Helse Sør-Øst, og to senter med ett senter i Helse Vest og ett i Helse Sør-Øst.

De regionale helseforetakene har gjennomført utredningen i regi av Sykehusbygg. Anslåtte kostnader for etablering av protonbehandling varierer mellom 1,8 mrd. kroner og 3 mrd. kroner avhengig av valg av løsning. I tillegg til alternativ lokalisering, presenterer også konseptrapporten to ulike kapasitetsnivåer for protonbehandling i Norge.

Konseptrapporten angir at beste tilgjengelige medisinske estimater viser at om lag 12–17 pst. av alle pasienter som i dag behandles med stråleterapi kan ha bedre nytte av behandling med protoner enn av behandling med fotoner. Det er likevel ingen land som foreløpig har bygd opp en slik kapasitet. Sverige startet høsten 2015 med protonbehandling ved Skandionkliniken i Uppsala. I Danmark er et nasjonalt anlegg under bygging i Århus med estimert oppstart i 2018.

Regjeringen vil sikre at det etableres protonbehandling i Norge. Det foreslås 75 mill. kroner i investeringstilskudd i 2017 til en preforprosjektfase. De regionale helseforetakene får i oppdrag å planlegge for ett senter innen 2022, og videre etappevis utbygging, avhengig av kapasitetsbehov og utvikling i behandlingsteknologi. Utbyggingen av protonbehandling finansieres med 30 pst. tilskudd og 70 pst. statlig lån.

Etablering av protonbehandling vil bidra til økt grad av helbredelse, redusere langtidsskader og bidra til at flere kan leve et normalt liv etter kreftsykdom. Dette vil ha særskilt stor betydning for barn og unge, som i større grad kan bli i stand til å fullføre skole og delta i arbeidslivet, og leve fullverdige liv.

Post 82 Investeringsslån

I 2015 ble det totalt utbetalt 697,9 mill. kroner i investeringsslån. Lånemidlene ble utbetalt til utbygging av nytt østfoldsykehus (114,09 mill. kroner), Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold (70 mill. kroner), byggetrinn I og II av nytt barne- og

ungdomssykehus ved Haukeland universitetssykehus (125,3 mill. kroner), modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø (128,2 mill. kroner), ny A-fløy ved Universitetssykehuset

Nord-Norge i Tromsø (110 mill. kroner) og nytt lokalsykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes (150,3 mill. kroner). Nytt østfoldsykehus ble ferdigstilt i 2015.

Tabell 4.7 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2015 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kr)

	Lånesaldo per 31.12.14	Tildelt låneramme 2015	Påløpte opptreks- renter 2015 jf. kap. 3732, post 83	Innbetalte avdrag 2015 jf. kap. 3732, post 85 og 90	Lånesaldo per 31.12.15
Helse Sør-Øst RHF	8 857,0	184,1	54,5	411,1	8 684,5
Helse Vest RHF	2 370,5	125,3	9,7	130,9	2 374,6
Helse Midt-Norge RHF	3 518,7	0,0	0,0	244,2	3 274,5
Helse Nord RHF	2 428,6	388,5	9,2	134,3	2 692,0
Sum	17 174,8	697,9	73,4	920,5	17 025,6

Ved inngangen til 2016 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene 17 mrd. kroner. Av dette er 15,7 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 1,3 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Lånebevilgningen for 2016 utgjør 1 229,9 mill. kroner. Bevilgningen i 2016 sikrer fortsatt framdrift av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø, byggetrinn I av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssykehus som slutføres i 2016, byggetrinn II av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssykehus, ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, nytt sykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes, Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold, oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus og etablering av PET-senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Budsjettforslag 2017

Det foreslås en bevilgning på 1 566,9 mill. kroner og at fire nye prosjekter tas inn i låneordningen i 2017. De nye prosjektene er nytt sykehus i Stavanger, oppgradering og modernisering (nybygg) ved Helse Førde, nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus og oppgradering av sentralblokka ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen. Det forutsettes at planleggingen av nytt sykehus i Drammen opprettholdes i 2017.

Nytt sykehus i Stavanger

Arbeidet med utviklings- og arealplaner for Helse Stavanger HF har pågått over flere år. Helse Stavanger sin hovedvirksomhet er i dag lokalisert på Våland i Stavanger, hvor det har vært sykehusdrift siden 1927. Det har vært flere utbygginger opp gjennom årene, særlig på 1970- og 1980-tallet. Helse Stavanger er det helseforetaket med minst areal i forhold til antall innbyggere og aktivitet. De senere år har flere funksjoner, både kliniske og administrative, blitt flyttet ut av sykehusområdet til leide arealer for å avhjelpe arealknapphet.

Foretaket konkluderte i 2010 med at eksisterende sykehusareal var for lite til å møte framtidige behov for spesialisthelsetjenester, og arbeidet med utredning av en ny strategi for en framtidig sykehusutbygging ble påbegynt. I 2011 ble Prosjekt sykehusutbygging etablert, og Helse Stavanger HF startet utredningsarbeidet i tråd med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Det ble tidlig i planprosessen avklart at Helse Stavanger ikke har økonomi til å bygge et samlet sykehus i ett trinn. Det ble derfor valgt en strategi med trinnvis utbygging.

I tråd med forventet utvikling planlegges det for økt kapasitet særlig innen områdene poliklinikker og dagbehandling, observasjonssenger, intermediaersenger og operasjon/oppvåkning. Helse Vest har lagt til grunn at det er økonomisk bærekraft innenfor Helse Stavanger til å dekke en investering på om lag 8 mrd. kroner.

Konseptfase for nytt sykehus i Stavanger ble behandlet i Helse Vest RHF i desember 2015, hvor styret gikk inn for alternativet med utbygging av nytt sykehus på Ullandhaug. Dette vedtaket ble bekreftet i foretaksmøte i januar 2016. Det planlegges en trinnvis utbygging, hvor det i byggetrinn 1 er planlagt å inkludere den somatiske akutte og elektive døgnvirksomheten. Byggetrinn 1 for Ullandhaug-konseptet kan stå ferdig i 2023. Helse Stavanger er i gang med forprosjekt og vil gjøre vurderinger av om det vil være mulighet for å flytte større deler av virksomheten inn i byggetrinn 1.

Det foreslås 5 930 mill. 2017-kroner i låneramme til nytt sykehus i Stavanger for perioden 2017–2023, tilsvarende 70 pst. av prisjustert forventet prosjektkostnad, med en bevilgning på 175 mill. kroner i 2017.

Oppgradering og modernisering av sykehuset i Helse Førde

I 2009 ble det gjennomført en omfattende analyse av det somatiske tjenestetilbudet i Helse Førde HF, og ulike modeller for framtidig struktur ble vurdert. Helse Førde vedtok i juni 2010 en modell som la grunnlag for videre omstilling. Dette ble bekreftet i Helse Vest i november 2010 og foretaksmøte i mai 2011.

Helse Førde legger til grunn en demografisk utvikling med økende andel eldre fram mot 2030. Dette vil påvirke behovet for spesialisthelsetjenester. Målsetting for konseptfasen er å sikre at Helse Førde over tid leverer kvalitativt gode og effektive tjenester. Prosjektet skal bidra til å oppfylle nasjonale mål om å utvikle pasientens helsetjeneste. Sykehuset skal være funksjonelt, dekke kapasitetsbehov, være en attraktiv arbeidsplass og oppfylle samfunnsmessige mål innenfor energi og miljø.

Oppgraderingen av sykehuset i Førde inneholder bl.a. ombygging av sengearealer, etablering av observasjonspost, mer arealer til poliklinikkrom og behandlingsrom, økt operasjonskapasitet og økt kapasitet på dialyse. Dagens arealer til voksenpsykiatri skal bygges om til sykehushotell og kontor for administrasjon og det blir nye arealer til psykisk helsevern.

Det foreslås 1 125 mill. 2017-kroner i låneramme til oppgradering og modernisering av sykehuset i Helse Førde for perioden 2017–2025, tilsvarende 70 pst. av prisjustert forventet prosjektkostnad, med en bevilgning på 18 mill. kroner i 2017.

Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus HF sin psykiatriske sykehusavdeling (PSA) i Kristiansand består av fire bygg fra 1881, 1940 og 1961. Byggene er lite funksjonelle og er i svært liten grad tilpasset kravene til moderne behandling og godt arbeidsmiljø. Funksjonelle svakheter gir redusert pasienttilfredshet og pasientsikkerhet, hindrer effektive behandlingsforløp og gir vanskelige behandlingsforhold. Bygningsmassen som erstattes har svak tilstandsgrad, og det vurderes ikke å være mulig med oppgradering eller ombygging med sikte på å oppnå funksjonelle og hensiktsmessige lokaler. Ny kunnskap om behandlingsmetoder og faglige retningslinjer krever endringer av både virksomhet og bygg.

Sørlandet sykehus HF har utarbeidet konsept for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Det er et mål at et nytt psykiatribygg planlegges og bygges slik at det ikke binder opp den videre utviklingen av Sørlandet sykehus HF.

Det foreslås 567 mill. 2017-kroner i låneramme til nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus for perioden 2017–2019, tilsvarende 70 pst. av prisjustert forventet prosjektkostnad, med en bevilgning på 80 mill. kroner i 2017.

Oppgradering av sentralblokka ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen

Helse Bergen har gjennom egne midler bygget Marie Joys' hus/Sengebygg Sør som skal fungere som et røkkeringsbygg for oppgradering av sentralblokka ved Haukeland universitetssykehus. Helse Bergen har kontinuerlig lukket krav og pålegg fra myndighetene, slik at byggene i Helse Bergen i hovedsak er tilfredsstillende selv om de har et vedlikeholdsetterslep. Gjennom oppgradering av sentralblokka ønsker Helse Bergen å gjøre noen tilpasninger i driften for større andel poliklinikk og mer effektiv drift i sykehuset. Herunder er det planlagt ny ambulansehall, ombygging for økt poliklinikk, en samlet traume/intensiv-funksjon, ny PET-MR og generelle infrastrukturinvesteringer. Alt dette vil understøtte framtidens krav og utfordringer for rasjonell drift og befolkningsøkning. Flere av de planlagte delprosjektene vil ha positive konsekvenser for driften og kapasiteten ved sykehuset når de er ferdige. Særlig poliklinikkprosjektet vil effektivisere og øke kapasiteten ved poliklinisk behandling. Samtidig vil sikker og pålitelig bygningsmessig infrastruktur i tillegg til mer rasjonell traume/intensivorganisering, samt nevnte effektivisering i poliklinikk, bidra til mer effektiv drift.

Det foreslås 370 mill. 2017-kroner i låneramme til oppgradering av sentralblokk ved Haukeland universitetssjukehus for perioden 2017–2020, tilsvarende 70 pst. av prisjustert forventet prosjekt-kostnad, med en bevilgning på 90 mill. kroner i 2017.

Øvrige prosjekter

Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF ble vedtatt med en øvre låneramme på 1,3 mrd. 2016-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016). Lånet utbetales i perioden 2016–2019. Det er i 2016 bevilget 315 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 340 mill. kroner i lån til prosjektet i 2017.

PET-senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge ble vedtatt med en øvre låneramme på 500 mill. kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016). Lånet utbetales i perioden 2016–2018. Det er i 2016 bevilget 50 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 295 mill. kroner i lån til prosjektet i 2017.

Lån til byggetrinn II av nytt barne- og ungdomssykehus 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. Til og med 2016 er det bevilget 180 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 75,8 mill. kroner i lån til prosjektet i 2017.

Lån til Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i 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. Til og med 2015 er det bevilget 170 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 225 mill. kroner i lån til prosjektet i 2017.

Lån til nytt sykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes ble vedtatt med en øvre låneramme på 600 mill. 2013-kroner gjennom Stortingets be-

handling av Prop. 1 S (2012–2013). Prosjektet var opprinnelig planlagt ferdigstilt i 2018, men framdriften er framskyndet slik at nytt sykehus skal stå klart i 2017. Til og med 2016 er det bevilget 592,8 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 58 mill. kroner til prosjektet i 2017. Med dette blir den samlede lånerammen på 600 mill. 2013-kroner utbetalt.

Lån til ny A-fløy ved Universitetssykehuset 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 2016 er det bevilget 380 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 60 mill. kroner i lån til prosjektet i 2017.

Lån til gjennomføring av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø ble vedtatt med en øvre låneramme på 1 328 mill. 2008-kroner gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009). Til og med 2016 er det bevilget 1 302 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 150 mill. kroner i lån til prosjektet i 2017. Prosjektet var opprinnelig planlagt ferdigstilt i 2016, men framdriften tilsier at prosjektet ferdigstilles i 2018. Den resterende lånerammen vil utbetales i tråd med dette.

Post 83 Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008

I perioden fram til ferdigstillelse av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt låneporteføljene til de regionale helseforetakene. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartementets budsjett (kap. 5605, post 84). I 2015 utgjorde opptreksrenter på denne posten 73,4 mill. kroner. For 2017 foreslås det budsjettert med 39 mill. kroner i opptreksrenter.

Post 86 Driftskreditter

Se omtale under kap. 3732, post 86.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
80	Renter på investeringslån	310 202	388 000	292 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	251 405	405 000	448 000
86	Driftskreditter	6 530 000	4 350 000	5 170 000
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	669 095	663 000	647 000
	Sum kap. 3732	7 760 702	5 806 000	6 557 000

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 2015 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 310,2 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

Tabell 4.8 Oversikt over innbetalte renter i 2015 fordelt på regionale helseforetak (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	123,3
Helse Vest RHF	30,0
Helse Midt-Norge RHF	111,0
Helse Nord RHF	45,9
Sum	310,2

Det foreslås at renter på investeringslån budsjetteres med 292 mill. kroner i 2017.

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 2015 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 920,5 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82, for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak. For 2017 er det budsjettert med 1 095 mill. kroner i samlede avdragsinntekter fra de regionale helseforetakene.

Post 85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. I 2015 utgjorde avdrag på denne posten 251,4 mill. kroner. Avdrag på investeringslån tatt opp etter 2008 foreslås budsjettert med 448 mill. kroner for 2017.

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. 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. Over-skuddslikviditet 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 pensjonspremien har vært høyere enn pensjonskostnaden, har likviditet blitt tilført gjennom økt tilførsel av driftskreditt.

Den resterende aktiviteten ved sykehusene skal håndteres innenfor årlige bevilgninger. Det lagt til grunn at driftskredittrammene fordeles iht. ordinær inntektsfordeling.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2015

Ramme for driftskreditt var per 1. januar 2015 på 12 726 mill. kroner. Ved behandling av Prop. 1 S (2014–2015) ble det lagt til grunn en samlet pensjonskostnad på 16 700 mill. kroner og for pensjonspremier på 14 300 mill. kroner. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjorde dermed 2 400 mill. kroner, som ble foreslått håndtert gjennom en tilsvarende reduksjon av driftskredit-ten.

Endelig beregning av pensjonskostnader for 2015 viste en kostnadsøkning på 1 750 mill. kroner til 18 450 mill. kroner. Ved Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2015, jf. Innst. 360 S (2014–2016), ble det derfor bevilget 1 750 mill. kroner i økt basisramme og tilsvarende krav om nedbetaling av driftskreditt. Ny informasjon på høsten 2015 viste at pensjonspremien for 2015 ble på 11 920 mill. kroner, hvilket var 2 380

mill. kroner lavere enn tidligere antatt. Ved Stortingets behandling av Prop. 27 S (2015–2016), Endringer i statsbudsjettet 2015 under Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Innst. 125 S (2015–2016), ble derfor det derfor gitt et ytterligere krav om nedbetaling av driftskreditt på 2 380 mill. kroner. Det samlede nedbetalingskravet i 2015 var dermed 6 530 mill. kroner.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2016

Saldert budsjett 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 er håndtert gjennom en tilsvarende reduksjon av driftskredittrammen.

Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene innebærer et anslag for samlede pensjonskostnader for 2016 på 14 100 mill. kroner for de regionale helseforetakene. På denne bakgrunn ble basisrammen til de regionale helseforetakene redusert med 4 550 mill. kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016. Samtidig ble det lagt til grunn nytt anslag for pensjonspremien på 13 800 mill. kroner. Kravet til nedbetaling av driftskreditt ble redusert til 300 mill. kroner som følge av den oppdaterte differansen mellom pensjonskostnad og -premie.

Endelig informasjon om nivået for pensjonspremie 2016 vil først være kjent høsten 2016. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av ev. endringer.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2017

Budsjettforslaget for 2017 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader på 13 700 mill. kroner og pensjonspremier på 13 630 mill. kroner. Reduksjonen i pensjonskostnad i 2017 skyldes at det i 2016 var en engangseffekt som ga en kostnadsøkning. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 70 mill. kroner som foreslås håndtert gjennom en tilsvarende reduksjon av driftskredittrammen. Anslag for pensjonspremie for 2017 er utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 2,7 pst.

Endelig informasjon om nivået for pensjonskostnad 2017 vil tidligst være kjent ultimo januar 2017, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2017. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av ev. endringer.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med private ideelle institusjo-

ner 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 tjenstepensjonsordninger 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. Per 2016 har ikke de private ideelle institusjonene hatt en samlet årlig kostnadsøkning som er større enn den positive resultateffekten fra 2014. Endelig nivå for pensjonskostnad 2017 vil tidligst være kjent ultimo januar 2017. Regjeringen vil måtte komme tilbake til håndtering av ev. endringer.

Håndtering av premiefond i 2017

Opplegget for håndtering av pensjonskostnad og pensjonspremie har medført at helseforetakene ikke har kunnet benytte premiefond til premiebetaling, med mindre Helse- og omsorgsdepartementet har gitt tillatelse til det. Dette har medført at premiefondet over tid har økt i størrelse. Per 2016 er helseforetakenes premiefond på om lag 9 100 mill. kroner. I budsjettforslaget for 2017 legges det opp til at helseforetakene skal benytte 5 100 mill. kroner av premiefondet til premiebetaling. Bruken av premiefondet medfører at likviditetseffekten som følge av differansen mellom pensjonskostnaden og pensjonspremien øker tilsvarende. Som en følge av dette reduseres driftskredittrammen med 5 100 mill. kroner isolert sett. Samlet reduksjon av driftskredittrammen i 2017 blir dermed 5 170 mill. kroner.

Tabell 4.9 Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kr)

	Årsslutt 2014	Prop. 1 S (2014– 2015)	Prop. 119 S (2014– 2015)	Prop. 27 S (2015– 2016)	Prop. 1 S (2015– 2016)	Prop. 122 S (2015– 2016)	Prop. 1 S (2016– 2017)
1. Innrapportert pensjonskostnad		16 700	18 450	18 450	18 650	14 100	13 700
2. Pensjonspremie		14 300	14 300	11 920	14 300	13 800	13 630
3. Benyttet premiefond							5 100
4. Endring i driftskredittramme		-2 400	-1 750	-2 380	-4 350	4 050	-5 170
5. Endring driftskreditt gjennom året (2–1–3)		-2 400	-4 150	-6 530	-4 350	-300	-5 170
6. Samlet driftskredittramme	12 726	10 326	8 576	6 196	1 846	5 896	726

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 669,1 mill. kroner i 2015. Det foreslås budsjettert 647 mill. kroner i 2017.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	13 718	12 526	14 656
70	Behandlingsreiser til utlandet	119 677	123 148	125 057
72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	5 097	3 374	3 468
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	13 497	16 253	6 000
	Sum kap. 0733	151 989	155 301	149 181

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

- En økning på 5 mill. kroner knyttet til pilotprosjekt med ParkinsonNet
- En reduksjon på 13,7 mill. kroner knyttet til en omprioritering til tiltak for barn og unge med hjerneskade

Det er et mål at habilitering og rehabilitering skal styrkes og tjenestene skal være koordinerte, tverrfaglige og målrettede og tilbys og ytes nærmest mulig brukers vante miljø. Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte rehabiliteringstjenester og habiliteringstjenester til barn, unge og voksne med medfødte eller ervervet nedsatt funksjonsevne. Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator legges til grunn for utvikling av faglig gode tjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Valgfrihet er positivt for pasientene, også for brukere med behov for rehabilitering. Til nå har brukerne kunnet velge mellom offentlige rehabiliteringstilbud. Stortinget vedtok våren 2016 en lovproposisjon som utvider denne muligheten til også å omfatte private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, jf. Prop. 61 L (2015–2016) og Innst. 280 L (2015–2016). Det tas sikte på å innlemme disse institusjonene i ordningen med fritt rehabiliteringsvalg i løpet av 2017.

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.

Revisjon av retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag ferdigstilles ved års-

skiftet 2016–2017. Samtidig ferdigstilles pakkeforløp for hjerneslag. Det skal gjennomføres en nasjonal informasjonskampanje om hjerneslag, jf. Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016). Hensikten er å gjøre befolkningen kjent med symptomer på hjerneslag for å sette i verk tiltak raskest mulig. Kampanjen vil også bidra til iverksetting av retningslinjen og pakkeforløpet.

Videre ønsker regjeringen å prøve ut nye modeller for bedre behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. ParkinsonNet er en nederlandsk modell hvor pasientens kunnskap om egen sykdom, tilpasset egentrening og egenbehandling er basis for tilbudet til pasienter med Parkinsons sykdom. Modellen inneholder systematisk utdanning og opplæring til helsetjenesten og informasjon til pasienter og pårørende gjennom effektiv kommunikasjon mellom ulike deler av helsetjenesten, pasienter imellom og mellom pasienter og behandlere. Modellen kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper med behov for støtte til å leve med og mestre sin kroniske sykdom.

Det foreslås å etablere et pilotprosjekt over to år i Norge i 2017 og 2018. Helsedirektoratet har ansvaret for prosjektet, i nært samarbeid med pasientorganisasjonen Norges Parkinsonforbund. Prosjektet vil bli evaluert under arbeidet og ved prosjektavslutning som grunnlag for å vurdere en ev. nasjonal videreføring av modellen. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner over kap. 733, post 21, og 3 mill. kroner over kap. 733, post 79, til prosjektet i 2017.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til behandlingstilbud i Norge. Formålet med tilbudet er å gi bedret funksjon og livskvalitet for pasientgruppene som omfattes av ordningen, samt redusere symptomer forårsaket av sykdommen. Ord-

ningen innebærer diagnosespesifikke behandlingstilbud i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal oppfylle faglige krav 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 økes ikke i 2017. I 2015 fikk 2665 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 195 ledsagere til barn. Departementet vil høsten 2016 sende på høring forslag til forskrift om behandlingsreiser. I forslaget rammes dagens ordning inn slik at dagens kriterier for tildeling av behandlingsreise forskriftsfestes. Videre foreslås det regler om saksbehandling. I tillegg foreslås det en regulering av retten til å ha ledsager for barn og pasienter som pga. nedsatt funksjonsevne har behov for ledsager. Forutsetningen for å få tildelt behandlingsreise er imidlertid at pasienten selv er i stand til å delta i behandlingsprogrammet under oppholdet.

Post 72 Kjøp av opptrening mv.

Livsstilsprosjektet ved Feiringklinikken har som formål å bygge opp og spre kunnskap om forebygging av hjerte- og karsykdommer gjennom samhandling og livsstilsendring. I prosjektet sammenliknes etter tre år en intervensjonsgruppe som har gjennomgått livsstilskurs på Feiring, med en kontrollgruppe som er fulgt opp av fastlege. Det foreslås bevilget 3,5 mill. kroner på posten i 2017.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker samme formål som under post 21. Midlene på posten har bl.a. gått til tilskudd til prosjekter som skal bidra til å styrke rehabilitering og habilitering og øke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder bl.a. fagutvikling i kommuner og spesialisthelsetjeneste, og prosjekter som skal sikre gode livsfaseoverganger.

Det foreslås i 2017 å omprioritere 13,7 mill. kroner fra posten til kap. 732, post 72–75. Omprioriteringen innebærer å avvikle tilskuddsordningen utvikling av habiliterings- og rehabiliterings tiltak i spesialisthelsetjenesten. Det er i stor grad regionale helseforetak som er tilskuddsmottakere. Det vurderes derfor som hensiktsmessig at midlene gis direkte til de regionale helseforetakene, i stedet for at det brukes ressurser i sykehusene og i Helsedirektoratet på å søke på og forvalte tilskuddsmidler. Midlene skal gå til tiltak for barn og unge med hjerneskade. I Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) vises det til at rehabilitering sjelden får et godt resultat uten å inngå i et planlagt pasientforløp. Det vises til nærmere omtale av tiltaket under kap. 732, post 72–75.

Videre foreslås det 3 mill. kroner på posten knyttet til ParkinsonNet, jf. nærmere omtale under post 21.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
01	Driftsutgifter	54 828	49 469	50 543
21	Spesielle driftsutgifter	10 840	14 285	14 434
70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	15 737	2 563	2 635
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	86 287	69 078	81 012
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	22 028	19 593	20 142
	Sum kap. 0734	189 720	154 988	168 766

Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner knyttet til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede.

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den gene-

relle 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. 6 Spesialisthelsetjenesten.

Det er et mål å styrke kvaliteten på tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Utarbeidelse og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, kvalitetsindikatorer og etablering av pakkeforløp er sentrale virkemidler for å styrke kvalitet og kunnskapsbasert praksis i tjenestene. Andre viktige virkemidler er etablering av nasjonalt kvalitetsregister for tverrfaglig spesialisert behandling, legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin og tiltak for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern.

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. Kontrollkommisjonen er klageinstans for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven, og skal i tillegg utføre 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 2015 var det 225 klagesaker. Dette antas å ha sammenheng med økt fokus på pasientenes rettssikkerhet 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. Gjennom nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) har det blitt arbeidet med å oppnå en mer enhetlig praksis mellom kommisjonene og bedre kvalitetssikring av kommisjonenes arbeid. Helsedirektoratet startet arbeidet med disse tiltakene i 2013. Det gjenstår ferdigstillelse av opplæringsprogram for kontrollkommisjonsmedlemmer. Dette sluttføres i 2016.

Helsedirektoratet har et faglig og praktisk oppfølgingsansvar overfor kommisjonene. Den økonomiske forvaltningen er delegert til fylkesmennene gjennom embetsoppdrag og fullmaktsbrev. Helsedirektoratet etablerte i 2014 krav om bedre rapporteringsrutiner med månedlig økonomirapportering for forbedre den økonomiske oppfølgingen av kontrollkommisjonene.

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 14,4 mill. kroner i 2017.

Nasjonal strategi for økt frivillighet og bedre kvalitet i psykiske helsetjenester 2012–2015

Arbeidet med å redusere og kvalitetssikre tvang i psykisk helsevern har vært forankret i Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester. Helsedirektoratet har forankret alle tiltak på nasjonalt plan. Alle tiltak, med unntak av felles veileder til kommuner og spesialisthelsetjeneste (tiltak 1), er gjennomført innen utløpet av 2016. Det tas fortsatt sikte på å utarbeide veiledning eller faglige anbefalinger, men Helsedirektoratet foretar en ny vurdering av hvilken form som vil være mest hensiktsmessig. En nettside med tips om frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder medikamentfrie alternativer, er etablert i stedet for det planlagte tipsheftet på området (tiltak 2). Arbeidet med nettsiden samt arbeidet med å bedre datakvalitet vil bli videreført i 2017.

På bakgrunn av bl.a. dialog med fag-, bruker- og pårørendemiljøene vurderer departementet at det fortsatt er mangler på kompetanse og systemstøtte for å øke bruken av frivillige løsninger i psykisk helsevern. I dialogen ble det vist til holdninger og kulturer som generelt gir lavere terskel for tvangsbruk enn nødvendig – og tilsvarende motstand mot i større grad å prøve ut frivillige alternativer i situasjoner der dette er mulig. Det ble framholdt at en stor andel av tilfellene hvor tvang benyttes kunne vært løst med frivillighet, men at tjenestene ikke er godt nok innrettet for å tilby de sykeste pasientene annen type oppfølging. Som et ledd i arbeidet med å utvikle alternative tilnærminger er de regionale helseforetakene bedt om å etablere medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern, i samarbeid med brukerrådene/brukerorganisasjonene.

Departementet vil legge til rette for en tettere oppfølging av de regionale helseforetakene på tvangsområdet, bl.a. gjennom Helsedirektoratets videre arbeid med utvikling av kvalitetsindikatorer. Arbeidet med å styrke datakvaliteten på tvangsområdet har hatt høy prioritet i 2016 og vil fortsette helt fram til rapporteringen er komplett og korrekt.

Det vises til nærmere omtale under kap. 734, post 72, og del III, kap. 6 Spesialisthelsetjenesten.

Særskilte oppfølgingstiltak av utilregnelige lovbruyere

For å forebygge vedvarende og samfunnsskadelige kriminelle handlinger begått av utilregnelige personer ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å etablere et pilotprosjekt Mellom alle stoler (Masprosjektet), i samarbeid med politiet i Oslo, Bergen og Trondheim. Prosjektet ble avsluttet i 2015 og viste at individuelt tilpassede behandlings- og oppfølgingstiltak, tettere samarbeid mellom politi og helsetjeneste, økt bruk av judisielle/prejudisielle observasjoner, økt bruk av ACT/Fact-team og begjæring om tvungent psykisk helsevern er viktige virkemidler. Gjennom prosjektet erfarte man videre at i størrelsesorden opp mot hver tredje person i målgruppen ble vurdert til å være tilregnelig. Det betyr at disse kan dømmes og straffes på vanlig måte for sine handlinger. Om lag en sjettedel ble vurdert til å kunne være aktuelle for ny særreaksjon iht. Stortingets behandling av forslag i Prop. 122 L (2014–2015).

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Den første tverrsnittundersøkelsen for pasienter ved døgninstitusjoner innen TSB ble gjennomført høsten 2013 og gjentatt både høsten 2014 og høsten 2015. Undersøkelsene er gjennomført over den samme malen alle tre årene. Det var store variasjoner på pasientenes opplevelser fra institusjon til institusjon. På nasjonalt nivå viste resultatene at om lag 2/3 av pasientene hadde hatt godt eller svært godt utbytte av behandlingen. De nasjonale resultatene for 2015-undersøkelsen viser at det er en positiv utvikling på flere områder. Samtidig er det, som tidligere år, fortsatt en stor andel pasienter som rapporterer dårlige erfaringer på flere områder. Mangelfull oppfølging fra kommunene under og etter oppholdet trekkes fram av mange.

Det rapporteres også på tre pasienterfaringsindikatorer. Der viser resultatene at de som har svart på undersøkelsen vurderer miljøet mest positivt. Resultatene viser også positiv utvikling over tid på indikatoren behandlingen og behandlerne, noe som tilsier bedre pasienterfaringer i 2015 enn i foregående år.

Disse funnene viser at mange rusavhengige i døgninstitusjoner ikke får den hjelpen de selv opplever å ha behov for. Resultatene fra undersøkelsen gir samtidig et godt grunnlag for institusjonene til å kunne forbedre kvaliteten på sitt arbeid.

Helsedirektoratet slutførte i 2016 arbeidet med utgivelsen av de to siste nasjonale retningslinjene for TSB (behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet og retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler). Med dette er nå alle deler av TSB underlagt nasjonale retningslinjer.

En overordnet implementeringsplan for retningslinjene på området psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble ferdigstilt i 2016 og Nasjonal kompetansetjeneste for TSB vil ha en viktig rolle i implementeringen av disse retningslinjene.

Videre har Helsedirektoratet startet arbeidet med å revidere gjeldende retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) som vil være ferdig i løpet av 2017. I forbindelse med revisjon av LAR-retningslinjen skal Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet utarbeide to kunnskapsoppsummeringer.

Ny handlingsplan mot spilleproblemer (2016–2018) ble lansert høsten 2015. Handlingsplanen skal bidra til at tilbud og kompetanse om forebygging, hjelp og behandling videreutvikles. Planen skal også bidra til økt kunnskap om helsemessige utfordringer for personer med spilleproblemer, samt økt kunnskap om pårørendes levekår, erfaringer og opplevelser.

Veileder for tvang overfor personer med rusmiddelproblemer iht. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4 ses i sammenheng med oppdatert forskrift om rettigheter og bruk av tvang innenfor rusbehandling og ferdigstilles i 2016.

Kriminalomsorgsdirektoratet har i samarbeid med Helsedirektoratet utarbeidet en egen veileder for rusmestringsenhetene. Veilederen ble ferdigstilt i 2016, og har som målsetting å tydeliggjøre ansvar, oppgaver og samarbeid mellom de ulike tjenestene.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 520 (2015–2016), 1. mars 2016:

«Stortinget ber regjeringen sikre en god oppfølging for dem som er dømt til særreaksjon på grunnlag av gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, for å sikre god tilbakeføring til samfunnet og forhindre at den kriminelle aktiviteten vedvarer etter at særreaksjonen er opphørt.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv.

(strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016).

Erfaringer, bl.a. fra Mas-prosjektet (Mellom Alle Stoler), viser at stabil bosituasjon i egnede boliger og tett individuell oppfølging fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten bør vektlegges. Betydningen av tverretattlig samarbeid, bl.a. mellom politi og helsetjeneste, er påpekt. Tverrfaglige team som ACT/Fact-team (Flexible assertive community treatment) har vist seg å være nyttig for mange innen målgruppen. Vedtaket følges opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet vil ta disse erfaringene med i arbeidet med oppfølgingen av den aktuelle gruppen med dom til særreaksjon.

Vedtaket nr. 521 (2015–2016), 1. mars 2016:

«Stortinget ber regjeringen starte en evaluering senest tre år etter at lovendringen er trådt i kraft.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016).

Evalueringsprosjekt vil foretas ved samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. En ny lov om strafferettslige særreaksjoner vil etter planen tre i kraft oktober 2016.

Vedtaket nr. 522 (2015–2016), 1. mars 2016:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det føres årlig statistikk over hvor mange som dømmes til særreaksjon på grunnlag av gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig/særlig plagsom art, hvilke tiltak som har vært prøvd før domfellelse, og over hvilken behandling og oppfølging disse får.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016).

Informasjonen som registreres for å ivareta disse formålene er bl.a. ansvarlig regionalt helseforetak og lokalt helseforetak/sykehus, behandlingsnivå, om pasienten behandles med eller uten døgnopphold, hoveddiagnose, rusavhengighet og mottatte opplysninger om rømminger. Enheten fører imidlertid ikke generell statistikk og innhenter derfor ikke informasjon om hvilke tiltak som er prøvd før domfellelse eller behandlingstiltak. Informasjon om behandlingstiltak vil ligge i pasi-

entjournalene. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at evaluering og ev. forskningsprosjekter må belyse forhold man ønsker kunnskap om, utover det som går fram av koordineringsenhetens database.

Vedtaket nr. 628 (2015–2016), 28. april 2016:

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

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

I gjeldende nasjonale retningslinje for gravide i LAR er det anbefalt at alle kvinner som starter i LAR bør tilbys gratis prevensjon og informasjon om graviditet og LAR. Når det gjelder kvinner i LAR som ønsker nedtrapping under svangerskapet, er Helsedirektoratet hovedanbefaling at kvinnen bør fortsette i LAR. Dersom kvinnen likevel skulle ønske nedtrapping, går det fram av retningslinjen – som en sekundæranbefaling – at kvinnen kan trappes ned på metadon/buprenorfin, forutsatt at nedtrappingen skjer under betryggende forhold. Det er flere fagmiljøer som har vært kritisk til Helsedirektoratets anbefaling om at kvinner som er i LAR fortsetter i LAR ved graviditet. Bl.a. har Barneombudet tatt dette opp med Helsedirektoratet direkte. Barneombudet hevder at Helsedirektoratets ikke tar Barneombudets bekymring på alvor og viser til at flere faggrupper mener at retningslinjen bør endres. Det er kjent at det er faglige uenigheter om dette spørsmålet. Ved slike faglige uenigheter er det Helsedirektoratets oppgave gjennom en åpen og systematisk prosess, sikre at alle sider av en slik kompleks sak blir belyst. Helsedirektoratet har derfor bestemt at det skal arrangeres en konsensuskonferanse. Formålet med en konsensuskonferanse er å samle all tilgjengelig kunnskap og kompetanse på et område, for på den måten å tilstrebe enighet om et tema det er faglig uenighet om, gjennom en systematisk og kunnskapsbasert prosess. Det en slik konsensuskonferanse kommer fram til på det aktuelle området vil følgelig medføre ev. grunnlag for endring av gjeldende retningslinje for gravide i LAR.

Post 70 Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.

Bevilgningen har tidligere også 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 dekkes utgiftene til dette formålet av de regionale helseforetakene, jf. Stortingets behandling av og nærmere omtale i Prop. 1 S (2015–2016).

Bevilgningen på posten dekker utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere ved alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet. 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. Det foreslås bevilget 2,6 mill. kroner på posten i 2017.

Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffelovens § 39a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrøtere. Ansvar 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. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016) ble bevilgningen på posten redusert med 10 mill. kroner. Det anslås at utgiftene i 2017 vil bli høyere enn det som ligger til grunn for saldert budsjett 2016. Det foreslås å øke bevilgningen med 10 mill. kroner i 2017. Samlet foreslås det bevilget 81 mill. kroner i 2017.

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. Fagen-

heten inngår avtaler med berørte bostedskommuner om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der, når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhetshensyn ikke taler mot. Fagenheten driver omfattende opplæring og oppfølging overfor kommunene.

Fra januar 2002 til mai 2016 er til sammen 21 personer dømt til tvungen omsorg. Per mai 2016 er ingen person innlagt i fagenhetens sengepost med gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg etter straffelovens § 63 (tidligere 39 a).

Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært om lag tre personer (2015 og 2016). 9 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar (for gjennomføring av dom til tvungen omsorg) per juni 2016.

Dom til tvungen omsorg er opphørt for 13 personer i perioden 2002–2016 (til sammen 21 domfelte fratrukket gjeldende dommer for 9 personer).

Fra januar 2002 til mai 2016 har det til sammen vært 28 kjennelser fra retten om innleggelse ved fagenheten for gjennomføring av varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 og/eller rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167 (nitten kjennelser for § 188, ni for § 167).

I perioden fra mai 2015 til mai 2016 ble tre personer med dom til fengselsstraff og/eller forvaring, innlagt etter straffegjennomføringsloven § 12 etter avtale med Kriminalomsorgen. For hele 2015 fram til juni 2016 er tallet åtte. Per mai 2016 var tre personer med dom til fengselsstraff innlagt i fagenhetens sengepost etter straffegjennomføringsloven § 12 etter avtale med Kriminalomsorgen. Per juni 2016 er det fire personer innlagt i fagenhetens sengepost, tre etter straffegjennomføringsloven § 12 og en etter straffeprosessloven § 167.

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 for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, ved Brøset i Trondheim. Pilotprosjektet skulle i utgangspunktet vare til utgangen av 2015, men ble forlenget ut 2016. Pilotprosjektet opprettholdes i 2017 i sin nåværende form. Det er foretatt en midtveisevaluering som viser at pro-

sjektet har gode resultater og som anbefaler en Nasjonal rettspsykiatrisk enhet etter modell av pilotprosjektet på Brøset. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet er i dialog om nasjonal implementering av modellen. Prosjektet foreslås videreført med totalt 3 mill. kroner i 2017. Det vises til omtale i Prop. 1 S (2016–2017) for Justis- og beredskapsdepartementet.

Tvang i psykisk helsevern

Ifølge Norsk pasientregister ble om lag 5 600 pasienter tvangsinnlagt til sammen 8 000 ganger i 2014. Antall tvangsinnleggelse var med dette på samme nivå som i 2010, og hadde økt med nærmere 4 pst. sammenliknet med 2013. Det totale antallet døgn under tvang økte i om lag samme takt. 17 pst. av alle nye innleggelse og 32 pst. av oppholdsdøgnene i det psykiske helsevernet for voksne var i 2014 basert på et vedtak om tilbakeholdelse for tvungen observasjon og/eller tvungent psykisk helsevern. Økningen i døgn under tvang og tvangsinnleggelse var større enn befolkningsveksten fra 2013 til 2014, men for perioden 2010 til 2014 samlet er den befolkningskorrigerede raten for tvangsinnleggelse redusert fra 209 til 198 tvangsinnleggelse per 100 000 voksne innbyggere. Tall for 2015 kommer i løpet av høsten 2016. Det arbeides med å få raskere oppdatering av data på tvangsområdet.

Frivillighet er hovedprinsippet i all pasientbehandling, også ved behandling av alvorlige psykiske lidelser. Tvang skal kun brukes unntaksvis, som siste utvei etter at frivillighet har vært forsøkt og forutsatt at pasienten er underlagt rettssikkerhetsgarantier. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) har fram til nå vært hovedsatsningen for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern, jf. omtale under kap. 734, post 21. For øvrig vises det til at departementet følger opp de regionale helseforetakene når det gjelder gjennomføring av styringskravet om å etablere medisinfrie behandlingstilbud samt vedrørende registrering og innrapportering av korrekte data om bruk av tvangsmidler til Norsk pasientregister.

Kvaliteten på data om bruk av tvangsmidler er ikke tilfredsstillende. Stikkprøver har vist at det er stor underrapportering av tvang både på voksenområdet og i psykisk helsevern for barn og unge. Som ledd i departementets oppfølging er det i det reviderte oppdragsdokumentet til de regionale

helseforetakene for 2016 stilt krav om korrekt rapportering av data om tvangsmidler for 2014 og 2015 i løpet av høsten 2016. Det planlegges ny versjon av det digitale rapporteringsformatet som brukes i helseforetakene. Dette innebærer at alle tvangsvedtak registreres i én felles tvangsmodul. En pilot skal utprøves i 2016 og full implementering er planlagt i 2017. Den nye løsningen ventes å gi forenkling og forbedring av registreringsarbeidet. Departementet vil i 2017 følge opp implementeringen av dette. Videre vises det til oppdraget gitt til Helsedirektoratet i 2016 om å utvikle nye kvalitetsindikatorer for måling av tvangsbruk i helseforetakene.

Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang. Det vil i mange år framover være behov for en videre oppfølging på feltet for å sikre et likeverdig tjenestetilbud og en enhetlig praksis over hele landet.

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 2017.

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 ble videreført i 2016, og foreslås videreført i 2017.

Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
750	Statens legemiddelverk	245 209	273 646	288 375	5,4
751	Legemiddeltiltak	74 364	80 440	65 085	-19,1
	Sum kategori 10.50	319 573	354 086	353 460	-0,2

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
01–23	Statens egne driftsutgifter	256 246	284 317	299 157	5,2
70–89	Andre overføringer	63 327	69 769	54 303	-22,2
	Sum kategori 10.50	319 573	354 086	353 460	-0,2

Programkategorien omfatter bevilgning til Statens legemiddelverk samt spesielle driftsutgifter og tilskudd til bl.a. Norsk legemiddelhåndbok, 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 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	
01	Driftsutgifter	245 209	273 646	288 375	
	Sum kap. 0750	245 209	273 646	288 375	

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

- 13,29 mill. kroner til gjennomføring av EUs nye tobakksdirektiv

- 2 mill. kroner til metodevurdering av nye legemidler
- 2 mill. kroner til Legemiddelverkets arbeid med innovasjonsstøtte til bedrifter og akademia

- reduksjon på 6 mill. kroner, engangskostnader i 2016 til nytt system for bivirkningsovervåking
- reduksjon på 2 mill. kroner, redusert aktivitet på registrering av homøopatiske legemidler.

Samfunnsoppdrag

Legemiddelverkets samfunnsoppdrag er å være nasjonalt forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og bidra til at målene for legemiddelpolitikken blir oppfylt. De overordnede målene for legemiddelpolitikken er å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, at legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og legge til rette for forskning og innovasjon.

Roller

Legemiddelverket er gjennom forskrifter tillagt spesiell myndighet for regulering av legemiddelmarkedet på produsent-, grossist- og detaljistnivå samt forvaltning av forhåndsgodkjent refusjon i blåreseptordningen.

Myndighetsfunksjoner

Legemiddelverket godkjenner hvilke legemidler som kan markedsføres i Norge og fastsetter prisen på legemidler som er reseptpliktige. Legemiddelverket fatter videre vedtak om hvilke legemidler som skal gis forhåndsgodkjent refusjon innenfor blåreseptordningen (hvis kostnadene ikke overstiger bagatellgrensen). Legemiddelverket fatter vedtak om apotekkonsesjon og om tillatelse til grossistvirksomhet med legemidler, og de er tilsynsmyndighet overfor legemiddelprodusenter, grossister og apotek.

Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA), Heads of Medicines Agencies (HMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Forvaltningsoppgaver

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt og vurdere nytte/risikoforholdet 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, vurdering av om sykehuslegemidler er kostnadseffek-

tive, endringer og vedlikehold av markedsførings-tillatelser 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 godkjenning av avansert terapi. Legemiddelverkets oppgaver omfatter også utredning av dokumentasjon for miljøkonsekvenser av legemiddelbruk. Legemiddelverket arbeider med å tilrettelegge for systematisk veiledning av norske aktører innen legemiddelforskning og legemiddelutvikling. Legemiddelverket har også ansvar for regelverket som fastslår hva som er narkotiske stoffer (narkotikalistene) og forvalter ordningen med salg av legemidler utenom apotek. Videre er Legemiddelverket tilskuddsforvalter for Relis (regionale legemiddelinformasjonsentre) og Vetlis (Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsenter). Fra 2016 forvalter Legemiddelverket ny ordning med registrering av homøopatiske legemidler, og fra 2017 ny registreringsordning etter tobakksdirektivet.

Fagutvikling

Legemiddelverket skal følge med på forhold som påvirker målene for legemiddelpolitikken og gi råd og veiledning på legemiddelområdet. Legemiddelverket skal sammenstille kunnskap og erfaringer på legemiddelområdet og gjennomføre utredninger og situasjonsanalyser innenfor etatens fagområder.

Kommunikasjon

Statens legemiddelverk skal, i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken, ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Legemiddelverket skal formidle kunnskap og innsikt i legemiddelrelaterte tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Etaten skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode helse- og omsorgstjenester.

Post 01 Driftsutgifter

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

Bevilgningen foreslås økt med 13,29 mill. kroner til ny registrerings- og tilsynsordning etter tobakksdirektivet, jf inntektsøkning over kap 3750 post 04 og kap 5572 post 74. Bevilgningen foreslås videre økt med 2 mill. kroner til metodevurdering av nye legemidler som finansieres av folketryg-

den, og 2 mill. kroner for å styrke Legemiddelverkets arbeid med innovasjonsstøtte til bedrifter og akademia.

God kvalitet ved behandling med legemidler

Søknader om markedsføringstillatelser for viktige/nye innovative legemidler behandles innenfor et europeisk samarbeid hvor Norge har de samme plikter og rettigheter som andre europeiske land. Aktiv og målrettet deltagelse i det europeiske samarbeidet gir arbeidsdeling, styrker kvaliteten på vedtakene som fattes og bidrar til å sikre god nasjonal forvaltning. Legemiddelverket yter særlig innsats på områdene kreftlegemidler, vaksiner, diabeteslegemidler og antibiotika. Det europeiske samarbeidet gir Norge muligheter til å effektivisere gjennom arbeidsdeling, påvirke godkjenning og bruk av legemidler og utforming av det europeiske regelverket.

Innen veterinærmedisin er legemidler til fisk et spesielt viktig område siden tilgangen på effektive vaksiner og andre legemidler har stor betydning for oppdrettsnæringen.

Antall legemidler med markedsføringstillatelse på det norske markedet er i løpet av de siste 10 årene mer enn firedoblet. Likevel er legemiddelmangel en økende nasjonal og internasjonal utfordring. I Norge skyldes dette i stor grad forhold utenfor våre grenser og utenfor vår kontroll. Det kan dreie seg om stans i markedsføring eller redusert produksjon av et legemiddel pga. endringer i produksjonslinjen, redusert tilgang på råvarer, kvalitetssvikt i ferdigprodusert legemiddel, eller naturkatastrofer som kan resultere i plutselig skade på produksjonsanlegg. Det er derfor viktig å ha en effektiv organisering av legemiddelberedskapen. Legemiddelverket har opprettet samarbeid med Legemiddelindustriforeningen, Apotekforeningen, Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst (OUS) og legemiddelgrossister for å håndtere utfordringen best mulig.

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 legemidelforsyningskjeden. I tillegg føres det tilsyn med kliniske legemiddelutprøvinger, systemer for bivirk-

ningsrapportering, blodbanker og virksomheter som håndterer celler og vev. Som følge av Norges internasjonale forpliktelser på legemiddelområdet gjennomføres også inspeksjoner av legemiddelprodusenter og kliniske utprøvinger i land utenfor EØS.

Nytt internasjonalt regelverk skal gjøre det vanskeligere å forfalske legemidler, og dette gjelder nå også i Norge. Dette omfatter skjerpede krav til aktørene i distribusjonskjeden og til netthandel med legemidler. I 2019 innføres det krav til unik identifisering av hver enkelt legemiddelpakning i EU/EØS-området, og Legemiddelverket følger opp at aktørene i Norge vil kunne ivareta dette.

For å avdekke nye stoffer og stoffgrupper som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripos, Toll- og avgiftsdirektoratet og Folkehelseinstituttet. Før oppføring på listen vurderer Legemiddelverket hvor farlig og hvor vanedannende et stoff er.

Legemiddelverket informerer om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler. Informasjonsarbeidet er rettet mot både helsepersonell og publikum. For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet tjenesten Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte, Fest, som en del av e-reseptløsningen. Fest muliggjør oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journal-systemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Dataene i Fest inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder også informasjon som gjør at legene i forskrivningsprosessen kan få informasjonsvarsler for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Varsler fra Legemiddelverket er også tatt i bruk av Felleskatalogen. Legemiddelverket jobber for bruk av varselfunksjonen også i andre informasjonskanaler.

Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler

Statens legemiddelverk har ansvar for å utføre hurtig metodevurderinger på legemidler etter bestilling fra Bestillerforum RHF i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Det har kommet om lag 100 oppdrag på slike metodevurderinger siden etablering av systemet for Nye metoder høsten 2013. Statens legemiddelverk har også ansvar for tidlig metodevarsling om nye legemidler i systemet.

Det planlegges for at alle nye legemidler, som skal finansieres av det offentlige, skal metodevurderes, jf. forslag i prioriteringsmeldingen lagt fram for Stortinget 3. juni 2016. For å starte dette arbeidet foreslås en tilleggsbevilgning på 2 mill. kroner til Legemiddelverket i 2017. Det vises i denne sammenheng også til Stortingets vedtak om endringer i legemiddeloven for å legge til rette for rabattavtaler mellom legemiddelindustrien og staten for legemidler som finansieres over blåreseptordningen, jf. Prop. 83 L (2015–2016) og Innst. 311 L (2015–2016).

I 2015 behandlet Legemiddelverket 107 refusjonssaker, jf. omtale av nye legemidler i blåreseptordningen under kap 2751 post 70.

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. Trinnprissystemet omfatter mer enn 112 virkestoff (per april 2016). Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen.

Legge til rette for forskning og innovasjon

I 2018 skal det implementeres ny lovgiving for klinisk legemiddelutprøving i Europa. Vesentlige endringer er at søknader om studier som involverer flere land skal sendes inn i en felles europeisk portal, og det skal gis ett svar tilbake fra myndighetene. Pasientene vil få mulighet til innsyn i hvilke studier som er planlagt eller pågår og resultater av avsluttede studier gjennom denne portalen.

Legemiddelverket har fått ekstra oppgaver mht. å koordinere den nasjonale delen av prosessen mellom Legemiddelverket, etiske komitéer og andre involverte myndigheter.

Legemiddelverket bistår og gir innovasjonsstøtte til bedrifter og academia med veiledning og råd innen legemiddelutvikling, klinisk forskning og helseøkonomi. Legemiddelverket veileder også apotek, grossister og tilvirkere på legemiddelområdet. I 2015 ble det gjennomført 32 slike veiledningsmøter, og aktiviteten er økende. Det forventes større satsning på innovasjon og bedriftsetablering innen helseområdet i årene som kommer. For å øke sannsynligheten til å lykkes med å ta fram et produkt som kan få markedsføringstillatelse, er det viktig med en god regulatorisk strategi. Veiledning i regi av legemiddelmyndigheter er et vesentlig bidrag til dette. Beslutningen om offentlig finansiering er i mange tilfelle avgjørende for når pasientene får reell tilgang til et legemiddel. God og relevant dokumentasjon om kostnadseffektivitet er sentral for denne beslutningen, og det er derfor viktig med nasjonal rådgivning også på helseøkonomiområdet før kliniske studier startes opp. Det foreslås en tilleggsbevilgning på 2 mill. kroner i 2017 for å styrke dette veiledningsarbeidet.

Tobakksdirektivet

Nytt EU-direktiv om tobakksvarer oppstiller en rekke registrerings- og produktkrav, jf. Prop. 142 L (2015–2016) Endringer i tobakksskadeloven (gjennomføring av direktiv 2014/40/EU og standardiserte tobakkspakninger). Legemiddelverket vil som følge av dette få nye registrerings- og tilsynsoppgaver i 2017. Det foreslås en bevilgning på 13,29 mill. kroner til dette arbeidet i 2017. Kostnadene antas på sikt å kunne reduseres noe.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
02	Diverse inntekter	22 229	14 956	15 298
04	Registreringsgebyr	97 691	111 900	121 978
06	Refusjonsgebyr	3 195	2 968	3 036
	Sum kap. 3750	123 115	129 824	140 312

Bevilgningen dekker ulike gebyrer industrien må betale for Legemiddelverkets arbeid med godkjenning av produkter og virksomhet.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner, godtgjørelse og refusjoner fra EMA samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

Post 04 Registreringsgebyr

Bevilgningen dekker gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstil-

latelser eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel. Bevilgningen foreslås økt med 9,52 mill. kroner grunnet krav om registreringsordning etter tobakksdirektivet, jf. omtale under kap. 750, post 01. Bevilgningen foreslås videre redusert med 2 mill. kroner da søknader om registrering av homeopatiske legemidler er færre enn forventet. Bevilgningen over kap 750, post 01, foreslås redusert tilsvarende.

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	Saldert	Forslag
		2015	budsjett 2016	2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 037	10 671	10 782
70	Tilskudd	63 327	69 769	54 303
	Sum kap. 0751	74 364	80 440	65 085

Bevilgningen dekker spesielle driftsutgifter og tilskudd på legemiddelområdet.

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

- reduksjon på 16 mill. kroner til fraktrefusjonsordningen i forbindelse med at det er åpnet for nettapotek

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. I 2017 foreslås det videre å bruke om lag 1,8 mill. kroner av bevilgningen til å gjennomføre kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp), med bruk av antibiotika som tema, i større deler av landet, jf. omtale av Relis under post 70. Som oppfølging av tiltak fra Legemiddelmeldingen, ble det i 2015/2016 bl.a. gjennomført en informasjonskampanje om retur av

ubrukte legemidler til apotek. Målet med kampanjen var å få folk til å rydde i medisinene sine, oppbevare dem riktig og returnere gamle medisiner til apotek. Kampanjen var et samarbeid mellom Legemiddelverket, Apotekforeningen, Legemiddelindustriforeningen og Norsk vann. Det planlegges for en ny kampanje i 2017.

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. Legemiddelutvalgene 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 2017.

Apotek

Ved utgangen av 2015 var det 834 apotek i Norge, en økning på 34 apotek sammenliknet med året før. Per 15. juni 2016 var det 852 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. For driftsåret 2015 ble det gitt støtte til seks vaktapotek og fem distriktsapotek. For driftsåret 2014 fikk fem vaktapotek og elleve distriktsapotek støtte.

Fraktfusjon av legemidler

Fraktfusjonsordningen gjelder for pasienter som har lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å oppsøke apotek. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder. I forbindelse med at det åpnes for nettapotek, legges det til grunn at fraktfusjonsordningen fra og med 2017 begrenses til

visse legemidler/pasientgrupper. Dette innebærer at kostnadene til fraktfusjon reduseres og inntektene som kan kreves inn må reduseres tilsvarende ved at satsen for legemiddelomsetningsavgift reduseres fra 0,55 pst. til 0,45 pst., jf. omtale under kap 5572 post 70. Det foreslås å redusere bevilgningen med 16 mill. kroner i 2017.

Regionale legemiddelsentra

Det er fire regionale legemiddelinformasjonsentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehusene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis 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.

Relis har gjennomført kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp) som piloter i Helse-Midt og Helse-Nord i 2015/2016 og Helse-Vest i 2016. Tema i disse pilotene har vært riktig bruk av NSAIDs og av antibiotika. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere Kupp som undervisningsmetode basert på gjennomførte piloter.

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 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
70	Legemiddelomsetningsavgift	98 973	82 000	90 000
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 865	4 900	4 900
73	Legemiddelkontrollavgift	93 935	97 210	125 000
74	Tilsynsavgift			3 770
	Sum kap. 5572	198 773	184 110	223 670

Bevilgningen dekker sektoravgifter på legemiddelområdet.

Post 70 Legemiddelomsetningsavgift

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist, jf. legemiddeloven § 18. Avgiftssats foreslås redusert fra 0,55 pst. til 0,45 pst., jf. omtale under kap 751 post 70. Avgiften dekker bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, Relis og tilskudd til apotek mv. jf. omtale under kap. 751, post 70, samt delfinansiere driften ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001).

Post 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, bivirkningsovervåkning, informasjonsvirksomhet mv. Avgiften foreslås uendret fra 2016 på 0,7 pst.

Post 74 Tilsynsavgift

Det foreslås en bevilgning på 3,77 mill. kroner til innføring av en årsavgift som skal dekke Legemiddelverkets kostnader til tilsynsaktiviteter etter tobakksdirektivet.

Programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
761	Omsorgstjeneste	4 692 400	5 713 884	7 497 514	31,2
762	Primærhelsetjeneste	884 691	627 985	699 293	11,4
765	Psykisk helse og rusarbeid	1 901 998	1 959 359	2 023 358	3,3
769	Utredningsvirksomhet mv.	16 828	17 221	17 449	1,3
	Sum kategori 10.60	7 495 917	8 318 449	10 237 614	23,1

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
01–23	Statens egne driftsutgifter	315 555	334 823	333 162	-0,5
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	5 388	5 506	5 564	1,1
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	5 885 662	6 633 934	8 515 054	28,4
70–89	Andre overføringer	1 289 312	1 344 186	1 383 834	2,9
	Sum kategori 10.60	7 495 917	8 318 449	10 237 614	23,1

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

- 1 068,9 mill. kroner knyttet til forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenestene, hovedsakelig overført fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- 764,9 mill. kroner til investeringstilskuddet, hvorav 148,6 mill. kroner i 2017 til å dekke første års utbetaling av tilskudd til 1800 heldøgns omsorgsplasser. Resterende bevilgning går til å dekke tilsagn om tilskudd gitt tidligere år som kommer til utbetaling i 2017.
- 95 mill. kroner knyttet til opptrappingsplan habilitering og rehabilitering.

- 40 mill. kroner knyttet til styrking av grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene.
- 17 mill. kroner knyttet til opptrappingsplanen mot vold og overgrep.
- 13 mill. kroner knyttet til opptrappingsplanen på rusfeltet.
- 67,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjon for renter og avdrag, som følge av redusert rentesats.
- 34,6 mill. kroner i redusert tilskudd til vertskommuner, som følge av frafall av beboere.
- 25 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjon for bakvakt, jf. oppfølging av akuttmedisinforskriften, som følge av liten søkning til tilskuddsordningen.

- 15 mill. kroner i redusert bevilgning til lønnstilskudd til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie, som følge av liten søkning til tilskuddsordningen.

Budsjettforslaget legger til rette for 750 flere dagaktivitetsplasser i 2017, svarende til om lag 45 mill. kroner. Videre er 21-, 50-, 60- og 70-poster underregulert med om lag 1 pst. i forhold til forventet pris- og kostnadsvekst. Den reduserte pris-kompensasjonen utgjør om lag 28 mill. kroner under programkategori 10.60. Budsjettposter med tilskudd til private, ideelle organisasjoner er holdt utenfor, og prisomregnes på vanlig måte.

Programkategorien omfatter bevilgninger til utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester og bevilgninger til 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. Tiltakene under programkategorien bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 og 3.5 i FNs bærekraftsmål, jf. nærmere omtale under del III 13 Internasjonalt samarbeid.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises til omtalen i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettproposisjon. I tillegg finansieres disse tjenestene gjennom Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd, hovedsakelig under programkategori 10.60, samt gjennom brukerbetaling og egenandeler og ved statlige trygderefusjoner til bl.a. lege- og fysioterapi-tjenester, omtalt under programområde 30 og del III 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Videre skal alle ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Regjeringens mål er å skape pasientenes og brukernes helse- og omsorgstjeneste. Det er brukernes behov som skal være utgangspunktet for omfang av og innhold i tjenestene. Regjeringen legger til rette for at kommunene fornyer og forbedrer helse- og omsorgstjenestene. Dette vil bidra til nye løsninger for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag.

I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – helhet og nærhet (Primærhelse-

tjenestemeldingen), som ble behandlet i Stortinget i november 2015 har regjeringen beskrevet utfordringer og pekt ut retningen for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Regjeringen arbeider nå med oppfølgingen, i tråd med Stortingets innstilling, Innst. 40 S (2015–2016). Sentrale tiltak i meldingen er knyttet til kompetanse, ledelse og teamorganisering. Videre er det tiltak knyttet til utvalgte grupper og tjenester, som barn og unge og psykisk helsearbeid. Det er utarbeidet en ungdomshelsestrategi og en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Opptrappingsplanen presenteres i del III i budsjettproposisjonen. Regjeringen fremmer høsten 2016 også en opptrappingsplan mot vold og overgrep.

I Primærhelsetjenestemeldingen er det løftet fram nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020. Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 med tiltak for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i sykehjem og hjemme-tjenester. For 2017 foreslås Omsorg 2020 fulgt opp ved å legge til rette for tilsagn om tilskudd til renovering og bygging av 1800 heldøgns omsorgsplasser og 750 flere dagaktivitetsplasser til personer med demens i 2017. Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten gjennomføres i seks kommuner, og det foreslås bevilget 1 232,9 mill. kroner til forsøket i 2017, hvor av 1 185,7 mill. kroner overføres fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. For å styrke kvaliteten i tjenestene, skal det utvikles en trygghetsstandard for sykehjem. Standarden skal prøves ut i utvalgte sykehjem i 2016/2017.

Regjeringen vil styrke kompetansen og ledelsen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom Kompetanseløft 2020. For å heve det faglige nivået i bl.a. sykehjem og hjemmetjenester, foreslås det å øke bevilgningen til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene med 40 mill. kroner i 2017.

Det foreslås å styrke tjenestene til personer med rus- og/eller psykiske problemer med 345 mill. kroner til oppfølging av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet i 2017. I tillegg foreslås det 20 mill. kroner til økt rekruttering av psykologer i kommunene.

Regjeringen og KS har inngått en bilateral avtale om videre utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Utviklingsavtalen). Avtalen har en varighet fra 1. januar 2016 til 31. desember 2018. Avtalen gir et godt grunnlag for at regjeringen og KS i fellesskap skal bidra til å videreutvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom oppfølging av tiltak i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste –

nærhet og helhet og regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020; Omsorg 2020. Særskilte samarbeidsområder er kompetanse og ledelse, kvalitet og innovasjon, samt tverrfaglighet og samarbeid. Statens forpliktelser i avtalen tilpasses de til enhver tid gjeldende økonomiske rammer som vedtas av Stortinget.

Regjeringen varslet i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om

prioritering, at den vil sette ned et utvalg for å drøfte prioriteringsutfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Utvalget skal belyse ulike prioriteringssituasjoner, prioriteringsutfordringer og prioriteringsprosesser, og vurdere hvilke prinsipper for prioriteringer som kan være relevante for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	126 713	134 116	128 013
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	105 707	114 150	129 289
61	Vertskommuner	949 150	940 115	931 368
62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	166 027	296 333	277 652
63	Investeringsstilskudd, <i>kan overføres</i>	1 774 312	2 533 206	3 298 100
64	Kompensasjon for renter og avdrag	998 311	909 600	841 700
65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>		156 000	1 224 906
67	Utviklingstiltak	87 333	67 889	68 908
68	Kompetanse og innovasjon	261 186	336 948	365 874
71	Frivillig arbeid mv.	13 164	16 109	16 560
72	Landsbystiftelsen	72 465	74 566	76 654
73	Særlige omsorgsbehov	20 386	22 850	23 490
75	Andre kompetansetiltak	10 729	11 040	11 211
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	106 917	100 962	103 789
	Sum kap. 0761	4 692 400	5 713 884	7 497 514

Vesentlige endringsforslag, utover avbyråkratiserings- og effektivitetsreformen omtalt i del I, og generell pris- og lønnsvekst:

- 764,9 mill. kroner til investeringstilskuddet, hvorav 148,6 mill. kroner i 2017 til å dekke første års utbetaling av tilskudd til 1800 heldøgns omsorgsplasser. Resterende bevilgning går til å dekke tilsagn om tilskudd gitt tidligere år som kommer til utbetaling i 2017.
- 1 068,9 mill. kroner knyttet til forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenestene, hovedsakelig overført fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

- 40 mill. kroner knyttet til styrking av grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene.
- 1,8 mill. kroner i økt bevilgning til Noklus.
- 34,6 mill. kroner i redusert tilskudd til vertskommuner, som følge av frafall av beboere.
- 67,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjon for renter og avdrag, som følge av redusert rentesats.
- 20,3 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak, hvorav 7 mill. kroner i redusert priskompensasjon.

Budsjettforslaget legger til rette for 750 flere dagaktivitetsplasser for personer med demens i 2017, svarende til om lag 45 mill. kroner.

Omsorg 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter tiltak for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i omsorgstjenestene, samtidig som den skal legge til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i sektoren. Følgende hovedsatsingsområder løftes fram for 2017:

Forsøk med statlig finansiering

Den 1. mai 2016 startet forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene i seks kommuner. Forsøket varer i tre år.

I forsøket skal det prøves om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Forsøket vil gi nyttige erfaringer i utviklingen av tjenestene.

Helsedirektoratet har hatt ansvaret for utredningsprosjektet og er også ansvarlig for gjennomføringen av forsøket. Forsøket følgeevalueres. Det foreslås bevilget 1 232,9 mill. kroner til forsøket i 2017, hvor av 1 185,7 mill. kroner overføres fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Det vises til nærmere omtale på post 21 og post 65.

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å fornye og øke tilbudet av omsorgsplasser for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. I årene som kommer vil det være behov for å øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser i kommunene. Regjeringen foreslår derfor å endre investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, slik at det kun gis støtte til prosjekter som øker det totale antallet plasser i en kommune fra og med 2021. Det legges opp til en gradvis innføring av den nye ordningen i budsjettene for 2017, 2018, 2019 og 2020. I disse årene vil det fortsatt være mulig å benytte deler av tilskuddsordningen til utskiftning og renovering. Det foreslås bevilget 148,6 mill. kroner som første års utbetaling av innvilgede tilskudd i 2017. I budsjettet for 2017 leg-

ges det til rette for å gi tilsagn om tilskudd til 1800 plasser. Det vises til post 63 for nærmere omtale.

Løpende plansamarbeid med KS

Regjeringen og KS skal kartlegge og utrede framtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og heldøgns omsorgsboliger innenfor planperioden for Omsorg 2020. KS har gjennomført en undersøkelse av kommunenes utbyggingsplaner og behovsanslag fram mot 2030, og har med støtte fra departementet satt i verk en kartlegging av tilstanden ved eksisterende sykehjemsbygg og omsorgsboliger mht. bl.a. levetid og egnethet i møte med framtidens brukere. Statistisk Sentralbyrå har samtidig utarbeidet nye framskrivninger av behovet for arbeidskraft og heldøgns omsorgsplasser helt fram mot 2060.

Regjeringen og KS vil sammenholde dette materialet med sikte på nærmere analyser av behovet i årene framover og benytte materialet som en del av grunnlaget for fastsettelse av investeringsrammen i framtidige års budsjetter. Planarbeidet forankres i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS.

Dagaktivitetstilbud for personer med 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.

Som del av Demensplan 2020 videreføres tilskuddsordningen til dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det foreslås å bevilge midler til 750 flere dagaktivitetsplasser i 2017. Gitt at det gis tilskudd til totalt 1500 plasser i 2016 og 2017, er det ifølge tidligere anslag behov for i underkant av 5400 flere aktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens i perioden 2018–2020.

Det vises til postene 21, 62, 68 og 71, samt kap. 780, post 50, for nærmere omtale av tiltakene i Demensplan 2020. Planen ble lagt fram i 2015.

Kvalitetsutviklingsprosjekt sykehjem – trykghetsstandard

Som et ledd i satsingen på bedre kvalitet i tjenesten, ble det i 2014 satt i gang et prosjekt for å lage en trykghetsstandard for sykehjem. Sammen med en styringsgruppe bestående av representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, yrkes-

organisasjonene, KS og aktuelle fagmiljø, har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utvikle et kvalitetsutviklingssystem – en trykksstandard – for sykehjem som kan tas i bruk i hele landet. Prosjektet baserer seg på fem områder: ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater. Prosjektet avsluttes i 2018. Se omtale på kap. 769, post 70.

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) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, og Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

Det foreslås å øke bevilgningen til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene med 40 mill. kroner, fordelt på 16 mill. kroner til tilskudd til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag på post 60 og 24 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68. Samlet foreslås det bevilget om lag 1,2 mrd. kroner til Kompetanseløft 2020 i 2017.

Gjennom Kompetanseløft 2020 samles alle tiltak knyttet til kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene omfatter alle nivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og favner bredt. Tiltakene i Kompetanseløft 2020 er omtalt under kap. 761, 762, 765 og 769. Se også omtale av ledelse nedenfor.

Ledelse

Det er behov for å styrke lederkompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. God ledelse er en forutsetning for tjenester av god kvalitet, og er av stor betydning for hvordan tjenestene greier å håndtere utfordringene de står overfor. Store deler av tjenestene består av store og komplekse virksomheter som stiller store krav til ledelse, samtidig som høy deltidsbruk tilsier at hver leder har mange ansatte å følge opp. I tillegg har tjenestene et stort behov for faglig utvikling, nye samarbeidsformer og innovasjon.

Regjeringen vil øke lederkompetansen i tjenestene som del av Kompetanseløft 2020. Gjennom Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten tilbys ledere i den kommunale- og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten en utdanning skreddersydd behovet i sektoren. Erfar-

ingene fra første kull tyder på at utdanningen treffer godt og oppleves som nyttig. Se nærmere omtale under kap. 761, post 21, kap. 765, post 21, og kap. 770, post 70.

I 2015 ble Nasjonal ledelsesutvikling i helseforetakene (NLU) og KS tildelt midler for å samarbeide om å utvikle mulige tiltak for å styrke lederskap i helse- og omsorgstjenesten. Satsingen skal bl.a. bidra til å styrke ledelsen og samhandlingen på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Arbeidet pågår og omtales nærmere under kap. 762, post 21.

Andre saker

Fribeløp og egenandeler på sykehjem

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 37 250 kroner til 38 300 kroner med virkning fra 1. januar 2017.

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester ble i 2016 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 8 000 kroner med virkning fra 1. januar 2017. Samtidig foreslås det å justere maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G fra 190 kroner til 200 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, foreslås det å endre maksimal egenandel fra 150 kroner til 155 kroner per døgn. Satsen for dag/ nattopphold beholdes på 80 kroner.

Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for 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. Kommunene skal melde fra til fylkesmennene om antallet personer under 50 år som er innskrevet på langtidsopphold i sykehjem. Fylkesmennene skal på bakgrunn av innmelding fra kommunene veilede kommunene for å finne en tilfredsstillende løsning. Helsedirektoratet rapporterer at kommunene har meldt inn 122 unge personer innskrevet for langtidsopphold i sykehjem ved utgangen av

2015. Antallet varierer noe fra år til år, men har vist en svak nedadgående tendens de siste årene. Fylkesmennenes oversikt viser at det var 20 av de 122 som ønsket et annet botilbud. Av disse hadde syv personer en flytteplan. En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner fra post 60, knyttet til driftsutgifter til Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC.

Bevilgningen foreslås styrket med 1,8 mill. kroner til Noklus.

Videre foreslås bevilgningen redusert med 15 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak, hvor av 1,7 mill. kroner i redusert priskompensasjon.

Bevilgningen på posten kan nyttes under post 79. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 21.

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 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 investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser og Demensplan 2020, og Kompetanseløft 2020. Fylkesmennene har videre ansvaret for det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

Fylkesmennene skal ha oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser, samt 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

Bevilgningen dekker utrednings- og gjennomføringskostnader, samt følgeevaluering av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Forsøket startet 1. mai 2016 i seks forsøkskommuner. Forsøket varer i tre år. I forsøket skal det prøves om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktige behovsdekning.

Helsedirektoratet har hatt ansvaret for utredningsprosjektet og er også ansvarlig for gjennomføringen av forsøket. I 2016 ble det bevilget 15 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 8 mill. kroner til gjennomføring i 2017, grunnet færre deltakende kommuner enn forutsatt og at mesteparten av nødvendige gjennomføringskostnader påløper i 2016. Enkelte kommunale administrasjonskostnader vil også dekkes over post 65. Se for øvrig omtale under post 65.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Formålet med bevilgningen er å følgeevaluere endringene i pasient- og brukerrettighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2015, 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.

I 2015 ble det bevilget 300 mill. kroner til oppfølging av lovendringen over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. I 2016 ble det bevilget ytterligere om lag 205 mill. kroner til oppfølgingen av endringen.

Evalueringen av lovendringen ble satt i gang i mai 2015 og vil avsluttes i løpet av 2017. KS er involvert i arbeidet gjennom konsultasjonsordningen. Bevilgningen til evalueringen foreslås videreført i 2017.

Det vises til omtale om opplæring tilknyttet tiltaket under post 68.

Pårørendeprogrammet

Formålet med Program for en aktiv og framtidig rett pårørendepolitikk 2014–2020 (Pårørendeprogrammet) er å bedre vilkårene for den uforsøkte omsorgen, samt å bidra til å bedre samspillet mellom den offentlige og den uforsøkte omsorgen.

Det ble i 2016 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 framtidsrettet pårørendepolitikk. Helsedirektoratet utarbeider en felles pårørendeveileder for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Opplærings tiltak rettet mot spesielle målgrupper planlegges i oppfølgingen av veilederen.

I 2013 ble det etablert en tilskuddsordning som skal bidra til å utvikle kommunale modeller for 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. Prosjektene dreier seg bl.a. om utvikling av fleksibel avlastning, veiledning av pårørende/foreldre, familieråd, søskengrupper, pårørendekurs, nettverksbygging og møteplasser. I 2016 ble tilskuddet prioritert til prosjekter for å utvikle modeller for fleksible og tilrettelagte avlastningsordninger i 2016.

Regjeringen har hatt på høring et forslag om en ny pliktbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven om styrket pårørendestøtte. Et lovforslag planlegges lagt fram høsten 2016. Det vises for øvrig til omtale av endringer i pleiepengeordningen i Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon.

Det foreslås å omdisponere 950 000 kroner fra Fritidsaktivitet med assistanse til Pårørendeprogrammet. Samlet sett foreslås det bevilget 11 mill. kroner til Pårørendeprogrammet i 2017. Det foreslås at tilskuddet prioriteres til prosjekter for å utvikle modeller for fleksible og tilrettelagte avlastningsordninger.

Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen har som mål å forebygge ensomhet og tilbaketrekning blant eldre.

Det foreslås å bevilge midler til følgende tiltak:

Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy

Formålet med tilskuddsordningen er å legge til rette for møteplasser og samhandling mellom generasjoner gjennom utvikling og utprøving av teknologiske verktøy. I 2015 mottok fire landsdekken frivillige organisasjoner tilskudd. Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennomfører en følgeevaluering. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det ble for 2016 bevilget 3 mill. kroner til ut-

vikling og utprøving av teknologiske verktøy. Bevilgningen foreslås videreført i 2017.

Aktivitet for seniorer og eldre

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning og å skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Tiltaket bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 i FN's bærekraftsmål.

Det er god søkning til tilskuddet. I 2015 fikk 63 søkere innvilget tilskudd. 1. juni 2016 var det registrert 211 søknader til tilskuddet. Kommuner og ideelle/frivillige organisasjoner kan søke. Det åpnes for at Tjukkasgjengen kan søke på tilskuddet.

Det ble i 2016 bevilget 18,8 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås at midlene videreføres på samme nivå i 2017.

Anmodningsvedtak

Vedtaket nr. 999 (2015–2016), 17. juni 2016:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at kriteriene for tilskuddsordningen Aktivitet for seniorer og eldre under kap. 761, post 21, endres slik at Tjukkasgjengen kan omfattes av ordningen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 2 (2015–2016), Prop. 121 LS (2015–2016) og Prop. 122 S (2015–2016), jf. Innst. 400 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp gjennom at tilskuddsordningen Aktivitet for seniorer og eldre endres slik at det også åpnes for at Tjukkasgjengen omfattes av ordningen, jf. omtale over.

Flere år – flere muligheter, Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn

Med en økende andel eldre i befolkningen og flere som lever lenger, vil regjeringen satse på aktive eldre. I de nærmeste ti årene vil over en tredjedel av dagens kommuner få over 25 pst. av sine innbyggere over 67 år. Regjeringen vil derfor bidra til aldersvennlige lokalsamfunn gjennom utviklingsarbeid. Et prosjekt skal styrke medvirkning av eldre innbyggere slik at deres behov og ønsker fanges opp bedre. Et annet prosjekt skal bidra til samarbeid med treningsbransjen for å ta i bruk kunnskapsbaserte treningsmetoder for sunn aldring. Et utviklingsarbeid skal innhente erfaringer og prøve ut aktiviseringstiltak blant kommuner i dag som har høy andel eldre, som skal spres til andre kommuner.

Tiltaket bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 i FN's bærekraftsmål. 2 mill. kroner foreslås videreført til tiltaket i 2017.

Frivillighetsstrategien

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 2015. I 2015 har partene arbeidet for å spre informasjon om strategien, og oppfordret kommunale myndigheter og frivillige organisasjoner til å utvikle lokale strategier for frivillighet. 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 satt i gang en nasjonal sertifiseringsordning av livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre. Formålet med ordningen er å styrke den aktive omsorgen og sette brukernes sosiale og kulturelle behov i sentrum. Tiltaket skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det får opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer. Det er lagt opp til en gradvis spredning av tilbudet i perioden 2013–2020. Det forventes at 54 sykehjem er livsgledesertifisert innen utgangen av 2016.

Erfaringene fra livsgledesykehjemmene er at ordningen styrker relasjonene mellom sykehjemmene og lokale skoler, barnehager, organisasjoner og andre ressurser i omgivelsene.

Det ble i 2016 bevilget 5,5 mill. kroner til stiftelsen Livsglede for eldre og livsgledesertifisering av sykehjem. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til stiftelsen Livsglede for eldre til livsgledesertifisering av sykehjem og annet utviklingsarbeid i 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og i Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet.

Frivillighetskoordinatorer

Formålet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse i å koordinere og lede frivillige. Det gis støtte til opplæring av koordinatorer for frivillig arbeid og spredning av opplæringsprogrammet Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom gjennom Verdighetscenteret i Bergen. Koordinatorutdanningen skal bidra til økt kunnskap om å mobi-

lisere og lede frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Målgruppen er ledere og medarbeidere som samarbeider med frivillige i omsorgstjenestene.

I 2015 arbeidet senteret med kunnskapsspredning, utdanning og opplæring, forskning og fagutvikling, rådgivning og veiledning. I 2015 deltok 29 nye kommuner og tre nye fylker på videreutdanningene Frivillighetskoordinering – eldreomsorg og Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom.

I 2016 ble det bevilget 7 mill. kroner til Verdighetscenteret. Det foreslås å videreføre øremerket tilskuddet til Verdighetscenteret i Bergen til disse tiltakene i 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og i Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet.

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.

Første versjon av Velferdsteknologiens ABC ble ferdigstilt høsten 2015 og er en praktisk opplæringspakke til kommunene som skal gi ansatte grunnleggende kompetanse i bruk av velferdsteknologi. ABC-en er blitt prøvd ut i et utvalg kommuner. Landsomfattende spredning av opplæringen er planlagt høsten 2016.

Gjennom 2015 har det nasjonale programmet samarbeidet med Leverandørutviklingsprogrammet, kommuner og KS om innovative offentlige anskaffelser. I disse prosessene har det nasjonale programmet kartlagt behov og utviklet anbefalinger om krav og tekniske spesifikasjoner som kommunene kan benytte i sine anskaffelsesprosesser.

Programmet har i løpet av 2015 arbeidet med en helhetlig referansearkitektur for velferdsteknologi. Referansearkitekturen har tatt utgangspunkt i at velferdsteknologiske signaler, målinger og data fra annet utstyr i hjemmet skal kunne deles sikkert mellom forskjellige aktører i helse- og omsorgssektoren. Referansearkitekturen anbefaler tekniske standarder, begrepsbruk og spesifikasjoner, og skal prøves ut i et pilotprosjekt i 2016 i Trondheim kommune for å høste flere erfaringer.

Bevilgningen foreslås videreført i 2017. Se også omtale av bevilgning på kap. 769, post 70.

Det vises til post 68 for nærmere omtale av de kommunale utviklingsprosjektene. Se kap. 701, post 21, for en samlet omtale av velferdsteknologi.

Demensplan 2020

Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Brukerne har hatt en sentral rolle i utvikling av planen. Planen har nye tiltak knyttet til lovfesting av dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, opprettelse av brukerskoler for personer med demens, utvikle modeller for systematisk oppfølging etter diagnose, utvikle gode modeller for hjemmetjenester til personer med demens, utvikle opplæringspakke for demens for ulike samfunnssektorer og bedre kunnskapen om forekomsten av demens.

Planen viderefører også flere av tiltakene fra Demensplan 2015, som spredning av tilbudet pårørendeskoler og samtalegrupper, implementering av opplæringspakker til ansatte gjennom Demensomsorgens ABC og Miljøbehandlingens ABC, utvikle retningslinje og veileder på demensområdet og spre informasjons- og veiledningsmaterieell om yngre personer med demens og personer med innvandrerbakgrunn med demens. Videre foreslås å videreføre 1 mill. kroner i støtte til Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelse sitt lokale informasjons- og veiledningsarbeid.

Det foreslås å videreføre bevilgningen over post 21 til Demensplan 2020 i 2017. Det vises videre til tilskudd knyttet til Demensplan 2020 over postene 62, 68 og 71, samt kap. 780, post 50.

Anmodningsvedtak

Vedtaket nr. 494, 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 dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.

Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC

Gjennom ABC-modellene Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC tilbys gratis studie-materieell til kommunene beregnet på bedriftsinternt tverrfaglig opplæring i studiegrupper. Opp-læringsmaterieellet på Demensomsorgens ABC skal nå revideres og oppdateres til å omhandle lindrende behandling, tvungen helsehjelp og person-sentrert omsorg.

I 2015 har om lag 400 personer fullført Eldreomsorgens ABC og om lag 3800 personer fullført Demensomsorgens ABC ifølge Helse-direktoratets anslag. Per 2015 har 96 pst. av landets kommuner tatt i bruk opplæringsprogram-mene. Tiltaket foreslås videreført i 2017 som del av Kompetanseløft 2020 og Demensplan 2020.

Tilskudd til personer med nevrologiske skader og sykdommer

For å styrke organisasjoners arbeid med å formidle informasjon om nevrologiske skader og sykdommer er det etablert en tilskuddsordning til informasjon og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner. I 2015 mottok 10 brukerorganisasjoner tilskudd under denne ordningen. Senter for omsorgsforskning gjennomførte i 2015 en evaluering av tilskuddsordningen. Undersøkelsen viser at ordningen har bidratt til å styrke de aktuelle brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid og gjennom dette bidratt til å styrke brukermedvirkning i tråd med målene i ordningen. I 2016 ble det bevilget 3 mill. kroner til ordningen. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

På bakgrunn av erfaringer fra Nevroplan 2015 har Senter for omsorgsforskning og tjenestedesig-nere utarbeidet en generell modell for tilpasset treningstilbud og dag-/aktivitetstilbud. Dette tilbudet skal foreligge i elektronisk format i Om-sorgsbiblioteket høsten 2016. I 2016 ble det bevilget 1,8 mill. kroner til spredning og implementering av modellen.

Det ble i 2016 bevilget 1 mill. kroner i øremer-kede midler til Hjernerådet. Formålet er å styrke Hjernerådets arbeid for å samordne informasjons- og opplysningsarbeid på nevrologifeltet og videre-utvikle samarbeidet med brukerorganisasjoner, fagmiljøer og fagforeninger.

Det ble samlet bevilget 5,8 mill. kroner til tiltak på denne posten for å bedre tilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer i 2016. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Hjernerådet i 2017. Den øvrige bevilgningen fore-slås videreført i 2017.

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. I 2016 ble:

- 2 mill. kroner øremerket Verdighetscenteret. Midlene skal tilrettelegge for utvidet kursvirksomhet innen palliasjon og lindrende behandling.
- 1,5 mill. kroner øremerket til organisasjonen Foreningen for barnepalliasjon.
- 1,5 mill. kroner er øremerket til etablering av et videreutdanningstilbud innen barnepalliasjon for helsepersonell. Helsedirektoratet har inngått avtale med Høgskolen i Oslo og Akershus om etablering av denne videreutdanningen.
- 5 mill. kronene bevilget til oppfølging av Helsedirektoratets rapport Lindrende behandling og omsorg mot livets slutt, 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.

Arbeidet med veiledningsmaterieell for ivaretagelse av personer i livets slutfase ble satt i gang i 2015. Materiellet skal ferdigstilles sommeren 2018 og deretter implementeres. Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg ferdigstilles høsten 2016. Utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens ble satt i gang i 2015. Lindrende behandling til personer med demens inkluderes i Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC.

Arbeidet med planlegging og utførelse av implementering av den nasjonale faglige retningslinjen i barnepalliasjon startet i 2015 og videreføres i 2016.

Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2017, herunder øremerkede tilskudd til Verdighetscenteret og Foreningen for barnepalliasjon. Tilskuddet inngår i Kompetanseløft 2020.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 707 (2014–2015), 16. juni 2015:

«Stortinget ber regjeringen om å gjennomføre en offentlig utredning (NOU) av palliasjonsfeltet, med bredt sammensatt representasjon fra ulike fagmiljøer, og hvor barnepalliasjon er en del av arbeidet.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dok. 8:92 S (2014–2015), jf. Innst. 379 S (2014–2015).

Vedtaket er fulgt opp ved at det er nedsatt et offentlig utvalg som skal avgi sin innstilling i form av en NOU innen 31. desember 2017.

Regjeringen oppnevnte 11. mai 2016 et utvalg som skal gjennomgå og vurdere dagens palliative tilbud. Det skal vurdere innholdet i tjenestene, uavhengig av diagnose, alder eller andre forhold, gjennom hele sykdomsperioden og fram til livets avslutning. På denne bakgrunn skal utvalget foreslå tiltak som skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse, samhandling, faglig omstilling og nye arbeidsformer, samt tverrfaglig samarbeid. Pasientenes og de pårørendes behov skal stå i sentrum.

I 2016 ble det tildelt 3 mill. kroner til finansiering av utvalgets arbeid. Bevilgningen foreslås videreført i 2017.

Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge

Tilskuddsordningen har som formål å øke kunnskapen og gi informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom, gjennom å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet. I 2015 mottok en frivillig organisasjon tilskudd.

Det ble i 2016 bevilget 2 mill. kroner til ordningen. Det foreslås at midlene videreføres i 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Ledelse, rekruttering og fagutvikling

Styrking av ledelseskompetanse

Nasjonale lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015. Oppdraget er gitt til Handelshøgskolen BI. Målgruppen er ledere i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Det er god søknad til studiet. Utdanningen skal evalueres. Bevilgningsøkningen i 2016 ga rom for å utvide kapasiteten fra høsten 2016 til 160 studieplasser. Det ble i 2016 bevilget 10,2 mill. kroner til tiltaket over posten.

Bevilgningen foreslås videreført i 2017. Tiltaket finansieres i tillegg med 5 mill. kroner over kap. 765, post 21, og 1 mill. kroner over kap. 770, post 70. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Som del av Kompetanseløftet 2015 ble det i 2010 etablert en praktisk opplæringspakke for ledere i de kommunale omsorgstjenestene. Lederutdanningen ble tilbudt av Høgskolen i Hedmark i samarbeid med Ressurssenter for omstilling i kommunene og Fagakademiet. Over 1200 personer fra 140 ulike kommuner i 18 fylker har i perioden 2010–2015 gjennomført en eller flere ulike moduler av utdanningen. Over 3000 deleksamer er avlagt i perioden. Helsedirektoratet opplyser at utdanningstilbudet har vært godt tilrettelagt for kommunene og vurderes som vellykket. Den statlige avtalen med Høgskolen i Hedmark ble 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 42 kommuner fordelt på ni fylker. I 2015 har hittil 137 menn fått tilbud om stilling som helse-rekrutt. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det ble i 2016 bevilget 4 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til KS til prosjektet Menn i helse i 2017.

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.

Prosjekter i 47 kommuner har tatt del i en treårig følgeevaluering for å dokumentere effekter og gevinster for kommunene og brukerne. Evalueringen ble utført av Senter for omsorgsforskning i samarbeid med Forskningscenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester ved Universitetet i Oslo (Charm) og pågikk ut 2015.

Evalueringen av prosjektet viser at hverdagsrehabilitering har bedre effekt enn tradisjonelle

hjemmetjenester på flere områder. Brukerne som mottar hverdagsrehabilitering er mer tilfreds med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet enn brukere som har fått tradisjonelle hjemmetjenester. Prosjektet viser at tradisjonelle hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering koster om lag like mye i et seks måneders perspektiv, men at helseeffekten er større ved rehabilitering.

Helsedirektoratet har ledet det nasjonale prosjektet med følgeevaluering av prosjektene. Midlene til de kommunale prosjektene ble flyttet til post 68 i 2015.

Forebyggende hjemmebesøk

Formålet med satsingen er å sørge for at kommunene videreutvikler og øker den forebyggende og helsefremmende innsatsen overfor eldre.

I 2015 ble det gjort en sammenstilling av erfaringene fra det treårige utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk, og det er utarbeidet en generisk modell gjennom et samarbeid med tjenestedesignere, prosjektledere for utviklingsprogrammet og forskere ved sentrene for omsorgsforskning. Helsedirektoratet utarbeider en veileder for forebyggende hjemmebesøk i samarbeid med Senter for omsorgsforskning og tjenestedesignere. Veilederen skal etter planen ferdigstilles i løpet av 2016.

Helse- og omsorgsdepartementet har våren 2016 gitt ut Rundskriv I-2/2016 Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene, som beskriver hvordan kommunene kan bruke forebyggende hjemmebesøk som del av sitt tjenestetilbud til eldre. Tiltaket kan bidra til at flere eldre kan leve lenger i egen bolig.

Det ble i 2016 bevilget 2 mill. kroner til forebyggende hjemmebesøk. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2017 til implementering av veilederen.

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 samspelet mellom forskning, utdanning og praksis. Det er etablert et partnerskap med Hunt forskningscenter (NTNU), Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune og Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT). Det er HiNT som administrerer tiltaket.

Det ble bevilget 3 mill. kroner til tiltaket i 2016. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Høgskolen i Nord-Trøndelag (HINT) på vegne av partnerskapet for nasjonalt kompetansesenteret for kultur, helse og omsorg i 2017.

Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang

Det ble i 2016 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.

I 2015 og 2016 er videreutvikling av eksisterende opplæringsprogram som er tilpasset demensomsorgen i gang. Fagskoleutdanningen er under utvikling. Utvikling av videreutdanningsmoduler på mastergradsnivå starter høsten 2016 med plan om første gjennomføring fra 2017.

Det foreslås at midlene videreføres i 2017.

Styrking av kompetansen på aktiv omsorg

For å styrke kompetansen i aktiv omsorg ble det i perioden 2013–2015 bevilget midler til utvikling og gjennomføring av et opplæringsprogram i regi av Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Telemark og Fagakademiet. I løpet av perioden har 632 personer gjennomført hele utdanningen. En landskonferanse om aktiv omsorg ble gjennomført i 2015 med 140 deltakere. Lærebok om aktiv omsorg forventes ferdigstilt i løpet av 2016.

Samarbeidet ble avsluttet ved utgangen av 2015.

Fritidsaktivitet med assistanse

I 2015 ble det bevilget 4,4 mill. kroner til Fritidsaktivitet med assistanse, fordelt på prosjektene Støttekontakt, kultur og avlastning og Aktive muligheter, samt et tilskudd til Høgskolen i Bergen som tilbød videreutdanning i organisering og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige. I 2016 ble det flyttet 2,5 mill. kroner til post 68. Det ble da bevilget 1,9 mill. kroner til prosjektet Aktive muligheter i 2016. Tiltaket er nå avsluttet.

I 2017 foreslås det bevilget 950 000 kroner til drift av nettstedet Fritid for alle, som skal bidra til spredning av resultater fra utviklingsprosjektet Støttekontakt, kultur og avlastning. 950 000 kro-

ner foreslås overført til Pårørendeprogrammet, jf. tidligere omtale.

Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenestene

Formålet med tilskuddet har vært å styrke ernæringskompetansen i omsorgstjenestene. Satsingen bestod bl.a. av en tilskuddsordning for kompetansehevede tiltak, utvikling av veiledningsmaterieell og kartlegginger for å avdekke status i tjenestene.

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 ble avsluttet i 2015. Deler av midlene ble flyttet til post 68 i 2016.

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. Midlene skal bidra til å løfte kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom forskning og undervisning. Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet til Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen i 2017.

Utprøving av teknologiske verktøy 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 funksjonsnedsettelse 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 følges opp og evalueres. Tilskuddet ble utlyst blant utviklingskommunene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram for utvikling og implementering av velferdsteknologi. De to tilskuddsmottakerne er i ferd med å rekruttere deltakere og kartlegge familienes behov, og skal etter planen starte utprøving av aktuell teknologi høsten 2016. Det ble i 2016 bevilget 4 mill. kroner til dette tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2017.

Kompetansehevede tiltak i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle Mitt livs ABC, et tiltak som skal styrke kompetansen hos personell som yter helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Dette nasjonale kompetansetiltaket skal ta utgangspunkt i modellen til Demensomsorgens ABC. Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste aldring og helse (Aldring og helse) i oppdrag å utvikle opplæringsmateriell. En pilot for utprøving med flere kommuner er under planlegging. Aldring og helse skal gjennomføre piloten på oppdrag fra Helsedirektoratet høsten 2016. Implementering på landsbasis planlegges fra 2017.

I 2016 ble det bevilget 6 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen til tiltaket foreslås videreført i 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Formidling av forskning og innovasjon

Det ble i 2016 bevilget 1 mill. kroner til Senter for omsorgsforskning sitt arbeid med å formidle kunnskap om forskning og innovasjon i omsorgssektoren. Sentrene har siden 2015 bl.a. driftet et omsorgsbibliotek som samler dokumentasjon fra innovasjonsprosjekter, utviklingsarbeid og resultater fra følgeforskning. 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 til formidling av forskning og innovasjon i 2017.

Evalueringsprogram 2020

Omsorg 2020 skal følges opp med et evalueringsprogram. Evalueringen skal være resultatorientert og vil bl.a. se på hvordan nybyggede sykehjem og omsorgsboliger fungerer for dem som bor der, arbeider der og for pårørende og lokalsamfunnet. Evalueringen finansieres gjennom Norges forskningsråd. Det vises for øvrig til omtale under kap. 780, post 50.

Antibiotikaresistens

I tråd med føringerne i Innst. 11 S (2015–2016) ble det tildelt 2 mill. kroner over kap. 761, post 21, til

Antibiotikasenteret for primærmedisin i 2016, jf. handlingsplanen mot antibiotikaresistens. Bevilgningen videreføres i 2017 og skal nyttes til arbeidet med antibiotikaforskrivning rettet mot leger i sykehjem og andre heldøgns helseinstitusjoner.

Andre tiltak

Kvalitetsindikatorer

Regjeringen vil innføre kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren bl.a. basert på bruker- og pårørendeerfaringer. 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.

Per august 2016 er det 17 indikatorer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I juni og august 2016 ble det publisert åtte nye indikatorer for omsorgssektoren. 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 satt i gang et pilotprosjekt for å vurdere organiseringen av laboratorievirksomheten for brukere av hjemmetjenestene. Det er utviklet ulike modeller som er prøvd ut i tre fylker i 2014 og 2015. Hjemmetjenesteprojektet må ses i sammenheng med arbeidet for å kvalitetssikre laboratorievirksomhet i sykehjem. Ved utgangen av 2015 deltok 860 sykehjem i Noklus. Det ble i 2016 bevilget 6 mill. kroner til Noklus. Det foreslås å styrke det øremerkede tilskuddet til Noklus med 1,8 mill. kroner i 2017.

Helse- og omsorg i plan

Det ble bevilget 9,5 mill. kroner til Helse- og omsorg i plan i 2016 som en oppfølging av kompetanse- og ledelsestiltak i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helse. I studieåret 2015–2016 deltok 5 studiesteder og 117 studenter startet opp studiet i september 2015. Til tross for aktiv markedsføring av studiet har det over flere år vært vanskelig å fylle alle 200 studieplassene som er til rådighet hvert år. Det foreslås å bevilge 4,2 mill. kroner med halvårsvirkning og en avvikling av ordningen fra høsten 2017.

Iplos

Iplos ble opprettet i 2006 og er per i dag et nasjonalt helseregister for de kommunale omsorgstjenestene. Registeret gir detaljert informasjon om tjenesteforbruk og utviklingstrekk.

9. juni 2016 vedtok Stortinget Prop. 106 L (2015–2016) Endringer i helseregisterloven mm. om opprettelsen av et nytt kommunalt helseregister, KPR. Av proposisjonen går det fram at det er et mål at det nye registeret ikke skal medføre økt rapporteringsbyrde. KPR skal derfor etableres med utgangspunkt i de eksisterende registrene KUHR og Iplos. Iplos vil fra KPR er opprettet, i sin helhet integreres i det personidentifiserbare registeret KPR. Se for øvrig omtale av KPR under kap. 701, post 21.

Helsedirektoratet vil være databehandlingsansvarlig og forvalter av det historiske Iplos. Det foreslås bevilget 11,4 mill. kroner til formålet i 2017.

Post 60 Kommunale kompetansetiltak

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner til post 21, knyttet til Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC.

Bevilgningen foreslås styrket med 16 mill. kroner til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Forslaget er en del av regjeringens satsing på grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene.

Kompetanseløftet 2015/Kompetanseløft 2020

Hovedformålet med Kompetanseløftet 2015 har vært 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 4400 personer gjennomførte en utdanning eller opplæring i 2015 med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015. Av disse fullførte om lag 390 personer en bachelorutdanning i helse- og sosialfag, om lag 960 personer en utdanning på videregående nivå, om lag 1000 personer en fagskoleutdanning og om lag 1640 personer en videreutdanning eller mastergradsutdanning innenfor høyere utdanning.

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå var det 135 433 årsverk i omsorgssektoren i 2015. Årsverkveksten de siste årene har i hovedsak bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Andelen personell med helse- og sosialfaglig

utdanning var i 2015 om lag 71,4 pst. Det er ikke mulig å sammenlikne statistikk av andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning samlet i 2015 med foregående år. Bakgrunnen er endringer i Statistisk sentralbyrås datainnsamling fra 2015, som har medført at noe personell som tidligere var registrert som miljøterapeuter nå er registrert under uspesifiserte årsverk.

Veksten i andelen personell med høyskoleutdanning har vært spesielt høy. I 2015 var økningen blant sykepleiere 1196 årsverk, vernepleiere 539 årsverk, sosionomer 41 årsverk og ergoterapeuter 53 årsverk. Samtidig var økningen i utdanningsgruppene helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere samlet på 143 årsverk. Endringer i SSBs datainnsamling har ført til at tall for miljøterapeuter for 2015 ikke kan sammenliknes med 2014.

Kompetanseløftet 2015 ble avsluttet i 2015 og etterfulgt av Kompetanseløft 2020. Se også omtale av midler til grunn-, videre- og etterutdanning gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet på kap. 761, post 68.

Fagskoletilskudd

Det er etablert et tilskudd til finansiering av fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Formålet med tilskuddet er gjennom fagskolene å tilby 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. Tall fra Database for statistikk om høgre utdanning (NSD) viser at om lag 1000 personer fullførte en fagskoleutdanning innen helse- og sosialfag i 2015. Samtidig viser tall at utdanningsaktiviteten økte fra 2600 registrerte studenter i 2014 til 2700 i 2015. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Tilskuddet foreslås styrket med 16 mill. kroner i 2017.

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 2015 gitt tilskudd til sju prosjekter, primært i regi av fylkeskommunene. Prosjektene har til sammen hatt rundt 70 kursdeltakere i 2015. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Tiltaket foreslås videreført i 2017.

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. Siden oppstart i 2011 til utgangen av 2015 er det registrert 495 deltakere fra 18 fylker og 112 kommuner. Ved utgangen av 2015 hadde 204 av deltakerne bestått Vg3 skriftlig eksamen til helsearbeiderfaget og 103 bestått fagprøven og blitt helsefagarbeidere. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Tiltaket foreslås videreført i 2017.

Mat, måltider og ernæring

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 ble avsluttet i 2015. Deler av midlene ble flyttet til post 68 i 2016.

Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere

Det ble for 2016 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.

Helsedirektoratet har lyst ut midlene som en tilskuddsordning, med forventet ferdigbehandling av søknader medio september. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Tiltaket foreslås videreført i 2017.

Post 61 Vertskommuner

Etter ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet, overtok 33 kommuner ansvaret for en rekke beboere hjemmehørende i andre kommuner. Formålet med den øremerkede tilskuddsordningen er å kompensere de 33 vertskommunene for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen. Tilskudd er fordelt iht. antall gjenværende vertskommunebeboere. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektregnskap for tilskuddet. Kommunene må kunne legge dette fram for Helsedirektoratet på forespørsel.

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 inntektsystemet. 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 34,6 mill. kroner i 2017 som følge av dette.

Post 62 Dagaktivitetstilbud

Regjeringen vil styrke satsingen på tilbudet til personer med demens. Formålet med tilskuddsordningen for dagaktivitetstilbud er å legge til rette for økt dag- og aktivitetstilbud. Utbygging av tilpassede og fleksible dagaktivitetstilbud er en av hovedsatsingene i Demensplan 2020. 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 til en dagaktivitetsplass.

Det er anslått et behov for 9200 dagaktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens. I 2015 ble det gitt tilskudd til 553 nye plasser av rammen på 1070 nye plasser. Fra ordningen ble opprettet i 2012 til august 2016 drives totalt om lag 2830 plasser med tilskudd fra ordningen. Ved utgangen av august 2016 er det opprettet om lag 500 nye plasser, hvilket kan tilsi om lag 750 nye plasser i 2016.

Budsjettforslaget legger til rette for om lag 750 flere dagaktivitetsplasser til personer med demens i 2017, svarende til om lag 45 mill. kroner. Resterende bevilgning går til å dekke plasser opprettet tidligere år. Dersom antallet nye plasser i 2016 blir høyere enn her lagt til grunn, vil det være tilsvarende mindre rom for nye plasser i 2017.

Regjeringen vil, som oppfølging av Stortinget 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 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. Tiltaket bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 i FNs bærekraftsmål.

Post 63 Investeringstilskudd

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester 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 omsorgsdepartementet, boks 4.2 for beskrivelse av budsjetteringssystem for poster med tilsagnsfullmakt.

Av årlig tilsagnsramme legges det til grunn at 5 pst. kommer til utbetaling det første året, 15 pst. andre år, 30 pst. tredje år, 30 pst. fjerde år og 20 pst. femte år. Det foreslås en bevilgning på 3 298,1 mill. kroner i 2017, hvorav 148,6 mill. kroner er knyttet til tilskudd som innvilges i 2017 og 3 149,5 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2017. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 8 740,1 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 2 972 mill. kroner i 2017. Rammen vil kunne dekke tilskudd til om lag 1800 heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig. Det foreslås å heve den maksimale anleggskostnaden per enhet fra 3,06 mill. kroner til 3,144 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og fra 3,5 mill. kroner til 3,596 mill. kroner for pressområdekommuner. Som følge av økte maksimale anleggskostnader, heves dermed de maksimale tilskuddssatsene som vist i tabell 4.10.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2015/2020 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

Rapportering

I 2015 utbetalte Husbanken investeringstilskudd for 1774 mill. kroner. Det ble i 2015 innvilget tilskudd til 2430 omsorgsplasser, fordelt på 1188 plasser i omsorgsbolig og 1242 plasser i institusjon. Det ble også innvilget tilskudd til bygging av 6751 kvm. fellesareal i tilknytning til eksisterende boligmasse, slik at det kan ytes heldøgnstjenester i boligene.

Tilsagnsrammen for 2016 er satt til 4100 mill. kroner. Rammen gir rom for at det i 2016 kan innvilges tilskudd til 2500 heldøgns omsorgsplasser. Av denne rammen var det ved utgangen av august 2016 innvilget tilskudd til i alt 717 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på 426 plasser i omsorgsbolig og 291 plasser i institusjon. Fra årets start til utgangen av august er det fremmet søknader fra kommunene tilsvarende 962 heldøgns omsorgsplasser.

Samarbeid med KS om framtidige behov

Det er etablert samarbeid med KS om et løpende planarbeid for å kartlegge og utrede framtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og omsorgsboliger innenfor planperioden for Omsorg 2020. KS har gjennomført en undersøkelse av kommunenes utbyggingsplaner og behovsanslag fram mot 2030. Undersøkelsen viser at kommunene planlegger å bygge ferdig om lag 7000 heldøgns plasser, fornye og modernisere om lag 3000 plasser og legge ned vel 4100 plasser i perioden 2017–2019. Flere av disse prosjektene har allerede fått tilsagn om finansiering fra Husbanken. Fram mot 2030 anslår kommunene at det kan være behov for om lag 22 000 flere heldøgns om-

sorgsplasser enn i 2016. KS peker på metodiske svakheter med undersøkelsen og understreker at tallene derfor må tolkes med varsomhet.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har samtidig utarbeidet nye framskrivninger av behovet for arbeidskraft og heldøgns omsorgsplasser helt fram mot 2060. Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn, spenner framskrivningene ut et stort variasjonsområde for tiårene som kommer. Legger en til grunn SSBs middelalternativ for befolkningsvekst, ingen standardvekst, ingen produktivitetsvekst, konstant familieomsorg og bedring av helsetilstand i takt med økende levealder, vil det gi et behov for om lag 7000 flere plasser i 2030. Et framskrivningsalternativ med uendret helsetilstand, kan innebære at behovet øker til 38 000 flere heldøgns plasser.

KS gjennomfører, med støtte fra departementet, en kartlegging av tilstanden ved eksisterende sykehjemsbygg og omsorgsboliger mht. bl.a. levetid og egnethet i møte med framtidens brukere og for å få bedre oversikt over behovet for modernisering og utskifting. En endelig FoU-rapport fra dette prosjektet forventes tidlig i 2017. Regjeringen og KS vil sammenholde dette materialet med KS-undersøkelsen, SSBs framskrivninger, samt statistikk og vurderinger fra Husbanken med sikte på nærmere analyser av behovet i årene framover og som grunnlag for fastsettelse av investeringsrammen i framtidige års budsjett. Planarbeidet forankres i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS.

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. Dette skal skje som en del av evalueringen av Omsorg 2020.

Ny ordning fra 2021

I perioden 2008 til utgangen av 2015 har Husbanken mottatt søknader om investeringstilskudd til totalt 12 501 heldøgns omsorgsplasser, innvilget tilskudd til totalt 12 292 heldøgns omsorgsplasser og utbetalt tilskudd til totalt 7 694 ferdigstilte heldøgns omsorgsplasser.

Av det totale antallet plasser som har fått utbetalt tilskudd i perioden 2008 til og med utgangen av 2015, har nesten 1/3 gitt netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser, målt i antall plasser i institusjon og antall beboere i bolig med heldøgns bemanning. Det har vært en vekst i tallet på plasser i sykehjem og omsorgsboliger, mens det først og fremst er tallet på aldershjems plasser som er redusert.

Mange gamle og uhensiktsmessige institusjonsplasser og omsorgsboliger har samtidig blitt fornyet med investeringstilskudd gjennom renovering eller utskifting siden 2008. Dette har bidratt til å heve kvaliteten på tilbudet i kommunene. I årene framover blir det viktig å få flere heldøgns omsorgsplasser for å møte den store økningen i antallet brukere som vil komme fram mot 2030. Regjeringen foreslår derfor å endre dagens investeringstilskudd, slik at det fra 2021 utelukkende gis investeringstilskudd til prosjekter som gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Med netto tilvekst menes at det totale antallet heldøgns omsorgsplasser i kommunen skal øke, og at kommuner som mottar tilskudd ikke samtidig kan avvikle gamle plasser i takt med at nye, tilskuddsfinansierte plasser tas i bruk.

Det foreslås en gradvis innfasing av den nye ordningen i 2017, 2018, 2019 og 2020. I disse årene vil tilsagnsrammen bli fordelt mellom tilskudd til plasser som gir netto tilvekst og tilskudd til renovering eller utskifting av allerede eksisterende omsorgsplasser. Det legges til grunn at om lag 20 pst. av tilsagnsrammen i 2017 forbeholdes plasser som gir netto tilvekst. Tilsvarende legges det til grunn at henholdsvis 40 pst., 60 pst. og 80 pst. av tilsagnsrammen forbeholdes plasser som gir netto tilvekst i 2018, 2019 og 2020.

Søknader for prosjekter som er i tråd med formålet for ordningen, vurderes og innvilges fortløpende av Husbanken. Husbanken gis anledning til å prioritere kommuner som tidligere har mottatt en relativt liten andel av tilskudd til renovering eller utskifting. Dersom antall søknader som gir netto tilvekst er større enn rammen som er lagt til grunn for netto tilvekst, skal Husbanken prioritere disse søknadene over søknader om renovering eller utskifting så langt dette er praktisk mulig innenfor en ubyråkratisk forvaltning av tilskuddsordningen.

Fra 2021 gis det bare tilskudd til plasser som gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Allerede innvilgede tilskudd til renovering eller utskifting fra årene før 2021 vil bli utbetalt etter de regler som gjelder på innvilgelsestidspunktet. Dagens søknadsprosess i Husbanken videreføres i både ny ordning og i overgangsperioden. Dette inkluderer at både Husbanken og kommunene kan innhente faglig veiledning fra Fylkesmannen i forbindelse med utforming av prosjektene, og i vurderinger av om prosjektet det søkes om kommer inn under formålet for ordningen.

Det foreslås et tillitsbasert system for kontroll av om kommunen opprettholder vilkåret om netto tilvekst. Kommunenes søknader til Husbanken

skal gi tilfredsstillende opplysninger om at det prosjekt det søkes om tilskudd til gir netto tilvekst av plasser før tilskudd innvilges. Kommunene må som et minimum gi en oversikt over antall plasser de har i dag, redegjøre for antall plasser søknaden gir rom for å realisere og oppgi planlagt antall plasser i kommunen etter det. Det legges til grunn at prosjektet som mottar tilskudd skal gi netto tilvekst i minst 10 år fra søknadstidspunktet. Brytes

vilkåret gjelder dagens regler om tilbakebetaling av tilskuddet. Kommunen har plikt til å melde fra til Husbanken dersom vilkåret ikke oppfylles, og Husbanken kan foreta kontroll ved behov.

Husbankens retningslinjer for investeringstilskuddet vil bli endret i tråd med kravet om netto tilvekst. For øvrig gjelder dagens bestemmelser for ordningen.

Tabell 4.10 Foreslåtte tilskuddssatser i 2017 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per plass i 2017 (tusen kroner)	Pressområde- kommuner	Andre kommuner
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 980	1 730
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 620	1 415
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 800	1 573
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	3 596	3 144

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 2015 ble det utbetalt 998,3 mill. kroner i kompensasjonstilskudd. Bevilgningen for 2016 er på 909,6 mill. kroner.

Det foreslås å harmonisere rentesatsene for både nye og gamle tilsagn under rentekompensasjonsordningen. I tråd med dette foreslås det at rentenivået for gamle tilsagn før 2015 fra og med 2017 fastsettes på rentenivået til nye tilsagn etter 2015. Effektene av det reduserte rentenivået for gamle tilsagn er anslått til 67,9 mill. kroner i 2017. For å fullføre harmoniseringen av rentekompensasjonsordningene foreslås det også at både nye og gamle tilsagn framover blir koblet direkte til den flytende basisrenten, jf. omtale i kap. 8 i Prop. 1 S (2016–2017).

Det foreslås bevilget 841,7 mill. kroner i 2017.

Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Det foreslås at bevilgningen på posten økes med til sammen 1 068,9 mill. kroner i 2017.

Formålet med bevilgningen er å finansiere forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene som startet 1. mai 2016, jf. nærmere omtale i Prop. 1 S (2015–2016). Seks kommuner deltar i forsøket som varer i tre år. Stjørdal, Hobøl, Os og Lillesand inngår i forsøkets modell A. Spydeberg og Selbu inngår i forsøkets modell B.

Formålet med forsøket med statlig finansiering er å se om statlig finansiering av omsorgstjenestene gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktigere behovsdekning. Forsøket omfatter to modeller. I forsøkets modell A skal det prøves ut om statlige tildelingskriterier og statlig finansiering gir riktigere behovsdekning og økt likebehandling på tvers av kommunegrensene. I denne modellen overtar staten ansvaret for tildeling av tjenester, mens kommunen fortsatt har ansvaret for tjenestetilbud og produksjon. 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. For mer informasjon om innretningen av forsøket vises det til omtale i Prop. 1 S (2015–2016).

Overføring av driftsmidler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til Helse- og omsorgsdepartementet

Ved Stortingets behandling av revidert budsjett for 2016, ble det overført 873,9 mill. kroner fra

kap. 571 Rammetilskudd til kommuner, post 60 Innbyggertilskudd til kap. 761 Omsorgstjeneste, post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Overføringen omfatter driftsmidler for siste halvår for de deltakende kommunene i 2016 inklusive Tønsberg som da inngikk i forsøket. Overføringen baserte seg på netto driftsutgifter i forsøkskommunene i 2015. Overføringen får helårseffekt fra 2017. Bevilgningen foreslås derfor styrket med 1 015,4 mill. kroner i 2017.

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester

Kommunene som deltar i forsøkets modell A vil få utgiftene til ressurskrevende tjenester dekket gjennom tilskudd som utbetales samme år som utgiftene påløper, i stedet for refusjon gjennom toppfinansieringsordningen påfølgende år. I 2016 fører dette til økte utgifter for staten da det også blir utbetalt refusjon for utgiftene kommunene hadde til ressurskrevende tjenester i 2015. Dette vil bli motsvart av lavere utgifter gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester året etter at forsøket avsluttes. Omleggingen får helårseffekt fra 2017. Bevilgningen på kap. 761, post 65, foreslås derfor økt med 170,3 mill. kroner i 2017.

Inntektspåslag til deltakende kommuner

I Saldert budsjett for 2016 ble det besluttet at alle forsøkskommuner skal motta et årlig inntektspåslag tilsvarende 4 pst. av netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i 2015. Inntektspåslaget er oppad begrenset til 25 mill. kroner årlig. Seks kommuner deltar i forsøket. Dette tilsier et samlet inntektspåslag i 2017 på 39,3 mill. kroner.

Det foreslås en samlet bevilgning på posten på 1224,9 mill. kroner i 2017, hvorav 1185,7 mill. kroner overføres fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Posten har stikkordet overslagsbevilgning.

Post 67 Utviklingstiltak

Formålet med bevilgningen er å bidra til nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren og kompetanseheving av ansatte. Midlene går til tre hovedformål: Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.

Bevilgningen foreslås redusert med 0,8 mill. kroner knyttet til mindre priskompensasjon.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har vært sentrale aktører for fag- og kompetanseutvikling de siste 15 årene. De fylkesvise sentrenes formål har vært å bidra til tjenesteutvikling og kompetansebygging gjennom lokalt utviklingsarbeid og implementering av ny kunnskap til andre kommuner i fylket.

Helsedirektoratet har evaluert utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i 2015. Evalueringen viser at mange av sentrene opplever kapasitetsutfordringer, og at deres pådriverrolle overfor andre kommuner i fylket har blitt nedprioritert. Videre viser evalueringen at sentrene fungerer aller best der utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er samlokalisert. Basert på evalueringsprosessen og Helsedirektoratets anbefalinger, har Helse- og omsorgsdepartementet besluttet at alle sentre skal ha ansvar for både sykehjem og hjemmetjenester og at antallet sentre reduseres fra 41 til om lag 20, det vil si om lag ett i hvert fylke. Det legges til rette for at det kan opprettes satellitter i andre kommuner i fylket. Det overordnede målet for sentrene skal være å bidra til å sikre kvaliteten i hjemmetjenestene og sykehjem gjennom fag- og tjenesteutvikling, kunnskapsspredning og implementering av ny kunnskap/nye løsninger ut fra nasjonale satsingsområder og lokale behov til kommunene i fylket. Utviklingssentrene skal være modeller for andre hjemmetjenester og sykehjem i fylket, og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Å være pådriver for kunnskapsbasert praksis skal være en kjerneoppgave for sentrene. Kommuner med utviklingssentre skal fortsatt inngå i et felles nettverk, og være knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning. Sentrene for omsorgsforskning skal følge opp utviklingssentrene i sin region. Midlene til dette formålet foreslås videreført.

Det er satt i gang en søknadsprosess blant vertskommunene for dagens utviklingssentre med søknadsfrist 15. oktober. Det planlegges oppstart av de nye sentrene 1. januar 2017. Det legges opp til en evaluering av sentrene i forbindelse med avslutningen av planperioden for Omsorg 2020.

Ved en sammenslåing av sentrene for sykehjem og hjemmetjenester økes den årlige økonomiske støtten per senter fra om lag 900 000 kroner til om lag 1,8 mill. kroner. Det stilles krav til vertskommunen om medfinansiering. Det foreslås utviklet en

frivillig medfinansieringsmodell for kommuner i utviklingssentrene sitt geografiske virkeområde.

Det ble bevilget 45,3 mill. kroner til tiltaket i 2016. Midlene foreslås videreført i 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med ordningen er å styrke kvaliteten og bidra til kompetanseoppbygging innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i kommunene. Dette gjøres ved å styrke prosjekter som sikrer kvalitetsutvikling gjennom god fagutvikling og kompetanseheving med nasjonal overføringsverdi. Tiltakene skal ses i sammenheng med ny nasjonal kreftstrategi. Tiltakene skal også ses i sammenheng med aktiviteten i utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Målgruppen er personer som har behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og deres pårørende.

Fylkesmennene i Oslo og Akershus, Vest-Agder, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms overtok i 2015 behandlingen av tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. I alt fikk 75 prosjekter støtte til oppstart eller videreføring.

Det ble i 2016 bevilget 16 mill. kroner til tilskuddsordningen. Tiltaket inngår som del av Kompetanseløft 2020. Tiltaket foreslås videreført i 2017.

Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke fag- og tjenesteutvikling og kompetanseheving i tjenestene til personer med utviklingshemming. I 2015 ble det innvilget tilskudd til 31 prosjekter. Sentrale satsingsområder i prosjektene er kompetanseheving innen miljøarbeid, etikk, selvbestemmelse og bruk av tvang, tiltak som legger til rette for mer fysisk aktivitet og riktig ernæring og tjenesteutvikling i form av velferdsteknologi, dagaktiviteter, brukermedvirkning og pårørendesamarbeid.

Tilskuddsmidlene har bidratt til kompetanseheving lokalt i tjenester til utviklingshemmede i kommunene, til nettverk på tvers av kommuner og andre samarbeidspartnere, samt bidratt til tjenesteutvikling og innovasjon. Det ble bevilget 7 mill. kroner til ordningen i 2016. Bevilgningen foreslås videreført på samme nivå i 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Velferdsteknologi – oppfølging av kronisk syke

Se omtale av nasjonalt velferdsteknologiprojekt for avstandsbehandling og avstandsoppfølging av kronisk syke og prosjekt for mobil helseteknologi under kap. 701, post 21.

Post 68 Kompetanse og innovasjon

Bevilgningen foreslås styrket med 24 mill. kroner til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene.

For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 4,3 mill. kroner knyttet til mindre priskompensasjon.

Formålet med kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtidsutfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet. Tiltaket bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 i FNs bærekraftsmål.

Bevilgningen skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov.

Midlene skal fordeles på tre hovedformål:

- Midler til kompetanseheving, herunder tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte og kompetansetiltak om rus og psykiske lidelser.
- Opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse.
- Innovasjonstiltak, herunder 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.

Økt kompetanse er viktig for å utvikle god praksis og sikre trygge og gode tjenester tilpasset den enkeltes behov. Om lag 3400 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning i 2015 med midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Av disse fullførte om lag 390 personer en bachelorutdanning i helse- og sosialfag, om lag 960 personer en utdanning på videregående nivå, om lag 450 personer en fagskoleutdanning og om lag 1640 personer en videreutdanning eller mastergradsutdanning innenfor høyere utdanning. Midlene til

grunn-, videre- og etterutdanning foreslås økt med 24 mill. kroner. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

I 2016 ble det overført om lag 44 mill. kroner fra kap. 765, post 61, til kompetansetiltak psykisk helse og rus. Det vil bli rapportert på disse midlene i statsbudsjettet for 2018. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

I 2015 ble det bevilget midler til opplæring av til sammen om lag 2500 assistenter, arbeidsledere og saksbehandlere for brukerstyrt personlig assistanse.

Det ble i 2015 gitt tilskudd til 250 innovasjonsprosjekter. Hoveddelen av prosjektene omhandler habilitering og rehabilitering, herunder hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. Det vises til kap. 21 for omtale av evalueringen av hverdagsrehabiliteringsprosjektene. Videre er det bevilget midler til flere prosjekter som skal utvikle nye og framtidsrettede løsninger for forebygging, tidlig innsats og egenmestring og samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og demensomsorgen spesielt.

Det er i 2016 gitt tilskudd til utprøving av velferdsteknologi i 31 utviklingskommuner som del av Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi. Erfaringene fra utviklingskommunene viser at det kan være store gevinster å hente med bruk av velferdsteknologi mht. tjenestekvalitet, arbeidsmiljø og ressurser, så lenge velferdsteknologien brukes på riktig måte. 2016 vil være det siste utprøvningsåret, med overgang til drift for de 31 utviklingskommunene. Programmet vil i 2017 gå over i en spredningsfase, der det innenfor tilskuddsordningen gis midler til andre kommuner til å implementere velferdsteknologiske løsninger. 20,7 mill. kroner av ordningen øremerkes til spredning av velferdsteknologi i kommunene i 2017, som del av Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014–2020.

Midlene forvaltes av fylkesmennene og fordeles til embetene etter en fordelingsnøkkel basert på fordeling av midlene til Kompetanseløftet 2015 og Kommunal- og moderniseringsdepartementets fordeling av innovasjonsmidlene i skjønntilskuddsordningen til kommunene. Tilskuddsordningen 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 tjenestoområder under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Innovasjons- og kompetansetilskuddet skal også ses i sammenheng med Kommunal- og moderniseringsdepartementets skjønntilskudd, som også kan benyttes til kommunal innovasjon og utvikling.

Det ble bevilget 336,9 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2016. Det foreslås en samlet bevilgning på 365,9 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2017.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Formålet med tilskuddsordningen er å fremme landsdekkende organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv.

Det foreslås å bevilge 3 mill. kroner til tilskudd til frivillige organisasjoner som legger til rette for besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorgen, som en del av regjeringens mål om å forebygge ensomhet blant eldre.

Det foreslås å videreføre tilskudd til fem særskilte tiltak:

- 3 mill. kroner til Blindeforbundets likemannsarbeid.
- 2 mill. kroner til Hørselshemmedes Landsforbunds likemannsarbeid, hørselshjelpsordningen.
- 1,5 mill. kroner til Demenslinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen.
- Røde Kors besøkstjeneste.
- Hjertelinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen.

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 seks landsbyer. Disse var fram til 1986 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. Årsrapporten fra Camphill Landsbystiftelsen i Norge viser at det i 2015 var 133 heldøgns plasser tilgjengelig i de seks landsbyene. Disse hadde en beleggsprosent på drøyt 90 pst.

Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeles til landsbyene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap. Det er

gjennomført tiltak for å bedre oppfølgingen av stiftelsen. Kommuner som har psykisk utviklingshemmede beboere ved landsbyene får ikke tildelt midler for disse gjennom inntektssystemet.

Post 73 Særlige omsorgsbehov

Formålet med bevilgningen er delvis å 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

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving ved senteret. Fag- og opplæringsseksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde ved Signo Conrad Svendsen senter. Seksjonen gir også opplæring og veiledning om døve og døvblinde med tilleggsvansker i landets kommuner. I 2016 ble det utbetalt om lag 14 mill. kroner til senteret. Det foreslås å videreføre tilskuddet til stiftelsen i 2017.

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. Bevilgningen skal bidra til drift iht. følgende tildelingskriterier:

- Bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn.
- Tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger.
- Midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for et tilbud i institusjonen.
- Subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av 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. I 2016 ble det samlet utbetalt om lag 8,2 mill. kroner til de to institusjo-

nene. Departementet foreslår for 2017 å videreføre tilskuddet, samt opprettholde samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av tilskuddet mellom 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. Bevilgningen skal sikre drift av landsdekkende fagnettverk for kompetanse på kommunal tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester til pasienter med Huntingtons sykdom.

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 Kløverinstitusjonene og de fem ressursentrene for Huntington er representert.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddet til Fagnettverk Huntington, og NKS Kløverinstitusjon og de fem ressursentrene for Huntington er representert.

Det tar tid å bygge opp nettverket og ressursentrene, slik at de er en god støtte for kommunene i sin region. I 2015 og 2016 har det vært høy aktivitet ved sentrene, bl.a. i form av nasjonale og internasjonale konferanser, møter i fagnettverket, pårørendemøter, fagdager, arbeid med å gjøre tilbudet kjent i kommunene og gi veiledning til disse.

Det oppfordres til et samarbeid med andre kompetansemiljø, f.eks. utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke.

Det foreslås å videreføre tilskuddet til Fagnettverk Huntington med 5 mill. kroner i 2017.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, Naku

Naku skal utvikle og styrke det faglige grunnlaget for tjenestetilbudene til personer med utviklingshemming og være et faglig knutepunkt for utvikling av tjenestene. I 2015 har hovedsatsingsområdene vært nasjonal oversikt med kunnskapsbank, informasjonsspredning og samarbeid, veiledning, forsøks- og utviklingsarbeid og norsk, nordisk og internasjonal aktivitet.

Naku.no og kunnskapsbanken er et verktøy for å formidle kunnskap om tjenester til personer

med utviklingshemming. I løpet av 2015 har det vært gjennomført et prosjekt for å bygge opp en ny nettportal, som bl.a. skal bidra til økt brukervennlighet og kvalitetssikring av artikler. I 2015 har Naku bl.a. hatt et samarbeid med Midtnorsk kompetansesenterforum og med vernepleierhøgskoler.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Naku i 2017.

Bevilgningen på posten foreslås redusert med 0,1 mill. kroner knyttet til mindre priskompensasjon. Til sammen foreslås det bevilget 11,2 mill. kroner på posten i 2017 til Fagnettverk Huntington og Naku.

Post 79 Andre tilskudd

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 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	43 633	63 419	70 480
50	Samisk helse	5 388	5 506	5 564
60	Forebyggende helsetjenester	50 710	155 182	157 511
61	Fengselshelsetjeneste	142 487	150 545	162 976
62	Øyeblikkelig hjelp, <i>kan overføres, kan nyttes under kap. 732, post 70 og 76</i>	476 199		
63	Allmennlegetjenester	48 186	128 904	88 349
64	Opptappingsplan habilitering og rehabilitering			91 000
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	54 914	48 096	49 443
71	Frivillig arbeid mv.	6 583		
73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	37 833	57 031	54 128
74	Stiftelsen Amatheia	18 758	19 302	19 842
	Sum kap. 0762	884 691	627 985	699 293

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

- 95 mill. kroner knyttet til opptappingsplan habilitering og rehabilitering
- 10 mill. kroner til styrking av fengselshelsetjenesten til personer med rus og psykiske problemer, som en del av opptappingsplanen på rusfeltet.
- 3 mill. kroner knyttet til ledelsesutvikling på tvers av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, en økning med 1,2 mill. kroner fra tildeling i 2016.

- 1 mill. kroner knyttet til et pilotprosjekt forankret ved Valdres lokalmedisinske senter.
- 2 mill. kroner flyttet fra kap. 701, post 21, knyttet til nasjonalt legevaktnummer.
- 1,8 mill. kroner flyttet fra kap. 714, post 60, knyttet til digitale helsetjenester til ungdom.
- 15 mill. kroner i redusert bevilgning pga. liten søkning knyttet til lønnstilskudd til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie.
- 25 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjon for bakvakt pga. liten søkning.

- 12,9 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av overgang fra utvikling til drift og implementering av beslutningsstøttesystem for sykmeldere.

Bevilgningen foreslås videre redusert med 4,7 mill. kroner etter at bevilgningen er justert for forventet pris- og kostnadsvekst. Budsjettposter med tilskudd til private og ideelle organisasjoner er holdt utenfor, og prisomregnes på vanlig måte.

Oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Regjeringen la fram primærhelsetjenestemeldingen våren 2015. Den ble behandlet av Stortinget i november 2015. Meldingen følges opp i tråd med Innst. 40 S (2015–2016). Tiltakene peker ut retningen regjeringen vil utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene framover. Det er behov for endringer innen organisering, arbeidsdeling, arbeidsformer, kompetanse og ledelse. Retningen samsvarer med samhandlingsreformens målsetting og tar reformen et steg videre. Tiltakene vil bli gjennomført når det er budsjettmessig inndekning. I dette budsjettet foreslås det å bevilge midler over flere kapitler for å utvikle tjenesten i tråd med meldingen. Flere av tiltakene er omtalt under kap. 762 Primærhelsetjeneste med forslag til bevilgninger under de enkelte postene. Det vises i tillegg til omtale av Kompetanseløft 2020 og til regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 (Omsorg 2020) i del III og begge under kap. 761 Omsorgstjeneste.

Tilrettelegging for mer teamarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

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. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede forslag til innretning og gjennomføring av en pilot for primærhelseteam. Når en pilotering er gjennomført, vil det bli tatt stilling til ev. endringer i regelverk for bl.a. allmennlegetjenesten.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide faglig veiledning om hvordan kommunene bør innrette tjenestene til brukere med store og sammensatte behov best mulig i tråd med føringene i primærhelsetjenestemeldingen. Viktige elementer i veiledningen vil være å beskrive kom-

petansebehov for å ivareta brukernes behov, hvilke elementer og sjekklister som bør inngå i en strukturert oppfølging, hvordan kommunene kan identifisere de brukerne som trenger oppfølging av et oppfølgingsteam, og hvordan teamet bør utformes og arbeide. Helsedirektoratet skal se hen til arbeidet med læringsnettverkene som drives av Folkehelseinstituttet, se omtale under post 21. Tilnæringsmetoden skal bygge på spørsmålet Hva er viktig for deg? og kartlegging av pasientens behov. Det tas sikte på at arbeidet er ferdig ved inngangen til 2017.

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 folk selv etterspør tjenester. Det er nødvendig med en mer aktiv, befolkningsrettet tilnærming, oversikt over behov og en systematisk tilnærming for å fordele ressurser i tråd med behovene.

For å legge til rette for en teambasert tjeneste er det iverksatt tiltak for lederutvikling, se post 21 og kap. 761, post 21, kompetanseheving og samlokalisering av tjenester, se post 63 og omtale av kompetanseløft 2020 under kap. 761.

Habilitering og rehabilitering

Mange får i dag ikke den habilitering og rehabilitering de har krav på. Derfor vil regjeringen løfte dette feltet og fremmer en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det vises til del III, 8 Habilitering og rehabilitering bør i størst mulig grad tilbys integrert der livet leves; i hjem, barnehage, skole, dagtilbud, fritidsarenaer, bo- og nærmiljø og på arbeidsplassen. Det er et mål at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. Derfor har opptrappingsplanen sitt hovedfokus rettet mot kommunene. Opptrappingsplanen skal bidra til at kommunen både settes i stand til å gi et godt tilrettelagt rehabiliteringstilskudd for de som oppholder seg i kommunen, og over tid, overta et større rehabiliteringsansvar fra spesialisthelsetjenesten. Planen inneholder også tiltak i spesialisthelsetjenesten.

Gjennom kommunereformen vil regjeringen skape sterke velferdskommuner med økt kapasitet og kompetanse til å ivareta sitt ansvar. Det er en forutsetning for at flere oppgaver skal kunne ivaretas i kommunene. Opptrappingsplanen er et av flere tiltak regjeringen fremmer for å skape pasientens helsetjeneste og må sees i sammenheng med andre dokumenter som regjeringen har lagt fram, som Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Regjeringen har i primærhelsetjenestemeldingen varslet flere tiltak for å sikre brukerne bedre fysioterapitjenester. Det er startet et arbeid med å utarbeide en forskrift som skal regulere avtalefysioterapeutenes virksomhet. Flere kommuner har etterlyst dette. Det tas sikte på å sende på høring et utkast 1. halvår 2017. Direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans er innført i mange land og også i Norge for fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi. Formålet med å oppheve kravet om henvisning er å gi brukerne en bedre tilgjengelig tjeneste og mer effektiv bruk av de samlede ressursene. Det tas sikte på å gjøre dette når forskriften som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet er fastsatt.

Enkelte kommuner har uttrykt ønske om å få benytte avtalefysioterapeuter også i kommunale stillinger. Iht. vilkår i fastlønsforskriften vil kommunen da miste muligheten til å søke fastlønnstilskudd for fastlønnstillingen. For å gi kommuner som ønsker å benytte særskilt kompetanse hos fysioterapeuten fleksibelt i sitt tjenestetilbud mulighet til å motta fastlønnstilskudd, skal det utredes hvordan endring av vilkåret for å motta slikt tilskudd ev. kan skje.

Regjeringen har sendt på høring forslag om å innføre automatisk frikort for egenandelstak 2 og å avvikle sykdomslisten i fysioterapitjenesten. Formålet med forslaget er å effektivisere saksbehandlingen knyttet til innvilgelse og utsending av frikort etter oppnådd egenandelstak 2. Å avvikle sykdomslisten vil gi en mer rettferdig fordeling av tjenester og best mulig bruk av fysioterapiressursene. Sykdomslisten gir pasienter innen visse diagnosegrupper rett til fritak fra egenandel hos fysioterapeut. På sykdomslisten er det listet opp nær 100 diagnoser som gir rett til fritak for egenandeler for fysioterapi uten at det er tatt hensyn til pasientens funksjonsproblem og behovet for fysioterapi. Som en erstatning for skjerming mot egenandeler på bakgrunn av diagnose foreslås det å redusere tak 2 med 680 kroner fra 2670 til 1990 kroner. I tillegg foreslås det å øke aldersgrensen for fritak for egenandeler for barn fra 12 til 16 år.

Logopedtjenester er for mange nødvendig for å utvikle eller å få tilbake nødvendig funksjoner. Det er dokumentert at dette er et tjenestetilbud som er mangelfullt utbygd i mange kommuner og fylkeskommuner. Tjenester som logopeder utfører kan defineres under helselovgivningen og opplæringslovgivningen. Tjenesten ytes både i kommunal og fylkeskommunal regi, av helseforetak

og av selvstendig næringsdrivende logopeder finansiert av folketrygden. For å gjøre tjenesten lettere tilgjengelig for pasientene vil Helse- og omsorgsdepartementet foreslå å oppheve kravet om forhåndsgodkjenning fra Helfo før oppstart av behandlingen av pasienter over 18 år. Fra 1. januar 2017 trenger ikke pasienten eller logopeden å legge ved et avslag på tjenester fra kommunen for å kunne få forhåndsgodkjenning fra Helfo. Det vises for øvrig til del III 8 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019). Tiltakene i opptappingsplanen bidrar til oppfyllelse av delmål 3.4 i FN's bærekraftsmål.

Det foreslås 100 mill. kroner øremerket til opptappingsplanen i 2017. I tillegg begrunnes 100 mill. kroner av styrking av kommunenes frie inntekter med behovet for å styrke disse tjenestene.

Det foreslås å flytte tilskuddsmidler som er å anse som helsetjenester, tilsvarende 57 mill. kroner, fra Arbeids- og sosialdepartementet til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og at disse forvaltes av de regionale helseforetakene. Midlene målrettes mot arbeidsrettet rehabilitering i opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70.

Det legges opp til at nye statlige stimuleringsmidler gjennom opptappingsplanen økes til 300 mill. kroner innen 2019.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 662 (2015–2016), 18. mai 2016:

«Stortinget ber regjeringen om å, i opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, sørge for at rehabilitering av eldre innlemmes i planen.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:34 S (2015–2016) Representantforslag om å sikre rehabilitering og fysisk trening i sykehjem, jf. Innst. 252 S (2015–2016).

Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering er inkludert i del III, kapittel 8. Rehabilitering er ingen enkelttjeneste, men en organisering av flere tjenester som skal gi brukeren et helhetlig, målrettet tilbud med formål å bedre brukerens mulighet til egenmestring og opprettholdelse av funksjon så lenge som mulig. Alle brukere, uavhengig av alder, har rett til rehabiliteringstjenester. Vedtaket er fulgt opp ved at opptappingsplanen er generell og omfatter alle aldersgrupper.

Krav til spesialisering for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Allmennleger ivaretar legeoppgaver innen mange deltjenester i kommunen. Om lag 57 pst. av landets fastleger er spesialister i allmennmedisin. Andelen er lavere blant de øvrige legene i kommunen. De senere årene har andelen vært synkende. Spesialistene i allmennmedisin utgjør den fremste medisinskfaglige kompetansen i kommunen. Å heve kompetansen hos allmennlegene vil bidra til økt kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og komme bl.a. brukere med sammensatte behov til gode. Det tas sikte på å innføre et krav om at alle leger som jobber klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, enten er spesialister i allmennmedisin eller er under spesialisering. Kravet planlegges innført fra 1. januar 2017, og gjelder leger kommunene tilknytter seg etter at kravet trer i kraft. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Barn og unge

For barn, unge og deres familier 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 lever gode og trygge liv og har generelt god helse, er det urovekkende mange som vokser opp under risikable forhold i familier preget av rus, vold og omsorgssvikt, alvorlig psykisk sykdom og skilsmisser med høyt konfliktnivå. Flere studier tyder på at forekomsten av psykiske plager blant ungdom har økt de siste årene. For å avdekke og hjelpe barna, ungdommene og deres familier raskt, må mange aktører samarbeide og opptre koordinert. Regjeringen har satt i gang flere arbeid for at barn og unge i Norge skal få enda bedre oppvekstvilkår og møtes av kompetente og koordinerte tjenester med tilstrekkelig kapasitet.

#Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021, ble lagt fram i juni 2016. Regjeringens ambisjon er at mangfoldet av norsk ungdom skal ha de beste forutsetninger for å leve gode liv og oppleve mestring fysisk, psykisk og sosialt. Ungdomshelsestrategien viser hvordan myndigheter, kommuner og tjenestene kan bidra til å nå et slikt mål og hvordan de som har behov for det, skal få god tilgang til tilpassede helse- og omsorgstjenester. Arbeidet må bl.a. ses i sammenheng med 0–24-samarbeidet (2015–2020), et samarbeidsprosjekt mellom Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og

likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet for å styrke det arbeidet kommunene og fylkeskommunene gjør med utsatte barn og unge under 24 år. Det overordnede målet i 0–24-samarbeidet er at flere gjennomfører skolegang og at utenforskap motvirkes. Ungdomshelsestrategien må også ses i sammenheng med regjeringens strategi mot barnefattigdom, Barn som lever i fattigdom, opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) og den kommende opptrappingsplanen mot vold og overgrep mot barn og unge.

Regjeringen har gjennom flere år satset på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2014 ble kommunenes frie inntekter økt med 180 mill. kroner begrunnet i behovet for å styrke tjenesten. I 2015 ble kommunerammen styrket med 270 mill. kroner og i 2016 ytterligere styrket med 200 mill. kroner. Det foreslås en ytterligere økning i kommunerammen på 50 mill. kroner i 2017, til sammen 734,4 mill. 2017-kroner, begrunnet i behovet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Økningen på 50 mill. kroner i 2017 inngår i opptrappingsplanen mot vold og overgrep, som legges fram høsten 2016. I 2016 ble det i tillegg bevilget 100 mill. kroner gjennom budsjettforliket til et øremerket tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Disse foreslås videreført. Se kap. 762, post 60.

Øyeblikkelig hjelp

God tilgang til øyeblikkelig hjelp er av stor betydning for folks trygghet. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å styrke kompetanse og kvalitet i legevaktjenesten. 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 legevaktssentraler. Et nasjonalt legevaktnummer, 116 117, ble innført 1. september 2015.

Mange kommuner, særlig i distriktene, har utfordringer knyttet til å skaffe nødvendig kompetanse i denne tjenesten. Kompetansekravene som stilles i akuttmedisinforskriften er nødvendige minimumskrav for å oppfylle kravet til en forsvarlig legevaktjeneste. For at kravene skal være mulige å oppnå for alle kommuner, har det bl.a. vært nødvendig å innføre en overgangsordning på tre år for kravet til grunnkompetanse for lege. Helsedirektoratet er i 2016 gitt et særskilt oppdrag om å følge

med på i hvilken grad kommunene etterlever bestemmelsene i akuttmedisinforskriften, bl.a. kompetanse- og personellutviklingen. Det forutsettes at Helsedirektoratet har dialog med KS i arbeidet.

Akuttutvalget la i desember 2015 fram NOU 2015: 17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Utredningen har vært på høring. Hovedinntrykket fra oppsummeringen av høringsuttalelsene er at utredningen gir en god beskrivelse av status og utfordringer og danner et godt fundament for framtidige tiltak. De fleste instansene støtter i store trekk utvalgets forslag, men påpeker at mange av dem vil ha kostnader og må utredes nærmere. De fleste instansene uttaler seg konkret kun om deler av utredningen, relatert til sine ansvars- og/eller interesseområder. Spesielt distriktskommuner og/eller kommuner med interkommunale legevaktsamarbeid er bekymret for at noen av forslagene vil forsterke utfordringene knyttet til rekruttering av leger som de mener følger av kompetansekravene i akuttmedisinforskriften. Dette gjelder særlig utvalgets forslag om å forskriftsfeste krav til maksimal reisetid til legevakt for innbyggerne. For nærmere omtale av oppfølging av NOU 2015: 17 Først og fremst, vises det til del III.

Vold og overgrep

Vold og 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 overgrep er et ansvar for både kommunen (systemansvar) og det enkelte personell. Regjeringen fremmer høsten 2016 en opptrappingsplan mot vold og overgrep. Det vises til omtale under kap. 765. Et forslag om å tydeliggjøre systemansvaret i loven, herunder lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv., er på høring. Kompetansen skal økes og de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal bli bedre i stand til bl.a. å avdekke og bekjempe overgrep. Spesialisthelsetjenesten har fra 2016 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. Legevaktstjenesten 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 omsorgs-

departementet og Justis- og beredskapsdepartementet ga gjennom tildelingsbrevene for 2015 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. Rapport ble avlevert departementene høsten 2015. Det er gitt tilleggsoppdrag til de to direktoratene om å utrede økonomiske og administrative konsekvenser for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten knyttet til et forslag om å lovfeste en plikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten til å sørge for at nødvendig sporsikring og skadedokumentasjon tilbys personer utsatt for seksuelle overgrep og/eller vold av et visst omfang. De to direktoratene er i tillegg bedt om å utrede økonomiske og administrative konsekvenser av å lovfeste oppbevaring av biologisk materiale der formålet ikke (primært) er helsemessig. Oppdraget har frist 1. oktober 2016.

Det vises til post 63 for omtale av kompetansehevende tiltak knyttet til legevaktstjenesten. Det vises for øvrig til omtale under kap. 732 og kap. 765, post 75.

Helsetjenester til asylsøkere og innvandrere

Av den totale befolkningen i Norge har i 2016 vel 16 pst. innvandrerbakgrunn. Høsten 2015 endret migrasjonsbildet i Europa seg, også i Norge. Det ble registrert 31 145 asylsøkere til Norge i 2015. Disse kom i hovedsak fra land som Syria, Afghanistan, Irak, Eritrea og Iran. Den kraftige økningen i asylankomstene innebar en utfordring for helse- og omsorgstjenestene i kommunene. De fleste kommunene klarte imidlertid på kort varsel å rigge sine tjenester til å ta imot nye innbyggere enten de bodde i mottak i kommunen eller hadde fått fast bopel i kommunen. Helsedirektoratet har hatt et utstrakt samarbeid med andre etater i perioden hvor ankomstene var størst, og sendte ut informasjon om kommunenes plikter overfor asylsøkere hva gjelder helsetilbud og smittevern.

Regjeringen la i 2015 fram Meld. St. 30 (2015–2016) Fra Mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk. Denne omtaler bl.a. helse- og omsorgstjenester i kommunene overfor asylsøkere. Det er lagt ned et betydelig arbeid fra flere etater for å innføre en bedre registrering av den enkelte asylsøker ved ankomst. Det er et mål at alle asylsøkere og flyktninger skal få tildelt D-nummer

ved ankomst til Norge, noe som vil gi enklere tilgang til bl.a. fastlege. Det vises for øvrig til Prop. 1 S (2016–2017) for Justis- og beredskapsdepartementet.

Legemiddelgjennomgang

Ved Stortingets behandling av Meld. St. 28 (2014–2015) riktig bruk – bedre helse, jf. Innst. 151 S (2015–2016), ble det pekt på behovet for tverrfaglige legemiddelgjennomganger og legemiddelgjennomganger for hjemmeboende pasienter. Det er opp til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den behandlende lege å vurdere behovet for tverrfaglighet i de enkelte tilfeller. Fastlegens plikter til legemiddelgjennomgang er hjemlet i fastlegeforskriften § 25, andre ledd. For hjemmeboende pasienter som mottar hjelp i hjemmet fra kommunen, er det viktig med en god dialog mellom omsorgstjenesten og fastlegen. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt et forslag om forskrift om legemiddelgjennomgang i sykehjem på høring med frist 20. september 2016. Forskriften pålegger kommunene å sikre systematisk legemiddelgjennomgang i sykehjem de har ansvaret for.

Når det gjelder hyppighet av legemiddelgjennomganger, er det i normaltariffen for fastleger gjort endringer gjeldende fra 1. juli slik at taksten kan benyttes inntil to ganger per kalenderår per pasient, mot tidligere kun en gang per år. De pasientgrupper dette er aktuelt for, er de som har behov for langvarig behandling med fire legemidler eller mer når fastlege finner dette nødvendig ut fra en medisinsk vurdering.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 2 mill. kroner fra kap. 701, post 21, knyttet til felles legevaktnummer.
- 4 mill. kroner fra post 63, knyttet til kvalitet og kompetanse i legevaktstjenesten.
- 1,8 mill. kroner fra kap. 714, post 60, knyttet til digitale helsetjenester til ungdom.
- 4,5 mill. kroner fra post 73 knyttet til digitale helsetjenester til ungdom.

Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner til lederutvikling på tvers av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt 4 mill. kroner til fylkesmennene knyttet til forvaltning av kommunalt tilskudd i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering:

Videre foreslås bevilgningen redusert med 12,9 mill. kroner som følge av overgang fra utvik-

ling til drift og implementering av beslutningsstøttesystem for sykmeldere, samt 0,8 mill. kroner i redusert priskompensasjon.

Bevilgningen på posten skal dekke driftsutgifter knyttet til kapittelets formål.

Bevilgningen kan nyttes under post 70, og det vises også til omtale der.

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 en modell for forsøk med primærhelseteam og en plan for å gjennomføre forsøket, utredning av utdanningstiltak i meldingen og å utarbeide faglig veiledning for kommunenes oppfølging av brukere med store og sammensatte behov.

Opptrappingsplan habilitering og rehabilitering

Det foreslås at fylkesmennene skal forvalte det øremerkede tilskuddet til kommunene som foreslås opprettet som et tiltak i opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Med sin nærhet og kjennskap til kommunene har de et godt utgangspunkt for å vurdere søknader og følge opp kommunene med råd og veiledning. Fylkesmennene tildeles 4 mill. kroner til dette arbeidet.

Lederutvikling

Det er behov for å bedre ledelsen i helse- og omsorgssektoren. Særlig er det et behov for tiltak for å styrke ledelsen og samhandlingen på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Det vises til omtale på kap. 761. I 2015 ble Nasjonal lederutvikling i helseforetakene (NLU) og KS tildelt 0,5 mill. kroner for å samarbeide om å utvikle mulige tiltak for å styrke lederskap i helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket var varslet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet mottok i 2016 en rapport med forslag til flere tiltak. De foreslår å gjennomføre to pilotprosjekter med utgangspunkt i samhandlingsarenaer både på toppledernivå og på operativt nivå. KS og NLU foreslår i tillegg å utvikle en felles modul for toppledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten i lederutviklingsprogrammet til NLU. Modulen skal bygge på erfaringer og omhandle sentrale og felles temaer knyttet til samhandling og gode pasientforløp på tvers av tjenestenivå og gi en gjensidig innsikt i hverandres ram-

mebetingelser med vekt på utfordringer og muligheter. NLU og KS er i fellesskap tildelt 1,8 mill. kroner over kap. 762, post 21, i 2016 for å følge opp de foreslåtte tiltakene med piloter og modul. Det foreslås 3 mill. kroner til dette arbeidet i tråd med rapportering og framdrift i tiltakene.

KS ble i 2015 tildelt til sammen 22 mill. kroner til å videreføre og styrke arbeidet med nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp i kommunene. Midlene skal sammen med årlige utbetalinger over kap. 762, post 21, og kap. 765, post 21, bidra til å finansiere nettverkene i perioden fram til og med 2019. Videreføring av tiltaket var varslet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet. Læringsnettverkene er i tillegg forankret i avtalen mellom regjeringen og KS om videre utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten 2016–2019 (Utviklingsavtalen). 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, ett nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for eldre og kronisk syke og for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Det er nedsatt en styringsgruppe som skal følge arbeidet i perioden. Læringsnettverkene samarbeider med Skil (Senter for kvalitet i legekantor) om en tettere forankring opp mot legetjenesten i kommunen. Arbeidet i læringsnettverkene vil særlig rettes mot utfordringene beskrevet i primærhelsetjenestemeldingen med utvikling av oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov og gode forløp på tvers av nivåene. Det vises i den sammenheng til at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide faglig veiledning om hvordan kommunene bør innrette tjenestene til disse brukerne. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Se for øvrig kap. 765, post 21. Det foreslås 4 mill. kroner i 2017 til å videreføre og styrke læringsnettverkene for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

Smittevern

Det er behov for arbeid for å sikre riktig bruk av antibiotika, redusere antibiotikaresistens, bedre smittevernhygiene på sykehjem og følge opp smittevernarbeidet i kommunene, bl.a. mht. tuberkulose. Antibiotikaresistente bakterier representerer et tiltagende nasjonalt og globalt problem, noe som innebærer infeksjoner som ikke lar seg behandle

med dagens tilgjengelige antibiotika. Smittevernarbeid i helsetjenesten er derfor nødvendig både for å redusere slike infeksjoner og for å motvirke økt resistens. Dette må koordineres med et kontinuerlig arbeid for å øke helsepersonells kunnskapsnivå når det gjelder smittsomme sykdommer.

Helse- og omsorgsdepartementet har en målsetting om å redusere antibiotikabruk i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020. Fylkesvise smittevernkonferanser er et viktig virkemiddel for å spre kunnskap til helsepersonell utenom sykehus. Slike konferanser har vært avholdt i over halvparten av landets fylker i 2015, og det planlegges nye konferanser i 2016 og 2017. Det arbeides med kvalitetssikring av tuberkulosekontroll i forbindelse med oppfølging av flyktninger og asylsøkere. Det foreslås å videreføre midler til smittevern i 2017.

Anmodningsvedtak

Vedtaket nr. 437.1 (2015–2016), 12. januar 2016:

«Stortinget ber regjeringen styrke rådgivningen til kommunene i arbeidet med migrasjonshelse og smittevern.»

Grunnlaget for vedtaket går fram av Stortingets behandling av Dokument 8:37 S (2015–2016).

Regjeringen la 11. mai 2016 fram Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk. Vedtaket er omtalt i kap. 7.2.1 i stortingsmeldingen, og saken er nærmere omtalt i Prop. 1 S (2016–2017) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedtaket er fulgt opp gjennom en rekke tiltak:

Produksjon av informasjonsmateriell og verktøy som plakater, maler for smittevernplaner for mottak, informasjonsbrosjyrer og faktaark til ansatte i mottak, til asylsøkere mv. på flere språk om tuberkulose, håndhygiene, hepatitt, skabb og veggedyr.

Rådgiving per telefon og e-post om hygiene i mottak, vaksiner, tuberkulosescreening, veggedyr, smittsomme sykdommer, smittevern generelt, informasjonsflyt, mv. til helsepersonell, asylmottak og andre offentlige instanser.

Utsending av fagpersonell for rådgiving og planleggingsstøtte til kommune og kommuneleger på smittevern, vaksine, tuberkulose og skadedyr til ankomstmottakene i Råde (Østfold) og Vestleieren (Finnmark). Hjelp til kommunelegene med utarbeiding av smittevernplaner for store ankomstmottak.

Det har vært avholdt en rekke møter om migrasjonshelse og smittevern beregnet på kom-

munehelsetjenesten, fylkesmenn, UDI og kommuner med mottak.

Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente ble første gang publisert på nett i oktober 2015 og sist oppdatert i juli 2016.

Det er blitt sendt ut jevnlig nyhetsbrev til alle kommuner med lenke til veilederen og med vekt på opplysning om rettigheter til helsetjenester og smittevern.

Nettsider om emnet er oppdatert.

Temaet er tatt opp på flere smittevernkonferanser i fylkene beregnet på kommuneleger. I noen fylker har det vært egne møter om smittevern/ tuberkulose.

Temaet er også aktuelt ved alle de årlige smittevernkonferansene i fylkene framover samt på Folkehelseinstituttets smitteverndager.

Utdanningsstillinger allmenntilleggsmedisin

Det er driftsoppgaver knyttet til tilskuddsordningen med utdanningsstillinger i allmenntilleggsmedisin. Det foreslås 1 mill. kroner til dette formålet i 2017 som er prosjektets siste år. Det er forutsatt at ordningen skal evalueres. Det vises for øvrig til omtale av utdanningsstillinger i allmenntilleggsmedisin under post 63.

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 henvendelser 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. 116 117 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.

Det gjennomføres informasjonstiltak som skal gjøre publikum i stand til å gjøre riktige valg ved vurdering av kontakt med henholdsvis fastlege, legevakt 116 117 og medisinsk nødhjelp 113. Det er et mål at alternativene er godt kjent blant brukerne.

Helsedirektoratet rapporterer at enkelte legevaktsentraler har for lang svartid. Samarbeidet mellom legevaktsentraler er utfordrende noen steder pga. forsinkelser i nødnett, men vil bli enklere

når den samlede løsningen er på plass i løpet av 2016.

Drifts- og samtalekostnader dekkes av staten via Helsedirektoratet. I 2014, 2015 og 2016 ble det bevilget 2 mill. kroner til tiltaket på kap. 762, post 21, og rundt 2 mill. kroner på kap. 701, post 21. Det foreslås å videreføre den totale bevilgningen på 4 mill. kroner over kap. 762, 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 å videreføre 0,4 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid på dette området i 2017. For øvrig vises til omtale av fengselshelsetjenesten under post 61.

Seksuell helse

Regjeringen legger høsten 2016 fram en samlet strategi på seksuell helse. Strategien samler områdene som tidligere ble dekket 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 10,5 mill. kroner til å dekke driftsutgifter og anskaffelser i tilknytning til arbeidet, herunder anskaffelser av kondomer, samt utviklingstiltak innen kvalitetsforbedring av hiv-arbeidet.

Digitale helsetjenester til ungdom

Digitalt tilgjengelig helseinformasjon av god kvalitet er særlig viktig for ungdom og unge voksne. Ungdom flest har høy digital kompetanse og bruker internett daglig. Helsedirektoratet anslår at om lag 40 000 ungdommer bruker de digitale helse- og informasjonstjenestene. De digitale helse- og informasjonstjenestene er gratis og lett tilgjengelige uavhengig av hvor i landet man bor. Flere av tjenestene tilbyr anonyme spørsmåls- og svartjenester, og bidrar til at ungdom opplever en annen form for medvirkning og kontroll enn i tradisjonelle helsekonsultasjoner. Anonymitet gir mulighet for å stille spørsmål som kan oppleves tabubelagt, og muligheten til å lese andre ungdommers spørsmål og svar bidrar til normalisering.

Det finnes i dag flere digitale helse- og informasjonstjenester med overlappende tilbud. Bru-

kergruppen har gitt tydelig tilbakemelding på at de ønsker seg et mer helhetlig og koordinert tilbud. Gjennom en samordning av digitale tjenester kan man lettere sikre en integrert tjeneste av god faglig kvalitet. For å sikre tilgjengelige digitale helse- og informasjonstjenester av god kvalitet som er tilpasset ungdommens behov, foreslås det å bevilge 6,3 mill. kroner til anskaffelser knyttet til digitale helsetjenester. Det foreslås at relevante tjenester for ungdom samordnes i en felles, lavterskel e-arena med en tydelig folkehelseprofil. Arbeidet med digitale helsetjenester til ungdom skal sees i sammenheng med utvikling av tjenester på den nasjonale helsenorge-portalen (www.helsenorge.no).

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, bl.a. 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.

Utvikling av beslutningsstøttesystem for sykmeldere

Regjeringen vil legge til rette for større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen, og har innført et beslutningsstøttesystem for sykmeldere. Helsedirektoratet har hatt hovedansvaret for å utvikle beslutningsstøttesystemet som ble introdusert 12. april 2016. Systemet skal gi faglig støtte til sykmeldere og informasjon til alle som har en rolle i sykefraværsoppfølgingen, og består av beskrivelser av anbefalt sykmeldingslengde og -type ved ulike diagnoser. Dette er et nytt og viktig virkemiddel som vil bidra til en mer lik og forutsigbar sykmeldingspraksis. Systemet vil fortløpende bli oppdatert med nye diagnosespesifikke beslutningsstøtter. Det vil også bli utviklet statistikk som gjør det mulig å kartlegge sykmeldingslengden for ulike diagnoser. For å sikre at beslutningsstøttesystemet blir tatt i bruk, skal det gjennomføres ulike implementeringstiltak overfor sykmeldere i samarbeid med Legeforeningen. Beslutningsstøttesystemet vil bli evaluert av Sintef.

Det ble bevilget 20 mill. kroner til utviklingen av beslutningsstøttesystemet ved behandlingen av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 11 S (2015–2016).

Prosjektet har nå gått over til en implementerings- og driftsfase. Det foreslås å bevilge 7,1 mill. kroner til prosjektet i 2017.

Kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering

Det er behov for anskaffelser knyttet til gjennomføringen av kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det foreslås 4 mill. kroner til dette formålet, flyttet fra post 63. Det vises for øvrig til omtale av kursene under post 63. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 24, 12. november 2015:

«Stortinget ber regjeringen igangsette et arbeid med en diabetesplan.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 26 (2014–2015), jf. Innst. 40 S (2015–2016).

I behandlingen av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 11 S (2015–2016), ble det avsatt 2 mill. kroner på kap. 762, post 21, til å starte arbeidet med en diabetesplan i 2016. Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utarbeide et utkast til en diabetesplan, og er bedt om å samarbeide med Diabetesforbundet. Helsedirektoratet er i ferd med å revidere Nasjonal faglig retningslinje for diabetes og det tas sikte på å ferdiggjøre denne i løpet av 2016. Hovedfokus i retningslinjen er tidlig diagnose og forebygging av komplikasjoner hos personer som allerede har diabetes. Implementering av retningslinjen vil være blant elementene som legges til grunn ved utarbeidningen av diabetesplanen.

Midlene videreføres i 2017.

Post 50 Samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Dette skjer bl.a. gjennom tilskudd til Sametinget til 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 er i 2016 bevilget 5,5 mill. kroner til Sametingets arbeid med samisk helse. Det foreslås 5,6 mill. kroner i 2017.

Post 60 Forebyggende helsetjenester

Bevilgningen på posten foreslås redusert med 1,9 mill. kroner i mindre priskompensasjon.

Forebygging, avdekking, veiledning og opplæring for å unngå sykdom eller mestre sykdom skjer i stor grad i regi av kommunene. Sentralt i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid er helsestasjons- og skolehelsetjenesten samt ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Finansieringen av forebyggende tjenester over denne posten går i hovedsak til disse tjenestene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten 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. Det er likevel utfordringer. Til tross for at flerfaglighet framstår som nødvendig og riktig for å møte utfordringene i målgruppen, er det liten kunnskap om i hvilken grad de ansatte i skolehelsetjenesten bruker tid på flerfaglig samarbeid. Det mangler spesifikk kunnskap om personellsituasjonen fordelt på de to deltjenestene og sammensetting av yrkesgrupper i de to deltjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å få en bedre oversikt over personellsituasjonen i hhv. helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Denne kunnskapen vil være svært verdifull for å kunne sette inn mer målrettede tiltak i de to deltjenestene, både med tanke på antallet årsverk og sammensetting av yrkesgrupper for å møte befolkningens behov.

Kostra-tall viser at 83 pst. av alle nybakte foreldre fikk besøk fra helsestasjonen i 2015 og at nær alle nyfødte ble undersøkt innen de var åtte uker gamle. Siden 2011 har andelen som har fått hjemmebesøk økt jevnt fra 78 til 83 pst. Antallet barn som får gjennomført skolestartundersøkelsen innen utgangen av første skoleår har gått opp fra 89 pst. i 2011 til 96 pst. i 2015.

Regjeringen har gjennom flere år satsset på tjenesten. I 2014 ble kommunenes frie inntekter økt med 180 mill. kroner begrunnet i behovet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2015 ble kommunerammen styrket med 270 mill. kroner med samme begrunnelse, og i 2016 ytterligere styrket med 200 mill. kroner. Det foreslås en ytterligere økning i kommunerammen på 50 mill. kroner i 2017, til sammen 734,4 mill. 2017-kroner, begrunnet i behovet for å styrke helsestasjons- og

skolehelsetjenesten. Økningen på 50 mill. kroner i 2017 inngår i opptrappingsplanen mot vold og overgrep, som legges fram høsten 2016. I 2016 ble det i tillegg gjennom budsjettforliket vedtatt 100 mill. kroner til et øremerket tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Den øremerkede tilskuddsordningen var i utgangspunktet innrettet slik at kommuner som kan dokumentere at de hadde budsjettert med å benytte 100 pst. av den angitte rammestyrkingen til tjenesten i 2016, kvalifiserte for å søke. 180 kommuner hadde per august 2016 søkt på ordningen, men kun 45 oppfylte kriteriene for tildeling. Midlene ble utlyst på nytt med frist ultimo september. Kriteriene for tilskudd er endret, slik at kommuner som kunne dokumentere at de har brukt 90 pst. av rammestyrkingen begrunnet i formålet oppfyller vilkårene. Det foreslås å videreføre tilskuddsordningen i 2017 med 101,3 mill. kroner. Samlet styrking til helsestasjons- og skolehelsetjenesten utgjør dermed 835,7 mill. kroner fra 2014 til 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det foreslås å videreføre tilskuddsordningen til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer i 2017 med 29,2 mill. kroner. I 2016 var det 98 kommuner som søkte om tilskudd. Totalt ble det søkt om i overkant av 64 mill. kroner. 73 søknader ble innvilget og alle midlene er fordelt. En samlet vurdering er at det stort sett er de samme kommunene som søker om tilskudd for å videreføre prosjekt/tiltak som er satt i gang, og som også søker om å utvide etablerte tiltak. Kommunene melder særlig om ressursutfordringer knyttet til psykisk helsehjelp for elevene, og det ser ut til at det er etablert et godt tverrfaglig samarbeid på dette området. Tilskuddene er i stor grad blitt benyttet til å dekke opp for manglende tilgjengelighet i tjenesten samt årsverk, og vurderes å fungere etter hensikten. Tilskuddsordningen må bl.a. ses i lys av regjeringens strategi mot barnefattigdom, Barn som lever i fattigdom.

Det foreslås å videreføre 4,3 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. Effekten av tiltaket er god, tjenesten utvikles iht. de målene som er satt for området. Arbeidet med områdesatsingen ledes av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Flere departementer deltar i samarbeidet.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 439.5 (2015–2016), 12. januar 2016:

«Stortinget ber Regjeringen om å sikre at det i samarbeid med foreldrene settes i verk tiltak når det i forbindelse med språkkontroller på helsestasjonene avdekkes behov for oppfølging.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk, jf. Innst. 399 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp ved at det foreligger en nasjonal faglig retningslinje for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn, utarbeidet av Helsedirektoratet. I den generelle helseundersøkelsen av barn anbefales det gjennomført systematisk observasjon av kommunikasjon, språkførståelse og talespråk. Foreldrenes vurdering av barnets språk er også av vesentlig betydning. Dersom helsestasjonen avdekker mistanke om forsinket språkutvikling, skal barnet henvises til videre språkutredning. For mer systematisk observasjon av barns språk, er det ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, utarbeidet kartleggingsmaterieell for bruk ved helsestasjonens 2- og 4-årskonsultasjon, SATS og SPRÅK 4.

Friskliv, læring og mestring

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. Det er etablert en tilskuddsordning til etablering og utvikling av frisklvs, lærings- og mestringstilbud i kommunen. Formålet med ordningen er å stimulere til utvikling av kommunale helse- og omsorgstilbud som støtter opp under og realiserer målene i samhandlingsreformen, NCD-strategien, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Meld. St. 19 (2014–2015), Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter, 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. Bevilgningen har ført til utvikling av en rekke samarbeidsprosjekter interkommunalt og mellom kommuner og helseforetak. Målgruppene er personer med kronisk sykdom, sammensatte helseplager som står i fare for, eller er i

ferd med, å utvikle sykdom. Stadig flere kommuner velger å etablere frisklivssentral eller frisklvs- og lærings- og mestringstilbud. Det har vært mer enn dobling fra 2011 til 2015. Om lag 60 pst. av kommunene har i dag et slikt tilbud. I 2015 hadde 258 kommuner etablert frisklvs-, lærings- og mestringstilbud. Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp, ikke bare til å endre levevaner, men også å mestre livet med sykdom. Disse leve med-tilbudene er ikke et alternativ til, men bør komme i tillegg til de diagnosespesifikke opplæringstilbudene i spesialisthelsetjenesten. I disse tilbudene må kommunene spille på lag med brukerorganisasjonene og andre. Helse- og omsorgsdepartementet vil endre regelverket slik at det stilles krav om medvirkning fra brukerorganisasjonene og utnyttelse av likemannsarbeid for å gi tilskudd, både til frisklvs-, lærings- og mestringstilbud. Tilskuddsordningen forvaltes av Fylkesmannen. Det foreslås 17,7 mill. kroner til denne ordningen i 2017.

Nasjonalt forsøk innen rehabilitering

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 11 S (2015–2016), ble det for 2016 bevilget 5 mill. kroner til et nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering i regi av Helsehuset i Askim. En følgeevaluering må sikre at kunnskap og erfaringer som har overføringsverdi blir dokumentert. Det skal legges vekt på at tiltakene skal bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene i samsvar med de politiske målene om større ansvar til kommunene. Utprøvingen skal bidra til å realisere faglige krav og anbefalinger nedfelt i Helsedirektoratets veileder for området. Å utvikle sammenhengende og helhetlige forløp i samhandling med spesialisthelsetjenesten skal inngå i prosjektet. Bevilgningen foreslås videreført.

Post 61 Fengselshelsetjeneste

Det foreslås å styrke bevilgningen på posten med 10 mill. kroner for å bedre tilbudet til innsatte med rus og psykiske problemer. Videre foreslås bevilgningen redusert med 1,9 mill. kroner i mindre priskompensasjon.

Tilskuddsordningen skal bidra til at kommunene gir innsatte et helsetjenestetilbud som er likeverdig det tilbudet som gis befolkningen for øvrig. Det er 47 fengsler i Norge, lokalisert i 43 av landets kommuner. I 2015 ble det tildelt 141 mill. kroner til helsetjenester til innsatte i fengsler. Summen ble fordelt mellom vertskommuner for fengsel som mottok tilsammen 124 mill. kro-

ner og fylkeskommuner som mottok 17 mill. kroner.

Styrkingen av posten med 10 mill. kroner er en del av opptrappingsplanen mot rus og skal bidra til at fengselshelsetjenesten kan gi et nødvendig tjenestetilbud til innsatte personer med rus og psykiske problemer. Midlene legges til den samlede rammen for tilskudd til kommuner for å tilby helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

Det foreslås 158,5 mill. kroner til tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsler for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte. Videre foreslås det 4,5 mill. kroner til å videreføre ordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll.

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å endre fordelingen av tilskuddsmidler til kommuner og fylkeskommuner fra 1. januar 2017. Forslaget er varslet i Meld. St. 2 (2015–2016) og Prop. 123 S (2015–2016) Kommuneproposisjonen 2017. KS konsulteres høsten 2016 om den nye modellen. Formålet med endringen er å gjøre tilskuddet mer forutsigbart og fordele midlene på like vilkår. Endringen innebærer at midlene fordeles utelukkende på grunnlag av kvantifiserbare fordelingskriterier ut fra antall soningsplasser etter type soning. Overgang til ny fordeling av midlene skal gjøres gradvis over en periode på tre år.

De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel. Spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel finansieres gjennom rammetilskuddet til de regionale helseforetakene.

Høsten 2014 ble det lagt fram en rapport (Cramer-rapporten) om psykisk helse blant innsatte. Rapporten, som baserte seg på intervju av et utvalg innsatte, ble utgitt av Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst på oppdrag fra Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI). Rapporten viste at hele 92 pst. av utvalget av innsatte på undersøkelsestidspunktet hadde tegn på minst en psykisk lidelse og mange hadde flere psykiske lidelser samtidig.

På bakgrunn av Cramer-rapporten ble det i 2015 nedsatt en arbeidsgruppe (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet) som skulle komme med forslag til hvordan rapporten kunne følges opp. Arbeidsgruppen avga før sommeren 2016 sine forslag til oppfølgingstiltak. De to berørte departementene vil i samarbeid vurdere forslagene til tiltakene arbeidsgruppen foreslo. De regionale helseforetakene ble i oppdragsdokumentet for 2016 bedt om å etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler. Se for

øvrig også omtale under kap. 734, post 72, og kap. 732.

Siden 2006 og fram til nå har narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) vært et prøveprosjekt i Oslo og Bergen. Regjeringen har vedtatt at ND skal gjøres permanent og etableres som et landsdekkende tilbud. Den endelige utformingen av et landsdekkende tilbud, vil først bli avklart i 2017.

Antall årsverk sykepleiere i den kommunale helsetjenesten i fengsel har økt fra 103 årsverk i 2014 til 109 årsverk i 2015, antall legeårsverk er uendret på 14. Tallene er basert på egenrapportering fra fagansvarlige i fengselshelsetjenesten.

Post 63 Allmennlegetjenester

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner til post 21, knyttet til å gjennomføre kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Bevilgningen er styrket med 1 mill. kroner til et pilotprosjekt forankret ved Valdres lokalmedisinske senter (et kommunesamarbeid forankret i Nord-Aurdal kommune).

Pga. lav søknadsinnngang, foreslås bevilgningen redusert med 15 mill. kroner knyttet til videreutdanning i avansert klinisk sykepleie og 25 mill. kroner knyttet til kompensasjon for bakvakt.

I 2012 ble det opprettet et rekrutteringstilskudd med formål å stimulere til etablering av nye fastlegehjemler/-stillinger og redusere antallet ubesatte hjemler/stillinger. Dette har vært et engangstilskudd på 0,3 mill. kroner som tildeles kommuner etter søknad basert på spesifikke kriterier. Veksten i hjemler skulle komme i tillegg til den naturlige veksten som i årene før 2012 var 60–80 hjemler i året.

Tilskuddskriteriene ble høsten 2014 endret og innrettet som et felles tilskudd til rekruttering av fastleger og kvalitetshevende tiltak i legevakt. Det ble utarbeidet 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. Det ble avsatt 10 mill. kroner til formålet i 2015. Data fra Helsedirektoratet viser at antallet fastleger økte med 108 i 2013, 125 i 2014 og 73 i 2015. Helsedirektoratet rapporterer at 23 kommuner fikk tilskudd i 2015, men at dette ble utbetalt sent på året, og mange kommuner søkte om overføring til 2016. Helsedirektoratet har mottatt rapporter som viser at det har blitt ansatt flere fastleger som deltar i legevakt. Tilskuddet er ikke videreført fra 2016 pga. få søknader.

Det ble i 2015 utbetalt tilskuddsmidler for å stimulere kommuner til å samlokalisere helse- og omsorgstjenester og allmennlegetjenester. Målet med tilskuddsordningen var å legge til rette for bedre koordinerte og mer tverrfaglige helse- og omsorgstjenester i kommunen i tråd med primærhelsetjenestemeldingen. Kommuner kunne søke om midler for å utrede mulighetene for samlokalisering av allmennlegetjenester og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. 14 mill. kroner av tilskuddet på 21,8 mill. kroner ble utbetalt til 34 kommuner. Tilskuddet ble avvirket i 2016.

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 samme år. I forskriften stilles bl.a. krav til kompetanse og svartider. Forskriften pålegger kommunene å ha et nasjonalt legevaktnummer 116 117 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 legevaktssentralene er kravet til bemanning styrket, sentralene skal ha utstyr for lydopptak av samtalen med innringer, og det stilles krav til svartiden på telefon som er den samme som for fastlegekontorene.

De foreslåtte kompetansekravene vil bl.a. medføre ekstra kostnader til bakvakt for noen kommuner. I 2016 ble det opprinnelig bevilget 67,1 mill. kroner til å dekke merkostnader til bakvakt og kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for kommunene ved innføring av ny akuttmedisinforskrift. Bevilgningen ble redusert med om lag 20 mill. kroner i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2016.

I akuttmedisinforskriften er det, av hensyn til kurskapasiteten, fastsatt fem års overgangsordning for krav til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i vakt. Kravet til grunnkompetanse for lege i vakt og operatør av legevaktssentral har tre års overgangsordning fram til 1. mai 2018. Helsedirektoratet utlyste høsten 2015 tilskudd kommunene kan søke på for å dekke utgifter til kurs i akuttmedisin for leger som skal ha legevakt, kom-

pensasjon for merutgifter til bakvakt og tilskudd for å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktssentraler. Helsedirektoratet rapporterer at 25 kommuner fikk innvilget tilskudd i 2015. Helsedirektoratet har i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i 2016 utviklet nye nasjonale kurskonsepter for bl.a. volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell, og forbereder ny utlysning og oppstart av kurs høsten 2016.

Bevilgningen foreslås videreført med 43,3 mill. kroner i 2017. Forsinkelsene som har vært i arbeidet med akuttmedisinforskriften har medført at midler til kompensasjon for utgifter til bakvakt i liten grad ble benyttet i 2015. Kommunene har også i første halvdel av 2016 i liten grad søkt på tilskudd til bakvakt.

Ved Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016), jf. Innst. 400 S (2015–2016), ble det bevilget 1 mill. kroner til pilotprosjekt forankret i Valdres lokalmedisinske senter. Målet er å styrke samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Oppdrag er gitt Helsedirektoratet i 2016. Det foreslås videreført 1 mill. kroner til pilotprosjektet i 2017. Det vises for øvrig til kap. 732, post 70, der 1 mill. kroner er avsatt i 2016 til et tilsvarende pilotprosjekt med Evenes luftambulansbase som mulig forankringspunkt.

Om lag 2 mill. kroner ble i 2015 og 2016 benyttet til forsterket veiledning av allmenn-/fastleger utdannet i EØS-land. Midlene gis som tilskudd til kommuner til dekning av utgifter til veiledere. Midlene foreslås videreført.

8,5 mill. kroner er i 2014, 2015 og 2016 benyttet til utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) ved allmennlegekontorene. Dette er et arbeid som nå ledes av Direktoratet for e-helse 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 stimuleringstiltak 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.

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 og 19 kommuner i 2015. Det ble søkt midler til 70 leger i spesialistløp. 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, det vil si at prosjektet nå går inn i sitt siste år. Tiltaket skal evalueres. Bevilgningen foreslås videreført i 2017 med 4,2 mill. kroner over post 63 og 1 mill. kroner over post 21. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Lønnstilskudd til å gjennomføre utdanning innen avansert klinisk sykepleie

Videreutdanning i avansert klinisk sykepleie er et sentralt satsingsområde i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Formålet med lønnstilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie rettet mot behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet med ordningen 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 forvalter ordningen. Målgruppen er sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. De som søker må ha minst to års relevant yrkeserfaring. Utdanningen må omfatte veiledet klinisk praksis som retter seg mot funksjonen som avansert klinisk sykepleier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Antallet søkere er doblet fra 2015 til 2016. Totalt 55 sykepleiere får støtte til å ta utdanning i 2016 mot 27 i 2015. Det har vært lavere søkning enn bud-

sjettert. Variasjonen på utdanningstilbydere har økt og utdanningene har større geografisk spredning. Ordningen foreslås videreført med 6,5 mill. kroner. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Post 64 Opptappingsplan habilitering og rehabilitering

Det foreslås å etablere et kommunalt stimuleringsstilskudd på 91 mill. kroner. Det er behov for at kommunene omstiller sin kompetanse og planlegger og utvikler sine habiliterings- og rehabiliteringstjenester i årene framover. Det foreslås å etablere et tilskudd for å stimulere til dette. Midlene kommer i tillegg til at 100 mill. kroner av økningen i frie inntekter begrunnes i opptappingsplanen. Tilskuddet skal være søknadsbasert. For å få tilskudd stilles det krav om at kommunene i løpet av 2017 skal ha laget, oppdatert eller revidert sine planer for habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Kommunene må vise at de har eller planlegger å anskaffe nødvendig fagkompetanse, herunder ergoterapikompetanse jf. at det tas sikte på å innføre lovkrav om dette fra 2020 og de må dokumentere samarbeid med brukerorganisasjoner. Det foreslås at fylkesmennene skal forvalte tilskuddet, jf. post 21. Det vises til omtale av opptappingsplan habilitering og rehabilitering i budsjettets del III.

Post 70 Tilskudd

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. Retningslinje for svangerskapsomsorgen skal utgjøre en del av felles retningslinje for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009), En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Et forslag til revidert retningslinje må omfatte en anbefaling om antall konsultasjoner i svangerskapet ut fra en totalvurdering basert på prioritering og utredning av økonomiske og administrative konsekvenser. Tidlig samtale i svangerskapsomsorgen har et potensial for å ta opp mange viktige temaer.

Helsedirektoratet sendte i mai 2016 på høring et utkast til ny nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes.

Helsedirektoratet publiserte i 2015 en revidert papirversjon av helsekort for gravide fra 1985. Direktoratet for e-helse er gitt i oppdrag å utrede og

starte utvikling av elektronisk helsekort for gravide. Det vises til kap. 701, post 21.

1,1 mill. kroner foreslås videreført til revidering av retningslinje for svangerskapsomsorgen i 2017 over kap. 762, post 21.

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. Senterets hovedoppgave er å drive forskning med fokus på helse og livsstil i den samiske befolkningen. Som en konsekvens av dette ble SAMINOR 1 gjennomført i 2003 og 2004, og SAMINOR 2 ble gjennomført i perioden 2012–2014. Forskningscenteret sitter på et stort materiale og vil i 2017 følge opp funnene i undersøkelsen. Tilskuddet var på 6,2 mill. kroner i 2016. Tilskuddet foreslås videreført.

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 bidrar 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 2017. Det vises til omtale under programområde 30 og del III 8 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2018) om tilgang til kiropraktorbehandling.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Per 1. januar 2016 har i overkant av 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 like-

verdige 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 flyktningestrømmen til Europa i 2015 og også til Norge innebærer et press på helse- og omsorgstjenestene. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (Nakmi) skal i samarbeid med relevante instanser arbeide for å utvikle og formidle kunnskap om helse- og kulturutfordringer for flyktninger og den øvrige innvandrerbefolkningen. Det ble bevilget 9 mill. kroner til tiltaket i 2016. Bevilgningen foreslås videreført. Senteret driver flere forsknings- og utviklingsprosjekter som skal bidra til å tilgjengeliggjøre tjenester og bedre kvalitet for innvandrerbefolkningen. Det er stort behov for kunnskapsoppsummering av asylsøkeres og flyktingers helse og bruk av helse- og omsorgstjenester.

Regjeringen la i 2016 fram Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk. Det foreslås å videreføre midler til Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (Sohemi) i 2017. 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

Handlingsplanen, som utgår i 2016, koordineres av Justis- og beredskapsdepartementet. Den er en videreføring av tidligere handlingsplaner mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, men ble utvidet til å omfatte forebyggende tiltak mot alvorlige begrensninger av unges frihet.

Helsetjenestens hovedmål på området kjønnslemlestelse er effektivt forebyggende arbeid for å forhindre at jenter blir kjønnslemlestet, og god behandling av jenter/kvinner som allerede er kjønnslemlestet. Arbeidet er en del av regjeringens samlede arbeid på området.

I 2015 og 2016 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 utarbeides nå en ny handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet. Det er Justis- og beredskapsdepartementet som koordinerer planarbeidet.

Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner i 2017 til arbeidet mot kjønnslemlestelse.

Bevilgningen skal dekke tilskudd til informasjonsarbeid, økt kunnskap og kompetanse hos helsepersonell og andre berørte aktører gjennom aktiviteter i regi av RVTS og ev. andre relevante instanser.

Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennelegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til rekruttering og stabilitet av leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig i distriktskommuner.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger, forum for helsestasjonsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. Det arrangeres halvårlige møter med undervisning i relevante tema og formidling av erfaringer mellom kommunene. 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 2015 viser at det fortsatt er utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i flere kommuner. Om lag 15 pst. av fastlegestillingene i fylket betjenes av vikarer, en fjerdedel av legene har vaktfritak og en tredjedel er over 55 år. Ved utlysning av fastlegestillinger er det, ifølge kommuneoverlegene, få kvalifiserte søkere. For å sikre bedre veiledning av turnusleger i sykehus, har fylkesmannen også etablert samlinger for leger i sykehusturnus.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Finnmark omfattet i 2015 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 allmennelegetjeneste 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. I 2015 formid-

let Fylkesmannen i Finnmark tilskudd til 37 leger i veiledningsgrupper.

Tiltakene inngår i Kompetanseløft 2020 og foreslås videreført i 2017.

Det er etablert fire allmennelegetjenestene forskningsenheter (AFE). Formålet med dem er å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennelegetjeneste og derigjennom kvaliteten på allmennelegetjenestene.

For 2016 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 er viktige aktører i oppfølgingen av Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg – et kunnskapsystem for bedre folkehelse (HelseOmsorg21-strategien). Ett av satsningsområdene i strategien er et kunnskapsløft for kommunene. Forskningsfokus ved enhetene har i 2015 vært på internasjonalisering, implementeringsforskning og forskerutdanning (AFE Bergen), teoribygging og allmennelegetjenesteprosjekt (AFE Trondheim), samhandlingsforskning innen bl.a. luftveisinfeksjoner og helseatferd (AFE Tromsø) og allmennelegetjenesteprosjekt (AFE Oslo). Det foreslås videreført 16,5 mill. kroner til formålet i 2017.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble etablert i 2004 og er organisatorisk tilknyttet Uni Research Helse og faglig forankret ved Universitetet i Bergen. Senteret skal gjennom forskning, fagutvikling og undervisning, i samarbeid med andre fagmiljø, bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin. Blant senterets hovedoppgaver er å bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet samt bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet, etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet og sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse. Senteret bidrar også i mange kartleggingsprosjekter. Virksomheten omfatter også ansvar for kompetanseutvikling mv. i helsetjenestetilbudet til volds- og overgrepssatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). Blant særskilte bidrag i 2015 kan nevnes betydelige innspill til arbeidet med oppfølging av akuttmedisinforskriften og bidrag til nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over posten. Det ble bevilget 11,4 mill. kroner i 2016. Tilskuddet foreslås videreført med 11,4 mill. kroner i

2017. 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 2017.

Antibiotikasenter for primærmedisin

Antibiotikasenter for primærmedisin (ASP) 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. I tråd med føringene i Innst. 11 S (2015–2016) ble tildelingen til Antibiotikasenteret for primærmedisin i 2016 økt med 2 mill. kroner på kap. 762, jf. handlingsplanen mot antibiotikaresistens. Det foreslås å videreføre midler til senteret. Midlene må ses i sammenheng med midler til smittevern på post 21.

Post 73 Seksuell helse

Det foreslås å flytte 4,5 mill. kroner til post 21, knyttet til digitale tjenester rettet mot ungdom.

Regjeringen legger høsten 2016 fram en samlet strategi på seksuell helse. Strategien samler områdene som tidligere ble dekket 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.

Strategien tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets kompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte gjennom hele livsløpet. Når de to tidligere planene samles i en felles strategi gir det mulighet for å tydeliggjøre seksuell helse i bredt,

samt en helhetlig innsats for å styrke hele befolkningens seksuelle helse.

Tilskuddsordningen rettet mot hiv og seksuelt overførbare infeksjoner er lagt om fra og med 2016. Tilskuddsordningen har to overordnede målområder: en helhetlig ivaretagelse av hivpositive og forebygging av nysmitte av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Tilskudd gis til tiltak rettet mot mennesker som lever med hiv og mennesker som har økt sårbarhet for hiv og seksuelt overførbare infeksjoner, herunder bl.a. menn som har sex med menn og migranter. Fra 2016 tildeles det etter søknad treårige driftstilskudd innenfor hovedmålgruppene, i tillegg til årlige prosjekttilskudd. Samarbeid mellom tilskuddsmottakerne vektlegges for å sikre en koordinert innsats. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet. For 2016 omfatter ordningen i underkant av 23 mill. kroner, bevilget som tilskudd og prosjektstøtte til 24 ulike organisasjoner.

Antall personer registrert med nysmitte av hiv har vært gradvis fallende de siste årene. I 2015 var antall nysmittede det laveste på ti år. Nedgangen ses nå også blant menn som har sex med menn. Fortsatt er det undergrupper med økt risiko for hivsmitte, og innsatsen for å forebygge, avdekke og behandle smitte må opprettholdes.

Det foreslås å videreføre et 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 2016 er det totalt bevilget 44,6 mill. kroner til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse. Av dette er om lag 34 mill. kroner bevilget over denne posten og om lag 10,5 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 12,5 mill. kroner til kommunale og fylkesvise tiltak i 2016. Som oppfølging av nasjonale tiltak ble 20 mill. kroner bevilget som tilskudd til 25 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. 1,5 mill. kroner var øremerket organisasjonen Menneskeverd.

Sentrale indikatorer på seksuell helse viser en positiv utvikling siste femårsperiode. Forbruket av hormonell prevensjon øker markant, og abor-

traten er synkende i alle aldersgrupper. Det er likevel fortsatt utfordringer knyttet til seksuelt overførbare infeksjoner. Forekomsten av klamydia holder seg på et stabilt høyt nivå. Det siste året er det sett en økning av nysmitte med gonoré.

Fra 1. januar 2016 har helsesøstre og jordmødre hatt forskrivningsrett på all type hormonell prevensjon og kobberspiral til alle kvinner over 16 år, uavhengig av tjenestested. Tiltaket bidrar til å gjøre alle typer prevensjon lettere tilgjengelig for alle kvinner. Høgskoler og fagmiljø har via Helse- og omsorgsdepartementet fått stimuleringsmidler til å kurse ferdigutdannede helsesøstre og jordmødre i administrasjon av langtidsvirkende hormonell prevensjon.

Post 74 Stiftelsen Amatheia

Det foreslås 19,8 mill. kroner som driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia. Stiftelsen tilbyr gratis informa-

sjon, 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 Suss-telefonen (Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet). Stiftelsen har 13 veiledningskontorer. Per 31. desember 2015 var det 30 ansatte fordelt på 23 årssverk. Det ble gjennomført 12 578 konsultasjoner der 4741 av klientene hadde personlig frammøte. Av klientene var 93 pst. kvinner og 414 av konsultasjonene var parsamtaler.

Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	131 731	122 847	120 078
60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	329 907	383 171	408 768
61	Kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	50 470		
62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	445 677	461 891	468 653
71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	122 084	136 918	140 752
72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	226 803	262 378	266 125
73	Utviklingstiltak mv.	149 562	132 540	141 251
74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	294 388	297 094	304 700
75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	151 376	162 520	173 031
	Sum kap. 0765	1 901 998	1 959 359	2 023 358

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

- 20 mill. kroner for å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog.
- 17 mill. kroner knyttet til opptrappingsplanen mot vold og overgrep.
- 3 mill. kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold, som del av opptrappingsplanen for rusfeltet.

- 5 mill. kroner flyttet fra Kunnskapsdepartementets kap. 270, post 74, knyttet til målrettede tiltak fra studentsamskipnader og læringsinstitusjoner.
- Bevilgningen foreslås redusert med 5 mill. kroner knyttet til engangsbevilgning til Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) som følge av økt asylsankomst, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016) Tillegg 1.

- 4,4 mill. kroner flyttet til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 440, post 01, knyttet til Barnehusene.
- 3,6 mill. kroner flyttet til kap. 781, post 79, knyttet til Blå kors Kompasset.
- 19,1 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak, hvor av 16,1 mill. kroner i redusert priskompensasjon.

Bevilgningen dekker bl.a. statlige stimuleringsmidler til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, midler til brukerstyrking, 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 tjenester til voldsutsatte og arbeid for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep. 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.

Brukerne og pasientenes behov må styre 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.

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 helseutfordringer 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 sykdom er avgjørende for at tjenestene skal bli gode, sammenhengende og forsvarlige.

Nytt Partnerskap mot mobbing for 2016–2021 ble signert av regjeringen og 12 organisasjoner i januar 2016. Mobbing kan føre til alvorlige psykiske helseutfordringer, og arbeid mot mobbing er en viktig del av det forebyggende arbeidet mot psykiske helseproblemer.

Regjeringen gjennomfører en rekke tiltak for å styrke kompetansen i tjenestene og for å bedre sammenheng og forsvarlighet i behandlingsforløp. Innføring av pakkeforløp innen psykisk helse- og rusområdet skal bidra til gode, sammenhengende og tverrgående pasientforløp, økt forutsigbarhet og mer likeverdige tilbud, jf. kap. 2, punkt 2.8.

Innføring av plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud for mennesker med psykisk helse- og rusproblemer sikrer at brukere med slike helseutfordringer ikke stenges ute fra et godt, lokalt tilbud. Innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) skal bidra til at pasienter ikke blir boende i døgnavdelinger i spesialisthelsetjenesten etter at de er ferdigbehandlet. Forsøk med kommunal drift av distriktssenter (DPS) vil gi kunnskap om og erfaringer med mer sammenhengende pasientforløp når ansvaret for mer av behandlingen samles på ett nivå. Styrkingen av rekrutteringstilskuddet for psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester vil bidra til at minst 65 nye psykologårsverk kan opprettes.

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.

Opptappingsplanen for rusfeltet

Regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet og har gjennom Prop. 15 S (2015–2016) foreslått å styrke rusfeltet med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 150 mill. kroner i 2017. FNs bærekraftsmål 3.5 om styrking av forebygging og behandling av misbruk, følges opp gjennom opptappingsplanen.

Det ble bevilget 541 mill. kroner til oppfølging av opptappingsplanen i 2016. For 2017 foreslås en opptapping med 45 mill. kroner gjennom en tverrdepartemental oppfølging av opptappingsplanen, til følgende tiltak:

- Etablere tre nye Stifinner-enheter (12 mill. kroner), jf. omtale på Justis- og beredskapsdepartementets kap. 430, post 01.

- Styrke fengselshelsetjenesten (10 mill. kroner), jf. omtale under kap. 762, post 61.
- Kompetanseutvikling om rus og vold (3 mill. kroner), jf. omtale under post 74.

Etablere økt kunnskap om effekt av tiltak og behandling til rusmisbrukere gjennom Forskningsrådets program Helsevel (20 mill. kroner), jf. omtale under 780, post 50.

Videre foreslås det at 300 mill. kroner av veksten i kommunenes frie inntekter i 2017 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.

Tabell 4.11 Årlig opptrapping av rusfeltet (i mill. kroner)

År	Opptrapping	Sum bevilgning
2016	541 ¹	541
2017	345	900,9 ²

¹ 30 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av narkotikaprogram med domstolskontroll, 20 mill. kroner til styrking av tilskudd til arbeidstrening og aktivisering i regi av frivillige organisasjoner og sosialt entreprenørskap, 30 mill. kroner til opprettelse av flere MO-sentre, ACT-team og Lasso-liknende tiltak, 15 mill. kroner til styrking av tilskuddsordningen til oppfølging av barn av psykisk syke og barn av personer med rusproblemer, basert på erfaringene fra modellkommuneforsøket, 400 mill. kroner av veksten i frie inntekter er begrunnet med økt satsing på rusfeltet. I tillegg har Stortinget øremerket 46 mill. kroner til navngitte ideelle organisasjoner på rusfeltet i 2016.

² 2016 bevilgningen er prisjustert

Vold og overgrep

Arbeidet mot vold i nære relasjoner og overgrep er høyt prioritert av regjeringen. Bruk av vold er i strid med norsk lov og et angrep på grunnleggende menneskerettigheter. Dette gjelder også vold i nære relasjoner og vold som anvendes med den hensikt å oppdra barn. Vold i nære relasjoner og overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak, samt hjelp fra krisesentertilbud, sosialhjelp og økte behov for politiressurser. I tillegg til å følge opp tidligere fremlagte handlings- og tiltaksplaner på dette området, fremmer regjeringen

høsten 2016 en opptrappingsplan mot vold og overgrep. Dette er i tråd med Stortingets anmodningsvedtak nr. 623 (2014–2015). Det er nødvendig med et tverrsektorielt samarbeid for å løse utfordringene. Det gjennomføres et omfattende tverrdepartementalt arbeid for å forebygge og avverge vold og å bedre tilbudet til voldsutsatte og traumatiserte personer. Det er behov for tiltak som kan forebygge at mennesker utvikler seg til voldsutøvere, samt å hindre at utøvelse av vold og overgrep skjer igjen. En viktig del av dette arbeidet vil være å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep. Videre skal tjenestenes kompetanse styrkes, kunnskap videreutvikles og behandlingstilbudet skal bedres.

Regjeringen foreslår for 2017 en samlet bevilgning på 176 mill. kroner gjennom opptrappingsplanen. Av dette er det under Helse- og omsorgsdepartementets område foreslått 72 mill. kroner, hvorav 50 mill. kroner til helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom kommunenes frie inntekter. De resterende 22 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett går til kompetansetiltak og andre forbedringer av tjenestenes ivaretagelse av volds ofre, samt tiltak for overgripere:

- 5 mill. kroner til de fem Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) til økt kompetanse i helse-tjenesten om vold mot barn.
- 6,5 mill. kroner til arbeidet med overgripere, hvorav 5 mill. kroner til RVTSene og 1,5 mill. kroner til arbeid ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) om overgripere.
- 5,5 mill. kroner til utredningsprosjekt om behandling og forløp både for barn, unge og voksne.
- 5 mill. kroner til å styrke forskningsprogrammet Helsevel i regi av Norges forskningsråd, for å følge opp kunnskapsbehov identifisert i opptrappingsplanen, jf. omtale på kap. 780, post 50.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 840 (2015–2016), 9. juni 2016:

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og

kurative initiativ. I utformingen av strategien skal barn og unges erfaringer og råd inkluderes.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument nr. 8:43 S (2015–2016), jf. Innst. 346 S (2015–2016).

Regjeringen vil utarbeide en strategi for barn og unges psykiske helse, som en del av en samlet strategi for befolkningens psykiske helse. Strategien skal omfatte både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak, og regjeringen tar sikte på å legge den fram våren 2017.

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 i forbindelse med behandlingen av Dokument nr. 8:54 S (2013–2014), jf. Innst. 274 S (2013–2014).

Vedtaket vil bli fulgt opp gjennom regjeringens oppfølging av anmodningsvedtak nr. 840 (2015–2016) om å utarbeide en strategi for barn og unges psykiske helse. Departementet tar sikte på å legge fram en slik strategi våren 2017.

Vedtaket nr. 786 (2015–2016), 7. juni 2016:

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

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

Spørsmål om kroppspress og reklame er omtalt i ungdomshelsestrategien. Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014–2015)) legger til grunn at psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet og legge mer vekt på forhold som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Kommunikasjonsarbeidet om fysisk aktivitet og kosthold skal i større grad legge vekt på trivsel, glede og mestringsaspektet ved å være i bevegelse, og å ha gode mat- og måltidsvaner som kan skape trygghet og bevissthet og gjøre barn og unge mer kritiske til press fra omgivelser gjennom bl.a. sosiale medier. Dette skal bl.a. ivaretas i ny

handlingsplan om kosthold som legges fram våren 2017. Kampanjen Dine30 har som uttrykt mål å være en motvekt til kroppspress og strenge treningsregimer. Arbeidet mot kroppspress vil videre være en del av regjeringens strategi for psykisk helse som skal inneholde både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ.

Vedtaket nr. 787 (2015–2016), 7. juni 2016:

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

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

Spørsmål om kroppspress og reklame er omtalt i ungdomshelsestrategien. Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014–2015)) legger til grunn at psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet og legge mer vekt på forhold som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Kommunikasjonsarbeidet om fysisk aktivitet og kosthold skal i større grad legge vekt på trivsel, glede og mestringsaspektet ved å være i bevegelse, og å ha gode mat- og måltidsvaner som kan skape trygghet og bevissthet og gjøre barn og unge mer kritiske til press fra omgivelser gjennom bl.a. sosiale medier. Dette skal bl.a. ivaretas i ny handlingsplan om kosthold som legges fram våren 2017. Kampanjen Dine30 har som uttrykt mål å være en motvekt til kroppspress og strenge treningsregimer. Arbeidet mot kroppspress vil videre være en del av regjeringens strategi for psykisk helse som skal inneholde både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 4,4 mill. kroner til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 440, post 01, knyttet til Barnehus.
- 1,6 mill. kroner til post 75, knyttet til arbeidet med flyktninger og asylsøkere.
- 2,6 mill. kroner til Kulturdepartementets kap. 315, post 79, knyttet til Homeless World Cup.

Det foreslås å styrke bevilgningen med til sammen 7,5 mill. kroner knyttet til opptrappingsplanen mot vold og overgrep, herunder 2 mill. kroner til RVTS Sør og 5,5 mill. kroner til et utredningsprosjekt for voldsutsatte og overgripere.

Videre foreslås bevilgningen redusert med 4,5 mill. kroner til styrking av andre prioriterte tiltak, hvorav 1,5 mill. kroner i redusert priskompensasjon.

Bevilgningen dekker statlige driftsutgifter til kompetanse- og kvalitetsutvikling på rus-, volds- og psykisk helsefeltet.

Opptrappingsplanen for rusfeltet

Helsedirektoratet og rådgiverne i rusmiddel-spørsmål hos Fylkesmannen er sentrale i gjennomføringen av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere et evalueringsprogram for å følge effektene av opptrappingsplanen. Evalueringen skal inkludere brukere- og pårørendes erfaringer fra planperioden. Det foreslås satt av 1 mill. kroner til evalueringen i 2017.

I tillegg til overvåking av framdrift og evaluering, er det viktig å bidra til å gjøre planen kjent og holde oppmerksomheten oppe. Helsedirektoratet i samarbeid med rusrådgiverne hos Fylkesmannen har fått i oppdrag å etablere et opplegg som sikrer erfaringsutveksling og spredning av gode eksempler.

Vold og traumatisk stress

Bevilgningen over posten dekker arbeid med tiltak mot traumer, vold og overgrep, herunder tiltaksplan om barn og unge, arbeidet mot radikalisering og voldelig ekstremisme, arbeid med traumatiserte, arbeid med overgripere og arbeidet mot mobbing. Bevilgningen finansierer bl.a. handlingsplan tiltak som Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og de fem Regionale kompetansesentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging skal gjennomføre.

Det har vært dialog mellom Senter for kripsykologi og Helse- og omsorgsdepartementet om framtidig tilknytning og finansiering av senteret. Det tas sikte på videre dialog og avklaring i 2017.

Arbeid med kompetanse og tilbud til overgripere skal videreutvikles og det skal utvikles en strategi for økt spredning og innsats. Det foreslås 1 mill. kroner til dette i 2017.

Regjeringen vil høsten 2016 fremme en opptrappingsplan mot vold og overgrep i tråd med Stortingets anmodningsvedtak nr. 623 (2014–2015). Bevilgningen over posten skal også dekke oppfølgings- og utredningsarbeid knyttet til dette. I arbeidet med opptrappingsplanen er det kommet forslag om å utarbeide pakkeforløp for dem som

har vært utsatt for vold og overgrep. Det er foreslått egne forløp for overgripere. Arbeidet vil gjelde tjenester både på kommunalt og statlig nivå. Helsedirektoratet kan få i oppdrag å gjennomføre prosjekt i samarbeid med bruker-, fag- og interesseorganisasjoner samt andre relevante direktorater. I likhet med kreftrådet har arbeidet med vold mange forskjellige problemstillinger og behovet for tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid er stort. Voldsområdet er tabubelagt og mangler fortsatt retningslinjer og veiledere. Det foreslås 5,5 mill. kroner til et utredningsprosjekt for å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for behandling og utrede forløp for voldsutsatte og voldsutøvere.

Rus- og psykisk helse- og omsorgsdepartementet hos Fylkesmannen

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.

Rådgiverne i rusmiddel-spørsmål hos Fylkesmannen er sentrale i gjennomføringen av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), og skal i samarbeid med Helsedirektoratet bl.a. bidra til erfaringsutveksling og spredning av gode eksempler.

Det foreslås 15 mill. kroner i belastningsfullmakt i 2017.

Nasjonalt 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 fra Helsedirektoratet viser at en rekke tiltak i strategien er iverksatt i 2015, som etablering av Switch-kampanjen i de største kommunene, en egen tilskuddsordning for kommunene med størst overdosebelastning er etablert og et læringsnettverk samordner erfaringene. Livreddende motgift i form av naloxon nespray er gjort tilgjengelig i Oslo og Bergen. I 2016 har kommunenettverket påbegynt arbeidet

med en håndbok i overdoseforebygging i kommunene. Videre etablerer Pasientsikkerhetskampanjen piloter i overdoseforebygging i fire fengsler. Arbeidet for å styrke det overdoseforebyggende fokuset i etablerte tiltak i spesialisthelsetjenesten fortsetter, særlig i LAR. Naloksonprosjektet utvides til flere kommuner.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til overdosestrategien i 2017.

Læringsnettverk

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle et verktøy for forbedring av pasientforløp i kommunene for voksne 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. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til KS til formålet i 2017.

Behovet for å forbedre pasientforløp, koordinering og samordning er kan hende enda større for barn og unge med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Helsedirektoratet har over tid samarbeidet med KS om et læringsnettverk for å utvikle pasientforløpene for barn og unge. Det foreslås å øremerke 2 mill. kroner til KS til læringsnettverk for barn og unge med psykisk helse- og/eller rusproblemer i 2017. Samlet foreslås det 4 mill. kroner til utvikling og drift av læringsnettverk på psykisk helse- og rusområdet.

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 startet 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. Se også omtale under kap. 761, post 21.

Bevilgningen til formålet foreslås videreført med 5 mill. kroner i 2017.

Statistikkutvikling

Helsedirektoratet har iverksatt flere tiltak for å følge med på utviklingen og skaffe økt kunnskap om helse- og omsorgstjenestene til personer med rus og/eller psykiske problemer.

Gjennom årlig rapportering innhenter Helsedirektoratet betydelig informasjon fra kommunene om status og utvikling innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS 24/8-rapportering). Statistikken dekker kommunenes årsverksinnsats, kompetanse og tjenesteorganisering.

Brukerplan er et verktøy som i utgangspunktet var utformet for kommuner som ønsket å kartlegge 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 Helsedirektoratet har Helse Stavanger HF i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (Napha) arbeidet systematisk med opplæring og tilrettelegging for Brukerplan-kartlegging blant landets kommuner. I 2015 gjennomførte om lag 222 kommuner Brukerplan-kartlegging og 18 913 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.

Homeless World Cup 2017

Norge skal arrangere Homeless World Cup i 2017, og Stortinget har gjennom Innst. 360 S (2014–2015) samtykket til at regjeringen kunne gi tilsagn om et statlig tilskudd til Frelsesarmeen for forberedelse og gjennomføringen av arrangementet. Det foreslås å flytte 2,6 mill. kroner til Kulturdepartementets kap. 315, post 79.

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.

Rask psykisk helsehjelp

Evalueringen av Rask psykisk helsehjelp viser at tilbudet både er etterspurt og effektivt, og at det når målgruppen med milde til moderate angst- og depresjonslidelser. Å videreutvikle og spre denne modellen forutsetter videre arbeid med relevante terapiutdanninger, erfaringsutveksling og utvikling av selvhjelpsmateriell og digitale verktøy. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner til formålet i 2017. Se også omtale under kap. 765, post 60.

Evaluering av fleksible oppsøkende behandlingsteam (Fact)

Evalueringen av de aktivt oppsøkende behandlingsteamene etter ACT-metoden viste imponerende 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 under evaluering. Bevilgningen på 2 mill. kroner til evaluering av Fact-modellen foreslås videreført i 2017. Se også omtale under kap. 765, post 60.

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – RVTS Sør

Det er siden opprettelsen av senteret bevilget midler til særskilte satsninger og tiltak, bl.a. knyttet til statlige handlingsplaner og strategier. Midlene er videreført for å dekke finansiering av arbeid med spesifiserte temaer og tiltak. I 2016 ble senteret styrket med 0,6 mill. kroner for å øke bevilgningen for arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

I 2016 ble det bevilget 2 mill. kroner over post 21 til arbeid med asylsøkere og flyktninger. Disse midlene er for 2017 foreslått fordelt til de fem RVTSene, og RVTS Sør foreslås styrket med 0,4 mill. kroner. De fire øvrige RVTSene tildeles midler over post 75.

Det foreslås å styrke hver av de fem RVTSene med 2 mill. kroner for tiltak mot vold og overgrep, henholdsvis å øke helsepersonells kompetanse og styrke helsetjenestens arbeid med overgripere. Det foreslås til sammen 21,5 mill. kroner til RVTS Sør. Bevilgningen til de fire øvrige sentrene bevilges over post 75.

Barnehus

Statens barnehus er i dag finansiert over ulike kapitler og poster fra flere departementer i statsbudsjettet. Det er Justis- og beredskapsdepartementet som har hovedansvar for barnehusene. Det er ønskelig å samle tildelingen under Justis- og beredskapsdepartementet. Bevilgningen på 4,4 mill. kroner over dette kap. foreslås derfor flyttet til kap. 440, post 01.

Post 60 Kommunale tjenester

Det foreslås å styrke bevilgningen med 20 mill. kroner knyttet til rekruttering av psykologer i kommunen.

Bevilgningen foreslås videre redusert med 5 mill. kroner knyttet til mindre priskompensasjon.

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 tidligst fra 2020. Fram til lovplikten trer i kraft vil kommuner som rekrutterer psykolog til sine helse- og omsorgstjenester kunne motta et årlig tilskudd per psykologårsverk.

Psykologene som rekrutteres gjennom ordningen, kan arbeide systemrettet og/eller klinisk med mennesker i alle aldersgrupper med risiko for å utvikle, eller som har utviklet problemer med psykisk helse, rus eller vold. 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 og at psykologene skal bidra til å spre og heve kompetanse i tjenestene.

Det har vært en solid økning i rekrutteringen fra 2013 til 2015, hvor antall stillinger det ble ytt tilskudd til økte fra 130 til 350. Over halvparten (240) av landets kommuner og bydeler hadde re-

kruttert psykolog gjennom tilskuddsordningen ved utgangen av 2015.

Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløft 2020.

Det foreslås å styrke bevilgningen til rekruttering av psykologer i kommunene med 20 mill. kroner i 2017, til samlet 165 mill. kroner. Styrkingen legger til rette for minst 65 nye årsverk i 2017.

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.

Tilskuddsordningen ble opprettet i 2015 da fem ulike ordninger ble samlet. Det er Fylkesmannen som forvalter ordningen. Ordningen omfatter mange formål og rommer ulike tiltak, noe som kan oppleves utfordrende både for søkere og for Fylkesmannen. Det er for tidlig å måle effekt av ordningen, men Helsedirektoratet anser imidlertid at ordningens innretning i hovedsak treffer de uttalte behovene som finnes på psykisk helse- og rusfeltet.

Resultatrapporteringen viser at Fylkesmannen til sammen mottok om lag 300 søknader for om lag 415 mill. kroner. Det ble innvilget 238 søknader i 2015. Tildelingene i 2015 gikk i hovedsak til følgende formål:

- Aktivt oppsøkende behandlingsteam, herunder ACT- og fleksible ACT-team (Fact-team) (77 tiltak).
- Boligrelaterte tiltak, som oppfølgingstjenester i bolig, inkl. Housing first (39 tiltak).
- Samhandling om utsatte barn og unge (55 tiltak).

I tillegg ble det gitt tre tildelinger til Mottaks- og oppfølgingssenter (MO-senter).

Det er et behov for å innrette tjenester og hjelpetiltak slik at den enkelte møter et sammenheng-

ende, helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud. Oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen er evaluert. Evalueringen viser svært gode resultater med halvering av antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten, inntil 70 pst. reduksjon i tvangsbruk og mer fornøyde brukere og pårørende. 60 pst. av brukerne i teamene har betydelige rusproblemer i tillegg til sine alvorlige psykiske lidelser. Styrket samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er nøkkelen for å sikre alvorlig psykisk syke et godt tjenestetilbud.

Etablering av flere oppsøkende behandlingsteam inngår som en av de fem prioriterte tiltakene i Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

I 2016 ble det bevilget 217,5 mill. kroner til formålet. Det foreslås til sammen 225 mill. kroner til utvikling av tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester i 2017.

Anmodningsvedtak

Vedtaket nr. 437.4 (2015–2016), 12. januar 2016:

«Stortinget ber regjeringen om å styrke ordningen med fleksible oppsøkende behandlingsteam for å understøtte kommuner som har behov for dette.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:37 S (2015–2016).

Fleksible oppsøkende behandlingsteam etter Fact-modellen er en helsetjeneste rettet mot mennesker med alvorlig psykisk sykdom som også har utfordringer med å benytte de ordinære helse-tjenestene. Samtidig er en styrking av oppsøkende behandlingsteam et viktig grep for å sikre god og effektiv hjelp til de som trenger det mest. Derfor er oppsøkende behandlingsteam et prioritert tiltak i Opptappingsplanen for rusfeltet, og et satsningsområde for regjeringen.

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. Se også omtale under kap. 765, post 21.

I 2015 ble det gitt tilskudd til videre drift av 18 pilotprosjekter, samtidig som det ble ytt tilskudd til etablering av fem nye piloter. Totalt er dermed 23 kommuner, bydeler og interkommunale samarbeid med i prosjektet. Folkehelseinstituttet evalu-

erer pilotprosjektet, og endelig rapport skal foreligge i løpet av høsten 2016.

Foreløpige resultater viser at tiltaket er godt, effektivt og etterspurt. Midlene som foreslås bevilget for 2017 skal sikre forutsigbarhet for kommuner og bydeler som allerede mottar tilskudd i 2016, og samtidig bidra til etablering av nye tilbud. Det foreslås å gradvis legge om tilskuddet til et etableringstilskudd.

I 2016 ble det bevilget 17 mill. kroner til utprøving av Rask psykisk helsehjelp. Det foreslås å bevilge 18 mill. kroner til formålet i 2017.

Post 62 Rusarbeid

Formålet med tilskuddet er å bidra til kapasitetsvekst i det samlede kommunale tilbudet til personer med rusproblemer, slik at mennesker med rusproblemer får et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Kommunene kan organisere tjenestene etter eget behov, herunder etablere egne tjenester eller inngå samarbeid med privat, frivillig eller ideell sektor. Samarbeidet må falle inn under formål nevnt i regelverket, samt oppfylle krav som kommer fram under tildelingskriterier. Kommunen vil være søker, mottager og rapporteringspliktig for tilskuddet. Tilskuddet skal bidra til varig kapasitetsvekst, og ikke til tidsavgrensede prosjekter og liknende.

Videre er det et prioritert mål for regjeringen å styrke bruker- og pårørendeperspektivet i tjenestene. Brukermedvirkning er nødvendig for å sikre at brukernes erfaringer blir hørt, og at deres behov blir ivaretatt. Medarbeidere med brukererfaring eller erfaringskonsulenter kan ansettes gjennom ordningen.

Ordningen ble reetablert i 2014 etter å ha vært innlemmet i rammetilskuddet til kommunene i 2013. Tiltak som hadde fått tilskuddsmidler i 2012 kunne søke videreføring over ordningen. Av 374 søknader i 2014 var om lag 1/3 oppgitt som videreføring fra før 2013. Det er grunn til å tro antall videreføring var høyere.

Ordningen forvaltes av Fylkesmannen som mottok 601 søknader om tilskudd i 2015 med et samlet søknadsbeløp på 678,2 mill. kroner. 526 tiltak mottok tilskudd i 2015, av disse er 142 oppgitt som nye tiltak. 269 kommuner omfattes av tilskuddsordningen.

Resultatrapportering fra Helsedirektoratet viser at ordningen i all hovedsak bidrar til å opprettholde eksisterende tiltak, og at måloppnåelse knyttet til formålet om økt kapasitet ikke oppnås. Dette skyldes bl.a. at det i dagens ordning er et

stort innslag av videreføring av prosjekter, og at det er ingen tidsbegrensninger knyttet til antall år en kommune kan motta tilskudd.

Det er fortsatt et behov for å stimulere til økt kapasitetsvekst innen kommunalt rusarbeid. Det foreslås derfor at tilskuddsordningen innrettes som et tidsbegrenset tilskudd fra og med 2017. Det foreslås at tilskudd kan gis for inntil fire år, med en årlig nedtrapping. Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide nytt regelverk, herunder innrette en overgangsordning for eksisterende tilskuddsmottakere. Videre må nytt regelverk inkludere tildelingskriterier som sikrer at kommunene i sitt arbeid med å sikre varig kapasitetsvekst kan inngå samarbeid med private, frivillige eller ideell sektor.

I 2016 ble det bevilget om lag 462 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 468,6 mill. kroner til formålet i 2017. Bevilgningen foreslås redusert med 6 mill. kroner knyttet til mindre priskompensasjon.

Post 71 Brukere og pårørende

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 som f.eks. de regionale brukerstyrte sentrene og selvhjelpsgrupper mv. Diagnose- og gruppenøytrale paraplyorganisasjoner for pårørende kan også motta støtte gjennom ordningen.

I 2015 ble det gitt tilskudd til 34 ulike interesseorganisasjoner innen rus- og psykisk helsefeltet. Disse organisasjonene har bidratt positivt til å fremme brukermedvirkning og blir hyppig benyttet i råd, utvalg og styrings- og arbeidsgrupper. I tillegg mottar de seks regionale brukerstyrte sentrene tilskudd gjennom ordningen. Disse er viktige møteplasser for brukere, pårørende, organisasjoner og fagmiljø, og drev i 2015 også med utstrakt formidling av brukererfaringer. 12 pårørendesentre/-tiltak og ett senter for etterlatte etter selvmord mottok også tilskudd over ordningen i 2015.

I 2016 ble det bevilget 99,5 mill. kroner til tilskudd til bruker- og pårønderarbeid. Det foreslås bevilget 108 mill. kroner til formålet i 2017.

Det foreslås å øremerke 2,1 mill. kroner til Harry Benjamin Ressursenter og 0,5 mill. kroner til organisasjonen MOT.

Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse arbeider for økt kunnskap om psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering, og er en paraplyorganisasjon med 29 medlemsorganisasjoner på tvers av bruker- og pårørendeorganisasjoner, humanitære organisasjoner, universiteter og høyskoler og profesjonsorganisasjoner og fagforbund. Rådet gir ut bladet Psykisk helse, arrangerer dialogkonferanser og initierer møteplasser og konferanser, driver utstrakt opplysningsarbeid og var i 2015 representert i 32 ulike komiteer og utvalg.

I 2016 ble det bevilget 3,7 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført i 2017.

Selvhjelp

Målet med bevilgningen er å gjøre metoden selvorganisert selvhjelp tilgjengelig for flere, og å fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp på psykisk helse- og rusfeltet. Nasjonalt plan for selvhjelp ble revidert i 2014, og løper ut 2018. Selvhjelp Norge består av et hovedkontor i Oslo og sju distriktskontorer. I 2015 økte antall lokale kontaktpunkter fra 107 til 117, og det ble gjennomført 70 fagdager i regi av distriktskontorene. Selvhjelp Norge deltok i 2015 på mer enn 40 konferanser for å informere om selvorganisert selvhjelp både til bruker- og yrkesgrupper. Det ble også gjennomført seks regionale konferanser med totalt 435 deltakere.

I 2016 ble det bevilget 17,5 mill. kroner til Selvhjelp Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2017.

Verdensdagen for psykisk helse

Verdensdagen for psykisk helse er en årlig markering som holdes over hele verden 10. oktober med mål om å øke befolkningens forståelse av egen psykiske helse, faktorer som bidrar til god og dårlig psykisk helse og økt åpenhet om psykisk helse i samfunnet. Mental Helse koordinerer arrangementene som blir gjennomført i perioden medio september til medio oktober.

Overordnet tema i 2013, 2014, og 2015 var inkludering og relasjoner. I 2015 var temaet egenverdi og psykisk helse, med kampanjenavnet Se hverandre – kast maska. Våren 2015 ble det arrangert 12 forberedende dialogkonferanser, og i arrangementsperioden ble det gjennomført totalt 652 arrangementer.

I 2016 ble det bevilget 6,4 mill. kroner til Verdensdagen for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført i 2017.

Post 72 Frivillig arbeid mv.

Det foreslås å flytte 3,6 mill. kroner til kap. 781, post 79, knyttet til Blå kors Kompasset.

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.

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 28 søknader på til sammen 153,9 mill. kroner for 2015. Det ble gitt 100,7 mill. kroner i tilskudd til 16 søkere. Tilsvarende for 2016 har det kommet søknader for 137 mill. kroner, og det er gitt 112 mill. kroner i tilskudd til 15 søkere.

I likhet med tidligere år er det en rekke bindinger på posten, og Helsedirektoratet rapporterer om at totalt 93,5 mill. kroner var i 2015 bundet opp til seks tilskuddsmottakere, og om lag 109 mill. kroner er bundet opp til 4 mottakere i 2016 (se tabell 4.12).

Videre viser resultatrapporteringen fra Helse- og omsorgsdepartementet at målet om samarbeid med kommunene har lav måloppnåelse, hvorav kun tre tiltak utelukkende tilbyr plass når kommunene stiller dekningsgaranti. Totalt er kapasitetsutnyttelsen på om lag 72 pst., og kommunene har stilt dekningsgaranti for om lag 1/3 av totalt forbrukte liggedøgn. Videre viser rapporteringen at tiltakene som utelukkende tilbyr plasser der kommunene stiller dekningsgaranti har høyere kapasitetsut-

nyttelse enn de andre tiltakene, og har mindre behov for tilskudd.

Helsedirektoratet har i 2016 flyttet enkelte mottakere mellom denne og tilskudd til aktivitets-tiltak, for å sikre at midlene i størst mulig grad utbetales i tråd med formålet, uten at det har innvirkning på totalbevilgningen på posten. I 2016 ble det gitt tilskudd på om lag 112 mill. kroner gjennom ordningen. Bevilgningen foreslås videreført samme nivå i 2017.

Tabell 4.12 Øremerkede tilskudd i 2015 og 2016

	Øremerket tilskudd i 2015	Øremerket tilskudd i 2016	Merknad
Stiftelsen Kirkens bymisjon Oslo – 24sju	24 218 685	0	Øremerket i Prop. 1 S (2014–2015)
Frelsesarmeen – Gatehospital i Oslo	29 228 875	39 228 875	Øremerket i Prop. 1 S (2014–2015) og i Innst. 11 S (2015–2016)
Frelsesarmeen – Gatehospital i Bergen	0	20 000 000	Øremerket i Innst. 11 S (2015–2016)
Stiftelsen Evangeliesenteret	22 627 000	30 627 000	Øremerket i Innst. 11 S (2014–2015) Innst. 360 S (2014–2015) og i Innst. 11 S (2015–2016)
Stiftelsen P22	14 800 000	18 800 000	Øremerket i Innst. 11 S (2014–2015) Innst. 360 S (2014–2015) og i Innst. 11 S (2015–2016)
Stiftelsen Guts	1 200 000	0	Øremerket i Innst. 11 S (2014–2015)
Stiftelsen Sørums gård	1 500 000	0	Øremerket i Innst. 11 S (2014–2015)
Helseklyngen i Valdres	0	1 000 000	Øremerket i Innst. 11 S (2015–2016)
Sum	93 574 560	109 655 875	

Juridisk gjennomgang av tilskuddsordningen

I 2016 har det vært en juridisk gjennomgang av dagens tilskuddsordning til frivillige og ideelle organisasjoner som driver institusjonstilbud til personer med rusproblemer (kap. 765, post 72). Bakgrunnen for gjennomgangen har vært en usikkerhet mht. reglene om statsstøtte og anskaffelsesreglene. Dette er et krevende regelverk, noe som har medført en forsinkelse i kunngjøringen av denne ordningen for budsjettåret 2016, jf. omtale i

Prop. 123 S (2015–2016) Kommuneproposisjonen 2017.

Regjeringen er opptatt av å skape et større rom for private og ideelle initiativ i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Det er gjennomført egne møter med tilskuddsmottakerne om problematikken. Videre er aktuelle alternativer drøftet med tilskuddsmottakerne, herunder fordeler og ulemper ved aktuelle alternativer. Helse- og omsorgsdepartementet oppfatter at flertallet av tilskuddsmottakerne ønsker å videreføre dagens ordning, herunder at det innledes en dialog med

ESA. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor i samarbeid med Nærings- og fiskeridepartementet innlede en dialog med ESA for å få vurdert om dagens ordning er forenlig med støttereglene.

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 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 85 søknader på til sammen 140,9 mill. kroner for 2015. Av disse ble det gitt tilskudd på om lag 92,4 mill. kroner til 74 tilskuddsmottakere. Tilskuddene dekker imidlertid langt flere tiltak da søknadene omhandler flere prosjekter.

I helse- og omsorgskomiteens budsjettinnstilling og revidert nasjonalbudsjett for 2016 ble 14 tiltak øremerket, noe som bandt opp 22,4 mill. kroner.

Helsedirektoratet vurderer at ordningen oppfyller sitt formål om å støtte opp om frivillige virksomheter og større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Flere av tiltakene har høy grad av brukerstyring og brukermedvirkning. Det har videre vært rom for å tilgodese flere søkere enn tidligere. Det har vært en økning i antall tiltak med fokus på fysisk aktivitet, fritids- og sosiale aktiviteter og nettverksbygging. I tillegg bidrar tiltakene med oppsøkende arbeid, møteplasser og kafeer, arbeidstrening og likemannsarbeid. Det er imidlertid i mindre grad dokumentert samarbeid med kommunene i form av samarbeidsavtaler eller som en del av rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Det er derfor i liten grad dokumentert at tiltakene og tilskuddsordningen bidrar som et supplement og dekker lokale behov. Det er videre relativt få tydelig avgrensede prosjekter som kan bidra til innovasjon og utvikling av nye tiltak. Dette, sammen med at deler av midlene er bundet opp av øremerkede tilskudd, gjør at det er lite dynamikk i tilskuddsordningen.

Flere av de øremerkede tiltakene vurderes å falle inn under tilskudd til bruker og pårørende-

arbeid over kap. 765, post 71, og vil bli tildelt midler over denne ordningen fra 2016. Landsforeningen for forebygging av selvsykdom og selvmord (LFSS) og Stabburshella er imidlertid øremerket under posten i 2016, men vurderes å falle inn under kap. 765, post 71. Blå Kors – Kompasset er øremerket tilskudd under kap. 781, post 79. Det ble likevel øremerket 3,5 mill. til tiltaket under kap. 765, post 72. I tillegg er tiltak som normalt faller utenfor ordningen, og således bidrar til lavere måloppnåelse, øremerket under posten for 2016. Dette gjelder Stiftelsen Kraft, Bjugstadhøiden Gård og Helseklyngen Valdres & Land.

I 2016 ble det gitt tilskudd på om lag 106 mill. kroner gjennom ordningen. Det foreslås å videreføre bevilgningen på om lag samme nivå i 2017.

Hjelpetelefoner og netjtjenester

Formålet med bevilgningen er å sikre driften av den landsdekkende hjelpetelefonen, nettsiden for mennesker med psykiske vansker og deres pårørende drevet av Mental Helse, Kirkens SOS krise-tjeneste og Snakk om mobbing, den nasjonale chattetjenesten til Blå Kors. 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.

Mental Helses Hjelpetelefon besvarte i 2015 55 694 anrop, en liten nedgang fra 2014. Veilednings- og vennetjenesten på nettsiden sidetmedord.no mottok samlet nærmere 52 000 meldinger, en betydelig økning fra 2014.

Kirkens SOS besvarte i 2015 161 627 telefonsamtaler, 8075 samtaler på SOS-chat og 6530 SOS-meldinger. Dette er en reduksjon fra 2014. Kirkens SOS rapporterer om utfordringer med å rekruttere frivillige medarbeidere, noe som innebærer færre åpne linjer og færre besvarte telefoner. Gjennom målrettet arbeid i 2015 økte likevel antall frivillige igjen mot slutten av året. Blå Kors Snakk om mobbing åpnet september 2015. I denne første oppstartsperioden fra 21. september – 31. desember mottok tjenesten 1501 henvendelser og gjennomførte 1233 samtaler med barn og unge.

Nasjonal kontakttelefon for eldre utsatt for vold mottok 212 henvendelser i 2015, mot 238 i 2014. Om lag halvparten av henvendelsene kommer fra hjelpeapparatet, og halvparten av henvendelsene er fra private. Over 60 pst. av henvendelsene kommer fra Oslo, og Vern for eldre har innledet et samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og de Regionale res-

sursstrentene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, bl.a. med mål om å gjøre tjenesten mer kjent for hjelpeapparatet.

I 2016 ble det bevilget 37,3 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 38,3 mill. kroner i 2016, hvor midlene foreslås øremerket med 18,1 mill. kroner til krisetjenesten til Kirkens SOS, 17,5 mill. kroner til Mental Helses hjelpetelefon, 1,5 mill. kroner til Blå Kors Snakk om mobbing og 1,1 mill. kroner til Vern for eldre i Oslo.

Anmodningsvedtak

Vedtaket nr. 92 (2015–2016), 3. desember 2015:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget i forbindelse med kommuneproposisjonen med en vurdering av hvordan det kan legges til rette for bruk av omsorgstilbud i frivillig sektor utenfor spesialisthelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 2 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp gjennom følgende omtale i Prop. 123 S (2015–2016) Kommuneproposisjonen 2017:

«Anmodningsvedtaket henviser til omsorgstilbud utenfor spesialisthelsetjenesten, uten at det er nærmere redegjort for dette begrepet. Helse- og omsorgsdepartementet oppfatter at omsorgstilbud utenfor spesialisthelsetjenesten er tilbud som tilsvarende heldøgns omsorgsplasser og andre helse- og omsorgstjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Avgrenset til helse- og omsorgstjenester (utenfor spesialisthelsetjenesten) levert fra frivillige og ideelle organisasjoner, omhandler dette i all hovedsak tjenester som kommunene er pålagt å utføre etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at det er kommunene som er ansvarlige for hvordan tjenestene organiseres, herunder de organiseres og driftes i egenregi, eller utføres i samarbeid med frivillige, ideelle eller private aktører gjennom avtaler eller anbud. Når kommunene har regien på tilbudet lokalt, vil pasientene og brukerne sikres grunnleggende rettigheter i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven, som rett til vedtak og rett til å klage. Regjeringen ønsker å stimulere til et mangfold som sikrer brukerne gode tjenester, og det er ønskelig at kommunene i større grad samhandler med frivillig og ideell sektor. Regjeringen lanserte

høsten 2015 et inspirasjonshefte om hvordan kommunene og frivillige organisasjoner kan samarbeide bedre.

Det eksisterer ikke informasjon om det eksakte omfanget av kommunenes bruk av frivillige, ideelle og private aktører. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at om lag 11 pst. av dagens heldøgns omsorgsplasser drives av private aktører, hvorav 4,9 pst. av private ideelle organisasjoner. Av Helsedirektoratets rapporteringsskjema for årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) framgår det at om lag 50 pst. av kommunesektoren rapporterer om at de har kjøpt helse- og omsorgstjenester for personer med rusproblemer fra frivillige og ideelle organisasjoner.

De nye anskaffelsesreglene for kjøp av helse- og sosialtjenester som vil tre i kraft i løpet av 2016, vil medføre at det offentlige som hovedregel må kunngjøre kjøp, slik at alle private, også kommersielle, kan gi tilbud. Imidlertid vil det offentlige selv kunne velge hvem de vil be om tilbud fra for kjøp under 6,3 mill. kroner. Dette åpner for at kommunene kan velge å gjennomføre konkurranse mellom kun ideelle virksomheter når de kjøper for mindre enn 6,3 mill. kroner.

I tillegg til de avtaler som kommunene selv inngår med ideelle og frivillige organisasjoner, bidrar staten på enkelte områder gjennom tilskudd til å støtte opp om frivillige og ideelle organisasjoner, som blant annet drifter omsorgstilbud.»

Post 73 Utviklingstiltak mv.

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra Kunnskapsdepartementets kap. 270, post 74, knyttet til tilskuddsordningen målrettede tiltak for å styrke studenters psykiske helse.

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.

Forandringsfabrikken

I budsjettforliket for 2016 ble det enighet om å bevilge 4 mill. kroner til Forandringsfabrikken, hvor midlene i hovedsak skulle gå til Psykisk helseprofene, men hvor Forandringsfabrikken også kunne finansiere andre, nye prosjekter. Det foreslås å vi-

dereføre tilskuddet til Forandringsfabrikken i 2017.

Stimuleringstiltak for psykologer

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Dobbeltkompetanse i psykologi ble etablert for å bedre tilgangen på kvalifiserte søkere til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helsevesenet som krever både klinisk og forskningsmessig kompetanse. Prosjektet omfatter utdanningsløp for 30 stipendiater og spesialistkandidater. Ved utgangen av 2015 var det avlagt 23 doktorgrader og 26 kandidater var ferdige med spesialistutdanningen. I alt 20 kandidater var ferdige med dobbeltkompetanseløpet i 2015, og ytterligere fire er forventet å fullføre i 2016.

I 2016 ble det bevilget 4,3 mill. kroner til formålet. Fordi det nå er få kandidater som ikke har fullført dobbeltkompetanseløpet, foreslås det å bevilge 1,2 mill. kroner til formålet i 2017.

Institutt for sjelesorg ved Modum bad

Institutt for sjelesorg er en del av Modum bad, og tilbyr rekreasjonsopphold med sjelesorgsamtaler, veiledning og utdanning i sjelesorg.

I 2016 ble det bevilget 1,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2017.

Institutter og foreninger

Det gis tilskudd over denne posten til institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse. Det gis også tilskudd til Tilskuddsordningen for videreutdanning i psykoterapi og psykoanalyse, som er en individuell støtteordning. Administrasjon av tilskuddsordningen finansieres over post 21.

Det pågår et arbeid med gjennomgang av hele tilskuddsordningen for å legge til rette for opplæring basert på kunnskapsbaserte metoder. Arbeidet vil bl.a. sees i sammenheng med etablering av læringsmål i ny spesialistutdanning for leger. I 2016 ble det bevilget 33,1 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2017.

Seprep

Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (Seprep) ble etablert i 1990 og har over tid fått tilskudd til et utdanningsprogram. Programmet er en toårig, tverrfaglig videreutdanning for ansatte i kommunene og spesialisthelse-

tjenesten og som har behandlings- og oppfølgingsansvar for mennesker med psykoseproblematikk/ alvorlig psykiske lidelser. Fra 2004 ble integrert behandling av ruslidelser og alvorlige psykiske lidelser implementert i programmet.

Det toårige programmet gir i alt 60 studiepoeng og over 3 000 studenter har fullført programmet. Seprep ble evaluert i 2015 med gode resultater.

Helsedirektoratet utreder i samarbeid med Seprep framtidig organisering og tilknytningsform for senteret for å etablere trygge og forutsigbare rammevilkår.

Det foreslås å øremerke 10 mill. kroner til Seprep i 2017.

Arbeid og psykisk helse

Formålet med bevilgningen er å styrke satsningen på arbeid og psykisk helse, og å videreutvikle samhandlingsmodeller mellom helsetjenesten og Nav. Selv om de fleste med psykiske helseproblemer deltar i arbeid eller utdanning, har mange mennesker med psykiske helseutfordringer svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Det er bred enighet i forskningsmiljøene om at arbeid kan være et viktig bidrag til god helse, og at samtidig behandling av sykdom og deltakelse i arbeid, utdanning eller aktivitet både kan gi bedre behandlingseffekt og opprettholde tilknytningen til arbeidslivet.

Bevilgningen har inngått som en del av Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse som løper ut 2016. For 2017 skal bevilgningen bidra til forutsigbarhet både for prosjekter og brukere av prosjekter som har vært finansiert over ordningen, og bidra til framtidig drift av gode prosjekter innenfor ordinære rammer og finansieringsmodeller.

I 2015 ble det gitt tilskudd til åtte eksisterende Fontenehus, paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge og, for første gang siden 2009, til etablering av to nye Fontenehus i Asker og Rygge. Fontenehus Norge har inngått en samarbeidsavtale med Oslo universitetssykehus om søknad til Forskningsrådet for å gjennomføre en effektstudie av tilbudet ved Fontenehusene.

Åtte pilotprosjekter for Individuell Jobbstøtte (IPS) og 16 IPS-inspirerte prosjekter mottok støtte i 2015. Det er en økning med seks IPS-inspirerte prosjekter siden 2014. IPS er en metode som skal bidra til at mennesker med moderate og alvorlige psykiske helse- og rusproblemer kommer i ordinært lønnet arbeid. De åtte pilotprosjektene oppnådde i 2015 stadige forbedringer på kvalitets-skalaen for sitt arbeid, og andelen deltakere som

kommer i ordinært lønnet arbeid ser ut til å ligge noe i overkant av 40 pst. Resultatene fra effektstudien vil etter planen foreligge i desember 2016.

Jobbmestrende oppfølging er en metode for arbeidsrehabilitering for personer med psykose-lidelser. Tiltaket har i 2015 dekket ni prosjektfylker og følgeforskning fra Oslo universitetssykehus. To av fylkene mottok midler sent i 2015 og kom ikke i gang med rekruttering før i 2016, og Nord-Trøndelag har etablert tiltaket som en del av ordinær drift. For de øvrige seks fylkene ble det i 2015 gitt tilbud til 172 deltakere, en økning fra 102 i 2014. Ved utgangen av 2015 var 90 pst. av deltakerne tilknyttet arbeidslivet, enten gjennom ordinært arbeid eller arbeidspraksis.

I 2015 gjennomførte Fagakademiet kurslederopplæring i Kurs i depresjonsmestring, Kurs i belastningsmestring og Depresjonskurs ungdom for totalt 294 deltakere. Om lag 590 mestringkurs ble gjennomført i 2015, og om lag 4700 personer med milde til moderate depresjoner eller belastninger har deltatt på kurs.

I 2016 ble det bevilget 60,2 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen til tiltak innen arbeid og psykisk helse i 2017. Det foreslås også å videreføre støtte til Fontenehusene og Fontenehus Norge. Innretningen på de øvrige tilskuddsordningene over ordningen skal gjennomgås i 2017 med sikte på å bidra til implementering av effektive tiltak for å styrke videre arbeid på området.

Arbeid mot radikalisering og voldelig ekstremisme

Formålet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse i helsetjenestene om radikalisering og voldelig ekstremisme. Det er videre et mål å styrke kompetansen i helsetjenesten om behandling av traumer hos voksne.

Regjeringen vedtok i 2014 Handlingsplan mot radikalisering og voldelig ekstremisme. I planen er arbeidet i helsetjenesten knyttet både til forskning og til økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Planen rulleres fortløpende og arbeidet ble fra 2015 styrket med 7,5 mill. kroner over denne posten til tiltak for å styrke kompetanse i kommunene og bedre traumebehandling av voksne i spesialisthelsetjenesten.

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 selvmords-

forebygging (RVTS) har deltatt i opplæring om modellen og har videreutviklet en kurspakke tilpasset norske forhold. Denne er tilbudt ledelse og tjenesteytere i mange kommuner. Det er også utarbeidet en skoleringspakke for kommunale psykososiale kriseteam, Når krisen rammer. I tråd med handlingsplanen er det utviklet en web-basert modul om voldelig ekstremisme.

Arbeidet med opplæring av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten i traumebehandling for barn (TF-CBT) har pågått over flere år og finansieres over post 75. Det ble for 2016 bevilget 5,1 mill. kroner på denne posten til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingstiltak for traumer for voksne. Arbeidet er sterkt forsinket, men det skal prioriteres framover.

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 2,7 mill. kroner til RVTSene for videre implementering av ran-modellen og den nye modulen om voldelig ekstremisme i Når krisen rammer. Det foreslås bevilget 5,3 mill. kroner til NKVTS som i samarbeid med RVTSene skal utvikle og implementere kunnskapsbaserte behandlingstiltak slik at helsetjenestene får spesialkompetanse i traumebehandling for voksne.

Studenters psykiske helse

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 11 S (2015–2016), ble det bevilget 5 mill. kroner til tiltak for å bedre den psykiske helsen for studenter gjennom å etablere en egen tilskuddsordning for målrettede tiltak fra student-samskipnader og læringsinstitusjoner. Midlene ble i 2016 fordelt over Kunnskapsdepartementets budsjett, og ordningen har bidratt til å styrke både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak og også bidratt til å øke kunnskapen om studenters psykiske helse. Ved å flytte tilskuddsordningen til kap. 765 er det mulig å se ordningen i sammenheng med andre tilskuddsordninger på posten. Studentenes helse- og trivselundersøkelse (Shot) kan også motta tilskudd gjennom denne ordningen.

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra kap. 270, post 74, se også omtale der.

Seksuelle minoriteter

Formålet med bevilgningen er å støtte det forebyggende arbeidet mot psykiske helseproblemer hos seksuelle minoriteter. Dette skal skje gjennom å øke kompetansen om psykisk helse i gruppene av seksuelle minoriteter og ved å bedre

kunnskap om gruppenes særlige utfordringer i tjenestene. Bevilgningen dekker tilskudd til Ungdomstelefonen til Skeiv ungdom og Rosa kompetanse-prosjektet til Fri.

I 2015 hadde Rosa Kompetanse 42 oppdrag, og egevalueringene av undervisningsoppdragene viser at mottakerne opplever høy nytte og relevans. Den nettbaserte kunnskapsbasen for helsepersonell ble også videreutviklet i 2015. Ungdomstelefonen hadde 1506 henvendelser i 2015, en økning med om lag 31 pst. fra 2014. Fler-tallet av henvendelsene kommer fra unge mellom 12 og 17 år.

I 2016 ble det bevilget 2,4 mill. kroner til ordningen. Det foreslås å videreføre øremerkede tilskudd til Skeiv ungdom og Fri i 2017.

Post 74 Kompetansesentre

Det foreslås å øke bevilgningen med 3 mill. kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold, som del av opptrappingsplanen for rusfeltet.

Videre foreslås bevilgningen redusert med 3,7 mill. kroner knyttet til mindre priskompensasjon.

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.

I samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet fastsatte Helse- og omsorgsdepartementet et felles samfunnsoppdrag for 21 kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Av sentrene som mottar tilskudd over denne posten omfatter det felles samfunnsoppdraget Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (Napha), De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (Korus), Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RKBU/RBUP). De regionale ressursentrene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også omfattet av det felles samfunnsoppdraget. Disse sentrene mottar tilskudd over kap. 765, postene 21 og 75.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Senteret skal være en brobygger i møtet mellom erfarings- og fagkompetanse innen psykisk helsefeltet ved å samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendekunnskap. Gjennom å bygge en

kunnskapsbase 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.

Senteret har i 2015 videreført sine generelle oppgaver, og vært medarrangør for Toppmøtet 2015. Senteret har også arrangert to samlinger for erfaringskonsulenter med om lag 60 deltakere på hver samling.

I 2016 ble det bevilget 11 mill. kroner til formålet. Det foreslås 11,3 mill. kroner i øremerket tilskudd til formålet i 2017.

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 rusfeltet i den enkelte region. En sentral rolle for kompetansesenteret er å styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, og formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier. Virksomheten skal bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet.

I 2015 har Korus videreført arbeidet overfor kommunene gjennom forankring av rusmiddel-forebyggende arbeid og folkehelsearbeidet. Bistanden til kommuners arbeid med Ungdata og Brukerplan er styrket i 2015. Det er gjennomført 465 lokale ungdataundersøkelser totalt i perioden fra 2010 til 2015, og Ungdata dekker nå 348 av Norges 428 kommuner.

Arbeidet med Ansvarlig alkoholhåndtering er videreført og det er gjort en kartlegging av kommunenes praksis med alkoholloven. Det er utviklet e-læringsprogram for ansatte i skjenkebransjen.

Kommunene tar i økende grad i bruk anerkjente kartleggingsverktøy i arbeidet med Tidlig innsats og intervensjon.

Flere sentrene har styrket arbeidet for å redusere andelen studenter med et risikofyllt drikke-mønster og forebygge overskjenking, alkoholrelaterte skader og ulykker i studiemiljøene. Det er satt i gang et prosjekt i Stavanger for å redusere andelen arbeidstakere med et risikofyllt alkohol-konsum i det norske arbeidslivet. Bedriftshelsetjenesten Stamina har fått opplæring i riskbruksmodellen og Balance tiltak hos bedriftshelsetjenestene og på arbeidsplasser.

Når det gjelder rusbehandling har fokus vært på å være pådriver og tilrettelegger for gode samarbeidsarenaer og samhandlingsmodeller for de lokale tjenestene, styrke innsatsen for kvalitet og kompetanseutviklingsarbeid overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten i samarbeid med fylkesmannsembetene, samarbeid med Korfor om Brukerplan og bistå Helsedirektoratet med å sette i verk Nasjonal overdosestrategi 2013–2018. Det er gitt opplæring i tvangsbestemmelsene og drevet faglig nettverk for lavterskeltiltak.

De nasjonale nett-tjenestene www.forebygging.no, www.tidligintervensjon.no og www.kommunetorget.no er videreutviklet og det er etablert en felles nettportal www.kompetansesenter-rus.no. De nasjonale funksjonene MI-analyse (Korus Bergen) og Pengespillproblemer og problematisk spilleatferd (Korus Øst) er styrket.

Sintef-rapporten Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015 viste at 83 pst. av kommunene har vært i kontakt med/brukt Korus og 64 pst. av kommunene opplevde at denne kontakten har vært nyttig.

I 2016 ble det bevilget 85 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Det foreslås 86 mill. kroner til formålet i 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Samtidig rus og voldsproblematikk er alvorlig og kan ha store konsekvenser for personen selv og andre, er skadelig, kan være kriminelt og påvirker menneskers liv i stor grad. Mange i behandling for rusproblemer har erfaring som voldsut-satte og/eller voldsutøvere.

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korusene) og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene), skal i samarbeid med andre relevante instanser, utvikle og implementere opplæringspakke om kompetanse på området rus og vold. Som grunnlag for dette arbeidet skal litteratur/forskning på integrert behandling inngå. Det er behov for å utvide Brukerplan på området rus og vold, samt å få fram brukersynspunkt på arbeid med vold og traumer i rusbehandling.

Det foreslås å bevilge 3 mill. kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Bevilgningen går til drift av Regionalt kunnskaps-senter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen, samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R-bup) øst og sør i Oslo og sped- og små-

barnsnettverket ved R-bup øst og sør. Målet er å styrke kompetanse- og kunnskapsutvikling i arbeidet med barn og unge. Sentrene har omfattende samarbeid med ulike fag- og kompetansemiljøer i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert samarbeid med landets fylkesmenn, og den oppsøkende virksomheten mot kommunene er styrket gjennom egne ansatte som jobber direkte mot kommunene.

Regionsentrene skal fortsatt ha fokus på kommunene og det forebyggende perspektivet i kompetanseheving, forskning og formidling.

Sentrene har i 2015 fortsatt drevet praksisnær utdanning, forskning og opplæring, og har bl.a. hatt prosjekter og tiltak rettet mot relevante tjenester, som kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten, kommunalt og statlig barnevern, skole og barnehage. Sentrene fikk for 2015 i oppdrag å styrke innsatsen mot kommunene.

I 2016 ble det bevilget totalt 177 mill. kroner til regionsentrene og sped- og småbarnsnettverket. Det foreslås 177 mill. kroner i øremerket tilskudd i 2017 til Regionalt kunnskaps-senter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen, samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R-bup) øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved R-bup øst og sør.

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 kompetansehevede tiltak. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet.

I 2015 har Napha deltatt og bidratt i flere fag- og kompetansenettverk der kommunalt ansatte, brukere og andre involverte i psykisk helsearbeid møtes. Senteret er etterspurt av kommuner om råd, veiledning og opplæring, og tilstreber å få inn brukerperspektivet i alt sitt arbeid. I 2015 utga Napha et faghefte om recovery.

I 2016 ble det bevilget 24 mill. kroner til formålet. Det foreslås 24,4 mill. kroner i øremerket tilskudd til formålet i 2017.

Post 75 Vold og traumatisk stress

Det foreslås å flytte 1,6 mill. kroner fra post 21, knyttet til arbeidet med asylsøkere og flyktninger.

Det foreslås å styrke bevilgningen på posten med til sammen 9,5 mill. kroner knyttet til opptrappingsplanen mot vold og overgrep.

Vold og overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. Det er nødvendig at tjenestene blir bedre på å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep. Videre er det viktig med et godt tilbud til de som har vært utsatt for vold og overgrep. 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 og arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Det vises for øvrig til kap. 765, post 21, post 73 og post 74, hvor det ytes tilskudd til flere utrednings- og kompetansetiltak innen vold og traumefeltet.

Opptrappingsplan mot vold og overgrep

I tråd med Stortingets anmodningsvedtak nr. 623 (2014–2015) fremmer regjeringen høsten 2016 en opptrappingsplan mot vold og overgrep. Arbeidet koordineres av Barne- og likestillingsdepartementet, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen foreslår for 2017 en samlet bevilgning på 176 mill. kroner for å styrke arbeidet. Av dette er det under Helse- og omsorgsdepartementet foreslått bevilget 22 mill. kroner til kompetansetiltak og andre forbedringer av tjenestenes ivaretagelse av volds ofre, samt tiltak for overgripere. Av dette foreslås det å styrke forskningsprogrammet Helsevel i regi av Norges forskningsråd med 5 mill. kroner som et tiltak for å følge opp kunnskapsbehov identifisert i opptrappingsplan mot vold og overgrep (over kap. 780, post 50).

Av den samlede bevilgning er det foreslått 5 mill. kroner til RVTSene til økt kompetanse i helsetjenesten om vold mot barn. Videre foreslås det 6,5 mill. kroner til arbeidet med overgripere, hvorav 5 mill. kroner til RVTSene og 1,5 mill. kroner til kunnskapsutvikling ved NKVTS om overgripere. De resterende 5,5 mill. kroner er foreslått bevilget over post 21 til å utarbeide kunnskaps-

grunnlag for behandling og utrede forløp for voldsutsatte og voldsutøvere. Av den samlede foreslåtte bevilgning på 176 mill. kroner er det foreslått å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 50 mill. kroner gjennom kommunenes frie inntekter.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Formålet med bevilgningen er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Videre er målet å bidra til internasjonalt samarbeid på feltet. Bevilgningen dekker Helse- og omsorgsdepartementets del av grunnbevilgningen til NKVTS.

Kunnskapssenteret ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. Senteret er et datterselskap av Unirand AS. Det er et frittstående og faglig uavhengig senter, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet.

Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold i nære relasjoner, katastrofer og stressmestring, 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, kommende handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet, En god barndom varer livet ut – Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) og opptrappingsplan mot vold og overgrep. Videre skal NKVTS utvikle kompetanse på helse-tjenestens arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

NKVTS har i 2015 jobbet aktivt med forsknings- og utviklingsprosjekter, formidlingsaktiviteter og studentrelatert arbeid, inkludert masterprogrammet Psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer ved Universitetet i Oslo. Senteret hadde bl.a. 52 pågående forsknings- og utviklingsprosjekter i 2015, hvorav flere er knyttet til myndighetenes handlings- og tiltaksplaner på feltet, 33 vitenskapelige artikler ble pu-

blisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift med fagfellevurdering. Senteret har videre drevet EØS-samarbeid.

Grunnbevilgningen til NKVTS over denne posten var 36 mill. kroner i 2016. Det foreslås å styrke NKVTS med 1,5 mill. kroner til videre utredningsarbeid om overgripere i tråd med kommende opptrappingsplan mot vold og overgrep. Til sammen foreslås det bevilget 38,5 mill. kroner til NKVTS i 2017.

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 RVTSene. RVTS Sør finansieres over post 21.

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, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Jus- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

Bevilgningen skal dekke 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. Det er siden opprettelsen av sentrene bevilget midler til særskilte satsninger og tiltak, bl.a. knyttet til statlige handlingsplaner og strategier. Midlene er videreført for å dekke finansiering av arbeid med spesifiserte temaer og tiltak

De fem RVTSene har i 2015 jobbet på ulike måter for å heve kompetansen i tjenestene. De har alle hatt et fokus på å skreddersy langsgående kompetansehevingsprogrammer. Målet har vært kvalitetsforbedring og varig utvikling av praksis. Programmene er ofte etterfulgt av fordypningskurs, nettverksarbeid, veiledning, konsultasjoner og implementeringsoppfølging. Rapporteringene fra sentrene viser at fokus på traumebehandling har stått sentralt i 2015, med en omfattende innsats for grunnopplæring, inkludert fokus på samhandling mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og andre aktører. Arbeidet med grunnkompetanse stimulerer til og tydeliggjør muligheter for ytterligere fagutvikling i tjenestene, slik som innen traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) for barn og unge, i regi av NKVTS. I 2015 har RVTSene jobbet videre mot radikaliserings og voldelig ekstre-

misme, med oppfølging av FN/Nato-veteraner, samt startet arbeidet med å øke innsatsen knyttet til kompetanseheving i psykososial oppfølging av flyktninger og asylsøkere.

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRusene) og RVTSene, skal samarbeide om å utvikle og implementere opplæringspakke om kompetanse på området rus og vold. Det vises til post 74 under dette kapittel hvor det foreslås bevilget 3 mill. kroner til dette arbeidet.

I 2016 ble hvert senter styrket med 0,6 mill. kroner i tillegg til 0,5 mill. kroner fra 2015, til videre arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Det ble bevilget 2 mill. kroner over post 21 til arbeid med asylsøkere og flyktninger i 2016. Midlene foreslås disponert til sentrene i 2017, herav 1,6 mill. kroner over post 75 og 0,4 mill. kroner over post 21.

Fra 2017 foreslås det å styrke hvert RVTS med 2 mill. kroner for tiltak i opptrappingsplanen mot vold og overgrep, henholdsvis å øke helsepersonells kompetanse om vold mot barn og styrke helsetjenestens arbeid med overgripere.

Det foreslås å bevilge 21,5 mill. kroner til hvert RVTS, tilsammen 86 mill. kroner til de fire sentrene i 2017. I tillegg kan sentrene få finansiering knyttet til særskilte oppdrag. Det femte senteret ytes tilskudd over post 21. Det foreslås tilskudd til særskilte tiltak mot radikaliserings og voldelig ekstremisme over post 73. Det ytes tilskudd til sentrenes arbeid mot kjønnslemlestelse over kap. 762, post 21.

Sinnemestring

Det foreslås bevilget 1,5 mill. kroner til Brøset Kompetansesenter i 2017.

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved Brøset Kompetansesenter. Bevilgningen dekker deres bidrag til RVTS-enes arbeid med spredning av sinnemestringsmodellen.

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. NKVTS implementerer metoden i psykisk helsevern for barn og unge i hele landet. Det ble bevilget 6,7 mill. kroner i 2016. Bevilgningen foreslås videreført i 2017 med 6,9 mill. kroner

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – vold og overgrep

Bevilgningen skal bidra til å styrke helsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Dette skal skje gjennom kompetansehevede tiltak for personell som yter helsetjenester til volds- og overgrepssutsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). Det foreslås å øremerke 2,9 mill. kroner i 2017 til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) til formålet. Det vises for øvrig til omtale under kap. 762, post 63 og 70.

Nasjonal støttegruppe 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. Bevilgningen ble opprettholdt i 2016 og foreslås videreført i 2017.

Tiltak mot menneskehandel, prostitusjon mv.

Formålet er å bedre oppfølgingen av, og tjenestetilbudet til personer som er ofre/mulige ofre for menneskehandel og til personer som er prostituerte mv. Tiltakene skal bidra til et tilpasset tilbud til sårbare og vanskeligstilte personer, som kan være vanskelig å nå for de ordinære tjenestene. I 2016 ble det bevilget 7 mill. kroner til formålet over denne posten Handlingsplan mot menneske-

handel (2011–2014) skal nå følges opp med en ny handlingsplan fra 2017. Tilskuddsordningen skal i den forbindelse gjennomgås. Det foreslås å bevilge 4,2 mill. kroner til Pro-senteret. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2017.

Selvskading og selvmord

Formålet med bevilgningen er å forebygge og redusere omfanget av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading og å bedre oppfølgingen av etterlatte etter selvmord. Bevilgningen er knyttet opp til handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading, og 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 2015 ble det gitt tilskudd til NSSF, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (Leve) og Vivat selvmordsforebygging. I tillegg ble det gitt tilskudd til Forandringsfabrikken og Røde Kors (Kors på halsen). Tildelingene bidrar til å ivareta delmål og tiltak i handlingsplanen.

Det ble bevilget 23 mill. kroner til arbeid mot selvmord og selvskading i 2016. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 23,6 mill. kroner i 2017.

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	13 478	14 441	14 591
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 350	2 780	2 858
	Sum kap. 0769	16 828	17 221	17 449

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 omsorgssekto- ren.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen på posten foreslås redusert med 0,2 mill. kroner knyttet til mindre priskompensasjon.

Bevilgningen kan nyttes under post 70. Om- taltene til postene er samlet i sin helhet under post 70.

Post 70 Tilskudd

Etikkprosjektet

Videreføringen av prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving er knyttet tett opp mot kvalitetsarbeid og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet er å bistå kommunene i deres arbeid gjennom støtte til lokale veiledere og en nasjonal koordinering og kvalitetssikring av satsingen. Den årlige etikkprisen videreføres.

SME og KS har etablert et formalisert samarbeid for etikksatsingen for å avklare oppgave- og rollefordeling. Dette omfatter bl.a. kompetanseutvikling, kurs mv. Formålet er å sikre et godt samarbeid slik at de samlede ressursene utnyttes til beste for kommunene.

Det ble i 2016 bevilget 2,6 mill. kroner til dette tiltaket. Det foreslås å videreføre den øremerkede bevilgningen til KS for satsingen på etisk kompetanseheving i kommunene i 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2020.

Senter for medisinsk etikk

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME) skal sikre et langsiktig og helhetlig arbeid med utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Økt kompleksitet, spesialisering og kulturelt mangfold skaper nye etiske dilemma i helse- og omsorgstjenesten. Flere rettigheter, muligheter og kostnader kombinert med effektivitetskrav forsterker behovet for etisk refleksjon samtidig som det blir færre fora der det er tid og rom for slik refleksjon.

SME skal gjennom forskning, evaluering, undervisning og veiledning styrke etisk bevissthet og etisk kompetanse blant helsepersonell i hele helse- og omsorgstjenesten og videreutvikle arenaer, arbeidsmåter og verktøy for systematisk etisk refleksjon. Videre skal SME bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for beslutninger og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten, styrke tverrfaglighet og samarbeid på tvers av fagprofesjoner og tjenestenivåer, samt styrke bruker- og pårørendemedvirkning i en helse- og omsorgstjeneste med stadig større kompleksitet og flere etiske dilemma. Senteret skal også koordinere og kvalitetssikre kliniske etikk- komiteer i helseforetakene og bistå kommuner som ønsker å etablere kliniske etikk- komiteer.

SME skal gjennom sine arbeidsmetoder bygge bro mellom praksis, forskning og utdanning. Virk-

somheten skal både søke å drive internasjonale forskningssamarbeid og forskning på praksisnære etiske utfordringer og håndteringen av disse.

Det ble i 2016 bevilget 3,2 mill. kroner som et øremerket tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Det foreslås at det øremerkede tilskuddet videreføres i 2017. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og ses i sammenheng med tilskuddet til nasjonal koordinering og fagutvikling av de kliniske etikkomiteer i helseforetakene. Det vises til kap. 781, post 79, for nærmere omtale.

Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi

Formålet med Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi er å sørge for Helsedirektoratets ivaretagelse av bl.a. prosessveiledning av kommuner, nettverkssamlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner. Det ble bevilget 2 mill. kroner til programmet i 2016. Bevilgningen foreslås videreført i 2017. Se nærmere omtale av programmet under kap. 761, post 21.

Kreativ skriving for eldre

Det ble i 2016 etablert et søkbart tilskudd til prosjekter som skal bidra til utvikling og spredning av kreativt skrivearbeid blant eldre. Formålet er å bidra til økt mestring og livskvalitet for eldre.

Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til formålet i 2016. Bevilgningen foreslås videreført i 2017.

Kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem – trygghetsstandard

Som et ledd i satsingen på kvalitet i tjenesten, ble det i 2014 satt i gang et prosjekt for å lage en trygghetsstandard for sykehjem. Formålet med prosjektet er å 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.

Prosjektet ledes av Helsedirektoratet. Representanter fra KS, bruker- og pårørendeorganisasjoner, yrkesorganisasjonene og aktuelle fagmiljøer deltar 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. Som et ledd i prosjektet skal trykghetsstandarden prøves ut i utvalgte sykehjem. Prosjektet avsluttes i 2018. I 2016 ble det bevilget 5 mill. kroner til å sette i verk et kvalitetsutviklingsarbeid. Bevilgningen foreslås videreført i 2017.

Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Formålet med programmet er å bidra til innovative offentlige anskaffelser og verdiskapning. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet, som er initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS, og nå med Difi som en sentral aktør fra statens side. Tiltaket foreslås videreført i 2017.

Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Evalueringen av Omsorgsplan 2015 viser at planen har bidratt til å forsterke det kommunale planarbeidet med helse- og omsorgstjenestene, og at planlegging er et viktig virkemiddel for utbygging og omstilling av disse tjenestene i møte med nye krav og behov. Fortsatt er det imidlertid bare vel halvparten av kommunene som har satt de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. I tråd med regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, vil det være et mål at alle kommuner foretar analyser av morgendagens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet og gjør dem til et hovedtema i sitt kommunale planarbeid.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har i samarbeid med en rekke partnere og med støtte fra departementet, utviklet verktøy for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene med egen ressursportal for tilrettelagt statistikk, analyse og veileder utarbeidet av og for kommunene. Prosjektet har som mål å utvikle en felles portal hvor kommunene på en enkel måte kan

finne relevante plan- og styringsdata og analyseveiledning. Portalen dekker i dag kommunene i Trøndelag, men kan videreutvikles slik at verktøyet kan tas i bruk av fylkesmenn og kommuner over hele landet. Det ble bevilget 1 mill. kroner til tiltaket i 2016. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2017.

Forskning på frivillighet

For å styrke kunnskapsgrunnet 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 2017. 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 har bl.a. stått for gjennomføringen av utdanningsprogrammene Samplan og Helse- og omsorg i plan. Tiltaket foreslås videreført i 2017.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Det ble i 2016 bevilget midler til det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Sentralt i programmet er å videreutvikle kommuneperspektivet. Pasientsikkerhetsprogrammet har fokus på riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste og på å forebygge infeksjoner, trykksår og fall. Arbeidet foreslås videreført i 2017. Det vises til kap. 781, post 21, for nærmere omtale.

Pensjonistforbundets bekymringstelefon

Norsk Pensjonistforbund har i flere år drevet Bekymringstelefon for eldre og uføre. Telefon-tjenesten gir informasjon, råd og veiledning. Det foreslås å videreføre tilskuddet til bekymringstelefonen i 2017.

Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
770	Tannhelsetjenester	235 230	263 655	286 606	8,7
	Sum kategori 10.70	235 230	263 655	286 606	8,7

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
01–23	Statens egne driftsutgifter	26 875	27 049	30 332	12,1
70–89	Andre overføringer	208 355	236 606	256 274	8,3
	Sum kategori 10.70	235 230	263 655	286 606	8,7

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 tann-

helsetjenesten og av lov om folketrygd og forskrifter til disse to lovene.

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 stønad fra folketrygden blir utført i privat sektor. Det vises til omtale av stønad ved tannbehandling under kap. 2711, post 72 og del III 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helse-tjenester.

Tabell 4.13 Antall personer undersøkt/behandlet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste

	2008	2013	2014	2015
Prioriterte personer, undersøkt/behandlet	824 977	851 614	868 032	864 860
Voksne betalende personer	169 172	196 084	203 124	200 999
Sum	994 149	1 047 698	1 071 156	1 065 859

Tabellen viser at om lag 5300 færre ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2015 sammenliknet med 2014. Dette er en nedgang på om lag 0,5 pst., og kan langt på vei forklares med lengre intervall mellom innkallinger for undersøkelse og behandling. I fylker der den private tannlegedekningen er svak, er det mange voksne personer som oppsøker den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette gjelder særlig Midt-Norge og Nord-Norge. På landsbasis utgjorde voksne, som selv betaler for behandlingen, om lag 19 pst. av alle som ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2015 (19 pst. i 2014).

Bedre tannhelse hos barn og unge

Andelen barn og unge uten karies (hull i tennene) øker svakt. Av femåringene som ble undersøkt, var det i 2015 82 pst. som verken hadde tenner som trengte behandling eller tenner som tidligere

hadde vært behandlet. For 12-åringene som ble undersøkt i 2015, gjaldt det samme for 60 pst. (60 pst. i 2014). For 18-åringene var andelen 22 pst. (21 pst. i 2014). 18-åringene hadde i gjennomsnitt 3,9 tenner med karieserfaring, dvs. i gjennomsnitt to tenner i hver kjeve.

Personell

Sammenliknet med andre land har Norge god tannlegedekning, som i 2015 utgjorde 0,84 avtalte årsverk per 1000 innbyggere. En nedgang på 0,5 pst. fra 2014.

I 2015 var det 515 avtalte årsverk tannpleiere i offentlig sektor og 410 i privat sektor. Antall avtalte tannlegeårsverk var 1333 i offentlig sektor og 3061 årsverk i privat sektor. I fylkeskommunal tannhelsetjeneste har om lag 6 pst. av tannlegene spesialistgodkjenning. Tilsvarende andel i privat sektor er 12,5 pst.

Tabell 4.14 Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2008	2010	2012	2014	2015
Antall årsverk	9 817	9 931	10 467	10 634	10 939
Herav:					
Tannlegespesialister	384	386	519	466	445
Allmenntannleger	3 710	3 703	3 961	4 019	3 949
Tannpleiere	753	774	834	863	924
Tannhelsesekretærer	3 718	3 854	4 000	4 108	4 463

Andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er redusert fra 10,1 pst. i 2003 til 2,7 pst. i 2015 (3,8 pst. i 2014). Tilgangen på tannleger i Nord-Norge er blitt betydelig bedre etter at tannlegeutdanningen i Tromsø kom i drift. Over 80 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 gått ned fra 39,2 pst. i 2003 til 6,7 pst. i 2013 og 2 pst. i 2015. I samme periode ble andelen ubesatte tannlegestillinger i Nordland redusert fra 28,4 pst. i 2003 til 4 pst. i 2015. De fylkene som i 2015 hadde høyest andel ubesatte offentlige tannlegestillinger var Møre og Romsdal (17 pst.), Troms (7 pst.) og Sør-Trøndelag (5 pst.).

Finansiering

Tabell 4.15 Fylkeskommunenes brutto og netto driftsutgifter til tannhelsetjenester

	2008	2010	2012	2014	2015
Brutto driftsutgifter, konsern	2 464 233	2 749 416	2 937 059	3 290 809	3 313 400
Netto driftsutgifter, konsern	1 855 354	2 059 309	2 135 534	2 365 222	2 320 482

Målt i brutto driftsutgifter brukte fylkeskommunene til sammen 3,31 mrd. kroner på tannhelsetjenester i 2015, dvs. en økning med om lag 0,7 pst. fra 2014. Bruttoutgiftene omfatter også utgifter til helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, drift av regionale odontologiske kompetansesentre og tannbehandling til voksne som selv betaler for behandlingen. Netto driftsutgifter utgjorde 2,32 mrd. kroner. Det meste av fylkeskommunenes inntekter utgjøres av egenbetaling fra voksne pasienter.

Fra folketrygden ble det utbetalt 2 330 mill. kroner i stønad til tannbehandling i 2015. Det vises til nærmere omtale under kap. 2711, post 72 og del III 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007) og Meld. St. 14 (2014–2015)

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.

Regjeringen foreslo i Meld. St. 14 (2014–2015) å overføre ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene som del av oppgaveoverføringen fra stat og fylkeskommune til større og mer robuste kommuner. Kommunal- og forvaltningskomiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, sluttet seg til dette forslaget, jf. Innst. 333 S (2014–2015). Flertallet hadde følgende merknad angående spesialisttannhelsetjenester som del av oppgaveoverføringen fra fylkeskommunene til kommunene:

«Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialisttannhelsetjenesten.»

Oppfølgingen av denne merknaden er omtalt dels under post 21 Spesielle driftsutgifter – utredningsarbeid, og under post 70 i omtalen av de regionale kompetansesentrene.

Forbrukerrådet åpnet i 2013 en markedsportal med elektronisk prisopplysningstjeneste for tannbehandling (www.hvakostertannlegen.no). Markedsportalen inneholder et utvalg av tannlegers og tannpleieres priser, og ble oppgradert og utvidet våren 2015.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	26 875	27 049	30 332
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	208 355	236 606	256 274
	Sum kap. 0770	235 230	263 655	286 606

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

- 3 mill. kroner til videre oppbygging av forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus.
- 5 mill. kroner til videre oppbygging av psykolog/tannlege-team ved de regionale odontologiske kompetansesentre og 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).

- 4 mill. kroner til spesialistutdanning av tannleger (pedodonti og forsøksordningen med klinisk odontologi), dobbelkompetanseutdanning, og til lønnstilskudd til fylkeskommuner til ansettelse av spesialister i pedodonti.
- 1 mill. kroner til tilskudd til videreutdanning og masterutdanning av tannpleiere.
- 3 mill. kroner til Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) for videreutvikling av klinisk rettet materialforskning i samarbeid med regionale odontologiske kompetansesentre og med kliniske fagmiljøer i andre nordiske land.

Forslag om styrking av kap. 770 må ses mot 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 2016.

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. Disse formålene får ekstra betydning i forbindelse med forberedelsene til overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utredningsarbeid og forsøksordninger på tannhelsefeltet. Bevilgningen kan nyttes under post 70. Det foreslås å øke bevilgningen med 3 mill. kroner.

Utredningsarbeid – overføring av ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene

Som omtalt foran har et flertall på Stortinget bedt regjeringen vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialisttannhelsetjenesten, jf. Innst. 333 S (2014–2015) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.

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.

I høringsnotat om lovregulering av overføringen av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, som ble sendt på høring 6. juni 2016, belyses spørsmålet om finansiering av spesialisttannhelsetjenester i en kommunal modell (pkt. 5.19.5 i høringsnotatet). Det går fram at departementet vil utrede dette nærmere. Slik utredning startes opp i 2017. Samtidig startes et utredningsarbeid om nærmere avgrensning av personkretsen for rett til tannhelsetjenester, særskilt for personer som mottar kommunale tjenester mv.

Siktemålet er best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelseressursene.

Sosial ulikhet i tannhelse hos barn og unge og tannhelseforhold hos personer som mottar kommunale tjenester i hjemmet og i institusjon

Helsedirektoratet har satt i gang 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 videreført i 2017.

Tannbehandlingstilbud

Fra 2012 er det bevilget tilskudd til regionale helseforetak til forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus. Bevilgningen utgjorde hhv. 14 mill. kroner i 2014, 15,5 mill. kroner i 2015 og 16 mill. kroner i 2016. Sykehusene St. Olav (Trondheim), Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø), Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg sykehus (Oslo) og Haukeland Universitetssykehus (Bergen) deltar så langt i forsøksordningen. Formålet med forsøket er kunnskapsoppbygging av behovet for tannhelsetjenester til innlagte pasienter på sykehus. Forsøket omfatter forebyggende tjenester, opplæring av sykehusansatte i munnstell, vurdering av tannhelseforhold, undersøkelser og aktuell tannbehandling. Forsøket omfatter også utvikling av rutiner for systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten etter utskrivning fra sykehus. Bevilgningen til forsøksordningen foreslås styrket med 3 mill. kroner, slik at det utgjør 19 mill. kroner i 2017. Det tas sikte på evaluering av forsøksordningen i 2018.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen har som formål å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer, bedre tilgjengelighet til spesialisttannlege-tjenester, spesielt i offentlig tannhelsetjeneste, økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving i offentlig tannhelsetjeneste.

Det foreslås å øke bevilgningen med 13 mill. kroner.

Tilrettelagt tannhelsetilbud

Som oppfølging av anmodningsvedtak nr. 392, 7. mars 2008, gis det tilskudd til regionale odontologiske kompetansesentre og til fylkeskommunene til etablering av tannlege-/psykologteam. Til sammen 28 team var etablert ved utgangen av 2015 (24 i 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. Tannlege-/psykologteam ved de regionale odontologiske kompetansesentre har et veiledningsansvar overfor de øvrige behandlerteam i regionen. I 2015 ble det tildelt om lag 20 mill. kroner til formålet. Tilskuddet dekker kostnader til opplæring av behandlerteam, til odontofobi-behandling, til kunnskapsoppbygging og til tannbehandling. I 2015 fikk om lag 910 personer behandling av teamene (630 i 2014). Av disse var om lag 1/5 barn og unge under 19 år. For om lag 45 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 2,4 pst. hadde vært utsatt for tortur. Flere behandlerteam blir etablert i 2016, og teamene opplever en økende pågang av personer som søker hjelp. Bevilgningen foreslås økt med 5 mill. kroner i 2017.

Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten

Formålet med tilskudd til kompetanseløftet er å bidra til nødvendig tilgang på tannhelsepersonell til offentlig tannhelsetjeneste, særskilt tannlegespesialister, og en god geografisk fordeling av disse. Det er videre et formål å bidra til nødvendig kunnskapsutvikling bl.a. gjennom oppbygging av forskningsvirksomhet ved de regionale odontologiske kompetansesentre.

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. Åtte nye kandidater vil avslutte utdanningen i 2016, og åtte nye kandidater starter våren 2017. Det foreslås 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 nabo fylker. I 2016 omfattet dette praksisplasser for om lag 60 tannpleierstudenter.

I 2015 ble det gitt tilskudd til etablering av et videreutdanningstilbud for tannpleiere; Videreutdanning i tannpleie og helsefremmende arbeid, organisert ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Utdanningen startet i januar 2016 som et deltidsstudium over to år, og er tilrettelagt for senere påbygging til Master i helsefremmende arbeid. Kompetansen kandidatene får 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). Det foreslås å øke bevilgningen med 1 mill. kroner som tilskudd til lønnsutgifter og reise-/oppholdsutgifter for tannpleiere ansatt i fylkeskommune.

De regionale odontologiske kompetansesentrene, organisert av fylkeskommunene i samarbeid, skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til spesialisttannlegetjenester i alle regioner. Dette gjelder særskilt for personer som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Kompetansesentrene skal samarbeide med de fylkeskommunale tannklinikkerne i regionen og med aktuelle sykehusavdelinger om pasientutredning og behandling. Videre skal sentrene gi råd, veiledning og opplæring av tannhelsepersonell i hovedsak i den offentlige tannhelsetjenesten. Sentrene skal også bidra til generell kunnskapsutvikling, forskning, fagutvikling og systematisk kvalitetsforbedring i den offentlige tannhelsetjenesten. Odontologiske kompetansesentre er etablert i Tromsø (TkNN), Trondheim (TkM-N), Bergen (TkV Hordaland), Stavanger (TkV Rogaland), Arendal (TkS) og Oslo (TkØ). Bortsett fra Oslo kommune og Akershus fylkeskommune deltar alle fylkeskommuner i samarbeidet.

Tilskuddet til kompetansesentrene utgjorde om lag 65 mill. kroner i 2014 og om lag 90 mill. kroner i 2015. Økningen i tilskudd i 2015 er særlig knyttet til utstyr og økt husleie mv. for to av sentrene som flyttet inn i nybygg i 2015. I 2016 tildeles om lag 90 mill. kroner til videre oppbygging av aktivitetene ved sentrene. Bevilgningen foreslås videreført i 2017. Tilskudd til TkM-N omfatter også dekning av kostnadene til tannhersedelen av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hunt 4).

Det er stort behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget på tannhelsefeltet. Dette understrekes i forslag til Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg (HelseOmsorg21) og i regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21. Departementet vil i løpet av 2016 utarbeide en forskningsstrategi på tannhelsefeltet. Forskningsrådet vil bli trukket inn i arbeidet med

tiltak for å øke forskningsinnsatsen på feltet. Det legges til grunn at de regionale odontologiske kompetansesentrene skal ha en viktig rolle i den praksisnære tannhelseforskningen, rettet mot innbyggere med rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester og mot personer med store tannhelseproblemer. Forskningen vil foregå i samarbeid med bl.a. sykehusmiljøer, universitetsmiljøer, Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS), Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG), sentre for omsorgsforskning, allmennt medisinske forskningsenheter, og forskningsmiljøer innenfor rus, psykisk helse, vold og traumatisk stress.

Spesialistutdanning av tannleger og utdanning av tannleger med dobbelkompetanse (spesialist og forsker) er organisert ved universitetene i hhv. Bergen, Oslo og Tromsø. Utdanningen ved Universitetet i Tromsø er organisert som en integrert samarbeidsmodell med Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN). Om lag 85 kandidater er til enhver tid under utdanning. Tilskuddet til universitetene til dette formålet utgjorde om lag 70 mill. kroner i 2015 og 75 mill. kroner i 2016. Tilskudd til dobbelkompetanseutdanning er basert på et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og foreslås videreført i 2017. Det foreslås også å videreføre tilskudd til lønn til kandidater under spesialistutdanning i pedodonti (barnetannpleie) og i klinisk odontologi, og til regionale odontologiske kompetansesentre og fylkeskommuner til etablering av stillinger for spesialister i pedodonti. Bevilgningen til disse formål foreslås økt med 4 mill. kroner i 2017.

Gjennom tilskuddet til universitetene i Bergen og Oslo forutsettes det at disse i betydelig grad samarbeider med de regionale odontologiske kompetansesentre i forskningssammenheng. Det forutsettes også at universitetene bistår med veilederressurser til stipendiater ved Universitetet i Tromsø. Det tas sikte på at spesialistutdanning av tannleger fra 2017 gradvis blir 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.

Utprøving av en ev. ny breddespesialitet i klinisk odontologi startet opp i Tromsø i 2011 og er evaluert. Det er behov for å forlenge prøveperioden, og i løpet av 2016 gjennomføres en behovsvurdering av videreutdanningen. Bevilgningen

videreføres i 2017 med sikte på opptak av nye kandidater i 2017. Tannleger med videreutdanning i klinisk odontologi får kompetanse som er viktig både på sykehus (jf. prøveordning med sykehusodontologi) og i distriktene i en framtidig kommunal tannhelsetjeneste.

Tannbehandlingsmaterialer

Formålet med tilskuddet er å heve kvaliteten i tannhelsetilbudet gjennom å øke kunnskapen om odontologiske biomaterialer, bidra til å sikre kvaliteten på materialene som anvendes i tannhelsetjenesten og øke kunnskapen om bivirkningsproblematikk knyttet til slike materialer. Tiltakene inngår 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. Målet er bedre helse og livskvalitet til personer med mistanke om helseproblemer knyttet til bruk av amalgam. Delprosjektet ved Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam) er avsluttet, mens oppfølgingen av delprosjektet om utprøvende behandlinger vil fortsette fram til 2021. Bevilgning foreslås videreført i 2017.

Det foreslås å videreføre tilskudd til drift og aktivitet ved Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG) ved Universitetet i Bergen/Uni Research med 5,8 mill. kroner i 2017. BVG har en sentral rolle i det ovenfor omtalte samarbeidsprosjektet.

Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) er et nordisk samarbeidsorgan organisert som et statsaksjeselskap under Unirand AS. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjekapitalen. Nordisk Ministerråd (NMR) finansierer i underkant av 40 pst. av driftskostnadene. Med unntak av eksterne oppdrag finansierer Helse- og omsorgsdepartementet de øvrige kostnadene.

Staten kategoriserer selskapene i det direkte eierskapet basert på statens mål med eierskapet. Dette har bidratt til å tydeliggjøre statens mål med eierskapet i det enkelte selskap. Statens eierpost i Niom har ikke tidligere vært plassert i en av de fire kategoriene, men plasseres nå i kategori 4 der staten har sektorpolitiske målsettinger med eierskapet. Målet med statens eierskap er å sikre innflytelse i selskapet og statlig innflytelse på styrevalg og stemme i generalforsamlingen. Slik innfly-

telse er også avgjørende for at regjeringen kan ivareta forpliktelsene når det gjelder Niom som nordisk samarbeidsorgan med delfinansiering fra NMR.

Niom sitt formål er å sikre at tannbehandlingsmaterialer som benyttes i tannhelsetjenesten i Norden, oppfyller helsemessige og tekniske krav som kan stilles mht. utviklingen på området. Niom sine oppgaver er forskning, materialprøving, deltagelse i internasjonalt standardiseringsarbeid og kunnskapsformidling. Arbeidet ved Niom bidrar til forskningsbasert kunnskap om bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer i de nordiske land. Forskningen har høy internasjonal anerkjennelse. Det er etablert forskningssamarbeid med fem regionale kompetansesentre, og med forskningsmiljøer i de nordiske land. Et særskilt samarbeid med aktuelle fagmiljøer i Finland er under etablering. Niom deltar med ledende posisjoner i internasjonalt standardiseringsarbeid og drifter en nordisk produkt-database.

I 2015 ble Niom tildelt en basisbevilgning på 14 mill. kroner over kap. 770, 18 mill. kroner i 2016. Tilskuddet fra Nordisk Ministerråd reduseres i 2017 med 1 mill. DDK. Bevilgningen over kap. 770 foreslås økt med 3 mill. kroner, slik at Niom AS tildeles 21 mill. kroner i 2017. Infrastruktur for klinisk odontologisk materialforskning, opplæring, kunnskapsformidling og forsknings-

samarbeid skal prioriteres innenfor denne økningen. Aktivitetene skal foregå i et samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentre i Norge, med utdanningsinstitusjonene og med fagmiljøer i øvrige nordiske land, særskilt med fagmiljøer i Finland.

Systematisk kvalitetsarbeid i tannhelsetjenesten

Bevilgninger til følgende tiltak foreslås videreført i 2017:

- Implementering av nasjonale faglige retningslinjer angående utredning og behandling ved helsetilbud til personer med kjeveleddslidelser (TMD). Retningslinjene 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.
- Tiltak under Kvalitetsavtalen med KS – Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.
- IKT-utvikling i tannhelsetjenesten, inkludert utprøving av standard kodeverk for diagnoser og behandlinger (Hunt 4-undersøkelsen 2017). Kodeverket planlegges implementert i elektronisk pasientjournal, og kan danne basis for innsamling av pasientdata i det planlagte kommunale pasient- og brukerregisteret (KPR).

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
780	Forskning	337 182	357 551	333 280	-6,8
781	Forsøk og utvikling mv.	128 877	145 312	134 725	-7,3
782	Helseregistre	73 928			
783	Personell	178 298	205 549	210 237	2,3
	Sum kategori 10.80	718 285	708 412	678 242	-4,3

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
01–23	Statens egne driftsutgifter	156 947	125 788	110 058	-12,5
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	337 182	357 551	333 280	-6,8
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	128 096	141 661	145 557	2,8
70–89	Andre overføringer	96 060	83 412	89 347	7,1
	Sum kategori 10.80	718 285	708 412	678 242	-4,3

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. Helse- og omsorgstjenesten er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av arbeidskraften. Tjenesten har viktige roller vis-a-vis utdanningssektoren, bl.a. 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. HelseOmsorg21-strategien og regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien samt regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning, er en del av denne langsiktige satsingen innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon. Programmene i Norges forskningsråd er viktige virkemidler for å følge opp flere av anbefalingene i HelseOmsorg21. Se nærmere omtale og rapportering fra regjeringens og de øvrige aktørenes oppfølging av HelseOmsorg21-strategien i budsjettets del III.

Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
50	Norges forskningsråd mv.	337 182	357 551	333 280
	Sum kap. 0780	337 182	357 551	333 280

Forskning, utvikling og innovasjon er sentrale virkemidler 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 i og for helse- og omsorgssektoren. Forskningen som finansieres fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett skal kjennetegnes av både høy kvalitet og nytte for tjenesten, forvaltningen og pasienten/brukeren.

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 kompetansentre 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, og omtale i budsjettets del III om HelseOmsorg21. Forsknings- og utviklingsarbeid og kunnskapsproduksjon er en integrert del av arbeidsoppgavene til Folkehelseinstituttet. Instituttets forskning, kunnskapsoppsummeringer og helse- og helsetjesteanalyser omhandler spørsmål om forekomst og fordeling, påvirkningsfaktorer, årsaker, konsekvenser og forløp knyttet til god helse og trivsel, sykdom og død i befolkningen, kostnader og effekter av tiltak og kvalitet og pasient- og bruker-sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. De viktigste tiltakene er omtalt under følgende kapitler og poster:

- kap. 710 Folkehelseinstituttet
- kap. 714, Folkehelse, post 79

- kap. 732 Regionale helseforetak, post 70, Krefregisteret
- kap. 732 Regionale helseforetak post 72–75 og post 78
- kap. 760 Tilskudd, post 20
- 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 tre evalueringer i Norges forskningsråd. Det foreslås bevilget 333 280 mill. kroner i 2017. Det foreslås en økning på posten på 25 mill. kroner til forskning på hhv. opptrappingsplanen for rusfeltet og opptrappingsplan mot vold og overgrep. Videre foreslås en reduksjon på posten på 57,1 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2016. Reduksjonen har sammenheng med at 13 mill. kroner til følgeevalueringen av hhv. fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft var en engangsutbetaling, videre er 21 mill. kroner foreslått overført til kap. 732, post 78, til program for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten, mens 23,4 mill. kroner er et generelt kutt på posten.

Bevilgningen blir også brukt til å finansiere deler av administrasjonsutgiftene i Forskningsrådet knyttet til ordningen forskningsprogram mm. For nærmere omtale av finansieringen av administrasjonsutgiftene i Norges forskningsråd vises det til Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon, kap. 285, post 55.

Med virkning fra 2016 ble de ni helseforskningsprogrammene og flere av de strategiske satsingene Helse- og omsorgsdepartementet finansierer gjennom Norges forskningsråd redusert i antall, men videreført i ny programstruktur. Den nye

strukturen vil gi økt fleksibilitet og forenkling, samt økt langsiktighet og forutsigbarhet for forskerne og brukerne. Det er etablert 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 diagnose, behandling og rehabilitering (Behandling) og Bedre helse og livskvalitet gjennom hele livsløpet (Bedre helse) som ble startet opp i 2016. I tillegg finansierer departementet program for global helse- og vaksinasjonsforskning sammen med Utenriksdepartementet og program for stamcelleforskning som avsluttes i 2017. Nytt program for kliniske behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten eies og følges opp av de regionale helseforetakene i fellesskap, jf. nærmere omtale under kap. 732, post 78.

Viktig i den nye programstrukturen er at det skal være brukermedvirkning i hele forskningsprosessen og at prosjekter vurderes ut ifra både kvalitet og nytte. Det er ønskelig at kriteriene som brukes i de regionale helseforetakene og Norges forskningsråds helseprogrammer for vurdering av kvalitet og prosjektsøknaders beskrivelse av forventet nytte er samordnet. Videre skal programmene finansiere forskning som retter seg mot brukerens og tjenestens behov for ny kunnskap og områder der det er identifisert kunnskapshull innenfor utvalgte tematiske områder, gjennom virkemiddelet behovsidentifisert forskning. Behovsidentifisert forskning er et supplement til dagens forskerinitierte prosjekter.

Det er fastsatt fem mål for Forskningsrådet som gjelder fra 2017. 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 2017.

Som hovedregel skal Forskningsrådet konsentrere sine tildelinger om nasjonale prosjekter, mens forskningsinstitusjonene skal finansiere mindre regionale/lokale forskningsprosjekter.

Når det gjelder de ovennevnte fastsatte målene til Forskningsrådet vil hoveddelen av satsingen innenfor helseforskning finnes innenfor målet om å møte de store samfunnsutfordringene kon-

kretisert som Fornyelse i offentlig sektor og bedre og mer effektive velferds-, helse og omsorgstjenester. Dette området omhandler forskning og innovasjon i og for offentlig sektor, velferds, helse- og omsorgsrelatert forskning og innovasjon og det er også knyttet til utdanning og læring.

Den målrettede prosjektporteføljen i Forskningsrådet innenfor tematikken helse og omsorg utgjorde i 2015 655 mill. kroner fordelt på en rekke aktiviteter. Sammenliknet med 2014 representerte dette en økning på 20 mill. kroner. Helse- og omsorgsfeltet mottar den største andelen av bevilgningen innenfor feltet med om lag 400 mill. kroner. Universitets- og høyskolesektoren mottok størst andel av midlene fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2015 med om lag 200 mill. kroner. Den største mottakeren er Universitetet i Oslo. Deretter følger instituttsektoren med 124 mill. kroner. Folkehelseinstituttet er størst innenfor instituttsektoren, etterfulgt av UNI Helse. Helseforetakene mottok 84 mill. kroner i 2015 og er den eneste sektoren som har økt sin andel sammenliknet med 2014. Oslo universitetssykehus HF mottok mest midler. Innenfor målet offentlige tjenester har det vært registrert internasjonalt samarbeid i forskningsprosjektene for om lag 200 mill. kroner i 2015, dette er en økning på 30 mill. kroner fra 2014.

Ved bruk av analyseredskapet Health Research Classification System (HRCS-systemet) går det fram at av de 434 mill. kroner til helse- og omsorgsområdet i 2015 var det mest forskningsaktivitet på helsetjenesteforskning, årsaksforskning og sykdomsforebygging og helsefremme. Sammenliknet med 2014 er det en noe høyere andel forskning på forebygging/helsefremme og den kliniske kategorien påvisning og diagnose. Innenfor de ulike helsekategoriene er det mest forskning på generell helserelevans, infeksjoner, psykisk helse og deretter kreft. At det er mest forskning på generell helserelevans er i tråd med at det i de nye helseprogrammene har en annen hovedtilnærming enn sykdomskategori.

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 og det europeiske forskningsområdet European Research Area (ERA). Regjeringen har satt et mål

om at Norge i gjennomsnitt skal hente tilbake 2 pst. av de utlyste midlene, innenfor helse er denne på 1,1 pst. For utlysningene i 2014 og 2015 har Norge totalt sendt inn 253 søknader til Horisont 2020, samfunnsutfordring SC1 Health, Demographic Change and Wellbeing. Av disse ble totalt 26 søknader innstilt i tillegg til to prosjekter innenfor instrumentet for små og mellomstore bedrifter (SME-instrumentet). Dette utgjør 12 pst. av totalt innstilte prosjekter innenfor SC1. I forrige ramme-program, FP7, innenfor helse var tilsvarende andel 9,5 pst. Sammenliknet med Sverige og Danmark sendes det færre søknader fra Norge. Konkurransen i helseprogrammer svært høy, eksempelvis ble fem søknader med norsk deltakelse avvist på tross av en poengsum på 14,5 av 15 mulige. De ble avvist pga. at midlene i programmet ikke strekker til alle prosjektene.

Fellesprogrammene i EU (Joint Programming) er et viktig virkemiddel for å møte de store samfunnsutfordringene. Gjennom ERA deltar Norge i tre helsesrelaterte fellesprogrammer. Disse er programmer for nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer, antibiotikaresistens og helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer. Hvert land finansierer sin deltakelse.

Norge har deltatt aktivt i alle de syv utlysningene innenfor programmet nevrogenerative sykdommer/Alzheimer med totalt 51 søknader hvorav 13 prosjekter er blitt finansiert. Fire av prosjektene er arbeidsgrupper hvorav to er finansiert fra Norge. Norge deltar i ni transnasjonale forskerprosjekter og koordinerer tre forskerprosjekter. Når det gjelder programmet antibiotikaresistens har det til nå vært gjennomført to utlysninger og norske miljøer har søkt, ett norsk prosjekt har fått støtte. I tillegg er det to pågående utlysninger, hvor resultatet vil bli offentlig gjort mot slutten av 2016. Under programmet helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer har norske miljøer deltatt i aktuelle utlysninger. Fra norsk side er det gitt støtte til to «knowledge hubs» på området Beslutningsfaktorer for kosthold og fysisk aktivitet og til to prosjekter under temaet Kosthold og matproduksjon.

Norge deltar nå som fullt medlem i flere felles europeiske forskningsinfrastrukturprogrammer innenfor helse. Disse er innenfor klinisk forskning (European clinical research infrastructure Network) og biobanker (Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure) og translasjonsforskning (European Infrastructure for Translational Medicine). Norge deltar også i videreføringen av European and Developing Countries Clinical Trials Partnership og Active As-

sisted Living, samt i et forskningsnettverk for translasjonsforskning innenfor kreftområdet (Translational Cancer Research).

Forskningsprogrammet til Euratom omfattes ikke av EØS-avtalen. Innenfor EUs 7. ramme-program, har det innenfor strålevernsforskning blitt startet opp 16 nye prosjekter med deltakere fra flere norske miljøer.

Bedre helse og livskvalitet (2016–2025)

Hovedmålet for programmet Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet (Bedrehelse) er å fremme 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 ble ferdigstilt høsten 2015. Programplanen bygger på Folkehelsemeldingene Meld. St. 19 (2014–2015) og Meld. St. 34 (2013–2014), folkehelse-loven, HelseOmsorg21 og Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning og Forskningsrådets nye hovedstrategi for 2015–2020.

Fra 2016 inngikk Folkehelseprogrammet sammen med program for miljøeffekter og helse, deler av program for psykisk helse og deler av Rusmiddelforskningsprogrammet i det nye programmet.

Folkehelseprogrammet (2011–2015) finansierte 24 nye forskningsprosjekter innenfor perioden, herav 7 postdoktorstipend og 24 forskerprosjekter samt to prosjekter som deltar i EUs JPI HDHL. Programmet hadde ingen utlysning i 2014 og 2015.

Program for miljøpåvirkning og helse (2011–2015) har i alt finansiert 43 prosjekter i programperioden. Programmet har ikke hatt utlysning de to siste årene. Programmet finansierer norsk deltakelse i den vitenskapelige rådgivende komiteen i Fellesprogrammet gjennom EU, Joint Programming Initiative innenfor Antimikrobiell resistens. Sluttrapport fra programmet vil gjøres tilgjengelig på Forskningsrådets nettside.

Psykisk helseprogrammet (2011–2015) har finansiert 81 prosjekter i programperioden 2011–2015. Inkludert i dette er 4 forskerprosjekter under satsningen Barn som pårørende. Det har vært satset på økt internasjonalt forsknings samarbeid og det har vært arbeidet for å øke samarbeidet med National Institute of Health i USA og for å øke antall søknader til Horisont 2020. Sluttrapport

fra programmet vil gjøres tilgjengelig på Forskningsrådets nettside.

Rusmiddelprogrammet har (2011–2014) finansiert 58 prosjekter i programperioden 2011–2015, hvorav ett av disse er finansiering av Senter for rusmiddelforskning, SERAF ved Universitetet i Oslo. Det har vært satset på økt internasjonalt forskningssamarbeid og det har vært arbeidet for å øke samarbeidet med National Institute of Health i USA og for å øke antall søknader til Horisont 2020. Sluttrapport fra programmet Rusmiddelforskning vil gjøres tilgjengelig på Forskningsrådets nettside.

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 Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet med Helse- og omsorgsdepartementet som hovedfinansør. Fra 2016 ble deler av Rusmiddelforskningsprogrammet (2011–2015) og Program for psykisk helse (2011–2015) inngå i programmet.

Det foreslås å styrke programmet med 20 mill. kroner som oppfølging av opptrappingsplanen på rusfeltet. Det er et uttalt mål i opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) å øke kunnskapen om effekten av de tiltak og den behandling som tilbys personer med rusproblemer. Det er behov for økt forskning og kunnskap om samhandlingstiltak og effekter av disse. Det foreslås videre en styrking på 5 mill. kroner som et tiltak for å følge opp kunnskapsbehov identifisert i opptrappingsplan mot vold og overgrep som legges fram høsten 2016. Ny kunnskap vil bidra til å styrke helsetjenestens tilbud innenfor dette arbeid, herunder tilbud til overgripere, både unge og voksne.

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 sluttbrukere og skape synergier og større helhet i tje-

nesteforskning og innovasjon for de aktuelle tjenestene, samt skape nye samarbeidsarenaer.

Programmet hadde i oppstartsåret særlig vekt på utlysning av midler til forskerprosjekter og Praksisvel-prosjekter, dialog med målgruppene, samarbeid med andre programmer og utvikling av internasjonalt samarbeid. 150 mill. kroner ble lyst ut til forskerprosjekter innenfor de tre tematiske områdene: Styring, organisering og ledelse, Vertikal og horisontal samhandling og Tjenesteinnovasjon og implementering. Her var det spesielt oppfordret til prosjekter med tverrfaglige og tverrsektorielle problemstillinger og vektlegging av brukermedvirkning og forventet nytteverdi i tråd med departementets føringer. Søkerne ble også bedt om å beskrive hvordan prosjektet kan bidra til en framtidig utvikling av kjernemiljøer, klynger og nettverk på de tre prioriterte områdene. Det kom inn 94 søknader som tilfredsstilte kravene. 50 mill. kroner ble lyst ut til Praksisvel, av disse ble 30 mill. kroner gitt til praksisrettet FoU for helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. I 2015 har programmet gjennomført tre arrangementer; et søkeseminar i forbindelse med Praksisvel-utlysningen, et lanseringsseminar for oppstart av programmet, og et åpent møte om forskningsbehov mellom de finansierende departementene, KS og programstyret.

Bevilgningen til Forskningsrådet til evaluering av samhandlingsreformen ble fra 2016 rettet inn mot forskning som er relevant for oppfølgingen av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Forskningsinnsatsen skal i større grad rettes mot prioriterte behov for å styrke beslutningsgrunnlaget i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene foreslås videreført i 2017.

Senter for omsorgsforskning består av fem regionale sentre, med senteret på Gjøvik (Sof Øst) som koordinator. Fra 2015 mottar senteret 11 mill. kroner i driftsstøtte hvert år.

God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (2016–2025)

Programmet God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (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.

Programmet består av følgende tidligere programmer/deler av programmer i Forsknings-

rådet: Program for klinisk forskning, Program for psykisk helse, Rusmiddelforskningsprogrammet og Program for stamcelleforskning (fra 2017).

Program for klinisk forskning (2011–2015) har hatt som mål å øke kunnskapsgrunnlaget om forebyggende tiltak, diagnostiske metoder, behandlings- og rehabiliteringstiltak gjennom kliniske studier. I programperioden er det bl.a. finansiert totalt 57 forskerprosjekter og tre postdoktorprosjekter. Analyseredskapet Health Research Classification System viser at hovedvekten av prosjektene er rettet mot evaluering av behandlinger. Det er også en del prosjekter innen håndtering av sykdommer og tilstander, samt kliniske prosjekter som har komponenter av årsaksforhold i seg. Mest midler har gått til prosjekter om psykisk helse, reproduktiv helse og kreft, men også store summer har gått til slag, muskel/skjelett, luftveissykdommer og kardiovaskulære sykdommer. Om lag 40 pst. av prosjektene har pasienter inkludert fra primærhelsetjenesten/tannhelsetjenesten eller involverer aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Rapportering for hhv. program for psykisk helse og rusmiddelforskningsprogrammet er lagt under rapportering på Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet. Dette har sammenheng med at porteføljen til disse programmene er delt mellom de nye programmene.

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. Programmet lyste i 2015 ut 27 mill. kroner til forskning på stamceller. Fem prosjekter ble innvilget, hvorav tre forskerprosjekter og to unge talenter. Programmet hadde i 2015 16 prosjekter, fordelt på forskerprosjekter, personlig doktorgradstipend, samt en bevilgning til Nasjonalt senter for stamcelleforskning. Programmet videreføres ut 2017.

Offentlige initierte kliniske studier (programperiode 2011–2015)

Fra 2016 programmet inngikk dette programmet i nytt nasjonalt program for behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten, jf. omtale under kap. 732, post 78.

I programperioden har programmet hatt tre hovedutlysninger og finansiert totalt 6 forskerpro-

sjekter. I 2015 bevilget programmet 12,4 mill. kroner til ett forskerprosjekt innenfor praksisnære sammenliknende effektstudier av etablerte tiltak. I 2015 var hovedtemaene på programmets årlige konferanse brukermedvirkning, kunnskapshull og forskning i kommunehelsetjenesten.

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.

I 2015 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

Satsingen skal bidra til mer forskning om eldre kvinners helse, årsakene til uønskede forskjeller i helse- og tjenestetilbud mellom kvinner og menn i et livsløpsperspektiv, minoritetskvinnens helse, unge kvinners psykiske helse samt forebygging,

diagnostikk, behandling og mestring av sykdommer som fører til langvarige sykmeldinger og uførhet blant kvinner. Kjønnsperspektivet skal ivaretas slik at dagens helseforskning i sterkere grad skal åpne for problemstillinger knyttet til ulikheter mellom kjønnene, jf. likestillingsmeldingen. I 2017 vil det bli en utlysning av forskningsmidler i samarbeid med de tre helseforskningsprogrammene, Behandling, Bedre helse og Helsevel.

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.

Barn som pårørende (2011–2015)

Barn som pårørende har vært et femårig strategisk forskningsområde i perioden 2011–2015 og fra 2016 ble satsingen delt i program for God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering 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. Evalueringen ble avsluttet våren 2015 og konkluderte med at målet om 30 pst. reduksjon i dødelighet av brystkreft nesten var nådd. Evalueringen konkluderte 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 ble tildelt 10 mill. kroner årlig over en fireårsperiode (2012–2015), til sammen 40 mill. kroner over kap. 780, post 50, til en forskningsbasert følgeevaluering av reformen. Sluttrapporten fra den forskningsbaserte evalueringen av reformen ble presentert i juni 2016. Forskningsrådet oppnevnte en styringsgruppe for evalueringen og vedtok mandat for styringsgruppens arbeid. Styringsgruppen hadde ansvaret for utlysning av prosjektmidler og utvelgelse av de i alt seks evalueringsprosjektene som ble gjennomført i perioden 2012–2015. Resultatene vil sammen med annen tilgjengelig kunnskap om samhand-

lingsreformen utgjøre grunnlag for vurdering av videre oppfølging av politikktutvikling.

Bevilgningen på 10 mill. kroner til Forskningsrådet ble fra 2016 rettet inn mot forskning som er relevant for oppfølgingen av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, jf. omtale under programmet Helsevel.

Følgeevaluering av fritt behandlingsvalg

Departementet ga i 2016 Forskningsrådet i oppdrag å gjennomføre 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. 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. Forskningsrådet vil utlyse oppdraget høsten 2016.

Følgeevaluering av pakkeforløp for kreft

Departementet ga i 2016 Forskningsrådet i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av pakkeforløp for kreft over 3 år. Tidligere pasientforløp ved kreftsykdom har ikke vært optimale i Norge.

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. Forskningsrådet vil utlyse oppdraget høsten 2016.

Evaluering av Omsorg 2020

Departementet la i 2016 opp til en forskningsbasert evaluering av Omsorg 2020 over 6 år. Evalueringen skal være resultatorientert, og skal bl.a. se på hvordan nybyggede sykehjem og omsorgsboliger fungerer for dem som bor der, arbeider der, og for pårørende og lokalsamfunnet. Som et ledd i evalueringen skal aktivitet og tiltak i planperioden

kartlegges, sammenheng mellom virkemiddelbruk og måloppnåelse vurderes. Det skal også undersøkes hvilke effekter tiltakene har for brukere, pårørende, ansatte og lokalsamfunn. Forskningsrådet vil utlyse oppdraget høsten 2016.

Følgeevaluering av rituell omskjæring på gutter

I revidert budsjett for 2016 ble det foreslått å sette av 3 mill. kroner over kap. 732, post 21, til en følgeevaluering av tilbudet om rituell omskjæring på gutter. Norges forskningsråd fikk midlene tildelt som en engangsbevilgning og fikk i oppdrag å utlyse midlene.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	86 260	86 794	70 658
79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	42 617	58 518	64 067
	Sum kap. 0781	128 877	145 312	134 725

Endringsforslag under kapittelet, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- en økning på 5,3 mill. kroner til utvikling av pakkeforløp psykisk helse og rus
- en reduksjon på 22 mill. kroner knyttet til nødnett

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Nødnett

Nødnett er det nye digitale radiosambandet for landets nød- og beredskapssetater. Nødnett skal gi nødetatene 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 og leger i vakt. 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. Andre fase, Nordre Buskerud, Vestfold, Telemark og Agderfylkene, ble ferdig i 2015. Første halvår 2016 var

alle AMK-sentralene på nødnett, bortsett fra sentralen i Kirkenes som avventer installering pga. forsinkelser i ferdigstillingen av nytt sykehus. Forskyvning av leveransen av små kontrollrom gjør at innføringsprosjektet for helsetjenesten først vil ferdigstilles i 2017. Erfaring med bruk av nødnett som nå går fram i de første rapportene fra gevinstrealiseringsprosjektet, viser at teknologien, rutinene 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 nødetatene. Med bakgrunn i at innføringsprosjektet forventes å være ferdig og nødnett satt i drift i hele landet i 2017, er det ikke foreslått avsatt spesielle midler til slutføring av prosjektet i budsjettet for 2017.

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.

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. Forløpstidene monitoreres gjennom et eget rapporteringssystem for pakkeforløpene. Forløpstidene offentliggjøres på regionsnivå.

Helsedirektoratet har utarbeidet 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. Denne ble ferdigstilt i mars 2015.

Partnerskap mot kreft ble etablert i 2013, bestående av Helsedirektoratet, RHF-ene, KS, brukerrepresentanter, Kreftregisteret og Kreftforeningen, og skal bidra til å sikre god og helhetlig samhandling og koordinering i kreftområdet. Partnerskapet hadde tre møter i 2015.

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 ved utgangen av 2015 ferdigstilt og publisert totalt 17 nasjonale handlingsprogrammer for ulike kreftformer, og flere er under utvikling og vil bli publisert i løpet av 2016. I tillegg planlegges det oppstart av nye handlingsprogram i 2016. Det arbeides med å utvikle handlingsprogrammene til å omfatte fastlegens rolle, seneffekter og rehabilitering. Oppdatering av handlingsprogrammene er et kontinuerlig arbeid.

Utvikling av nye kvalitetsindikatorer på kreftområdet fortsetter. Kvalitetsindikatorerne er viktige for å få relevant og pålitelig styringsinformasjon i spesialisthelsetjenesten.

Pakkeforløp for kreft-, psykisk helse- og rusområdet
Helsedirektoratet fikk som del av oppfølging av Nasjonal kreftstrategi 2013–2017, ansvar for utvikling av pakkeforløp for kreft, inkludert diagnoseveiledere til fastlegene, pasientinformasjon og en implementeringsplan for pakkeforløp i sykehusene. I 2014 ble Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft utarbeidet, og fulgt opp i 2015 av Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Det ble utarbeidet til sammen 28 pakkeforløp for kreft med diagnoseveiledere for

fastlegene og pasientinformasjonsskriv som ble implementert trinnvis i helsetjenesten i løpet av 2015.

Det er vedtatt et omfattende prosjekt med utvikling og implementering av 22 pakkeforløp på psykisk helse- og rusområdet fram til 2020. Det foreslås 5,3 mill. kroner til Helsedirektoratet sitt arbeid med utvikling av pakkeforløpene i 2017.

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 ble 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 og 2016 videreført til kunnskapsutvikling og kompetansehevende tiltak i helse- og omsorgstjenesten innenfor området barn som pårørende.

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 behandlingsoalternativer, slik at pasienter sammen med helsepersonell, kan treffe valg som er i tråd med deres verdier og preferanser.

Kreftforeningen sluttførte i desember 2014 et konsept for et slikt verktøy med utgangspunkt i prostatakreft. Høsten 2015 ble det satt i gang et prosjekt med deltakere fra Kreftforeningen, Universitetet i Nord-Norge (UNN), Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse som skal utvikle et beslutningsstøtte-/samvalgsværktøy for prostatakreft, basert på et verktøy som er utviklet ved UNN, og som skal gjøres tilgjengelig på Helsenorge-portalen. En pilot skal stå klar høsten 2016. Helsedirektoratet står som eier av prosjektet. I 2017 skal verktøyet ferdigstilles og implementeres.

Beslutningsstøtteverktøyet for prostatakreft er etablert på en generisk mal, og verktøyet kan videreutvikles og gjøres tilgjengelig for benyttelse ved andre diagnoser enn prostatakreft. Dette arbeidet skal starte opp i 2017. Nye verktøy for ulike diagnoser vil bli ferdigstilt og implementert fortløpende på Helsenorge-portalen.

Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet
I trygge hender 24–7

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen ved hjelp av målrettede tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Programmet varer fra 2014–2018. Sekretariatet for pasientsikkerhetsprogrammet er plassert i Helsedirektoratet.

To undersøkelser ble gjennomført i 2015 og publisert i 2016. Pasientskader målt gjennom metoden Global Trigger Tool (GTT) og pasientsikkerhetskultur ved norske helseforetak og sykehus. Begge undersøkelsene med tall fra 2014. Undersøkelsene viser at det fortsatt er et stort forbedringspotensial, og at det er behov for å arbeide intensivt med pasientsikkerhet framover.

For pasientskader målt ved GTT, viser resultatene fra journalgjennomgang at det hos 13,9 pst. av pasienter innlagt ved norske sykehus i 2014 oppsto minst én pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller ga alvorligere konsekvenser. Urinveisinfeksjoner, legemiddelbruk, nedre luftveisinfeksjoner, postoperative infeksjoner og andre komplikasjoner knyttet til kirurgi er som tidligere år de viktigste årsakene til skader.

Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen viser at rundt halvparten av enheter ved norske sykehus rapporterer om et godt klima for pasientsikkerhetskultur. Samtidig viser undersøkelsen at minst 44 pst. kan ha et klima som gir økt sjanse for pasientskader.

I 2016 skal fire nye innsatsområder fases inn i programmet:

- Tidlig oppdagelse og behandling av blodforgiftning (sepsis)
- Ernæring
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
- Forebygging av overdose ved løslatelse fra fengsel

Det jobbes godt med innsatsområdene i programmet. Samtidig er det viktig med fortsatt oppmerksomhet og noe intensivering dersom målene for programmet skal nås. Strategien for programmet blir revidert i løpet av 2016. I resten av programperioden vil innsatsen overfor kommunene bli styrket, samtidig som det gjennomføres prosess for å sikre at innsatsen mot spesialisthelsetjenesten er implementert i varige strukturer for arbeidet med pasientsikkerhet ved programmets slutt.

Nasjonalt program og kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i Helse- og omsorgsfeltet (InnoMed)

InnoMed er et nasjonalt program og kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorg. Den overordnede målsettingen er å skape nye løsninger i møte med framtidens behov og utfordringer. Formålet er å øke kvaliteten og finne løsninger med økonomisk og demografisk bærekraft og bidra til nyskaping, som også kan ha et internasjonalt perspektiv og markedsmuligheter. Løsningene kan utvikles i et samarbeid med helse- og omsorgstjenesten, pasient og bruker, pårørende, sivilsamfunn og med anerkjente fagmiljø, virkemiddelapparatet, næringslivet og internasjonale partnere. Målet med behovsdrevet forprosjektutvikling er at det skal danne grunnlag for iverksetting av hovedprosjekter, fortrinnsvis offentlige utviklingskontrakter (OFU) innenfor strategiske satsningsområder.

Styringsgruppen for InnoMed ledes av Helsedirektoratet med deltagelse fra de regionale helseforetakene, KS, kommunene Alta, Sola og Oslo, Forskningsrådet, Innovasjon Norge, Universitets- og høgskolerådet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helseforetakenes innkjøpsservice. Styringsgruppen følger også opp samarbeidsavtalen om innovasjon og næringsutvikling (2007–2017), initiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet.

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). Helsedirektoratet har et strategisk samarbeid med Innovasjon Norge om InnoMeds virksomhet. InnoMeds sekretariat og regionale innovasjonsrådgivere driftes av Sintef etter avtale (2015–2016). Avtalen forlenges ut 2017. Tilskuddsmidler til InnoMed forprosjekter utbetales under kap. 781, post 79. Helsedirektoratet deltar sammen med Helse- og omsorgsdepartementet i nasjonalt program for leverandørutvikling i regi av DIFI, NHO og KS, jf. omtale under kap. 769, postene 21 og 70.

I 2015 ble det tildelt midler til tre nye forprosjekter. Det ble satt i gang seks nye hovedprosjekter og fire nye innovasjoner ble realisert gjennom ferdigstilte og implementerte løsninger. InnoMed har avholdt en årlig innovasjonskonferanse innen tematikken innovasjonskultur og ledelse, kompetanseoppbygging og samarbeid om innovasjon. InnoMed har arrangert fagdag om gode og effektive team for å lykkes med tjenesteinnovasjon. Det er også gjennomført et kompetanseprosjekt om

suksesskriterier for å lykkes med tjenesteinnovasjon og utviklet et verktøy til støtte i arbeidet med tjenesteinnovasjonsprosjekter.

InnoMeds regelverk og virksomhet er endret i 2016 for bl.a. å imøtekomme kravet om nasjonal utlysning av tilskuddsordningen iht. statsstøtteregelverket og lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Tilskuddsmidler til forprosjekter ble lyst ut nasjonalt med frist i juni 2016.

InnoMed og styringsgruppen for InnoMed deltar i et oppdrag tildelt og ledet av Helsedirektoratet om å utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon og utrede organiseringen av et helhetlig nasjonalt system for tjenesteinnovasjon, jf. omtale av HelseOmsorg21 i del III.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Utvikling og publisering av kvalitetsindikatorer er viktige bidrag i arbeidet med åpenhet om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. De nasjonale kvalitetsindikatorerne publiseres på helsenorge.no og benyttes til kvalitetsstyring, kvalitetsforbedring og til å gi pasienter og brukere et grunnlag for å ta informerte og kvalifiserte valg av behandlingssted. I tillegg bidrar de med åpenhet om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet utvikler, reviderer og publiserer nasjonale kvalitetsindikatorer og i tråd med 3-årig handlingsplan for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (2014–2017), og iht. de metoder og prinsipper som er beskrevet og videreutviklet i Rammeverket for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. I løpet av 2015 økte antall publiseringer av nasjonale kvalitetsindikatorer på helsenorge.no fra 4 til 5. Ved utgangen av 2015 var det totalt 97 nasjonale kvalitetsindikatorer, hvorav 5 er faset ut, 11 revidert og 37 er nye.

De 37 nye kvalitetsindikatorerne er innen områdene Pakkeforløp for Kreft, Infeksjoner, Bruk av antibiotika, Hjerte- og karsykdommer, Reinnleggelse, Psykisk helse og rus kommunal sektor, Psykisk helse og rus spesialisthelsetjeneste, Pleie og omsorg. Disse er utviklet av kvalitetsindikatorgrupper med representanter fra fagrådene til de ulike registermiljøene, fagpersoner fra helse- og omsorgssektoren og brukerrepresentanter.

Det er satt i gang utredning av hvordan å måle at brukere har en aktiv og meningsfull tilværelse, samt metode for nasjonal bruker- og pårørende undersøkelse innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. To forprosjekter innen legemiddelgjennomgang og ernæringsmessig risiko i kom-

munale helse- og omsorgstjenester er avsluttet og nye variabler implementeres i Iplos fra 2016 for å tilrettelegge for strukturert innhenting av data.

Prosessene for å utvikle, revidere og publisere kvalitetsindikatorer er forbedret og effektivisert.

I løpet 2016 er det planlagt fem publiseringer av nasjonale kvalitetsindikatorer på helsenorge.no. Det er utviklet og publisert 10 nye nasjonale kvalitetsindikatorer inn hjerte og karsykdommer, graviditet og fødselsomsorgen, akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, rus og kommunale helse og omsorgstjenester. Det er under oppstart utvikling av kvalitetsindikatorer innen ortopedi, diabetes og personell og kompetanse.

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er virkemidler for å redusere uønsket variasjon og heve kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. De skal også bidra til riktigere prioriteringer, og til å løse samhandlingsutfordringer samt bidra til helhetlige pasientforløp. Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, videreformidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Prioriteringsveiledere er revidert som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften som trådte i kraft 1. november 2015. Prioriteringsveilederne skal bidra til at pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten får sine pasientrettigheter oppfylt uavhengig av sykdom og hvor i landet de bor. Helsedirektoratet har løpende kontakt med tjenesten, får tilbakemeldinger og har ansvar for å rette opp ev. feil og svakheter. Det er utarbeidet et e-læringskurs for bruk av prioriteringsveilederne.

Arbeidet med å integrere henvisningsveilederen i journalsystemene til fastlegene er startet. Målet er mer presise henvisninger og med det en raskere behandling av henvisningene slik at pasientene får effektiv fristfastsetting og rettighetsvurdering. Det utvikles nå også fagområdespesifikke henvisningsråd som skal integreres i henvisningsveilederen.

Nye metoder

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). Sekretariat for Nye metoder i Helsedirektoratet har fått tildelt oppgaven som koordinator for systemet. For å styrke og utvide sekretariatets funksjoner når det gjelder igangsetting av nødvendige evaluerings- og monitoreringstiltak og styrking av informasjonsvirkosomhet rettet mot helsetjenesten ble Helsedirektoratet tildelt 1 mill. kroner i 2016. Midlene foreslås videreført i 2017.

Norsk helsearkiv

Det er besluttet å etablere Norsk helsearkiv, 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). Helsearkivforskriften (Forskrift om Norsk helsearkiv og Helsearkivregisteret) er fastsatt ved kgl.res. 18. mars 2016.

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 skal avleveres til Norsk helsearkiv
- legge til rette for digitalisering av papirbasert arkivmateriale
- utvikle/tilpasse IKT-systemer til bruk i Norsk helsearkiv
- bidra i arbeidet med avklaring av egnede lokaler for Norsk helsearkiv

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 10 mill. kroner i 2017. Bevilgningen skal dekke interimorganisasjonens utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjektleder, IKT-utstyr, pilotprosjekter for digitalisering og Arkivverkets øvrige driftsutgifter knyttet til interimorganisasjonen.

Regjeringen har satt i gang forprosjektering av et framtidsrettet og arealeffektivt digitaliseringsanlegg for Norsk helsearkiv på Tynset, i tråd med en mulighetsstudie gjennomført i første halvår 2016. Regjeringen legger opp til at bygget skal inneholde funksjoner for mottak, digitalisering, kassasjon, digital bevaring og formidling av pasientjournaler. Det er estimert et behov for totalt 58 årsverk for Norsk helsearkiv på Tynset når anlegget er i full drift. Det vil være særlig behov for arbeidskraft med kompetanse knyttet til digitalisering og IT-funksjoner.

Mesteparten av papirmaterialet skal kasseres etter at det er digitalisert. Om lag 12 tusen hyllemetere skal fortsatt bevares i fysisk form etter at det er digitalisert. Regjeringen legger opp til at dette materialet bevares i det nye magasinet for Arkivverket som foreslås bygget i tilknytning til Nasjonalbibliotekets fjellanlegg i Mo i Rana. Magasinet i Rana er ferdig forprosjektert og klart for igangsetting i januar 2017.

Det vises for øvrig til omtale i budsjettproposisjonen til Kulturdepartementet, programkategori 08.20, og bevilgningsforslag om igangsetting av ordinært byggeprosjekt i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettproposisjon, kap. 2445 Statsbygg.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 961, 16. juni 2016:

«Stortinget ber regjeringen følge opp arbeidet med Norsk helsearkiv og realiseringen av depotbygg på Tynset.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:79 S (2015–2016) om sikker lagring av pasientopplysninger, jf. Innst. 392 S (2015–2016) fra Helse- og omsorgskomiteen. Det vises til vedtak nr. 962 (2015–2016) av 16. juni 2016.

Regjeringen har lagt fram et forslag med en helhetlig løsning for Arkivverket og Norsk helsearkiv, herunder forslag om midler i 2017 til igangsetting av nybygg for Norsk helsearkiv på Tynset og magasin for papirbaserte arkiver samlokalisert med den statlige etaten Nasjonalbibliotekets anlegg i fjellet i Mo i Rana, jf. omtalen i budsjettproposisjonen til Kulturdepartementet, programkategori 08.20 og bevilgningsforslag i budsjettproposisjonen til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, kap. 2445 Statsbygg, post 31 Igangsetting av ordinære prosjekter.

Vedtak nr. 962, 16. juni 2016:

«Stortinget ber regjeringen ta initiativ til en utredning om hvordan oppbevaring/lagring av sensitive pasientopplysninger best mulig skal kunne trygges, herunder med fokus på utfordringer som kan oppstå i forbindelse med samarbeid med private aktører.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:79 S (2015–2016) om sikker lagring av pasientopplysninger, jf. Innst. 392 S (2015–2016).

Regjeringen har lagt fram et forslag med en helhetlig løsning for Arkivverket og Norsk helsearkiv, herunder forslag om midler i 2017 til igangsetting av nybygg for Norsk helsearkiv på Tynset og magasin for papirbaserte arkiver samlokalisert med Nasjonalbibliotekets anlegg i fjellet i Mo i Rana, jf. omtalen i budsjettproposisjonen til Kulturdepartementet, programkategori 08.20 og bevilgningsforslag i budsjettproposisjonen til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, kap. 2445 Statsbygg, post 31 Igangsetting av ordinære prosjekter. Prosjektene fremmes innenfor husleieordningen i staten, hvor Statsbygg bygger, eier, forvalter og leier ut lokaler til statlige etater.

Det er Riksarkivaren, lederen av Arkivverket, som vil være databehandlingsansvarlig og ha ansvaret for bevaringen av opplysningene i Norsk helsearkiv, i tråd med gjeldende regelverk, herunder helseregisterloven og helsearkivforskriften.

Med bakgrunn i regjeringens anbefaling om statlig bygging, eierskap, forvaltning og drift i saken anses det hensiktsmessig å ikke gjennomføre ytterligere utredning av andre typer løsninger, herunder samarbeid med private aktører.

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.

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. 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. Gjennom Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) har regjeringen definert styrking av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som ett av syv hovedsatsningsområder

Helsedirektoratet 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 har også sammen med de øvrige nødetatene gjennomført opplæring og øving av yrkesaktivt innsatspersonell fra i PLIVO-prosedyren. Helsedirektoratet har i 2016 ferdigstilt Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested. Arbeidet med å implementere veilederen er påbegynt. Det er etablert en kvalitetsindikatorgruppe som har startet arbeidet med utvikling og test på kvalitetsindikatorer innen akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Utrullingen av nytt nødnett og de mange forbedringstiltakene som har blitt iverksatt etter hendelsene 22. juli 2011 har bedret den nasjonale beredskapen for terror og andre større hendelser, bl.a. gjennom bedret samarbeid og samhandling mellom de tre nødetatene. Det er utviklet og publisert en ny kvalitetsindikator som måler tiden fra 113-oppringing til første ambulanse er på stedet. I løpet av 2016 er det publisert flere nye kvalitetsindikatorer innenfor feltet.

Raskere tilbake

Det vises til omtaler under kap. 732, postene 70 og 79 og del III. Helsedirektoratet har ansvar for nasjonal koordinering av Helse- og omsorgsdepartementets del av ordningen Raskere tilbake. Raskere tilbake praktiseres og utvikles i samsvar med ordningens formål og i 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:

- 0,3 mill. kroner fra kap. 701, post 21, knyttet til tilskudd til Standard Norge.
- 3,6 mill. kroner fra kap. 765, post 72, knyttet til tilskudd til Blå Kors.

Økt rekruttering av blodgivere

Det gis tilskudd til økt rekruttering av blodgivere over posten. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og utbetales til Røde Kors. Tilskuddet foreslås videreført i 2017.

Norsk pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød

Det ble i budsjettet for 2016 flyttet 6,8 mill. kroner fra kap. 762, post 71, knyttet til tilskudd til Norsk pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød. Norsk pasientforening gir medisinsk og juridisk bistand til pasienter og pårørende som søker hjelp. Landsforeningen uventet barnedød arbeider med forskning på og forebygging av uventet barnedød. Tilskuddene foreslås videreført i 2017.

Organdonasjon

Nasjonalt fagråd for organdonasjon ble avviklet etter endt tidsperiode (2009–2014). Nytt nasjonalt faglig nettverk for organdonasjon til transplantasjon (NFNOT) ble opprettet høsten 2015, med sekretariat i Helsedirektoratet. Oslo universitetssykehus HF har nasjonal tjeneste for organtransplantasjon. Antall organtransplantasjoner har økt fra 328 i 2005 til 442 i 2015 og realiserte organdonasjoner ved landets godkjente donorsykehus har økt fra 76 til 110 i samme tidsperiode.

Stiftelsen organdonasjon

Det gis tilskudd til Stiftelsen organdonasjon. Stiftelsen driver opplysningsarbeid overfor befolkningen og media for at flest mulig skal ta stilling til organdonasjon. Det foreslås å videreføre tilskuddet til Stiftelsen i 2017.

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 2017 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 2016 gitt et tilskudd på 18,5 mill. kroner til Blå Kors og videreutvikling av Kompasset, samt etablering av to nye Kompassentre, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016). 3,5 mill. kroner ble bevilget over kap. 765, post 72. Det foreslås å flytte 3,6 mill. kroner fra kap. 765, post 72, i 2017, jf. tilsvarende forslag om flytting i Prop. 122 S (2015–2016). Det foreslås at tilskuddet på til sammen 18,6 mill. kroner til Blå Kors videreføres i 2017. 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 gjennomført 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 ble publisert høsten i 2015.

Onkologiske faggrupper

De onkologiske faggruppene organiserer legespesialistene innen de enkelte kreftformene. Faggruppene samler, vurderer og behandler forskningsinformasjon om de enkelte kreftformene. Dette formidles til de regionale helseforetakene og bidrar til lik behandling i Norge. Denne informasjonen danner også grunnlaget for de faglige anbefalingene som gjennom handlingsprogrammene utgis som nasjonale faglige retningslinjer. Medlemmene i de onkologiske faggruppene er involvert i forskning og skriver faglige artikler som bidrar til kunnskapsspredning nasjonalt og internasjonalt. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til tilskuddsordningen for de onkologiske faggruppene i 2017.

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 rettig-

hetstjeneste, 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 2016. Det foreslås at tilskuddet til Kreftforeningen videreføres i 2017 til dette arbeidet.

Diabetesforbundet

Det foreslås å bevilge 9 mill. kroner til Diabetesforbundet, hvorav 2 mill. kroner til forebygging av diabetes blant innvandrerkvinner. Midlene skal i tillegg dekke utgifter til tiltak som Diabeteslinjen, motivasjonsgrupper og utdanning av ledere til motivasjonsgrupper.

Det vises for øvrig til omtale av anmodningsvedtak nr. 24 (2014–2015), 12. november 2015 om diabetesplan under del III.

Standard Norge

Standard Norge bidrar i standardiseringsarbeidet innenfor helseområdet og er nasjonal kontakt til internasjonale standardiseringsorganisasjoner. Det er økt aktivitet på området, spesielt ved arbeid med utvikling av standarder på området Health Care Services. Tilskudd til Standard Norge foreslås videreført i 2017 til bl.a. utvikling av standarder på medisinsk utstyr, helsetjenestestandardisering, samt internasjonal oppfølging. Arbeidet skal samordnes med Direktoratet for e-helses arbeid med standardisering på e-helseområdet. Videre foreslås det å flytte 0,3 mill. kroner fra kap. 701, post 21, for å samle tilskudd til Standard Norge på én post, jf. tilsvarende forslag om flytting i Prop. 122 S (2015–2016).

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 2017.

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. Årsrapportene fra komiteene for 2015 viser at både somatikk og psykisk helsevern er involvert i mange av sakene. Sakene er faglig, etisk og juridisk svært kompliserte. I et stort antall saker er pasientautonomi og hva som er til pasientens beste, sentrale spørsmål. Prosjektet Psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET) har bidratt til å trekke etikkarbeidet og etikkrefleksjon mer aktivt inn i psykisk helsevern.

Det foreslås at tilskudd til Senter for medisinsk etikk for oppfølging av de kliniske etikkomiteene videreføres i 2017. Øvrig tilskudd til senteret er omtalt under kap. 769, post 70.

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		
		2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	33 952	38 994	39 400
61	Turnustjeneste	128 096	141 661	145 557
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	16 250	24 894	25 280
	Sum kap. 0783	178 298	205 549	210 237

Helse- og omsorgstjenesten er svært personell- og kunnskapsintensiv. Personell 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. For å møte framtidige personell- og kompetanseutfordringer, må det sikres både breddekompetanse og spesialisert kompetanse for å ivareta 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.

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

De fleste norskutdannede leger gjennomfører turnustjeneste etter fullført utdanning og den består av tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Ordningen ble endret i 2012 og gjort søknadsbasert hvor utlysning av stillinger skjer sentralt gjennom Helsedirektoratets turnusportal mens tilsettinger foretas lokalt. Ved omlegging av legers spesialistutdanning vil turnus bli første obligatoriske del av legers spesialistutdanning. Det ansettes årlig i om lag 950 turnusstillinger. I 2015 var det 1535 søkere til de utlyste turnusstillingene. Helsedirektoratet publiserer statusrap-

port om søkere og søknader på turnuslegestillinger to ganger i året.

Turnustjeneste for fysioterapeuter

Fysioterapeuter har ett år obligatorisk turnustjeneste – 6 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. 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 2015 var det noe over 300 fysioterapeutkandidater i turnustjeneste og alle kandidater fikk tildelt turnusplass. I 2016 er det behov for turnusplass til om lag 320 kandidater, hvorav alle har fått tilbud om turnusplass. Estimerer tilsier en ytterligere økning av søkere til turnustjeneste i 2017.

Turnustjeneste for kiropraktorer

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det var om lag 60 kiropraktorkandidater i turnustjeneste i 2015. Det gis tilskudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar imot turnuskandidater over post 79. Det forventes at antall kandidater vil ligge på samme nivå de nærmeste årene.

Turnustjeneste for ortopediingeniører

Ortopediingeniører har to års turnustjeneste ved privat ortopediteknisk verksted. Høgskolen i Oslo har ansvar for å skaffe turnusplasser i verksteder for gjennomføring av turnustjenesten. Det gis ikke tilskudd til turnusordningen for ortopediingeniører.

Post 79 Andre tilskudd

Turnustjeneste for leger og fysioterapeuter – kurs og veiledningstiltak

Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for turnuskandidater og turnusveiledere, som administreres av fylkesmannen. Tiltak som inngår er kurs i offentlig helsearbeid for turnusleger, turnusfysioterapeuter og turnuskiropraktorer, kurs i legevaktmedisin for turnusleger, gruppebasert veiledning av turnusleger i kommunehelsetjenesten og kvalifisering av individuelle veiledere for turnusleger. Fylkesmennene har ansvar for kvalifisering av individuelle veiledere for turnusfysioterapeuter, og administrering av ventelisteordning for turnusfysioterapeuter.

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 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 tiltak for bedre organisering av tjenesten og bedre anvendelse av personellet. Statistisk sentralbyrå har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjort en vurdering av den faktiske personellutviklingen i tjenestene sammenholdt mot tidligere framskrivninger. Sammenlikningen viser at framskrivningene gir et nyttig bidrag til myndighetenes planlegging på området. Det vurderes å bestille oppdaterte Helsemod-framskrivninger fra SSB.

Helsepersonellregisteret

Helsepersonellregisteret er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven. Helsepersonellregisteret brukes bl.a. av arbeidsgivere for å sjekke gyldighet av personellens autorisasjons- og godkjenningsstatus og til kontroll av elektroniske sykemeldinger, e-reseptar og tilgang til kjernejournal.

Registeret har en offentlig nettside som viser opplysning om gjeldende godkjenninger, tilleggskompetanse, forskrivningsrett, og ev. begrensning i disse. Spesialitet er også synlig for leger, tannleger og optikere på den offentlige nettsiden.

Flere tiltak ble iverksatt i 2015 for å opprettholde kvaliteten på data i registeret, f.eks. lansering av muligheten for helsepersonell til å oppdatere sin egen HPR-oppføring med personnummer gjennom Altinn. Fra 1. juli 2015 ble øvre aldergrense for autorisasjon for helsepersonell økt fra 75 til 80 år. Endringen medførte at eksisterende oppføringer i HPR måtte oppdateres. Som del av endringene i statsforvaltningen i 2015 ble Direktoratet for e-helse skilt ut av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet eier HPR, mens Direktoratet for e-helse forvalter plattformen som registeret benyttes.

Legestillingsregisteret

Formålet med legestillingsregisteret (LSR) er å gi en nasjonal oversikt over legefordeling og spesialistutdanning av leger. Målet er at LSR skal omfatte alle leger i spesialist- og primærhelsetjeneste, kommunal og privat virksomhet samt leger i offentlig forvaltning. Registeret inneholder også oversikt over utdanningsinstitusjoner og utdanningsstillinger for de ulike spesialitetene. Legestillingsregisteret skal danne grunnlag for overvåking, framskrivning og analyse av utviklingen i legeområdet, som publiseres i en årlig rapport.

Godkjenning av personell utdannet i utlandet

Stortinget vedtok i juni 2015 endringer i helsepersonelloven som gir departementet hjemmel til å gi ny forskrift om tilleggskrav for helsepersonell utdannet utenfor EØS og Sveits, jf. Prop. 99 L (2014–2015) Endringer i helsepersonelloven mv. (vilkår for autorisasjon) og Innst. 318 L (2014–2015). I den nye autorisasjonsordningen videreføres vilkåret om at utdanning fra land utenfor EØS-området skal være jevn god med tilsvarende norsk utdanning og eksamen for å oppnå autorisasjon. Ny forskrift om tilleggskrav vil videre stille krav til språkprøve og kurs i nasjonale fag for alle de 29 lovregulerte helseprofesjoner og kurs i legemiddelhåndtering for leger, sykepleiere, tannleger og farmasøyter. Leger, tannleger, sykepleiere og helsefagarbeidere må i tillegg bestå profesjonsspesifikke teoretiske og praktiske fagprøver.

Det arbeides med sikte på ikrafttredelse av ny forskrift om tilleggskrav. Helsedirektoratet har i 2015 og 2016 gjort forberedelser for iverksetting av ny autorisasjonsordning ved å utvikle innhold og bestemme omfang av fagprøver og kurs, og anskaffe leverandører av disse. Helsedirektoratet har inngått avtale med leverandør om å arrangere fagprøver for sykepleiere og helsefagarbeidere,

mens det arbeides med å skaffe leverandører av fagprøver for leger og tannleger. Det er utløst opsjon på avtalene om kurs i nasjonale fag som tar høyde for behovet for utvidet kapasitet når kravet om nasjonale fag utvides til alle helseprofesjoner ved ikrafttredelse av ny forskrift.

Globale retningslinjer for rekruttering av helsepersonell

WHO's 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. Bl.a. har direktoratet opprettet et faglig forum, bestående av relevante aktører, for oppfølging av retningslinjene. Hovedprinsippene i retningslinjene har også blitt inkludert i Helsedirektoratets veileder for arbeidsgivere i helsetjenesten ved tilsetting av helsepersonell.

Legenes spesialistutdanning

Ny ordning for legenes spesialistutdanning ble lagt fram og behandlet i Stortinget i Prop. 1 S (2015–2016) og i Meld. St. 11 (2016–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Legenes spesialistutdanning og spesialitetsstrukturen skal rettes inn mot framtidens helseutfordringer, ta inn over seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren. I tråd med Stortingets føringer er det utarbeidet høringsnotat og forskrift, som er på høring høsten 2016.

Helsedirektoratet fikk for 2016 i oppdrag å starte arbeidet med læringsmål for de 46 spesialitetene til den nye ordningen. Legeforeningens spesialitetskomiteer skal gi faginnspill, både til læringsmål og læringsaktiviteter, og direktoratet skal gjennomføre høringsprosesser før læringsmålene blir besluttet. Arbeidet med å utarbeide læringsmål er i gang i Legeforeningens spesialitetskomiteer og i Helsedirektoratet. Denne oppgaven skal prioriteres i 2017.

Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin

Kvaliteten ved sykehusenes akuttmottak blir styrket ved å etablere en egen legespesialitet i akutt-

og mottaksmedisin. De nye spesialistene skal kunne arbeide ved små og store sykehus i alle deler av landet. Helsedirektoratet nedsatte en arbeidsgruppe med representasjon fra ulike fagmiljøer og sykehus for å utarbeide forslag til læringsmål for den nye spesialiteten. På bakgrunn av innspill fra faggruppen sendte direktoratet forslag til læringsmål på bred høring.

Helsedirektoratet vil utarbeide læringsmålene for den nye spesialiteten innenfor rammer gitt av departementet.

Offentlig spesialistgodkjenning helsepersonell

Offentlig spesialistgodkjenning er regulert i forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger, og omfatter leger og tannleger. Helsedirektoratet fattet i underkant av 1700 vedtak om offentlig spesialistgodkjenning i 2015. 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 ev. effekter av alternativ behandling, bidra til økt profesjonalitet og etisk bevissthet blant utøverne, samt bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Bevilgningen dekker utgifter til registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene (Altbas), tilskudd til Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam) og tilskudd til Nafkams avdeling Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (Nifab). 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 seriositet og forretningsmessig ordnede forhold.

Gjennom 2015 har Nafkam trappet opp sine aktiviteter på området pasientsikkerhet. Det er etablert gode relasjoner til andre norske miljøer innen pasientsikkerhet. Det er i den forbindelse planlagt et langsiktig pasientsikkerhetsprosjekt på landsbygda i India, i tillegg til øvrige bidrag internasjonalt inn i WHO og det internasjonale forskningsmiljøet på området. Det er i løpet av 2015 produsert publikasjoner i en rekke tidsskrift mv. Nafkams forskning har hatt fokus på sykdommer/lidelser som forekommer hyppig, og bruk av

et bredt spekter av metoder som ivaretar forskjellige vinklinger og problemstillinger på fagfeltet.

Departementet tar sikte på å flytte forvaltningen av tilskuddsordningen for sentrene som har forskning som hovedoppgave fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet fra 2018. Dette skal skje

som en gradvis overgang over flere år fra fast bevilgning til økende andel resultat- og konkurransebasert finansiering av sentrene. Det vises til nærmere omtale under del III Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21.

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 røntgeninstitut, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester. Refusjonstakstene for lege-, fysio-

terapi- 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 forbruksmaterieell på blå resept finansieres av folketrygden og pasientene.

Over bidragsordningen gis det støtte til dekning av utgifter til enkelte helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover.

Saksbehandlingen og utbetalingen av refusjoner foregår i Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Helfo er en egen organisatorisk og administrativ enhet underlagt Helsedirektoratet. Det vises til omtale under programkategori 10.20, Helseforvaltning.

Det vises til omtale i del III, 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	5 185 104	5 470 000	5 607 200	2,5
	Sum kategori 30.10	5 185 104	5 470 000	5 607 200	2,5

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
70–89	Andre overføringer	5 185 104	5 470 000	5 607 200	2,5
	Sum kategori 30.10	5 185 104	5 470 000	5 607 200	2,5

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
70	Spesialisthjelp	1 795 114	1 872 400	1 920 000
71	Psykologhjelp	260 649	266 000	287 000
72	Tannbehandling	2 330 019	2 451 000	2 509 000
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	799 322	880 600	891 200
	Sum kap. 2711	5 185 104	5 470 000	5 607 200

Bevilgingen dekker folketrygdens utgifter til spesialist- og psykologhjelp, tannbehandling og private laboratorier og røntgeninstitutt etter folketrygdens kapittel 5.

Det foreslås å underregulere laboratorie- og radiologitakstene i forhold til antatt pris- og kostnadsvekst tilsvarende 14 mill. kroner.

Post 70 Spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i medhold av folketrygdloven § 5-4, jf. omtale under kap. 2755, post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

Regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helse-regionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra regio-

nale helseforetak, trygderefusjoner og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Det skal ikke betales egenandel ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- behandling av barn under 16 år og ved psyko-terapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år.
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette går fram av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

Tabell 4.16 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister 2014–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Endring
Kap. 2711, post 70	1 702	1 795	5,5 pst.

De regnskapsførte utgiftene økte med 94 mill. kroner fra 2014 til 2015, tilsvarende 5,5 pst. Utgiftsveksten kan forklares med aktivitetsøkning i form av flere konsultasjoner, endringer i takster og egenbetaling og endringer i takstbruken, f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet vo-

lumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler. Volumveksten forklarer 2,6 pst. av veksten i 2015. Takstoppgjøret våren 2016 økte honorartakstene med 3,7 pst. Volumveksten i 2016 er anslått til knapt 3 pst. og om lag 3 pst. for

2017. Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2016 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2017.

Tabell 4.17 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2014–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
Kap. 2711, post 70	1 702	1 795	1 872	1 920
Volumvekst (anslag)	3,6 %	2,6 %	2,5 %	3 %

Post 71 Psykologhjelp

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende psykologspesialist dekkes etter folketrygdloven § 5-7 med forskrifter. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege, psykolog eller fra barnevernadministrasjonens leder. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster og pasienten må vanligvis betale egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling, er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Stønaden ytes etter fastsatte takster og pasienten må vanligvis betale egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling, er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Tabell 4.18 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer i 2014–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Endring
Psykologer med avtale	205,4	229,7	11,8 %
Psykologer uten avtale	35,8	29,3	-18,2 %
Avsetning til fond	1,7	1,7	2,0 %
Sum kap. 2711, post 71	242,9	260,6	7,3

De regnskapsførte utgiftene til privatpraktiserende psykologer økte med 18 mill. kroner til 261 mill. kroner i 2015 eller 7,3 pst. Utgiftsveksten i

2015 skyldes bl.a. takstoppgjøret i 2015, som ga et påslag på takstene på 2 pst. og en anslått volumvekst på 3,9 pst.

Tabell 4.19 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2013–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
Kap. 2711, post 71	242,9	260,6	266,0	287,0
Volumvekst (anslag)	3,2 %	3,9 %	4 %	4 %

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2016 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2017.

Post 72 Tannbehandling

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6 a og 5-25. Folketrygden yter stønad til undersøkelse

og behandling som utføres av tannlege og tannpleier ved angitte diagnoser eller tilstander. Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71. Folketrygden gir refusjon basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det gis også stønad til tannbehandling som faller inn under yrkesskade etter folketrygdloven § 13.

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Endring
Kap. 2711, post 72	2 173	2 330	7,2 %

Fra 2014 til 2015 økte trygdens utgifter til stønad til tannbehandling med 157 mill. kroner eller 7,2 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 50 mill. kroner ut over budsjettanslaget. De resterende deler av utgiftsveksten har sammenheng med volumvekst, prisjustering og endret takstbruk.

Deler av utgiftsveksten kan også forklares med administrative forenklinger og at tannlegene er blitt flinkere til å informere pasientene om retten til utgiftsdekning. Dette gjør 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.

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
Kap. 2711, post 72	2 173	2 330	2 451	2 590
Volumvekst (anslag)	11,1 %	8,5 %	2,2 %	3 %

Utgiftsveksten per 1. august 2016 er om lag 1 pst. og det anslås en noe høyere vekst i utgiftene for resten av 2016. Det foreslås at tannbehandlingstakstene ikke prisjusteres for 2017. Innsparingen ved en nominell videreføring av takstene på 2016-nivå anslås til om lag 69 mill. kroner.

Videre foreslås det å nedjustere enkelttakster på tannbehandling fra 1. januar 2017 innenfor diagnoser/lidelser med særskilt høy utgiftsvekst i 2015 og første halvår 2016, og for takster hvor nivået på takstbeløp er betydelig høyere enn tilsvarende beløp i den svenske stønadsordningen. De statlige refusjonene skal ikke virke prisdrivende i markedet. Dette gjelder bl.a. takster for behandlinger med implantater.

En reduksjon av enkelte av folketrygdens refusjonstakster vil gi en innsparing på 19 mill. kroner, hvorav 16 mill. kroner til å styrke prioriterte tiltak innenfor tannhelsetjenesten på kap. 770.

I tillegg foreslås det å gjøre forenklinger i takster for behandlingskontroller ved tannregulering. Det eksisterer flere takster for behandlingskontroller, og omfanget av takster virker utgiftsdrivende. Ved de aller fleste øvrige behandlingsformer utført av tannleger er ikke takstene differensiert i et slikt omfang som ved tannregulering. Å redusere og forenkle disse takstene vil gi en innsparing på om lag 32 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling pga. sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier og røntgeninstitutt ytes etter fastsatt regelverk.

Det er en målsetting at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Etter folketrygdloven § 5-5 ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Det kan likevel kreves trygderefusjon utover de ev. volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor.

Undersøkelser ved røntgeninstitutt må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Refusjonene for private laboratorier og røntgeninstitutt ble prisjustert med 1,3 pst. fra 1. ja-

nuar 2016. Justeringen innebar en underregulering tilsvarende 9 mill. kroner som følge av en sterk og vedvarende vekst over flere år. Utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte med 74 mill. kroner, eller 10,2 pst. i 2014.

Den anslåtte utgiftsveksten i 2016 legger til grunn en volumvekst på 10 pst. Det legges også til grunn en volumvekst på 10 pst. i budsjettforslaget for 2017.

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 i forhold til antatt pris- og kostnadsvekst tilsvarende 14 mill. kroner.

Det pågår et arbeid med sikte på å legge om finansieringssystemet for laboratorieundersøkelser. Arbeidet er omfattende og er noe forsinket. Det tas sikte på å legge om systemet fra 1. januar 2018.

Tabell 4.20 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2014–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Endring
Laboratorium	475	514	8,2 %
Røntgen	250	285	14,0 %
Sum kap. 2711, post 76	725	799	10,2 %

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
2751	Legemidler mv.	12 055 950	11 950 000	12 149 400	1,7
2752	Refusjon av egenbetaling	4 333 083	4 639 000	6 067 600	30,8
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	7 094 479	7 145 000	6 763 000	-5,3
2756	Andre helsetjenester	691 264	623 000	680 000	9,1
Sum kategori 30.50		24 174 776	24 357 000	25 660 000	5,3

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	328 759	340 000	370 000	8,8
70–89	Andre overføringer	23 846 017	24 017 000	25 290 000	5,3
Sum kategori 30.50		24 174 776	24 357 000	25 660 000	5,3

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	
70	Legemidler	10 149 414	10 015 500	10 139 900	
71	Legeerklæringer	5 527	5 000	6 000	
72	Medisinsk forbruksmaterieil	1 901 009	1 929 500	2 003 500	
Sum kap. 2751		12 055 950	11 950 000	12 149 400	

Vesentlige endringsforslag utover pris- og volumjustering:

- Helseforetakene får ansvar for finansieringen av kreftlegemidler fra 1. mai 2017 og PAH-legemidler fra 1. januar 2017. Bevilgningen reduseres på denne bakgrunn med 750 mill. kroner.

- reduksjon på 13 mill. kroner knyttet til innsparring ved redusert apotekavanse.
- reduksjon på 5 mill. kroner ved flytting av inhalasjonsveiledning for pasienter med astma/kols til kap. 2790, post 70.

- reduksjon på 20 mill. kroner knyttet til innsparring på området næringsmidler.
- økning på 6 mill. kroner knyttet til beredskaps-sikring av legemidler.
- økning på 1,9 mill. kroner til ny meningokkqvaksine.
- økning på 8,5 mill. kroner til reversering av vedtak om å ta ut poseodoranter og poseovertrekk fra blåreseptordningen.

Ut over forhold nevnt ovenfor, anslås utgiftene til legemidler å øke reelt med om lag 800 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2016. 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.

Legemiddelforskriftens § 14-14 ble endret 6. juni 2016. Gjennom denne endringen er det nå åpnet for å gi refusjon også til legemidler som brukes til hhv. behandling av rusavhengighet og erektil dysfunksjon. Dette innebærer ikke uten videre at legemidler til behandling av rusavhengighet og erektil dysfunksjon innvilges forhåndsgodkjent refusjon, men at slik behandling kan vurderes på lik linje med annen legemiddelbehandling, jf. legemiddelforskriften kapittel 14. Det vises særlig til forskriftens § 14-13 (faglige kriterier) og § 14-15 (krav til kostnad for folketrygden).

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 39 pst., men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept.

Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8.

Alderspensjonister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt for å betale egenandel på blå resept, hvis de får utbetalt en årlig pensjon som ikke overstiger minste pensjonsnivå. Også alders- og AFP-pensjonister som mottar særtillegg er fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Videre er uføretrygdede med minstepensjon, tilsvarende 2,48 ganger grunnbeløpet for enslige eller 2,28 ganger grunnbeløpet for gifte/samboende, fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Dette gjelder også for uføretrygdede der vedkommende før 2015 har fått definisjonen minstepensjonist, og det ikke har skjedd andre endringer i ytelsen enn at den fra 2015 er omregnet til uføretrygd.

Egenandeler for legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen egenandelstak 1, som er nærmere omtalt under kap. 2752, post 70. Egenandelstak 1 innebærer at pasientens årlige utgifter knyttet til legehjelp (inkludert laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, enkelte polikliniske konsultasjoner, pasientreiser samt legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samlet ikke skal overstige 2185 kroner i 2016.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler på blå resept i 2015, over kap. 2751, post 70, var 10,1 mrd. kroner, en økning på 14,4 pst. fra 2014. Hvis egenandeler

dekket av frikort tas med var utgiftene 10,6 mrd. kroner i 2015. Det vises til nærmere omtale i del III, kapittel 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2015 behandlet Legemiddelverket 102 søknader om forhåndsgodkjent refusjon etter § 2, hvorav 97 fikk innvilget refusjon eller endrede refusjonsbetingelser. 37 av søknadene gjaldt nye virkestoff, ny indikasjon eller ny formulering. I 34 av disse sakene ble det innvilget forhåndsgodkjent refusjon, og ytterligere ett legemiddel fikk innvilget refusjon i 2016 etter prisreduksjon. I tillegg ble fem legemidler til behandling av hepatitt C vurdert for refusjon etter § 4a. Finansieringsansvaret for hepatitt C-legemidlene er fra 1. januar 2016 overført de regionale helseforetakene jf. omtale i Prop. 1 S (2015–2016).

Beredskapsikring av legemidler

Det foreslås å flytte 6 mill. kroner fra kap. 702, post 21, knyttet til endringer i forskrift om grossistvirksomhet med legemidler § 5 og legemidelforskriften § 12-2, som trådte i kraft 1. januar 2016. Forskriftsendringen innebærer at legemiddelgrossister skal sikre bestemte legemidler til bruk i primærhelsetjenesten. Grossistenes kostnader for lagerhold kompenseres ved at maksimal innkjøpspris for apotek heves med 1 pst. for de aktuelle legemidlene. Fra samme tidspunkt opphørte avtalen om beredskapslager av legemidler mellom Helsedirektoratet og Norsk Medisinaldepot, jf. Prop. 122 S (2015–2016).

Redusert apotekavanse

Det foreslås å redusere prosenttillegget i apotekavansen på legemidler tilsvarende en samlet innsparing på folketrygden på 13 mill. kroner. Til grunn for dette anslaget ligger en reduksjon av prosenttillegget for AIP over 200 kroner fra 2,5 pst. til 2,25 pst. Denne endringen i apotekavansen vil i tillegg gi en innsparing for helseforetakene (legemidler på H-resept) på 11 mill. kroner.

Kreftlegemidler

Det foreslås å overføre finansieringsansvaret for kreftlegemidler til de regionale helseforetakene. Kreftbehandlingen er komplisert med mange ulike kreftformer og der ulike legemidler kan inngå i behandlingen av flere ulike kreftformer en-

ten alene eller i kombinasjon med andre legemidler. Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for kreftbehandlingen og overføringen vil samle behandlingsansvar og forskrivningsansvar. Gjennom forslaget om overføring legges det derfor til rette for gode prioriteringsbeslutninger uavhengig av finansieringsansvaret.

Legemidlene som foreslås overført omfatter legemidler i gruppene antineoplastiske midler og andre immunsuppressiver, jf. omtale under kap. 732.

Legemidler til behandling av pulmonal arteriell hypertensjon (PAH)

Pulmonal arteriell hypertensjon (PAH) er en svært alvorlig hjerte- og lungesykdom. Det foreslås å overføre finansieringsansvaret for PAH-legemidler til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2017, jf. omtale under kap. 732.

For PAH-legemidlene som foreslås overført er det klart at både initiering, evaluering og avslutning av pasientens legemiddelbehandling gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten, og det er konkurranse mellom ulike legemidler innenfor terapiområdet, jf. begrunnelsen for tidligere overføringer av finansieringsansvar fra folketrygden til RHF-ene.

PAH-legemidlene har relativt få brukere, det omfatter ni ulike legemidler, og det forventes at forskrivning og ekspedering av legemidlene vil kunne håndteres i H-reseptordningen fra 1. januar 2017 uavhengig av om den elektroniske oppgjørsløsningen er på plass eller ikke.

Meningokokkvaksine

Iht. blåreseptforskriften § 4 nr. 3 ytes i dag stønad til vaksiner for meningokokk-sykdom A+C+W+Y konjugatvaksine og til meningokokk C konjugatvaksine til personer under 25 år uten miltfunksjon. Videre ytes det stønad til personer som har nærkontakt med meningokokk A-, C-, W- eller Y-sykdom. Det foreslås utvide stønadsområdet for disse vaksinene til også å omfatte personer over 25 år med miltmangel samt til personer med medfødt eller ervervet komplementdefekt og til pasienter som behandles med medikamentet Eculizumab (Soliris).

Det foreslås i tillegg å gi stønad til ny meningokokkvaksine for meningokokk B-sykdom (Bexsero) til personer som har nærkontakt med meningokokk B-sykdom, til personer uten miltfunksjon (alle aldre) og til personer med medfødt eller ervervet komplementdefekt i tillegg til pasienter

som behandles med medikamentet Eculizumab (Soliris).

Inhalasjonsveiledning

I budsjettet for 2016 ble det vedtatt en bevilgning på 5 mill. kroner til inhalasjonsveiledning av pasienter med astma/kols over kap. 2751, post 70. Bevilgningen over kap. 2751, post 70 er hjemlet i Folketrygdloven § 5-14 og omfatter viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr mv. Inhalasjonsveiledning kan derfor sies å falle utenfor formålet for denne ordningen. Det foreslås derfor å overføre bevilgningen knyttet til inhalasjonsveiledning til kap. 2790, post 70 Bidrag. Bidragsordningen er hjemlet i Folketrygdloven § 5-22 og omfatter bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ellers ikke er dekket av folketrygden eller andre ordninger.

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 mill. kroner i 2015, mot 6,3 mill. kroner i 2014.

Post 72 Medisinsk forbruksmateriell

Bevilgningen omfatter utgifter til visse typer medisinsk forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens (urinlekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir solgt gjennom apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislister for medisinsk forbruksmateriell er uttømmende og angir hvilke produkter det gis refusjon til og pris for disse. Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) har ansvar for området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. Helse- og omsorgsdepartementet og Helfo har bl.a. fullmakt til å bestemme nærmere krav til blåreseptenes innhold, krav til diagnose/funksjonsevne knyttet til pro-

duktgrupper eller enkeltprodukter, ev. antallsbegrensning i utlevering, inntak og uttak av produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 1 901 mill. kroner i 2015, mot 1 747 mill. kroner i 2014.

Det foreslås 8,5 mill. kroner til en reversering av vedtak om å ta ut posedeodoranter og poseovertrekk fra blåreseptordningen, jf. Prop. 122 S (2015–2016) og Innst. 400 S (2015–2016).

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, utleveringsmetode, antallsbegrensning samt vilkår for å få medisinsk forbruksmateriell på blå resept.

Det foreslås strukturtiltak og avanseendring for melkeerstatningsprodukter. Melkeerstatninger for småbarn med melkeproteinallergi og -intoleranse gis i hovedsak etter blåreseptforskriften § 6 punkt 2, men enkelte brukere mottar de samme produktene etter § 6 punkt 1 og 4. Det er en vesentlig prisforskjell på produkttypene. Melkeerstatninger basert på 100 pst. frie aminosyrer (enkeltaminosyrer), eller andre proteinkilder, er betraktelig høyere i pris enn melkeerstatninger basert på hydrolysert melkeprotein. Sistnevnte bør følgelig være førstevalg i behandlingen siden mer enn 90 pst. av småbarna med melkeproteinallergi vil kunne bli symptomfrie med bruk av denne type produkt.

For å styre valg av type produkt mer i tråd med faglige anbefalinger vil det bli opprettet egne artikkelgrupper for produktene basert på 100 pst. frie aminosyrer eller andre proteinkilder, i produkt- og prislister for § 6 punkt 1, 2 og 4. Ved å benytte forskrivningsvilkår om spesifisering av disse artikkelgruppene, vil kun brukere med resept på artikkelgruppen kunne få utlevert produktene. Førstevalget i behandlingen vil bli melkeerstatninger basert på hydrolysert melkeprotein. Legen vil likevel kunne forskrive melkeerstatning basert på 100 pst. frie aminosyrer, eller andre proteinkilder, for de småbarna som har behov for slike produkter.

Det foreslås videre ny avanse for melkeerstatninger for småbarn med melkeproteinallergi og produkter til behandling av fenylylketonuri. For disse produktene, under blåreseptforskriften § 6 punktene 2 og 3, er avansen 40 pst. opp til et beløp på 500 kroner, og for beløp over 500 kroner er avansen 300 kroner. Det foreslås å redusere denne avansen til 25 pst. og fjerne splittbeløpet. Ved å endre avansen for § 6 punkt 2 og 3 i systemene, vil

imidlertid produktene som er oppført i flere produkt- og prislister også få den nye avansen da avanse kun kan reguleres på hjemmepunktsnivå. Det vil si at en avanseendring for melkeerstatning oppført under blåreseptforskriften § 6 punkt 2, også vil endre avanse under § 6 punkt 1 og 4.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 263 (2015–2016), 14. desember 2015:

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig, og senest i revidert nasjonalbudsjett 2016, rede-

gjøre for virkningene av kuttene i medisinsk forbruksmateriell, både økonomisk og sosialt, for samfunnet og den enkelte som trenger forbruksmateriell»

Vedtaket ble enstemmig vedtatt av Stortinget ved behandlingen av Helse- og omsorgsdepartementets budsjett for 2016, jf. referat fra møte mandag 14. desember 2015. Vedtaket er fulgt opp i Prop. 122 S (2015–2016) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2016, jf. Innst. 400 S (2015–2016).

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2017
		2015	Saldert budsjett 2016	
70	Egenandelstak 1	4 166 890	4 470 000	5 000 000
71	Egenandelstak 2	166 193	169 000	1 067 600
	Sum kap. 2752	4 333 083	4 639 000	6 067 600

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til egenandelstak 1 og egenandelstak 2 etter folketrygdlovens kapittel 5.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet.

Det er Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, som har ansvaret for frikortordningene.

Det er 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.

Det foreslås å:

- øke egenandelstak 1 med 20 kroner fra 2185 til 2205 kroner.
- redusere egenandelstak 2 med 680 kroner fra 2670 til 1990 kroner.

- øke nedre aldersgrense for betaling av egenandeler som inngår i egenandelstak 2 fra 12 til 16 år.

Post 70 Egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, legemidler på blå resept og medisinsk forbruksmateriell samt pasientreiser. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

Fra 2016 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.

Tabell 4.21 Utgifter dekket over egenandelstak 1 i 2014–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Endring
Legehjelp	2 082,6	2158,0	3,6 %
Psykologhjelp	105,5	110,3	4,5 %
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 305,7	1263,0	-3,3 %
Pasientreiser	604,7	635,6	5,1 %
Sum kap. 2752, post 70	4 098,5	4166,9	1,7 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 4 099 mill. kroner i 2014 til 4 167 mill. kroner i 2015, en økning på 1,7 pst.

I 2015 ble det utstedt 1 140 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen. Dette er 2000 flere frikort enn i 2014, og er en økning på 0,2 pst. Tall fra Nav for 2015 viser at andelen av frikortmottakere med alders- og uførepensjon er 54 pst. 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 i del III 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Det foreslås å øke egenandelstak 1 med 20 kroner fra 2185 til 2205 kroner.

Post 71 Egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført 1. januar 2003. Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi.
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling.
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak.
- behandlingsreiser til utlandet.

For 2016 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 automatiseres fra 1. januar 2017.

I 2015 ble det utstedt 44 842 frikort, en reduksjon på 217 frikort eller 0,5 pst. fra 2014. Tall fra Nav for 2015 viser at 40 pst. av frikortmottakerne under egenandelstak 2-ordningen er alders- og uførepensjonister. 56 pst. av de som i 2015 oppnådde frikort i tak 2-ordningen oppnådde også frikort under tak 1. Dette omfattet om lag 25 000 personer.

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tak 2 var 154 mill. kroner i 2014. I 2015 var utgiftene 166 mill. kroner, en økning på 7,8 pst.

Det vises til omtale i del III 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Det foreslås å:

- redusere egenandelstak 2 med 680 kroner fra 2670 til 1990 kroner.
- øke nedre aldersgrense for betaling av egenandeler som inngår i egenandelstak 2 fra 12 til 16 år.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	328 759	340 000	370 000
70	Allmennlegehjelp	4 526 690	4 607 000	4 845 000
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 921 221	1 880 000	1 195 000
72	Jordmorhjelp	54 692	55 000	61 000
73	Kiropraktorbehandling	141 573	145 000	150 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	121 544	118 000	142 000
	Sum kap. 2755	7 094 479	7 145 000	6 763 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdlovens kapittel 5.

Det foreslås å øke egenandelstak 1 med 20 kroner fra 2185 til 2205 kroner.

Post 62 Fastlønnsordning fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fysioterapeuter (fastlønte fysioterapeuter). Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må sees i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygde-refsusjoner. Kommunene mottar derfor ikke trygde-refsusjoner fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21. Ved avvikling av sykdomslisten (diagnoselisten) vil kommunene få økte egenandelsinntekter fra pasienter som ansatte fysioterapeuter behandler. Det vises til omtale under post 71.

Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2016 ble fastlønnstilskuddet økt til 192 540 kroner for 2016. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 329 mill. kroner i 2015, mot 307 mill. kroner i 2014, en økning på 7,2 pst. Utgiftsøkningen har sammenheng med en økning i antall fastlønte fysioterapiårsværk i kommunene og økninger i fastlønnstilskuddet de siste årene.

Det vises til nærmere omtale under del III 9 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester og 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Post 70 Allmennlegehjelp

Bevilgningen dekker utgifter til undersøkelse og behandling hos lege etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Allmennlegen må ha fastlegetavtale 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.

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, trygderefsusjoner og egenandeler.

Takstene fastsettes i forhandlinger mellom staten, regionale helseforetak, KS og Den norske legeförening.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- behandling av barn under 16 år.
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

- første legeundersøkelse hos allmennlege, herunder fastlege og legevakt, i forbindelse med seksuelle overgrep. Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Tabell 4.22 Utgifter til allmennlegehjelp 2014–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Endring
Fastleger mv.	3 573,1	3 823,7	7,0 %
Legevakt	505,9	518,4	2,5 %
Avsetning til fond	178,1	184,6	3,6 %
Sum kap. 2755, post 70	4 257,1	4 526,7	6,3 %

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 4 257 mill. kroner i 2014 til 4 527 mill. kroner i 2015, en vekst på 6,3 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 fast-

leger/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 2014–2017 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
Sum kap. 2755, post 70	4 257	4 527	4 607	4 845
Volumvekst (anslag)	2,4 %	2,8 %	2 %	3 %

Utgiftsveksten i 2015 skyldes en antatt volumvekst på om lag 2,8 pst., samt en økning i refusjonene til allmennleger som følge av takstforhandlingene om normaltariffen for leger.

Utgiftsveksten i 2016 skyldes en antatt volumvekst på om lag 2 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2017 en volumvekst i allmennlegetjenesten på 3 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2015 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2016.

Det vises til nærmere omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste, del III 9 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester og 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Post 71 Fysioterapi

Bevilgningen dekker utgifter til fysioterapi 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 å utløse 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.

Ved forhandlingene i juni 2016 ble det avtalt opprettet en takst fra 1. januar 2017 for delvis kompensasjon for utgifter til elektronisk sam-

handling. Når egenandelstak 2 automatiseres fra 1. januar 2017 foreslås det krav om at fysioterapeutene må sende egenandelsopplysninger elektronisk over linje.

Pasienten skal selv betale differansen (egenandel) mellom fysioterapeutens honorar og folketrygdens refusjonsbeløp. Det gis i dag godtgjørelse etter honorartakst ved nærmere angitte diagnoser basert på hjemmel i forskrift (sykdomslisten), ved yrkesskade og for barn under 12 år.

Det foreslås at sykdomslisten (diagnoselisten) i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. som gir fritak for egenandeler for fysioterapibehandling avvikles. Pasienter med diagnoser som står på denne listen må da betale egenandeler. Formålet med endringen er å legge til rette for mer rettferdig fordeling og best mulig utnyttelse av fysioterapiressursene. Samtidig fore-

slås det å øke aldersgrensen for fritak for egenandeler fra 12 til 16 år og redusere egenandelstak 2 med 680 kroner fra 2670 kroner til 1990 kroner. Det vises til kap. 2752, post 71. Nettoendringen av disse tiltakene er besparelse for folketrygden på 140 mill. kroner. I tillegg øker inntektene til kommunene fra de pasientene som nå må betale egenandel, anslått til om lag 175 mill. kroner. Budsjett-nøytralitet for kommunene ivaretas gjennom at rammetilskuddet over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett redusert tilsvarende. Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2.

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 2014–2015 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Endring
Fysioterapeuter med avtale	1 715,3	1 862,9	8,6 %
Fysioterapeuter uten avtale ¹	31,5	27,6	-12,4 %
Avsetning til fond	30,0	30,7	2,3 %
Sum kap. 2755, post 71	1 776,6	1 921,2	8,1 %

¹ Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 777 mill. kroner i 2014 og 1 921 mill. kroner i 2015, en økning på 8,1 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 2015 totalt 4690 fysioterapiårsverk. Dette innebærer en økning i antall årsverk fra 2014 på totalt 2 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere er ni årsverk, en økning på 0,1 pst. fra 2015. 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 2014 til 2015.

Tabell 4.25 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2014–2017 (mill. kr)

	Regnskap 2014	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
Sum kap. 2755, post 71	1 776,6	1 921,2	1 880,0	1 195,0
Volumvekst (anslag)	1,6 %	3,8 %	2 %	2 %

Kommunenenes 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 3357 avtalehjemler i 2015 var 51 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler. 42,5 pst. av avtalehjemlene var i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 6,3 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2014 viser dette at kommunene har løftet deltidshjemlene slik at det er større samsvar mellom faktisk arbeidsvolum og hjemmelsstørrelse, noe som er en ønsket utvikling. I utgangspunktet skal en avtalehjemmel for fysioterapeutene være i samsvar med det omfang fysioterapeuten arbeider. Kommunene skal kun utlyse en deltidshjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapitjeneste. 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 kap. 762 Primærhelsetjeneste, del III 9 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester og 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Post 72 Jordmorhjelp

Bevilgningen dekker utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører 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. Stønadsatsen er 2550 kroner og ble sist regulert i 2015. Stønadsatsen foreslås økt til 2680 kroner i 2017 som er en årlig økning på 2,5 pst.

Utgiftene i 2015 var 55 mill. kroner, mot 50 mill. kroner i 2014, en økning på 10 pst.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Bevilgningen dekker utgifter til behandling hos kiropraktor etter fastsatte takster med hjemmel i folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. 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.

Som et tiltak i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering foreslår regjeringen å oppheve begrensningen i antallet behandlinger per kalenderår fra 2017. Det er kun innenfor dette stønadsområdet at det finnes begrensninger for antallet behandlinger det ytes stønad til. For øvrige stønadsområdene er det behovet for behandling

som er avgjørende. I gjennomsnitt mottar pasientene stønad til 5,6 behandlinger per kalender år. For de få som har behov for mer enn 14 behandlinger per år oppleves antallsbegrensningen som et unødvendig og byråkratisk hindring. Tiltaket vil øke utgiftene på stønadsområdet med i underkant av 200 000 kroner.

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 141,6 mill. kroner i 2015 mot 137,2 mill. kroner i 2014, en økning på 3,2 pst. Antall kiropraktorer som hadde oppgjørsavtale med Helfo økte med 6 pst., fra 762 i 2014 til 806 i 2015. Det var en nedgang på 2 pst. i antall konsultasjoner fra 1,89 millioner i 2014 til 1,85 millioner i 2015, mens det var en økning i bruk av takster for samhandling med annet helse- og sosialfaglig personell.

Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Bevilgningen dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a.

Kap. 2756 Andre helsetjenester

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
70	Helsetjenester i annet EØS-land	17 708	13 000	25 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.	457 546	395 000	445 000
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	216 010	215 000	210 000
	Sum kap. 2756	691 264	623 000	680 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet mv. og til utenlandsboende mv. etter folketrygdlovens kapittel 5.

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 of-

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. For å gjøre tjenesten lettere tilgjengelig trenger endres retningslinjene for søknad om stønad, jf. omtale av habilitering og rehabilitering under kap. 762. Dette er tiltak i tilknytning til opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

I 2015 utbetalte folketrygden 104,1 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 6,5 mill. kroner til ortoptisk behandling.

De samlede utgiftene økte fra 106 mill. kroner i 2014 til 122 mill. kroner i 2015, en økning på 15,1 pst.

fentliges 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-, jordmørhjelp 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 9700 saker i 2014 til 11 000 saker (13,4 pst.) i 2015 for ordningen totalt. Det ble i 2015 utbetalt refusjoner for i alt 40,7 mill. kroner hvorav 51 pst. for fysioterapibehandling og 42 pst. for tannbehandling. Kostnadsøkningen skyldes i hovedsak at sykehusbehandling har blitt omfattet av ordningen og at utbetalinger av stønad til tannbehandling har økt med om lag 70 pst. fra 2014. I løpet av første halvår 2016 har Helfo mottatt 6055 refusjonskrav etter folketrygdloven § 5-24a.

Det ble opprettet nye budsjettposter under kap. 2756 Andre helsetjenester som følge av at svaret 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.

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 18 mill. kroner i 2015 mot 10,5 mill. kroner i 2014, en økning på 71,4 pst. Rapportering fra Helfo viser at det i all hovedsak er blitt refundert utgifter til tannbehandling ved sykdom, jf. folketrygdloven § 5-6, på denne budsjettposten. Det er et begrenset antall saker innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

Post 71 Helsetjenester i utlandet mv.

Posten omfatter stønad til helsetjenester i utlandet for personer som er medlemmer i folketrygden og som omfattes av bestemmelsene i folketrygdloven § 5-24.

De grupper som kommer inn under stønadsreglene er bl.a. sjøfolk på norske skip i utenriksfart, norske statsborgere som er statens lønnede tjenestemenn i utlandet, norske studenter i utlandet og utsendte arbeidstakere. Turister omfattes ikke av reglene. Refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 har i hovedsak betydning for medlemmer i folketrygden som er bosatt eller oppholder seg over tid i land utenfor EØS-området og som har behov for behandling i oppholdslandet.

Nødvendige utgifter til ambulansetransport innad i behandlingslandet og til opphold og behandling i helseinstitusjon dekkes fullt ut. Det betales egenandel for behandling hos lege, tannbehandling for sykdom, fysioterapi, behandling hos psykolog og for viktige legemidler. Utgiftene refunderes av Helfo Utland.

Utenlandsboende pensjonister med rettigheter etter norsk folketrygd gis stønad etter de bestemmelser som gjelder for tilsvarende behandling i Norge, men med de særregler at utgiftene dekkes etter særskilte satser, og at utgifter til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget. For 2017 foreslås det maksimale stønadsbeløpet til 3710 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 utenriksstjenesten 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 458 mill. kroner i 2015 mot 327,5 mill. kroner i 2014, en økning på 39,8 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 216 mill. kroner i 2015 mot 190 mill. kroner i 2014 en økning på 13,7 pst.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
2790	Andre helsetiltak	185 920	180 000	235 000	30,6
	Sum kategori 30.90	185 920	180 000	235 000	30,6

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	Pst. endr. 16/17
70–89	Andre overføringer	185 920	180 000	235 000	30,6
	Sum kategori 30.90	185 920	180 000	235 000	30,6

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017	
70	Bidrag	185 920	180 000	235 000	
	Sum kap. 2790	185 920	180 000	235 000	

Post 70 Bidrag

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra kap. 2751, post 71 knyttet til inhalasjonsveiledning for pasienter med astma/kols.

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Bidragsordningen består av om lag 20 forskjellige bidragsformål. Fullstendig oversikt over hvilke tilskuddsordninger som kommer inn under bidragsordningen går fram av rundskrivet til folketrygdloven § 5-22 Bidrag til spesielle formål. Rundskrivet er tilgjengelig via hjemmesidene til Helfo.

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 1775 kroner i 2016. Egenandeler, døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig. Beløpet for 2017 er 1825 kroner. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

Utgiftene på bidragsordningen var 186 mill. kroner i 2015.

I budsjettet for 2016 ble det vedtatt en bevilgning på 5 mill. kroner til inhalasjonsveiledning av pasienter med astma/kols over kap. 2751, post 70. Bevilgningen over kap. 2751, post 70 er hjemlet i Folketrygdloven § 5-14 og omfatter viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr mv. Inhala-

sjonsveiledning kan derfor sies å falle utenfor formålet for denne ordningen, og midlene foreslås flyttet til kap. 2790, post 70. Helsedirektoratet skal, innen medio 2017, ha gitt sin vurdering av

prøveordningen med inhalasjonsveiledning i apotek, i samarbeid med Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet.

Del III
Omtale av særlige tema

5 Folkehelsepolitikken

Meld. St. 19 (2014–2015) Mestring og muligheter har fornyet politikk og innsats innen de prioriterte områdene psykisk helse i folkehelsearbeidet, helsevennlige valg og aktive eldre. Det er videre lagt vekt på forebyggende arbeid rettet mot barn og unge.

Regjeringen bygger videre på den tverrpolitiske enigheten om de overordnede rammene for folkehelsepolitikken. Det er bred enighet om de nasjonale målene:

- 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.

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 legger målene til grunn for utvikling av nasjonal politikk og styrke innsatsen på tvers av sektorer for en mer helsevennlig livsstil.

I Norge er tidlig død definert som død før fylte 75 år. Målet er integrert i det nasjonale folkehelse-målet ved at økningen i forventet levealder skal nås gjennom reduksjon av tidlig død og utjevning av sosiale forskjeller i dødelighet. For å nå målet om 25 pst. reduksjon av tidlig død, må risikoen knyttet til tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet og usunt kosthold reduseres betydelig.

Målene og innsatsområdene må ses i sammenheng med psykisk helse og trivsel. Psykisk helse påvirker levevaner som igjen påvirker psykisk helse og trivsel. Det gjør innsatsen for å fremme psykisk helse, livskvalitet og mestringsevne til et viktig innsatsområde for å forebygge livsstilssykdommer. Tilsvarende er livsstilsendring et viktig virkemiddel for å styrke den psykiske helsen.

Psykiske problemer er blant de største folkehelseutfordringene i dag, og de sosiale forskjellene i forekomst av psykiske helseproblemer er store. Regjeringen legger derfor mer vekt på forhold som kan fremme den psykiske helsen, som sosiale nettverk, sosial støtte, mestring og trivsel. Kommunen og lokalmiljøet er en satsingsarena for utvikling av tverrfaglig innsats og tiltak. Dette er også et ledd i oppfølgingen av den helsefremmende og forebyggende delen av Verdens helseorganisasjons globale handlingsplan for psykisk helse.

Tiltakene beskrevet i dette kapitlet vil være viktige for å oppnå FNs bærekraftsmål (Agenda 2030) i en nasjonal kontekst. Spesielt delmål 3.4 på ikke-smittsomme sykdommer, delmål 3.5 på alkohol og narkotika, delmål 2.2 på ernæring, og bærekraftsmål 6 om vann. Sosiale helseforskjeller er en viktig del av folkehelsepolitikken. Det er fortsatt er store sosiale helseforskjeller. Bl.a. gjelder det for livsstilsfaktorer som røyking, kosthold og fysisk aktivitet.

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 vesentlig betydning for fordelingen av helsen i befolkningen. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å videreutvikle slike indikatorer for sentrale påvirkningsfaktorer for helse i nært samarbeid med andre statlige direktorater og fagmiljøer. Første versjon av ny indikatorrapportering ble publisert i 2016. Arbeidet med videreutvikling av indikatorer for folkehelse skal sees i sammenheng med endring i oppgavefordeling mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Et effektivt folkehelsearbeid av god kvalitet må bygge på kunnskap om helse og helseutfordringer, hva som påvirker helsen og hvilke virke-

midler og tiltak som har effekt. For å utvikle politikken videre, behøves bedre data. Ikke minst er det behov for bedre kunnskap om sosioøkonomiske variable, sammen med data om livsstil, helse og tilgang til helsetjenester.

Det er nedsatt et ekspertutvalg som skal bidra til et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata for statistikk, planlegging, helseanalyser, kvalitetsforbedring og forskning, innovasjon og næringsutvikling. Dette arbeidet er viktig for å kunne få til bedre helseanalyser, ikke minst for bedre å kunne dokumentere forhold knyttet til sosiale helseforskjeller og hvordan sosiale forskjeller påvirker tilgang til helse- og omsorgstjenester.

5.1 Utjevning av levekår og sosial inkludering

Befolkningens levekår og økonomiske ressurser har stor betydning for folkehelsens tilstand og fordeling. Regjeringen vil jobbe for at Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom. Særlig viktig er det å bekjempe barnefattigdom.

Grunnleggende økonomisk og sosial trygghet

Andelen i Norge med vedvarende lavinntekt har gått ned blant eldrebefolkningen de siste årene, men steget i de fleste andre aldersgrupper og særlig blant barn og unge voksne. Samtidig øker inntektene i barnefamilier med de høyeste inntektene. Forskjellene i materiell levestandard blant barn er dermed økende. Nesten hvert tiende barn under 18 år bor nå i familier med vedvarende lavinntekt. Blant disse er det en stor andel enslige forsørgere, og barn med innvandrerbakgrunn fra Somalia, Irak og Afghanistan er sterkt overrepresentert.

Ifølge Statistisk sentralbyrå er mye av bakgrunnen for at barnefamilienes økonomi har hatt en svak utvikling de siste årene at yrkesinntektene har fått stadig større relativ betydning, mens overføringer, og særlig barnetrygden, har vokst mindre. Også gjeldsbelastningen til barnefamiliene har økt betydelig de siste årene.

Regjeringen la fram en stortingsmelding om familiepolitikken våren 2016, Meld. St. 24 (2015–2016) Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter, med flere tiltak mot barnefattigdom, inkludert oppfølging av barnefattigdomsstrategien; videreutvikling av målrettede tilskuddsordninger og utvikling og utprøving av et helhetlig oppfølgings-

program for lavinntektsfamilier ved Nav-kontor. Regjeringen har også oppnevnt et utvalg som skal gjennomgå det offentlige tjenestetilbudet og overføringsordningene til familier med barn under 18 år. Utvalget skal bl.a. drøfte hva som bør være målet med støtten til barnefamiliene og i hvilken grad en bør vektlegge fordelingshensyn og hensyn til arbeidstilbudet ved utformingen av støtteordningene. Utvalget skal levere utgreiingen sin i mars 2017. Det er 20 år siden sist overføringene til barnefamiliene ble greid ut av et offentlig utvalg i NOU 1996: 13 Offentlige overføringer til barnefamiliene.

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.

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. Nytenkning og oppmerksomhet på samfunnsplanlegging som virkemiddel er nødvendig for å forebygge og redusere opphoping av levekårsutfordringer i enkelte områder.

Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid, Bolig for velferd (2014–2020) retter en særlig innsats mot barnefamilier og unge. Kommunene har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Strategien skal styrke kommunene i dette arbeidet. Flere av strategiens målsetninger og innsatsområder har relevans for personer som har problemer med rusavhengighet og/eller psykiske problemer.

Personer med rusavhengighet og/ eller psykiske lidelser er overrepresentert blant bostedsløse. En kartlegging fra 2012 viser at 54 pst. av de bostedsløse er avhengige av rusmidler, og at 38 pst. har psykiske lidelser. Regjeringen har gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) og Prop. 15 S (2015–2016) en målsetning om å bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo.

Helsedirektoratet har iverksatt et utviklingsarbeid som gjennom ulike metoder for medvirkning tar sikte på å kartlegge kvaliteter i nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse og trivsel. Dette prosjektet omtales nærmere under kap. 6.7 Miljø og helse, men vil ha betydning for det videre arbeidet med oppfølgingen av strategien Bolig for velferd.

Tilknytning til arbeidslivet

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. Regjeringen la våren 2016 fram en stortingsmelding om kompetanse hos voksne, Meld. St. 16 (2015–2016) Fra utenforskap til ny sjanse – Samordnet innsats for voksnes læring, med tiltak som skal gi voksne bedre muligheter til å styrke egen kompetanse, bedre muligheter til å delta i opplæring, og til å få godkjent medbrakt kompetanse fra utlandet. Målet for regjeringen er at den enkelte skal ha kompetanse som danner grunnlag for stabil og varig tilknytning til arbeidslivet.

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. 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.

5.2 Trygge oppvekstvilkår

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.

Velfungerende lokalsamfunn har stor betydning for innbyggernes livskvalitet og bør legge til rette for sosiale møteplasser og ha en fysisk utforming som bidrar til trygghet og deltakelse.

Trygge samfunn preget av fravær av kriminalitet må sikres gjennom forebygging, f.eks. ved Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT-samarbeid) og Politiråd.

Foresattes økonomiske rammer er viktig for barns oppvekst. Lønnet arbeid er grunnlaget for familiens økonomi. Regjeringens mål er et trygt, fleksibelt og familievennlig arbeidsliv som sikrer høy sysselsetting og lav arbeidsledighet slik at flere kommer i arbeid og kan forsørge seg selv.

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.

Barn som lever i relativ fattigdom har økt de siste årene. Tall fra SSB viser at det i perioden 2012–2014 var 92 000 barn i familier med vedvarende lavinntekt. I perioden 2011–2013 var det 84 000 barn i familier med vedvarende lavinntekt. Regjeringen la i 2015 fram Barn som lever i fattigdom, regjeringens strategi 2015–2017. Strategien, den første i sitt slag, har 64 tiltak som er godt i gang. Tiltakene skal forebygge at fattigdom går i arv, og bedre barns livskvalitet her og nå. Strategien mot barnefattigdom er forankret i syv departementer, og tar utgangspunkt i at barnefattigdom er et sammensatt problem.

Strategien har følgende innsatsområder:

- Forebygge ved å styrke utsatte barnefamilier
- Gjennomføre utdanningsløp – barnehage og skole
- Deltakelse og inkludering – fritid, kultur og idrett
- Et godt helsetilbud til alle barn og unge
- Tilgang til arbeidslivet for ungdom og foreldre
- Forskning og statistikk
- Ansvars- og kompetansedeling – stat, kommune og frivillig sektor

Oppfølgingen av strategien ledes av Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) som leder en arbeidsgruppe på direktoratsnivå som skal sikre en samordnet og helhetlig oppfølging.

Barn i familier med god råd deltar oftere i organiserte fritidsaktiviteter enn barn i familier med dårlig råd. KS og frivillige organisasjoner og staten har derfor gått sammen om en felles innsats, Fritidserklæringa, for at alle barn, uavhengig av foreldrene sin økonomiske og sosiale situasjon, skal få mulighet til å delta regelmessig i en organisert fritidsaktivitet. Fritidserklæringen ble signert i juni 2016. Bufdir er sekretariat for arbeidet med oppfølgingen av Fritidserklæringen.

Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT) ble introdusert i Norge tidlig på 1990-tallet. Om lag halvparten av landets kommuner har et etablert SLT-samarbeid innenfor feltene rusforebygging og kriminalitetsforebygging.

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.

I tidlig intervensjonssatsingen er det utviklet flere samhandlings- og opplæringsløp tilpasset den enkelte kommune og tjeneste. 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.

De helsemessige konsekvensene av vold, særlig i nære relasjoner, kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. Det er en sterk sammenheng mellom å ha vært utsatt i barndommen og å oppleve nye overgrep i voksen alder. Mye av volden og overgrepene blir ikke kjent for politi og rettsvesen, og undersøkelsen viste at kun en mindre andel av de utsatte hadde søkt hjelp og fått medisinsk behandling etter hendelsene.

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 et resultat av et tett samarbeid mellom Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har fått i oppdrag å sette i verk 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).

5.3 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. Lengre arbeidsliv forsterker betydningen av helsefremmende arbeidsmiljø.

Avdeling Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) 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. NOA samarbeider med Helsedirektoratet i arbeidet med folkehelseindikatorer som viser utvikling og sosial fordeling langs en rekke eksponeringsfaktorer i arbeidsmiljøet. Den overordnede tendensen er at norske arbeidsmiljøer blir stadig sunnere, men at det er en sosial skjevfordeling, i form av utdanningsforskjeller, særlig når det gjelder kjemiske og mekaniske arbeidsmiljøbelastninger.

Helsedirektoratet utvikler og implementerer intervensjoner rettet mot helseatferd på arbeidsplassen. Det er etablert et samarbeid mellom Helsedirektoratet og aktørene i arbeidslivsektoren for å få økt kunnskap om fysisk aktivitet og stillesitting. Et fakta-ark om denne tematikken publiseres høsten 2016.

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 2017.

Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Helsedirektoratet startet en kartlegging av holdninger til og utbredelse av alkoholbruk, samt konsekvenser og regulering av alkoholbruk i norsk arbeidsliv i perioden 2015–2018. De første funnene fra undersøkelsen tyder på at om lag 20 pst. av norske arbeidstakere drikkeepisoder forekommer i jobbrelaterte sammenhenger. Omtrent 30 pst. hadde

opplevd at kollegaer som drakk var plagsomme og 10 pst. hadde følt seg utenfor eller uteblitt fra sosiale arrangementer pga. drikking i jobbsammenheng det siste året. Tidligere studier som er gjennomført i bestemte bransjer har vist at det er stor variasjon i andelen som rapporterer om alkoholrelatert fravær og ineffektivitet mellom bransjer. Å studere mulige bransjeforskjeller og forskjeller i andre undergrupper blir et viktig anliggende i sluttrapporten som vil baseres på data fra alle fire årene.

5.4 Psykisk helse og livskvalitet

Ifølge 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 likevel vist at unge mennesker, og spesielt jenter, rapporterer at de opplever stress, press og bekymring for framtiden. Det har vært en økning i forskrivning av antidepressiva til ungdom. 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 og god økonomi har færre psykiske plager, er mer tilfreds med livet og har mer sosial støtte enn grupper med kort utdanning og svakere økonomi. I enkelte innvandrergupper er forekomsten av psykiske plager og lidelser høyere enn i resten av befolkningen.

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. Psykiske lidelser er skyld i nær 20 pst. av sykefraværsværkene i Norge.

Folkehelseinstituttet fikk i 2014 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede behovet for et register over psykiske lidelser og ruslidelser med utgangspunkt i fellesregistermodellen. Rapport fra instituttet kom i august 2016. Instituttet anbefaler en løsning innenfor fellesregistermodellen hvor det etableres et basisregister over psykiske lidelser og ruslidelser for en løpende sammenstilling av tilstrekkelige og relevante registerdata for fremstilling av statistikk,

helseanalyser og til forskning og kvalitetsforbedring av helsetjenestene/helsehjelpen og beredskap.

Regjeringen har som mål å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. For å nå dette målet er det satt i gang et strategisk arbeid med å utvikle psykisk helse som et fagfelt i folkehelsearbeidet. I tillegg er det behov for å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten og samarbeidet med familievern, barnevern og andre relevante tjenester for å sikre at flere får hjelp tidlig.

Helsedirektoratet bygger opp kompetanse på området. Dette innebærer bl.a. et samarbeid med Folkehelseinstituttet, Statistisk Sentralbyrå og NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus om måling av befolkningens livskvalitet.

Kompetansestøtte til kommunene og rapportserie om livskvalitet og påvirkningsfaktorer videreutvikles. 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.

Regjeringen foreslår å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene som gjennom å stimulere til utviklingsarbeid, skal bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens psykiske helse.

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. Helsedirektoratet og Frivillighet Norge har inngått en intensjonsavtale for å fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller, gjennom å bidra til et godt og nært samarbeid mellom det offentlige og de frivillige organisasjonene. Som

oppfølging av Folkehelsemeldingen har også Helse- og omsorgsdepartementet inngått et samarbeid med Frivillighet Norge om Møteplass for folkehelse.

Frivillig innsats spiller en avgjørende rolle for å motvirke ensomhet. Mobilisering mot ensomhet handler om å fremme helse gjennom sosialt fellesskap, møteplasser og deltakelse.

5.5 Aktive eldre

Regjeringen la mars 2016 fram Flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. Bakgrunnen er at vi lever lenger og andelen eldre i befolkningen øker. 1,1 millioner nordmenn er i dag over 60 år. Dagens eldre har bedre forutsetninger for å leve mer aktive liv enn tidligere generasjoner. Regjeringen vil derfor legge til rette for aktive eldre gjennom en moderne eldrepolitikk som både skal handle om å gi enkeltmennesker økt livskvalitet og å skape en mer bærekraftig utvikling av samfunnet. Med en høyere andel eldre som vil leve mange år med god helse, er det nødvendig å endre holdninger og organisering slik at mennesker i 60- og 70-årene kan bidra i arbeids- og samfunnsniv lenger og slik styrke egen helse og selvstendighet og redusere behov for helse- og omsorgstjenester. Å skape et mer aldersvennlig samfunn krever tverrsektoriell innsats hvor alle departementer har ansvar for å bruke sine virkemidler.

Strategien retter seg særlig inn mot følgende områder:

- Lengre arbeidsliv omhandler kompetanseutvikling, holdningsendringer, ny livsfasepolitikk, øke avgangsalder og videreutvikle pensjonspolitikken.
- Aldersvennlig lokalsamfunn hvor planlegging og samfunnsutvikling, boligpolitikk, lokalt kulturliv og transport er viktige elementer.
- Frivillig sektor og sivilsamfunn vil få økt betydning for å aktivisere og styrke sosial deltakelse i et aldrende samfunn.
- Nyskaping, nytte og næring omhandler hvordan teknologi og nye løsninger kan stimulere næringsliv og «the silver economy» samtidig som det styrker eldrebefolkningens mestring og deltakelse.
- Helse- og omsorgssektoren må i større grad fremme helse gjennom livsløpet for å få sunn aldring.
- Forskning om aldring og betingelser for aktive eldre.

I arbeidet framover vil det bli lagt særlig vekt på å integrere aktive eldre og aldringsperspektivet i eksisterende og ny politikk, og å mobilisere kunnskapsmiljøer og interessenter i utviklingsarbeid. Norge sluttet seg til den internasjonale Active Ageing Index. Regjeringen vil arrangere et årlig seminar om aldersvennlig samfunn i forbindelse med den internasjonale eldredagen. Det er satt av 2 mill. kroner til utviklingstiltak for et aldersvennlig samfunn, se omtale under kap. 761, post 21.

5.6 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.
- Folkehelse mål 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.

Helsedirektoratet har i 2016 utarbeidet en helhetlig kommunikasjonsstrategi på levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol. Psykisk helse er en integrert del av denne. I kommunikasjonsarbeidet er det behov for å synliggjøre mer systematisk at mange av folkehelse tiltakene som er viktige for god fysisk helse også er av betydning for befolkningens psykiske helse. Arbeidet med å integrere psykisk helse i kommunikasjon og kampanjer på levevaneområdene der det er relevant, er påbegynt.

Kosthold og ernæring

Ifølge det globale sykdomsbyrdeprosjektet kan over 7500 dødsfall i Norge årlig tilskrives kostholds faktorer. 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. Den nasjonale kostholdsundersøkelsen Ungkost 3 blant 4. og 8. klassinger som ble lagt fram i 2016, viser bl.a. at inntaket av frukt, bær og grønnsaker var under halvparten av anbefalin-

gene og at guttene hadde lavere inntak enn jentene. Blant 8. klassingene oppga om lag 80 pst. at de spiste frokost daglig, og 60 pst. at de spiste lunsj.

Helse- og omsorgsministeren har etablert en egen næringslivsgruppe på matområdet som drøfter utfordringer og tiltak som kan gjennomføres i næringen. Sentrale tema er reduksjon av salt, sukker og mettet fett i matvarene, merkeordningen Nøkkelhullet og tilrettelegging for sunne valg. Gjennom saltpartnerskapet har 60 aktører innen bl.a. matvarebransjen og FoU-miljøer forpliktet seg til å jobbe med saltreduksjon gjennom en intensjonsavtale med helsemyndighetene.

Kravet om merking i tråd med nye og strengere kriterier for merkeordningen Nøkkelhullet, trådte i kraft 1. september 2016. I følge Norsk Spisefakta brukes merket uavhengig av sosial tilhørighet, utdanning og bosted. Beregninger viser bl.a. at inntaket av mettet fett kan reduseres til anbefalt nivå ved å bytte til nøkkelhullsmerkede matvarer. Kravet i matinformasjonsforskriften om obligatorisk næringsdeklarasjon på ferdigpakke mat- og drikkevarer trer i kraft 13. desember 2016.

Bransjens system for selvregulering av markedsføring av mat og drikke rettet mot barn og unge blir evaluert i 2016.

Kommunikasjon om helsemyndighetenes anbefalinger for kosthold videreføres gjennom satsingen Små grep, stor forskjell. Norge deltar i nordisk samarbeid om kommunikasjon om salt.

Det nasjonale kostholdsprogrammet Fiskeprell samarbeidet med Norsk Friluftsliv om kursopplegget Sjømat i utekjøkkenet i anledning Friluftslivets år. Kursopplegget matoverfølsomhet i barnehagen er utviklet i samarbeid med Norges astma- og allergiforbund.

Måltider i skolen er en viktig sosial arena. Kartlegging fra 2013 viser at kun 40 pst. av skolene la til rette for minimum 20 minutters spisetid for elever på 5.–7. trinn. Ny Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen ble ferdigstilt og lansert høsten 2015. Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet har i 2016 drevet implementeringsarbeid. Nasjonalt senter har utarbeidet en idébank med eksempler på ulike måter å organisere matordninger i skolen på. Det arbeides for å digitalisere Kokebok for alle, som har vært delt ut gratis til elever i mat- og helsefaget.

Totalt deltar 10 pst. av elevene i grunnskolen i abonnementsordningen Skolefrukt. For rene ungdomsskoler er deltakelsen fire pst. Det er tildelt midler til skoleeier som stimulering til lokalt sam-

arbeid om tilrettelegging for måltider. Helsedirektoratets Bra Mat-kurs tilbys bl.a. gjennom Frisklivssentraler og er et nyttig verktøy for å formidle generelle kostholdsråd til brukere.

Om lag 17 pst. av spedbarn fullammes til de er 6 måneder, mens 35 pst. ammes ved 12 måneder. Det er et mål å øke andelen barn som ammes og fullammes. Ny Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring publiseres i 2016. Ulike implementeringstiltak vil gjennomføres i 2016–2017. Brosjyren Mat for spedbarn skal revideres.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet gir både år til livet og liv til årene. Personer som er fysisk aktive, vinner i gjennomsnitt åtte kvalitetsjusterte leveår (qaly) i et livsløpsperspektiv sammenliknet med personer som inaktive. Over 2,5 millioner voksne er for lite fysisk aktive i Norge. Om lag 32 pst. av voksne oppfyller minimumsanbefalingene om fysisk aktivitet. I aldersgruppen 35–49 år oppfyller 34 pst. av kvinnene anbefalingene, mot kun 27 pst. av mennene. Det er betydelige sosiale forskjeller. 39 pst. av dem med minst fire års høyere utdanning oppfyller anbefalingene, mot kun 22 pst. av dem med grunnskole som høyest fullførte utdanning. Sosiale forskjeller gjenspeiles på ulike arenaer for fysisk aktivitet som idrett, friluftsliv og treningssenterbransjen.

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. 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. Kartlegging av fysisk aktivitet og stillesitting blant barn og unge skal følges opp i 2017.

Dine30-kampanjen videreføres i hovedtrekk som tidligere, men fra 2016 er det et tettere samarbeid med kostholdsatsingen Små grep – stor forskjell, samtidig som utvalgte målgrupper for kampanjen spisses. Bevegelsesglede og mestring, og det å være en positiv motvekt til kroppsfokus og ekstreme treningsmetoder vil fortsatt være fokus.

Regjeringen vil legge til rette for at skolene sikrer daglig fysisk aktivitet for elevene. For å skape et bedre kunnskapsgrunnlag er det satt i gang et forsøk med et utvalg på om lag 30 ungdomsskoler. Forsknings- og evalueringsdesign er avklart vår 2016, og nye kunnskapsoppsommeringer av erfaringer og forskning på fysisk aktivitet på ungdomstrinnet danner grunnlag for interven-

sjonsmodeller som skal prøves ut fra skoleåret 2016–2017 og i påfølgende skoleår. Det vises til omtale under kap. 714, post 21.

Samtidig utfører Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet et eget oppdrag med 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. Arbeidet er videreført i 2016 og ferdigstilles våren 2017. Senteret er også en ressurs for faget kroppsøving i skolen.

Kommunale frisklivssentraler har tilbud om individuelt tilpasset og gruppebasert fysisk aktivitet. Det vises til kap. 762, post 60.

Som varslet i Folkehelsemeldingen skal det legges mer vekt på bruk av tilpasset fysisk aktivitet i primær- og sekundærforebygging og i behandling og rehabilitering innenfor helse- og omsorgstjenestene. Dette er så langt fulgt opp i opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

I mars 2016 la regjeringen fram en ny stortingsmelding om friluftsliv, jf. Meld. St. 18 (2015–2016) Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet. En hovedmålsetting i friluftslivspolitikken er at en stor del av befolkningen driver jevnlig med friluftsliv. Regjeringen vil prioritere friluftsliv i nærmiljøet i det offentlige friluftslivsarbeidet. Dette er viktig for økt tilgjengelighet og bedre muligheter for deltakelse fra ulike grupper i befolkningen.

Regjeringen vil samarbeide med friluftsråd og frivillige organisasjoner for å bedre folkehelsen gjennom friluftsliv og fysisk aktivitet, og for å ta ut folkehelsepotensialet som ligger i at flere utøver friluftsliv på jevnlig basis.

Tobakk

Røyking fører hvert år til om lag 6200 dødsfall i Norge, tilsvarende 15 pst. av alle dødsfall. I 2015 røykte 13 pst. av befolkningen (16–74 år) daglig, det samme som i 2014. I tillegg røykte 9 pst. av og til. Dette tilsvarer om lag 920 000 personer. Røyking er svært sosialt skjevfordelt og en hovedårsak til sosiale helseforskjeller. Blant dem med kort utdanning (ungdomsskole) røyker 26 pst. daglig, blant dem med videregående skole røyker 16 pst. og blant dem med lengre utdanning røyker 7 pst.

Blant unge (16–24 år) gikk andelen dagligrøykere ned fra 5 pst. i 2015 til 4 pst. i 2016. I tillegg røykte 13 pst. av og til. Til sammen tilsvarer dette litt i overkant av 100 000 ungdommer.

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. Det er ikke tilsvarende tall for gravides bruk av snus, men undersøkelser antyder at om lag 20 pst. fortsetter å snuse i svangerskapet. Ny forskning har påvist at snusbruk under svangerskap medfører stor helserisiko for fosteret.

I 2015 brukte 10 pst. av befolkningen snus daglig, mot 9 pst. året før. I aldersgruppen fra 16 til 24 år brukte 17 pst. snus daglig, mot 18 pst. året før. Snusbruk er mest utbredt blant unge, og etter mange år med økning ser man nå tendenser til en utflating. Blant unge menn snuste 20 pst. daglig og 11 pst. av og til. Blant unge kvinner snuste 13 pst. daglig og 5 pst. av og til. Dette tilsvarer i overkant av 150 000 unge.

Verdens helseorganisasjons globale mål for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer forutsetter minst 30 pst. reduksjon i forekomsten av tobakksbruk. FNs bærekraftsmål har et eget delmål 3.a om at gjennomføringen av tobakkskonvensjonen skal styrkes. Regjeringen har foreslått flere tiltak som bidrar til oppfyllelse av disse målsettingene. Det viktigste er forslagene om innføring av standardiserte tobakkspakninger og gjennomføring av EUs nye tobakksdirektiv, jf. Prop. 142 L (2015–2016). Tiltakene vil gjøre tobakk mindre attraktivt for barn og unge gjennom å fjerne reklameeffekten av pakkedesign og gjennom et forbud mot bruk av smakstilsetninger i sigaretter og rulletobakk.

Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått at forbudet mot nikotinholdige e-sigaretter oppheves, jf. Prop. 142 L (2015–2016). Det er lagt vekt på hensynet til røykere som ønsker å bruke e-sigaretter som et skadereuserende alternativ til tobakksrøyk, selv om e-sigaretter ikke anbefales som sluttemiddel.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et forslag om en ny registrerings- og tilsynsordning med salg av tobakksvarer og e-sigaretter, som erstatning for den gjeldende bevillingsordningen.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2017 fokusere på gjennomføringen av de mange foreslåtte lovendringene, samt vurdere nye tiltak for å motvirke ulovlig handel med tobakksvarer.

Alkohol, illegale rusmidler og dopingmidler

Alkoholbruk øker risikoen for avhengighet og psykiske sykdommer, en rekke somatiske sykdommer, samt akutte skader. Salget av alkohol i Norge har falt noe fra 2008 til 2014, men er fortsatt høyere enn for 20 år siden. Dette gjelder for alle typer alkohol bortsett fra vin, der omsetningen

har fortsatt å øke. Alkoholforbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng. I 2015 tilsvarte det registrerte salget 5,98 liter ren alkohol per person 15 år og eldre. I tillegg kommer forbruk knyttet til tax free-salg, grensehandel og smugling. Flere eldre drikker alkohol nå enn for 15 år siden, og de drikker mer og oftere enn før. Menn drikker mest, men det har vært en økning i kvinners alkoholbruk.

Bruk av illegale rusmidler i Norge er lavt. Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet. Etter noen år med nedgang siden 1999 i andelen 15–16-åringer som oppga at de hadde brukt cannabis noen gang, ble det registrert en økning i 2015.

I 2015 er det ifølge Kripas foretatt vel 800 beslag av anabole androgene steroider. Det er en nedgang i antall beslag sammenliknet med 2014, men høyere enn før bruk og besittelse av dopingmidler ble kriminalisert 1. juli 2013.

FNs bærekraftsmål 3.5 – styrke forebygging og behandling av rusmiddelproblemer, bl.a. av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol, følges opp gjennom en rusmiddelpolitikk som inngår både i det generelle folkehelsearbeidet og i arbeidet med å utvikle helse- og omsorgstjenestene, jf. Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen og opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

Opptrappingsplanen for rusfeltet framhever helse- og omsorgstjenester som møter rusproblemer med tidlig innsats, behandling og ettervern. Innsatsen for å forebygge rusproblemer handler om et helsefremmende samfunn og tidlig innsats for risikoutsatte personer og grupper og tidlig identifisering av unge med risikofylt bruk av rusmidler. Innsatsen rettes inn mot grupper i alle livets faser: gravide, familier og barn, ungdom, studenter, arbeidstakere og eldre.

Alkoholregelverket var gjenstand for flere endringer i 2016, herunder er det åpnet opp for njesalg av alkohol direkte fra produsent. Som et ledd i implementeringen og for å styrke etterlevelsen av alkoholloven og tilhørende forskrifter, arbeides det bl.a. med å revidere og digitalisere Veileder til alkoholloven (Rundskriv IS/5–2008-Håndbok i alkoholloven mv.), samt med satsinger innenfor ansvarlig alkoholhåndtering. I tidlig intervensjonssatsingen er det utviklet flere samhandlings- og opplæringsløp tilpasset den enkelte kommune og tjeneste. Helsedirektoratet skal i samarbeid med berørte aktører legge fram faglige råd for rusmiddelforebyggende arbeid i offentlige virksomheter.

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal fortsette arbeidet regionalt

med oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse og med å sette i verk og implementere nasjonale satsinger på rusmiddelområdet.

5.7 Miljø og helse

Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling

Gode steder, nærmiljøer og lokalsamfunn har stor betydning for livskvalitet, for utvikling av sosiale nettverk og for god fysisk og psykisk helse. Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling er derfor løftet fram som et utviklingsområde i folkehelsepolitikken, jf. Meld. St. 34 (2012–2013) og Meld. St. 19 (2014–2015). Mennesker sine behov skal settes i sentrum for planlegging og samfunnsutvikling. Deltakelse og befolkningsmedvirkning blir viktig for å få fram lokalkunnskap som grunnlag for og eierskap til løsninger.

Våren 2017 legger regjeringen fram en stortingsmelding om bærekraftige byer og sterke distrikter. Meldingen viser nødvendigheten av en politikk tilpasset lokale forutsetninger i byer og distrikter, men som også styrker samspillet mellom dem. Folkehelseperspektivet er viktig i samfunns- og arealplanlegging. Grøntområder i nærmiljøet og tilrettelegging for friluftsliv der folk bor er prioritert i friluftslivsarbeidet og må ivaretas i den kommunale planleggingen.

Helsedirektoratet har i oppdrag å sørge for gjennomføring av et treårig utviklingsarbeid i kommuner om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse. Utviklingsarbeidet knyttes opp mot folkehelseloven § 5 c om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse og trivsel. Etter invitasjon til alle landets fylkeskommuner vår 2015 og påfølgende søknader om deltakelse, er 42 kommuner i åtte fylker med i arbeidet. Sentralt i arbeidet er utprøving og utvikling av metoder for medvirkning. Det er et mål at lokalkunnskap skal supplere kommunenes oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som grunnlag i kommunale planprosesser og for konkrete tiltak i samsvar med lokale folkehelseutfordringer. Kompetansebygging i kommunene og fylkeskommunene skjer i et samarbeid med regionale forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Det er etablert samarbeid med universiteter og høyskoler om evaluering. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Husbanken, Miljødirektoratet og Statens vegvesen er viktige støttespillere i prosjektet. Det vises til omtale under kap. 714, post 60.

Enkelte områder i større byer har utfordringer av et slikt omfang at det er behov for en særlig

områdesatsing. Bidraget til områdesatsinger i Oslo, hhv. i Groruddalen, og i Oslo Sør, er videreført i 2016. 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 ulikheter i helse og livskvalitet, og for å sikre bedre levekår, miljøopprusting og bærekraftig sosial utvikling. Som oppfølging av intensjonsavtalen mellom staten og Oslo kommune fra august 2015, har helsemyndighetene i 2016, under ledelse av Kommunal- og moderniseringsdepartementet, deltatt i arbeidet med programbeskrivelse for en ny tiårig områdesatsing i Groruddalen fra 2017. Det vises til nærmere omtale under kap. 714, post 60.

Helsemyndighetene og miljømyndigheten (Helse- og omsorgsdepartementet og Klima- og miljødepartementet) samarbeider med Kommunal- og moderniseringsdepartementet om å organisere et nordisk samarbeid om byutvikling og helse. Arbeidet er forankret i Nordisk ministerråd, og vil hente erfaringer fra ulike lands arbeid innen dette området.

Helsefremmende transportløsninger

Hensynet til framkommelighet, fysisk aktivitet, lokalt miljø, klima og arealknapphet krever et paradigmeskifte i tilrettelegging for kollektivtrafikk, 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 redusert vekst i biltrafikken er nødvendig for å oppnå bedre lokal luftkvalitet. Lokal luftforurensning fra vegtrafikk og vedfyring utgjør i dag en vesentlig risikofaktor for sykdom og helseplager for mennesker med luftveis- og hjerte-/karlidelser.

I 2015 er det utviklet et rapporteringssystem på folkehelsearbeidet der tilrettelegging for aktiv transport vil være en viktig del av området Trygge og helsefremmende miljøer. I 2016 gjennomfører helsemyndighetene, sammen med Vegdirektoratet, Trygg trafikk, Syklistenes landsforening, Miljøagentene og Foreldreutvalget for grunnopplæringen (FUG), en kampanje for å redusere biltrafikk rundt skolene ved å etablere så-

kalte hjertesoner, og dermed få flere barn og unge til å gå eller sykle til skolen.

Trygt drikkevann og trygg mat

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. Dette bidrar samtidig til oppfølging av FNs bærekraftsmål. I Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen omtales utfordringene og regjeringens tiltak nærmere.

Gjennomsnittlig tapes fra 30 til 40 pst. av det rensede drikkevannet pga. lekkasjer i ledningsnettet, men bare 0,6–0,7 pst. av ledningsnettet fornyes hvert år. Om lag 90 pst. av ledningsnettet er kommunalt, resten er privateid. Når ledningsnettet lekker, kan avløpsvann fra omgivelsene trenge inn og forurense drikkevannet. Dette kan føre til alvorlige sykdomsutbrudd. En treårig studie i regi av Folkehelseinstituttet for å framskaffe sikrere kunnskap om sykdomsforekomst som skyldes vannbåren smitte er satt i gang. Sikker levering av drikkevann er også avgjørende for at vann til sanitær- og beredskapsformål som toaletter, dusj og slokkevann mv. skal fungere. De forventede klimaendringene med bl.a. økte nedbørmengder og dermed mer overvann forventes å forsterke problemene som dårlig ledningsnett medfører.

Forslag til ny drikkevannsforskrift har vært på høring som et ledd i gjennomføringsplanen. Det vil bli lagt vekt på å styrke regelverket for å få tydeligere krav til eksempelvis oppgradering og vedlikehold. Det foreslås også konkrete tiltak for å bedre tryggheten ved små vannverk som representerer en særskilt utfordring. Tilstandsdata er innarbeidet i folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet utarbeider. Mattilsynets tilsyn med vannverkene vil bli styrket som en del av oppfølgingen av de nasjonale vannmålene. For å styrke vannverkernes evne til å håndtere kritiske situasjoner etableres det et nettverk for kompetansestøtte til vannverk, operativt fra 2017.

Norge har en av Europas laveste forekomster av smitte fra matvarer. Globalisering av matmarkedet og økning i både lovlig og ulovlig import av mat fra land der smittepresset er større enn i Norge kan føre til mer omfattende hygienesvikt og smitte fra matvarer.

I samsvar med regjeringens strategi mot antibiotikaresistens er det utarbeidet handlingsplaner både for tiltak innenfor helsetjenesten og innenfor matproduksjonskjeden. I tillegg til å arbeide for å

redusere forbruket av antibiotika til folk og dyr og å sikre lavest mulig forekomst av resistente bakterier i mat, er det nødvendig å arbeide internasjonalt og sektorovergrepene for å nå målene. Dette vil samtidig bidra til oppfølging av delmål 3.3 under FNs bærekraftsmål.

En landsdekkende smilefjesordning i serveringsnæringen ble innført fra januar 2016, og gir bedre etterlevelse av regelverket.

I Mattilsynets strategi fram mot 2020 legges det vekt på å overføre ressurser fra styre- og støttefunksjoner til det utøvende tilsynet. Målet er å være mer synlig og gjennomføre flere tilsyn. Det henvises for øvrig til Prop. 1 S (2016–2017) for Landbruks- og matdepartementet for nærmere omtale av Mattilsynet virksomhet.

Smittevern

Det nasjonale vaksineprogrammet 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)

Framveksten av antibiotikaresistens kommer samtidig med en stagnasjon i utviklingen av nye antimikrobielle legemidler. Det er derfor en risiko for at infeksjoner som i dag regnes som ufarlige, igjen kan bli et alvorlig helseproblem og en hyppig dødsårsak. I tillegg er virksomme antibiotika en forutsetning for moderne medisinsk behandling eksempelvis ved kreftsykdommer, innen nyfødttmedisin og ved transplantasjonskirurgi.

Antibiotikaresistens flytter seg over landegrensene gjennom handel, mat, mennesker, dyr og miljø, og krever en global respons. 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 resistensutviklingen. For å

oppnå dette kreves et styrket internasjonalt normativt grunnlag, slik at flest mulig land fører en politikk som minsker risikoene knyttet til antibiotikaresistens.

Helse- og omsorgsdepartementet har med utgangspunkt i regjeringens tverrsektorielle nasjonale strategi mot antibiotikaresistens utarbeidet en handlingsplan med overordnet mål å redusere antibiotikaforbruket til mennesker med 30 pst. innen 2020 gjennom tiltak for å redusere den totale bruken av antibiotika. Handlingsplanen er i overensstemmelse med den globale handlingsplanen (Global Action Plan) mot antibiotikaresistens som ble vedtatt av Verdens helseforsamling i mai 2015. Den nasjonale styringsgruppen mot antibiotikaresistens følger opp handlingsplanen og ledes av Helsedirektoratet.

De sterke sammenhengene mellom human-, landdyr- og fiskehelse og miljø krever en samlet innsats på tvers av fagområder. Strategien og sektorvise handlingsplaner 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

Norge ligger blant de landene i Europa som har det aller laveste forbruket 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 også påvist hos norske produksjonsdyr som fjørfe og svin.

Det finnes i dag begrenset kunnskap om miljøets påvirkning på utvikling av resistens. Tidligere er det antatt 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, sediment, viltlevende dyr og husdyr. På bakgrunn av en slik kartlegging kan man etablere forvaltningsstrategier og sette i verk forebyggende tiltak og overvåkning.

Seksuelt overførbare sykdommer

I Norge har forekomsten av hiv holdt seg relativt stabil de siste årene. I 2015 ble det diagnostisert 221 nye hivsmittede i Norge, det er en nedgang fra 249 tilfeller i 2014. Tilskuddsordningen for ar-

beidet innen hiv og seksuelt overførbare infeksjoner ble revidert i 2015 og det gis nå treårig driftstilskudd til én organisasjon, eller et samarbeid av organisasjoner, for hver av de tre hovedmålgruppene; forebygge nysmitte av hiv blant menn som har sex med menn med risikoatferd, forebygge nysmitte av hiv blant mennesker som har vært eller er i en migrasjonssituasjon og helhetlig ivaretagelse av hiv-positive. I tillegg gis det noe prosjektilskudd. Regjeringen legger høsten 2016 fram en samlet strategi på seksuell helse som bl.a. skal følge opp nasjonal hiv-strategi 2009–2014.

Tuberkulose

I 2015 var det 310 tilfeller av tuberkulose i Norge hvorav 34 var norskfødte. 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 lunge-tuberkulose vil helsetjenesten i kommunen gjennomføre smitteoppsporing.

Hepatitt

Virale hepatitter er en samlebetegnelse på flere forskjellige sykdommer forårsaket av hepatittvirusene A, B, C, D og E. Leverbetennelse som følge av hepatittinfeksjon er et globalt helseproblem. Som ledd i det globale arbeidet vedtok derfor Verdens helseforsamling (WHA) i 2014 en resolusjon som oppfordrer alle land om å utarbeide nasjonale strategier for bekjempelse av hepatitt. Helse- og omsorgsdepartementet la våren 2016 fram en nasjonal strategi mot hepatitter.

I Norge er hepatittforekomsten i befolkningen lav. Mulighetene for forebygging og behandling er gode. Forekomsten er likevel en utfordring i noen grupper slik som personer som injiserer narkotika, menn som har sex med menn og innvandrere fra land som har høy forekomst av hepatitter.

Målsetningen med det nasjonale arbeidet er å:

- Holde smitten av hepatitt i Norge på dagens lave nivå.
- Bidra til at Smittespredningen i utsatte grupper reduseres.
- Gi alle som blir alvorlig syk av kronisk hepatittinfeksjon tilgang til trygg og effektiv behandling.

For å nå målsetningene prioriteres følgende:

- Kunnskap og overvåkning av hepatitter i befolkningen og i utsatte grupper.
- Smittereduserende tiltak rettet mot hepatitt B og C hos personer som injiserer narkotika.
- Smittereduserende tiltak rettet mot hepatitt B hos asylsøkere.
- Smittereduserende tiltak rettet mot seksuell overføring av hepatitt B og C.
- Hindre overføring av hepatitt B smitte fra mor til barn under graviditet og fødsel.
- Innføre hepatitt B vaksine i barnevaksineprogrammet.
- Sikre at pasienter med alvorlig hepatitt C sykdom får behandling.

Miljørettet helsevern

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. Se omtale foran om kosthold og fysisk aktivitet. I Meld. St. 19 (2015–2016) Tid for lek og læring. Bedre innhold i barnehagen, som skal ligge til grunn i arbeidet med ny rammeplan for barnehager foreslås det å tydeliggjøre i rammeplanen at barn skal ha daglig fysisk aktivitet og et sunt kosthold i barnehagen. 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 tar sikte på å få på plass et nytt og forbedret regelverk for omsorgs- og læringsmiljøet i barnehager og skoler. Godt innemiljø er viktig også i andre bygninger der mennesker må oppholde seg over lengre tid, f.eks. asylmottak og fengsler.

Skolenes utearealer har fått økt betydning, ikke minst fordi dette angår barn og unges helse, trivsel, livskvalitet og læring.

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. Klima- og miljødepartementets retningslinje T-1442/2012 skal legges til grunn av kommunene, regionale myndigheter og berørte statlige etater for behandling av støy ved arealplanlegging etter plan- og bygningsloven.

Det er estimert over 10 000 tapte friske leveår hvert år som følge av sterk søvnforstyrrelse pga. vegtrafikkstøy i Norge. 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. Veilederen ferdigstilles i 2016.

Strålevern

Det vises til programkategori 10.20 Helseforvaltning, kap. 720 Helsedirektoratet for nærmere omtale av strålevern.

Astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner

Astma hos barn ser fortsatt ut til å øke i Norge. Den store miljø- og barneastmaundersøkelsen i Oslo viser en livstidsprevalens på 26 pst. ved 16 år (2010). Ny kunnskap viser at alvorlig barneastma gir økt risiko for kols.

Helsedirektoratet har utarbeidet Handlingsprogram for astma, allergi og annen overfølsomhet, Allergifrisk 2015–2024. I alle de fire helseregioner er det nå opprettet sentre for astma, allergi og annen overfølsomhet (AAO-sentre). Som handlingsprogrammet beskriver har Helsedirektoratet tatt ansvar for å etablere nettverk mellom sentrene. I tillegg skal sentrene etablere regionale og lokale nettverk. Handlingsprogrammet legger vekt på helsefremmende og forebyggende tiltak. Lik behandling fra nord til sør og kvalitetssikring av utredning og diagnostisering av pasienter, står meget sentralt i arbeidet. Det er et overordnet mål

at færre utvikler astma, allergi og overfølsomhet. Som et ledd i arbeidet med kvalitetssikring er det arrangert konferansene Inneklimadagen og Allergifrisk.

Skader og ulykker

Rapporten Skadebildet i Norge, Hovedvekt på personskafer 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 ulykkesskader, 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. Skader og ulykker er årsak til rundt 10 pst. av alle døgnopphold i sykehus.

Det tverrsektorielle arbeidet med å forebygge skader og ulykker har vært forankret i Ulykker i Norge – nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskafe 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.

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.

6 Spesialisthelsetjenesten

Midlene som stilles til disposisjon til de regionale helseforetakene kommer i all hovedsak fra kap. 732 Regionale helseforetak. I årlig melding 2015 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 mai 2016. Nedenfor redegjøres det for rapportering 2015 og status 2016 på de områdene som er trukket fram i 2015 og 2016, samt de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2017–2020. Om-talen er delt inn under følgende overskrifter:

- Pasientens helsetjeneste
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Personell, utdanning og kompetanse
- Forskning og innovasjon
- Økonomi og investeringer

Pasientens helsetjeneste

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 viktig i den daglige driften av sykehusene og for pasientenes valg av behandlingssted. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, kommer til behandling uten ventetid. Om lag 70 pst. av alle døg-nopphold 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 pri-

vate aktører. Det er et mål at ventetiden reduse-res. Regjeringen vil gjøre mer bruk av de private der dette kan bidra til å redusere ventetidene. Regjeringen innførte 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. Regje-ringen har gitt de offentlige sykehusene redska-per for å møte konkurransen som følger av fritt behandlingsvalg. De får mer betalt for å be-handle flere pasienter, ved at innsatsstyrt finansi-ering ble økt til 50 pst. fra og med 2014. I tillegg er taket på hvor mange pasienter de kan be-handle fjernet fra og med 2015. Finner syke-husene smartere måter å behandle flere pasien-ter på, blir de ikke stoppet av begrensninger på hvor mange pasienter de kan behandle. Andre til-tak er utvidet kjøp fra private aktører og innfø-ring av pakkeforløp. De regionale helseforeta-kene og sykehusene har satt i gang flere tiltak for å redusere ventetiden. Flere sykehus har be-dret aktivitetsplanleggingen og bruker ventelis-tene aktivt i planleggingen av driften.

I 2016 har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å etablere et sett av indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av regioner, helseforetak, sy-kehus og behandlingssenheter på et mer detaljert nivå enn det som er mulig i dag. Oppdraget har som mål å identifisere og redusere unødvendig va-riasjon i kapasitetsutnyttelsen og forbedre prose-dyrer og pasientforløp, og dermed redusere ven-tetider. Som et resultat av dette arbeidet vil det fra og med andre halvår 2016 gis særskilt styrings-messig prioritet til fagområdene ortopedi og psy-kisk helsevern, jf. revidert oppdragsdokument 2016. Arbeidet vil videreføres i 2017.

Tabell 6.1 Ventetider og fristbrudd

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	73	68	70	66	71	67	74	75	72	69
Andel fristbrudd for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	6,3	4,4	3,3	2,5	3,9	2,6	6,8	5,4	5,3	3,8

Kilde: Norsk Pasientregister

Det har vært en positiv utvikling i ventetid og andel fristbrudd de siste årene og hittil i 2016. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått utredning og/eller behandling har gått ned fra 70 dager i første tertial 2015 til 62 dager i første tertial 2016. Ventetiden for pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vist en særlig positiv utvikling med 11 dagers reduksjon i samme periode. Dette må sees i sammenheng med regjeringens prioritering av området. I samme periode har andel fristbrudd for alle ordinært avviklede pasienter gått ned fra 4,9 til 1,2 pst. Månedstall for mai, juni og juli viser at ventetiden og andel fristbrudd reduseres i om lag samme takt. I løpet av første tertial 2016 ble om lag 478 000 nyhenvisninger vurdert. Dette er en oppgang på en pst. sammenliknet med samme periode i fjor.

Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere kvaliteten på ventelistetallene i spesialisthelsetjenesten i løpet av 2016. Bakgrunnen er debatten om registrering av ventetider og forståelsen av fristreglene i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 2.

Standardiserte pasientforløp

I 2015 var det et mål å etablere flere standardiserte pasientforløp iht. 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 kreftsykdom, er det etablert eller er det under etablering pasientforløp bl.a. for pasientgrupper med alkoholisme, psykose, akutte rusproblemer, for tidlig fødsel og habilitering.

Kreftbehandling

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle aktører på kreftområdet. Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft skal ivaretas i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer. God behandlingskvalitet skal ivaretas gjennom gode pasientforløp. Dette skal sikre at kreftpasienter unngår unødig venting på utredning og behandling. Nasjonal kreftstrategi (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.

Pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft ble innført i helseforetakene fra 1. januar 2015. Fra 1. mai 2015 ble ni nye pakkeforløp innført og ytterligere 15 pakkeforløp ble innført 1. september 2015. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendige ikke-medisinske begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.

Rapportering av pakkeforløp til Norsk pasientregister er et nytt 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 kvalitetsindikatorne må tolkes med varsomhet.

For året 2015 som helhet har vi resultater for pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft. For målsettingen Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst., har Helse Sør-Øst en måloppnåelse på 73 pst. I Helse Vest er målet nådd samlet for regionen med 73,5 pst., men ikke for alle helseforetakene. Helse Midt-Norge har nådd målet for to av

tre helseforetak, men ikke for St. Olavs hospital (55 pst.). Helse Nord har nådd målet med en samlet andel på 75 pst. Gjennomsnittet for landet i 2015 var 71 pst. For målsettingen Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid er 70 pst., har Helse Sør-Øst en måloppnåelse noe under målet (64 pst.). Helse Vest har en samlet måloppnåelse i regionen på 76 pst. I Helse Midt-Norge er målet nådd for to av tre helseforetak, men ikke for regionen samlet (67,5 pst.). Helse Nord har nådd målet med en samlet andel på 76 pst. Gjennomsnittet for hele landet var 69 pst. i 2015.

Tabell 6.2 Pakkeforløp kreft. Resultat per første tertial 2016.

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid ¹	64,1	75,3	76,8	65,3	68,3
Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp ²	74,5	72,4	70,9	78,9	73,9

¹ Denne indikatoren måler andel pakkeforløp som gjennomføres på normert tid, fra start av pakkeforløp til start av kirurgisk, medikamentell – eller strålebehandling for 26 organspesifikke kreftformer. Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt er ikke med i tabellen. Basert på først tertialtall 2016 fra Norsk pasientregister.

² Denne indikatoren måler andel nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp for 24 kreftformer. Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt, nevroendokrine svulster, sarkom og diagnostisk pakkeforløp er ikke med i tabellen. Basert på første tertialtall 2016 fra Norsk pasientregister

Kvalitetsindikatoren Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid, viser en måloppnåelse på de definerte standardforløpstidene for 26 av totalt 28 pakkeforløp. På landsbasis er 68,3 pst. av avsluttede pakkeforløp i første tertial 2016 gjennomført innen normert forløpstid. Kvalitetsindikatoren Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp, viser at 73,9 pst. av nye kreftpasienter innenfor 24 kreftformer er inkludert i et pakkeforløp i første tertial 2016.

Helse Vest og Helse Midt-Norge har nådd målet om at andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er 70 pst. Helse Sør-Øst har en måloppnåelse på 64,1 pst. og Helse Nord har en måloppnåelse på 65,3 pst. Gjennomsnittet for hele landet er 68,3 pst.

Alle regionale helseforetak har nådd målet for 2016 om at andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp skal være 70 pst.

I 2015 skulle sykehus som utreder og behandler kreftpasienter ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter. I Helse Sør-Øst har alle

sykehus og helseforetak opprettet forløpskoordinatorer med ulik myndighet og organisering, avhengig av yrkesgruppe. Helse Vest har forløpskoordinatorer i alle helseforetak, og det er vedtatt regionale retningslinjer for forløpskoordinatorerne. I Helse Midt-Norge har alle helseforetakene forløpskoordinatorer som er gitt de nødvendige fullmakter. Helse Nord har etablert forløpskoordinatorer for alle pakkeforløp, og som har de nødvendige rettigheter i Dips, slik at de kan overvåke pasientforløpene.

I 2015 er det videre satt som mål at det skal være sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene, slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen. I Helse Sør-Øst er det planlagt etablering av diagnosesentre i alle helseforetak, og flere helseforetak er i gang med etableringen. Helse Vest har etablert tverrfaglig diagnosesenter i Helse Bergen og i Helse Stavanger. Det er planlagt tverrfaglig diagnosesenter i Helse Fonna og Helse Førde. Helse Midt-Norge har etablert et diagnosesenter ved St. Olavs hospital med en regional funksjon. På sikt

skal oppgaven løses i hvert helseforetak i regionen. Helse Nord har etablert et tverrfaglig diagnosecenter for uavklarte tilstander ved Universitetssykehuset Nord-Norge som tilbyr helsehjelp til hele regionen.

Det er videre i 2015 satt som mål at det er etablert minst ett prostatacenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen. Helse Sør-Øst har etablert flere prostatacenter, ved Oslo universitetssykehus, Sykehuset Østfold og felles prostatakreftcenter for Vestfold, Telemark og Vestre Viken. Helse Vest har vedtatt regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakreft. Ett prostatacenter etablert i Helse Bergen, og ett senter vil bli etablert i Helse Stavanger i 2016. Helse Midt-Norge har etablert prostatakreftcenteret ved St. Olavs hospital i 2014. Helse Nord har etablert to prostatacenter i regionen – Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset i Bodø.

Offentliggjøring og bruk av pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid

De regionale helseforetakene ble i 2015 bedt om å offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid. Av rapporteringene framgår det at det flere steder gjennomføres lokale brukerundersøkelser, regionale undersøkelser og/eller man deltar i de nasjonale Pasoppundersøkelsene. Det varierer i hvilken grad undersøkelser følges opp systematisk, men det pågår forbedringsarbeid flere steder for i større grad å bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid. For å videreutvikle arbeidet med standardisering av pasienterfaringsundersøkelser har Helse Sør-Øst inngått avtale med Kunnskapssenteret om gjennomføring av Pasoppundersøkelsene på lokalt nivå. I Helse Vest er det etablert et regionalt nettverk for brukererfaringsundersøkelser, med representanter fra alle helseforetakene og de private ideelle institusjonene. Nettverket støtter gjennomføring av brukererfaringsundersøkelser i helseforetakene. Det gjennomføres dessuten årlig en felles brukererfaringsundersøkelse i Helse Vest.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Medisinske kvalitetsregistre

Det er et mål at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre benyttes til forskning på og regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbedringsarbeid, inkludert utarbeidelse av nasjonale kvalitetsindikatorer og oppfølging av sentrale anbefalinger i nasjonale faglige

retningslinjer. En forutsetning for dette er nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet. I oppdragsdokumentet ble det i 2015 satt som mål at medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.

De nasjonale kvalitetsregistrenes årsrapporter for 2014, som er sist oppdaterte informasjon, viser at 16 av de 22 registrene Helse Sør-Øst har ansvar for, har en dekningsgrad på institusjonsnivå på 90 pst. eller mer. Når det gjelder dekningsgraden på individnivå, er det større variasjoner. Innenfor mange av registrene arbeides det aktivt for å sikre en bedre dekningsgrad. Blant tiltak for å øke dekningsgraden nevnes besøksrunder til registrerende enheter, utvikling og distribusjon av veiledere, opplæring av personell som registrerer data, forankring hos linjeledere med mer.

Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre har utarbeidet en oversikt, med status per mai 2015, over hvilke enheter som skal rapportere til hvilke nasjonale kvalitetsregistre. Oversikten viser, sammen med årlig melding fra helseforetakene og de private avtalesykehusene, at sykehusene i Helse Sør-Øst registrerer til de fleste relevante nasjonale kvalitetsregistre.

I 2015 er det arbeidet aktivt for at de nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst skal ha høy datakvalitet, noe som er dokumentert i årsrapportene og gjennom arbeidet som er utført i det regionale servicemiljøet i Helse Sør-Øst. Det er gjennomført en rekke tiltak med god datakvalitet som målsetting, bl.a. dekningsgradsanalyser mot Norsk Pasientregister, skolering av registrenes medarbeidere, intensivering av kontakt med registrerende enheter, oppgradering av registreringsskjemaer mm.

Helse Vest opplyser om at ni av atten registre som Helse Vest har ansvar for, har nasjonal dekningsgrad på institusjonsnivå, mens informasjonen om dekningsgrad på individnivå er mangelfull for flere av registrene. Alle registrene melder om pågående tiltak for å øke dekningsgrad og datakvalitet.

Helse Vest melder at det arbeides kontinuerlig med å sikre at alle helseforetakene rapporterer data til alle nasjonale kvalitetsregistre. Alle meldinger om manglende innregistreringer fra bestemte sykehus/foretak blir fulgt opp overfor helseforetakene.

Helse Midt Norge har ansvaret for fem registre hvorav fire har over 90 pst. dekningsgrad på institusjonsnivå, og 3 har over 80 pst. dekningsgrad på individnivå. Hjerneslagsregisteret økte fra 63 til 89 pst. dekningsgrad på individnivå fra 2014 til 2015. Helse Midt Norge beskriver tiltak for bedre

dekningsgrad for alle registre. Helse Midt Norge melder at det jobbes kontinuerlig med å få full dekningsgrad for alle de nasjonale kvalitetsregistrene. For det første ved at alle relevante avdelinger rapporterer til registrene. Dernest at rapporteringen er komplett og av god kvalitet. I dette arbeidet samarbeider registrene med Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (SKDE) og Norsk pasientregister (NPR).

Helse Nord har sju medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Tre av registrene er så nye at de ikke ble med i årets rapportering av dekningsgrad og datakvalitet. De resterende fire registrene har alle økt dekningsgraden betydelig fra 2013 til 2014, selv om det fortsatt gjenstår betydelig arbeid før det er oppnådd nasjonal dekningsgrad. Basert på Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre i SKDE sin kartlegging av om alle sykehus faktisk rapporterer inn til de medisinske kvalitetsregistrene, ga Helse Nord alle helseforetak høsten 2015 i oppdrag å lage en handlingsplan for hvordan innrapportering til de nasjonale kvalitetsregistrene skal optimaliseres. Det er tilsvarende gjort henvendelse med krav om å øke dekningsgraden på pasientnivå for registrene. Se også omtale av kvalitetsregistre under kap. 701, post 21 og 71.

Formidlet og kommunisert kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten

Det ble i 2015 satt som mål at helseforetakene har formidlet og kommunisert kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte. Helse Sør-Øst har utarbeidet rapporten Åpenhet om uønskede hendelser og retningslinjen Regional standard for publisering av uønskede hendelser, som ligger til grunn for helseforetakenes publisering av uønskede hendelser. De aller fleste helseforetak i landet publiserer uønskede hendelser som er meldt iht. spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Omfanget av publisering og publiseringsmåte varierer mellom de enkelte helseforetakene. Noen helseforetak publiserer kvalitetsresultater på egne nettsider, mens andre viser til Helsenorger-portalen for mer fullstendig rapportering.

Høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk

I 2015 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å sikre høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for so-

matikk på regionnivå. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og private institusjoner med oppdragsdokument) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Forhold knyttet til registrering og rapportering gjør det utfordrende å sammenlikne veksten målt i bemanning og kostnader – bl.a. knyttet til kostnader til legemidler. Samlet sett er det vanskelig å foreta en entydig tolkning av kostnadsutviklingen.

Tilbakemeldingene fra de regionale helseforetakene viser at målet ikke ble innfridd fullt ut i noen helseregion. I Helse Sør-Øst viser de samlede aktivitetsparametrene innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern høyere vekst enn innenfor somatikken. Når det gjelder øvrige måleparametre (utvikling i kostnader, årsverk og ventetider) er det vanskeligere å fastslå måloppnåelse. Innen psykisk helsevern barn og unge (BUP) er veksten marginalt større, mens både psykisk helsevern voksne (VOP) og rusbehandling har langt større vekst enn somatikk. Ventetiden til rusbehandling har gått ned over tid og ved slutten av året er den rundt 43 dager i gjennomsnitt. Dette er tolv dager lavere enn ett år tidligere.

Helse Vest har nådd målet for TSB når det gjelder kostnader, personell, ventetider og aktivitet. I BUP er målet nådd når det gjelder ventetider og aktivitet, men ikke innenfor kostnader og personell. I VOP er målet nådd innenfor poliklinisk aktivitet, men ikke for de andre indikatorene.

Helse Midt-Norge har nådd målet om en sterkere vekst innenfor TSB enn for somatikk, målt i aktivitet (polikliniske konsultasjoner), ventetider og personell. Innen VOP er målet nådd når det gjelder aktivitet (polikliniske konsultasjoner), men ikke når det måles i endringer i ventetider eller personell. Innenfor BUP er målet ikke nådd, verken når det måles i endringer i aktivitet (poliklinikk), ventetider eller personell. Det var høyere vekst i aktivitet i psykisk helse og TSB enn i somatikk. Det var lavere vekst i antall årsverk og kostnader i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk. Ventetidene har utviklet seg negativt for psykisk helsevern og somatikk siste år. Ventetidene i TSB er redusert.

I Helse Nord var det høyere vekst i aktivitet i psykisk helse og TSB enn i somatikk. Ventetidene innen psykisk helsevern og somatikk har utviklet seg negativt i 2015, mens den ble redusert innen TSB. Det var lavere vekst i antall årsverk og kostnader i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk.

Medikamentfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern

I oppdragsdokumentet for 2015 var det et mål at pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. Oppdraget ble presisert i brev av 24. november 2015 til de regionale helseforetakene. Det går fram av brevet at det skal etableres et reelt tilbud til de som ønsker det om valg av alternativer til legemidler, herunder hjelp til nedtrapping og avslutning og igangsetting av andre terapeutiske støtte- og behandlingstiltak.

Iht. oppdraget har alle de regionale helseforetakene gjennomført drøftinger og nedtegnet en protokoll med brukerorganisasjonene/brukerrådene om hvordan det skal arbeides videre med medikamentfrie alternativer. I alle regioner arbeides det i 2016 med å etablere konkrete tiltak i form av særlige kliniske enheter dedikert til formålet og med generelle medikamentfrie pasientforløp. Det er en forutsetning at tilbudene fremstår som tydelige alternativer som i praksis er valgbare for brukerne. Alle regioner har planlagt evaluering av tilbudet.

Ambulante tjenestetilbud, kompetansekrav og samarbeid med andre etater

Det går fram av oppdragsdokumentet for 2015 at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i større grad skal innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.

I Helse Sør-Øst er ambulant virksomhet og arenafleksibelt arbeid innarbeidet i alle helseforetak/sykehus. Leger og psykologer inngår i arbeidet og det er samarbeid med andre berørte etater. Det går fram av de årlige meldingene fra helseforetakene at behandlingstilbudene omstilles for å kunne øke den polikliniske og ambulante aktiviteten innen TSB. Det er i oppfølgingen av avtalepartene vektlagt betydningen av ambulant virksomhet og tett samarbeid med andre, noe som har ført til bedre oppmøte og færre brudd i behandlingen. Helse Sør-Øst har iht. oppdragsdokumentet for

2015 utarbeidet og oversendt Regional plan i Helse Sør-Øst Hvordan sikre barn i barneverns-institusjoner tilstrekkelig utredning, hjelp og oppfølging.

I Helse Vest har alle DPS ambulant virksomhet, men ikke alle har leger og psykologer i teamene. Flere utadrettede og ambulante tiltak er iverksatt og planlagt i samarbeid med kommuner, fengsel, videregående skoler eller Nav-kontor, eksempelvis flere ACT/Fact-team, familieambulatorier, Housing first-team og arbeidsrettede prosjekter som Jobbresept. De private ideelle distriktpsikiatriske sentrene har også et tett samarbeid med eksterne aktører. Helseforetakene i regionen planlegger å øke den utadrettede virksomheten og samarbeidet med eksterne aktører framover.

I Helse Midt-Norge utgjør ambulant og arenafleksibelt arbeid en viktig del av helseforetakenes virksomhet. Både innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det etablert nært samarbeid med kommunene, hvor ambulante tjenester inngår.

I Helse Nord er det innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern blitt opprettet en rekke ambulante tjenester de senere år. Universitetssykehuset Nord-Norge har forsterket sine ambulante akutteam til å inkludere yngre pasienter og pasienter med rusproblematikk. Målet er at alle helseforetak i regionen skal utvikle seg tilsvarende.

Kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern

I 2015 ble de regionale helseforetakene bedt om å starte innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017. Helsedirektoratet fikk tilsvarende i oppdrag å forberede og koordinere en nasjonal innføring av kartleggingssystemet. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging gjennomfører oppdraget i samarbeid med Helsedirektoratet. Som følge av utfordringer bl.a. knyttet til uthenting og sammenstilling av data fra ulike registre til formålet og til å få nødvendige tillatelser til håndtering av personsensitive data har det tatt noe lenger tid enn planlagt å få klargjort kartleggingsverktøyet for implementering. Oppstart av systemet ventes å kunne skje i løpet av høsten 2016, forutsatt at nødvendige tillatelser foreligger.

Økning i andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus

Det foreligger kun data for 2014 (de regionale helseforetakene er bedt om å levere 2015-tall når disse foreligger). Dette året ble målet innfridd i Helse Vest og Helse Midt-Norge, men ikke i Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert sammenliknet med 2014

Målet er ikke innfridd i noen av helseregionene. Tallene viser tvert imot en viss økning i omfanget av tvangsinnleggelse. Helse Vest peker seg ut med den største forekomsten i landet med 21,4 pst. tvangsinnleggelse i andre tertial 2015. Siden indikatoren ikke er egnet til å vise hvor mange pasienter i et opptaksområde som legges inn med tvang sammenliknet med hvor mange som får et frivillig tilbud, er indikatoren for 2016 endret til å måle tvang etter befolkningsrate.

Kvaliteten på tvangsdata nasjonalt og regionalt må heves. Temaet er løftet inn i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, med påpekning av at korrekte og komplette tall skal innrapporteres til Norsk pasientregister (NPR). I revidert oppdragsdokument 2016 går det fram at de regionale helseforetakene skal levere kort status for arbeidet med å etablere systemer som sikrer komplette og korrekte data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR.

I samarbeid med berørte parter gjennomgå avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud

Bortsett fra Helse Sør-Øst har alle de regionale helseforetakene innfridd målet.

Etablere rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer

I Helse Sør-Øst er det etablert samarbeidsrutiner mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB. Flere steder vurderes det som utfordrende å få dette til bl.a. som en følge av at rusmisbrukeres behov for somatiske tjenester i utgangs-

punktet burde vært ivare tatt på et lavere tjenestnivå. Samlet sett vurderer Helse Sør-Øst måloppnåelsen som god, men innsatsen på området må fortsette. Helse Vest og Helse Midt-Norge rapporterer at målet er oppnådd. Flere tiltak er iverksatt. I Helse Nord har Universitetssykehuset Nord-Norge og Finnmarkssykehuset etablert rutiner som sikrer god samhandling for pasienter som trenger samtidig oppfølging for somatiske og psykiske problemstillinger. Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har ikke etablert skriftlige rutiner, men opplyser at det praktiske samarbeidet ser ut til å fungere bra rundt enkeltpasienter.

Etablere strukturer og rutiner i samarbeid med Helsedirektoratet og Bufetats regioner som sikrer at barn i barnevernsinstitusjon får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet

I alle regionale helseforetak er samarbeidsavtaler gjennomgått/revidert for å sikre barn i barnevernsinstitusjoner god helsehjelp.

Sosialpediatri

I 2015 er det satt som mål at det er 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. I Helse Sør-Øst har tre helseforetak kombinerte stillinger i barneavdeling og barnehus, og to helseforetak har avsatt sosialpediatriske ressurser i barneavdelingen. Det er planer om stillinger i ytterligere tre helseforetak i 2016. Helse Vest har stillinger på plass i to helseforetak (Helse Bergen og Helse Stavanger). Helse Fonna arbeider med prioritering av området og Helse Førde har satt av ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelingen. I Helse Midt-Norge har St. Olavs hospital inngått samarbeidsavtale med Barnehuset i Trondheim, Helse Møre og Romsdal betjener Barnehuset i Ålesund og Helse Nord-Trøndelag har ansatt pediater med spesialkompetanse i barneavdelingen. I Helse Nord har Universitetssykehuset Nord-Norge opprettet og lyst ut en stilling som sosialpediater, i Nordlandssykehuset deler tre leger en stilling som sosialpediater, og Finnmarkssykehuset har utarbeidet en opplæringsplan for å sikre kompetanseheving. Det er også etablert en egen faggruppe og ekstra legeressurs.

Tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep

I 2015 er det satt som mål å forberede ansvars- overtakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Det ble videre bedt om særskilt rapportering med plan for arbeidet innen 1. mai 2015. I Helse Sør-Øst har de fleste helseforetakene overtatt ansvaret ved å videreføre allerede eksisterende overgrepsmottak i kommunene gjennom avtaler. Ett helseforetak bygger opp egen tjeneste og ett helseforetak viderefører allerede eksisterende overgrepsmottak i helseforetaket. I Helse Vest er det planer for hvordan tilbudet skal ivaretas fra 1. januar 2016, i hovedsak vil det bli en videreføring av dagens ordning med ett mottak i hvert helseforetaksområde. I Helse Midt-Norge er det faglige ansvaret overtatt i alle helseforetak, men de formelle avtalene er ikke kommet på plass. I Helse Nord videreføres egne overgrepsmottak (Helgelandssykehuset og UNN Harstad). I tillegg leies det tjenester fra kommunale overgrepsmottak (Salten, Tromsø og Harstad).

Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus

Alle regionale helseforetak har innfridd målet.

Personell, utdanning og kompetanse

Et mål på personellområdet i 2015 var at samarbeidsorganer mellom regionale helseforetak og universiteter/høgskoler skal være benyttet aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet. Årlig melding viser at det skjer mye nyttig samhandling i samarbeidsorganene.

I Helse Sør-Øst har samarbeidsorganet med høyskolene og Universitetet i Agder spesielt lagt vekt på hvordan helse- og utdanningssektoren kan samarbeide tettere om forskning og innovasjon. I tillegg har organet gitt innspill til Helse Sør-Østs strategiske plan for kompetanseutvikling hvor framtidige utdanningsbehov og utfordringene med praksisdelen av utdanningen er sentrale tema. Dimensjonering av utdanningskapasitet og kvalitet i praksisstudier vil ha styrket oppmerksomhet i helseforetaksgruppen. Samarbeidsorganet med Universitetet i Oslo arbeider på overordnet nivå med å styrke forskning, innovasjon og utdanning og bidra til strategisk samordning mellom spesialisthelsetjenesten og universitetet på disse områdene.

I Helse Vest har forskning og framtidig organisering av spesialistutdanningen mest oppmerksomhet i samarbeidsorganet med universitetene. I samarbeidsorganet med høgskolene har utdanning vært mest sentralt, spesielt praksisopplæring, videreutdanning for sykepleiere og innhold i utdanningene. Helse Vest mener videreutdanningene må være selvstendige utdanninger i tillegg til at de inngår i en mastergrad.

I Helse Midt-Norge har begge samarbeidsorganene, med universitetet og med høgskolene, saker som gjelder helseutdanninger på agendaen i alle møter; både grunn-, videre- og spesialistutdanninger, innhold og praksis i helsetjenesten. Arbeidet med spesialistutdanning for leger har fått særskilt oppmerksomhet knyttet til etablering av regionalt utdanningscenter ved St. Olavs hospital, samt innholdet i legespesialistutdanningen i lys av ny struktur. Helse Midt-Norge har tidligere hatt et samarbeidsutvalg i tillegg til de to instruksfestede samarbeidsorganene. Dette ble nedlagt i 2015, bl.a. på grunn av at kommunesektoren har fått representasjon i de instruksfestede samarbeidsorganene.

Helse Nord har brukt begge samarbeidsorganene med høgskoler og universitet til utdanningsaker, hhv. de treårige helsefagutdanningene og de langvarige profesjonsutdanningene. Alle helseforetakene bidrar i planleggingen av utdanning via samarbeidsorganene. Det er også etablert nordnorsk samarbeidsorgan for helseutdanning der kommunesektoren deltar, og som behandler utdannings- og kompetansebehov.

For målsetningen om et tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin rapporterer Helse Sør-Øst en vekst på 3 pst. i LIS-stillinger og at veksten er i tråd med foretakets målsetning. Ved hjelp av kompetansekartlegging og analyser vurderes det om sammensetningen av stillinger og utdanningskapasitet er riktig for de ulike fagområdene. Det er utfordringer knyttet til utdanningskapasitet for enkelte spesialiteter. Gastroenterologisk kirurgi, urologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, generell indremedisin, geriatri, øre-nese-halssykdommer og øyesykdommer pekes på som spesialitetene hvor det forventes å være de største utfordringene de nærmeste 3–5 år.

Helse Vest rapporterer at helseforetakene vurderer antall utdanningsstillinger i sammenheng med behovet for spesialister i framtiden. Antall utdanningsstillinger er tilpasset behov og budsjettmessige rammer. I 2015 har helseforetakene opprettet flere LIS-stillinger for å sikre tilstrekkelig dimensjonering.

Helse Midt-Norge rapporterer også at helseforetakene vurderer antall utdanningsstillinger i forhold til behovet for framtidige spesialister og at et regionalt samarbeid omkring utdanning av spesialister er iverksatt. Regionens behov ved tilsetning av LIS i faste stillinger er kartlagt fram til 2017 med den usikkerhet som er naturlig i slik kartlegging. Det er bedt om ny behovskartlegging i forbindelse med denne plandelen fram mot 2019 og tiltaket følges opp i 2016. Et regionalt prosjekt om endringer knyttet til fast tilsetning av LIS er gjennomført og endringene er implementert i alle foretak fra 1. juli.

Helse Nord ved Universitetssykehuset Nord-Norge har kartlagt behovet for utdanning av legespesialister, både på kort og lang sikt i eget foretak, samt en grovkartlegging i regionen forøvrig. Antall LIS-årsverk i Helse Nord har økt fra 474 til 533 i perioden 2013–2015.

Mht. innfasing av spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin rapporterer Helse Sør-Øst at Oslo universitetssykehus er ressursbase for de andre foretakene i arbeidet med å lage utdanningsplaner, godkjenne utdanningsenheter og etablere et fellesopplegg for deler av den obligatoriske undervisningen. Helse Vest har ikke rapportert spesifikt på innfasing av spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin ut over at helseforetakene i 2015 har opprettet flere LIS-stillinger for å sikre tilstrekkelig dimensjonering for alle spesialiteter. I Helse Midt-Norge er det ved Ålesund behandlingssenter ansatt 3 leger i fire utdanningsstillinger som vil kunne få spesialistgodkjenning i rus- og avhengighetsmedisin. Det har imidlertid vist seg krevende å rekruttere legespesialister til Molde for å kunne starte utdanning innen samme spesialitet ved Molde behandlingssenter. I Helse Nord-Trøndelag er innfasingen fulgt opp i tett samarbeid med psykiatri, og det søkes å holde dette nært samlet. Helse Nord rapporterer at UNN har ansatt tre leger i spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin og LIS-kandidater har startet sin spesialistutdanning i spesialiteten.

Det tredje målet var at det er utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen. De regionale helseforetakene rapporterer i liten grad om overordnet strategi på området, tiltakene skjer hovedsakelig i regi av helseforetakene. Rapporteringen viser et mangfold av tiltak for kompetansedeling og -utveksling mellom helseforetak og kommuner; hospitering, ambulante team, kursing knyttet til nye pasientgrupper for kommunene, deltagelse i internundervisning mv.

Målene som angis er hovedsakelig å sette helse- og omsorgstjenesten i stand til å ta seg av pasientene ved utskrivning fra sykehusene. Helse Møre og Romsdal har som mål å redusere variasjonene i bruk av spesialisthelsetjenesten. Mange helseforetak har etablert arenaer for faglig samarbeid med kommunene.

For den fjerde målsetningen om etablering av kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin, rapporterer Helse Sør-Øst at Oslo universitetssykehus har avtale med Nasjonalt folkehelseinstitutt som omfatter en samarbeidsavtale, samt flere underavtaler bl.a. innen radiologi og nevrologi. Ved Akershus universitetssykehus samarbeider avdeling for patologi med politi, retts toksikologi og rettspatologer ved Folkehelseinstituttet ved behov. Helseforetaket har ikke etablert formelt nettverk innen klinisk rettsmedisin. Dette vil bli vurdert i 2016. De øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst har ikke etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin. Måloppnåelsen kan bli bedre og Helse Sør-Øst vil intensivere arbeidet overfor helseforetakene for å bedre måloppnåelsen.

Helse Vest rapporterer at opprettelse av kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin kun er aktuelt for helseforetak som gjør obduksjoner, noe som gjelder for Helse Stavanger. For opptaksområdet Helse Bergen er dette plassert under Gades institutt på Universitetet i Bergen.

Helse Midt-Norge har gitt oppdraget vedrørende kompetansesenter i klinisk rettsmedisin til St. Olavs hospital. Det arbeides i dag i en nettverksstruktur, men det er foreløpig ikke formelt organisert som et nettverk.

I Helse Nord har Nordlandssykehuset etablert kompetansenettverk i rettsmedisin i samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge og politiet. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge er det et uformelt nettverk mellom avdelingene som utfører klinisk rettsmedisinsk arbeid.

Forskning og innovasjon

Forskning

Samlede forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering (finansieringspoeng). Helse Sør-Øst hadde en andel på 62,8 pst. av de totale forskningspoengene, etterfulgt av Helse Vest med 18,7 pst., Helse Midt-Norge med 9,9 pst. og Helse Nord med 8,6 pst. Det ble registrert 3 722 vitenskapelige artikler fra helse-

foretakene i 2015 av totalt 17 566 vitenskapelige artikler publisert i universitets-, høyskole-, institutt- og helsesektoren og rapportert inn 279 avlagte doktorgrader, som er en sterk nedgang fra 2014, og en fortsatt nedgang sammenliknet med 2013 og 2012. Antallet monografier/antologier har økt (fra 53 i 2014 til 86 i 2015), men utgjør en svært beskjeden andel av helseforetakenes samlede publisering. Samlet sett har antallet vitenskapelige publikasjoner (tidsskriftsartikler, monografier og antologier) økt fra 3547 i 2014 til 3808 i 2015.

Fra og med 2013 gis det uttelling for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU (finansieringspoeng). Indikatoren for ek-

stern finansiering har økt sin betydning betydelig fra 2014. Fra 2014 til 2015 var det en kraftig vekst i finansieringspoeng på 76 pst., der Oslo universitetssykehus stod for mye av veksten. Som en konsekvens av dette har Helse Sør-Øst mer enn doblet sine finansieringspoeng sammenliknet med 2014. Tilsvarende har en sterk vekst i finansieringspoeng hos Helse Bergen gitt en dobling av finansieringspoengene i Helse Vest. I Helse Nord har det derimot vært en sterk nedgang i finansieringspoengene.

I 2015 hadde 51,3 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap (mål: over 40 pst.) og 21,1 pst. var publisert i ledende tidsskrifter (mål: over 20 pst.), jf. tabell 6.3.

Tabell 6.3 Internasjonalt medforfatterskap og publisering i ledende tidsskrifter, høyeste nivå i målesystemet (pst.)

	2015		2014	
	Int.	Nivå 2	Int.	Nivå 2
Helse Sør-Øst	52,5	22,2	50,1	21,7
Helse Vest	55,0	21,0	52,0	21,0
Helse Midt-Norge	47,0	21,1	41,0	18,0
Helse Nord	41,8	19,1	42,3	18,4
Totalt	51,3	21,1	49,2	18,4

Det er samlet sett en klar økning i andelen av forskningen som er internasjonalt sampublisert, mens andelen artikler i ledende tidsskrifter ikke viser et klart mønster over tid.

Det var forskningsaktivitet ved alle helseforetak i 2015. Helseforetakene med universitetssykehusfunksjon stod for 81 pst. av rapporterte driftskostnader til forskning og 79 pst. av forskningsårsverkene i sektoren. Hovedtyngden av forskningen er pasientrettet forskning for å utvikle ny diagnostikk og behandling, og for å kvalitetssikre behandlingstilbudet. Den totale ressursbruken til forskning inkl. personell, infrastruktur og eksterne finansieringskilder i de regionale helseforetakene tilsvarte om lag 2,6 pst. av totale driftskostnader i 2015, mot 2,8 pst. i 2014. Av forskningsmidlene gikk om lag 12 pst. til forskning innen psykisk helsevern og 1,5 pst. til rusforskning.

For tredje år på rad har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport som beskriver forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten Forskning og innovasjon til pasien-

tens beste, Fellesrapport fra spesialisthelsetjenesten 2015.

Alle fire regionale helseforetak rapporterer å ha vurdert anbefalingene i HelseOmsorg21-strategien og prioritert og satt i gang tiltak innenfor helseforetakenes ansvar for forskning og innovasjon. Dialog på tvers av helseregionene er ivarettatt ved at oppdragene jevnlig er omtalt i de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning. I flere regionale helseforetak er dette oppdraget sett i sammenheng med utarbeidelse av regionale strategier for forskning og innovasjon.

Mht. oppdrag om å styrke infrastruktur, utprøvingenheter og støttestrukturer for kliniske studier ved universitetssykehusene, har de fire regionale helseforetakene enten styrket eller satt i gang et arbeid for å styrke infrastrukturen.

De fire regionale helseforetakene har i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst utarbeidet felles retningslinjer for hvordan prosjektsøknader skal beskrive forventet nytte for pasienten og tjenesten og for hvordan ny kunnskap kan tas i bruk i tjenesten. Nyttevurderingen er likestilt kvalitets-

vurderingen av prosjektsøknadene. Retningslinjene gjelder fra 2016 og brukes bl.a. i nytt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene er publisert på regjeringen.no. Videre er det implementert tiltak for å øke brukermedvirkningen i forskning og innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. I 2014 utgjorde andelen midler fra de regionale helseforetakene til prosjekter som hadde rapportert brukermedvirkning, 20 pst. Det var flere prosjekter innen psykisk helse og rus som rapporterte om brukermedvirkning (35 pst.), enn innen somatikk (18 pst.).

Som svar på oppdraget om å etablere nasjonale forskningsnettverk innenfor områder der det er behov for slike, herunder persontilpasset medisin, har de regionale helseforetakene vist til en pågående evaluering av forskningsnettverkene som er etablert i regi av Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning. Det er enighet mellom de regionale helseforetakene om å avvente en ev. opprettelse av nye forskningsnettverk til denne evalueringen er ferdig og til nasjonal strategi for persontilpasset medisin er utarbeidet og lagt fram av Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er gjort i forståelse med Helse- og omsorgsdepartementet.

Statens helsetilsyn fører tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker ved helseinstitusjoner, universiteter, høyskoler og andre forskningsinstitusjoner.

Statens helsetilsyn avsluttet i 2015 fem tilsynsaker om medisinsk og helsefaglig forskning i helseforetak. I fire av disse ble det konkludert med brudd på helseforskningsloven. En av sakene gjaldt et prosjekt ved Oslo universitetssykehus hvor tre pasienter fikk alvorlige komplikasjoner etter hjernebiopsitaking. Helsetilsynet konkluderte med at forskningen var forsvarlig, men at risikoen ved å delta ikke var godt nok kommunisert, og at helseforetaket derfor hadde brutt helseforskningsloven § 13. I en sak ved Akershus universitetssykehus ble det avdekket omfattende brudd på helseforskningsloven. Sakene er fulgt opp av helseforetakene i tråd med pålegg fra Helsetilsynet. De to andre sakene gjaldt mindre alvorlige forhold.

Innovasjon

Rapporten Forskning og innovasjon til pasientens beste, Fellesrapport fra spesialisthelsetjenesten 2015 presenterer innovasjonsprosjekter og nasjonale nøkkeltall for innovasjonsaktiviteten.

Det er en ujevn rapportering på oppdraget om å ha gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av rapporten Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser fra 2012. Den regionen som har gjennomført mest på dette området er Helse Sør-Øst RHF som er partner i Nasjonalt leverandørutviklingsprogram og deltar i Team innovative offentlige anskaffelser, i regi av programmet. Regionen har tatt initiativ ovenfor prosjektledelsen for nytt sykehus i Drammen og tilbygg i Tønsberg, der det er satt i gang kartlegging av behov og dialog med potensielle leverandører. Begge prosjekter følges opp av Helse Sør-Øst RHF og Leverandørutviklingsprogrammet. Det er i tillegg avholdt et inspirasjonsseminar for innkjøpsavdelingen i Sykehuspartner. Helse Sør-Øst RHF har også deltatt som partner i et nordisk prosjekt om innovative anskaffelser, finansiert av Nordic Innovation. Arbeidet med å fremme innovative anskaffelser fortsetter i 2016.

Rapport fra arbeidet med å utvikle et nasjonalt målesystem for innovasjonsaktiviteten i helseforetakene ble ferdigstilt høsten 2015 og danner grunnlag for et oppdrag gitt til de regionale helseforetakene i 2016.

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 2015 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 2015 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som fulgte av Prop. 1 S (2014–2015), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2015, 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.

I perioden 2002–2015 er det akkumulerte korrigerede regnskapsmessige positive resultatet på 1,4 mrd. kroner og det akkumulerte ordinære

regnskapsmessige årsresultatet pluss 1,2 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 levealderjusteringen som ble innført for offentlige tjenstepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere.

Årsregnskapene for 2015 ble godkjent i felles foretaksmøte i mai 2016. Alle helseregioner oppnådde positive økonomiske resultater, og for sjette år på rad etter at staten overtok eierskapet for spesialisthelsetjenesten, ble det et positivt resultat for de regionale helseforetakene samlet sett. Det ble i

2015 et samlet positivt resultat på 2 736 mill. kroner. Dette er 41 mill. kroner lavere enn i 2014. 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 vise til et samlet positivt avvik i forhold til styringskravet for perioden 2002 til 2015.

Tabell 6.4 Akkumulert resultat 2002–2015 (mrd. kr)

Akkumulert regnskapsmessig overskudd	1,200
Unntak for udekkede regnskapsmessige avskrivninger	10,282
Positivt resultatkrav 2014	10,100
Akkumulert korrigert resultat	1,382

Tabell 6.5 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2015 (mill. kr)

	Helse Sør	Helse Øst	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse		Sum
					Midt-Norge	Helse Nord	
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 ¹	-307	-15		-405	-711	-433	-1 870
2007 ²			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
2008 ³			-425	-141	86	-221	-700
2009 ⁴			-157	156	214	100	312
2010 ⁵			172	436	548	112	1 267
2011 ⁴			-478	455	417	373	766
2012 ⁴			211	565	524	437	1 737
2013 ⁴			483	648	286	488	1 906
2014 ⁶			816	796	802	363	2 777
2015 ⁴			1 046	680	393	617	2 736
Akkumulert⁷			-2 061	1 550	1 049	851	1 382

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

² 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.

³ 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.

⁴ For 2009, 2011, 2012, 2013 og 2015 vises ordinært regnskapsmessig resultat ettersom eiers styringsmål var et årsresultat i balanse.

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

⁶ For 2014 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål om et positivt resultat på samlet 10,1 mrd. kroner.

⁷ Tabellen viser helseregionenes avvik mot styringskrav behandlet i årlige foretaksmøter.

Det positive resultatet i 2015 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 171 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 75 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 2 640 mill. kroner.

Tabell 6.6 Budsjettert økonomisk resultat i 2016 (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	745
Helse Vest RHF	312
Helse Midt-Norge RHF	187
Helse Nord RHF	409

De regionale helseforetakene har budsjettert med positive resultater på til sammen om lag 1,7 mrd. kroner i 2016. Det er for 2016 stilt krav om at de regionale helseforetakene skal sikre en bærekraftig utvikling over tid. Videre skal de sikre en forsvarelig likviditetsstyring og håndtere driftskrediten innenfor vedtatte rammer. De budsjetterte resultatene må sees i sammenheng med de regionale helseforetakenes investeringsplaner.

Hovedstadsområdet

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i møte 16. juni 2016, sak 053–2016 Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, og vedtok å sende saken over til Helse- og omsorgsdepartementet for behandling. Det ble avholdt foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016 om videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF.

Planene for utvikling av Oslo universitetssykehus har sin bakgrunn i bl.a. behov for å erstatte gamle, uhensiktsmessige og til dels helt nedslitte bygg og for å samle pasientforløp med sikt på å styrke kvalitet, fagmiljø, utdanning og forskning. Videre må den samlede kapasiteten styrkes pga. sterk befolkningsvekst i opptaksområdet.

Idéfasearbeidet ved Oslo universitetssykehus HF startet våren 2013. Idéfaserapport 1.0 datert juni 2014 ble behandlet av styret i Oslo universitetssykehus HF våren 2014. Deretter ble det gjennomført en høringsrunde høsten 2014. Idéfaserapport 2.0 datert mai 2015 hensyntar innspill fra høringsuttalelsene og anbefalinger fra en ekstern kvalitetssikring gjennomført høsten 2014. Høringsuttalelsene førte til at antall utredede alternativer ble redusert, bl.a. ved at alternativet full samling på Gaustad under navnet Campus Oslo ble forlatt. Videre ble det som et resultat av både evaluering, kvalitetssikring og høring besluttet at flere andre alternativer ble utelukket. Gjennom behandling av idéfaserapport 2.0 i styret ved Oslo universitetssykehus HF våren 2015, ble også et nytt alternativ konkretisert: delvis samling på Gaustad kombinert med et lokalsykehus utenfor Gaustad-området. I tillegg ble det pekt på behovet for en egen kreftutredning primært for å vurdere funksjoner lokalisert til Radiumhospitalet.

I idéfasen framtidens Oslo universitetssykehus HF er det utredet følgende alternativer for videreutvikling av helseforetaket og bygningsmassen:

- Alternativ 1: 0-alternativet
- Alternativ 2: delt løsning
- Alternativ 3: delvis samling på Gaustad, med lokalsykehus

Idéfasene for Radiumhospitalet og regional sikkerhetsavdeling med tilgrensede funksjoner inngår likt i både alternativ 2 og alternativ 3.

Det har blitt gjennomført et omfattende idéfasearbeid ved Oslo universitetssykehus HF siden 2013. Helse Sør-Øst sin gjennomgang av den samlede kapasiteten i hovedstadsområdet ble også behandlet i styremøtet 16. juni 2016. Det er viktig at det nå blir fastslått en retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i hovedstaden framover. Et framtidig mål bilde for videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF gir grunnlag for en mer framtidsrettet utvikling av struktur og bygningsmasse i helseforetaket. Et framtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus HF innebærer et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus med vekt på medikamentell kreftbehandling og stråleterapi på Radiumhospitalet. Dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Samtidig skal det planlegges for at Aker sykehus på sikt skal utvikles til et lokalsykehus som også skal dekke befolkningen i de tre Oslobydelene Alna, Grorud og Stovner som i dag inngår i Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde. En slik utvikling må skje over tid, både for å sikre en god utnyttelse av den kapasiteten som finnes i dag, hindre oppbygging av overkapasitet og sikre at utviklingen skjer innenfor de rammene som hovedstadsområdet samlet har til rådighet.

Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus skal fortsatt benyttes og sikres forutsigbarhet.

Helse Sør-Øst RHF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, mens den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.

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 og ev. andre tiltak.

Investeringer

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Midler til investeringer inngår derfor i basisbevilgning

gen og ikke som øremerkede tilskudd. Større prosjekter kan delvis lånefinansieres ved låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. Helseforetakene kan 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 2015 inves-

terte helseforetakene for om lag 8,3 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 2,1 mrd. kroner i 2015.

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr. Verdien på sykehuses bygg og utstyr har økt med 19,8 mrd. kroner, fra 66,6 mrd. kroner i 2003 til 86,4 mrd. kroner i 2015. 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, samtidig har de hatt en nedgang i verdien de siste år. Helse Nord er den regionen som har hatt størst økning de siste årene. 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 6.7 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2015

	2003	2014	2015	Endr. 14/15	Pst. endr. 14/15	Endr. 03/15	Pst. endr. 03/15
Helse Sør-Øst	36 913	45 097	45 892	796	1,8	8 979	24,3
Helse Vest	12 095	14 445	15 031	586	4,1	2 936	24,3
Helse Midt-Norge	9 001	14 094	13 729	-365	-2,6	4 727	52,5
Helse Nord	8 578	10 671	11 736	1 065	10,0	3 158	36,8
Sum	66 587	84 306	86 388	2 081	2,5	19 800	29,7

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper 2015

Økonomiske langtidsplaner

De regionale helseforetakene oppdaterer årlig økonomiske langtidsplaner. 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. Gjennom sine langtidsplaner leg-

ger de regionale helseforetakene 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 bærekraf-

tig 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 6.8 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2017–2020 (mill. kr)

	2017	2018	2019	2020	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 100 mill. kroner	4 780	5 145	7 528	10 719	28 172
Øvrige investeringer	1 918	1 601	1 672	1 518	6 709
Medisinskteknisk utstyr	1 258	1 386	1 384	1 589	5 617
IKT	2 250	2 139	2 244	1 985	8 618
Annet	438	457	403	414	1 711
Sum totale investeringer	10 643	10 728	13 231	16 225	50 828

Helseforetakenes langtidsplaner viser at de planlegger investeringer for over 50 mrd. kroner i perioden 2017–2020. Planen forutsetter årlige effektiviseringskrav i helseforetakene og god økonomisk kontroll i helseregionene. Langtidsbudsjettene i samme periode viser overskuddskrav på mellom 1,9 mrd. kroner og 3,2 mrd. kroner. Ev. overskridelser av budsjettene medfører utsettelse av nye investeringer og redusert handlingsrom. Selv med et betydelig investeringsomfang er det utfordringer med å fornye bygningsmassen og medisinskteknisk utstyr, samt gjennomføre nødvendige IKT-satsinger.

- nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken, planlegges videreført til forprosjektfase
- ny regional sikkerhetsavdeling hvor igangsetting av konseptfase er vedtatt
- nybygg ved Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus, hvor igangsetting av konseptfase er vedtatt

I tillegg pågår det planleggingsarbeid ved Oslo universitetssykehus, hvor det legges til grunn en trinnvis utbygging ved Aker og Gaustad. Ved Sykehuset Telemark pågår det arbeid med utviklingsplanen.

Helse Sør-Øst

I perioden 2017–2020 planlegger Helse Sør-Øst å investere for 26,8 mrd. kroner, herav 2,8 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 6,1 mrd. kroner til IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- Oslo universitetssykehus viderefører samlokalisering fase I
- vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus
- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold
- digital fornying – videreføring av regional satsing, hvor omfang vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus er vedtatt videreført til forprosjektfase og får lån fra 2017

Helse Vest

I perioden 2017–2020 planlegger Helse Vest å investere for 11,5 mrd. kroner, herav 0,9 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 1,2 mrd. kroner til IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- nytt barne- og ungdomssykehus byggetrinn I ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen
- nytt barne- og ungdomssykehus byggetrinn II ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- nytt sykehus i Helse Stavanger er vedtatt videreført til forprosjekt og får lån fra 2017
- oppgradering og modernisering (nybygg) ved Helse Førde er vedtatt videreført til forprosjektfase og får lån fra 2017

- oppgradering av sentralblokk ved Haukeland universitetssjukehus er vedtatt videreført til forprosjektfase og får lån fra 2017
- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna

Helse Midt-Norge

I perioden 2017–2020 planlegger Helse Midt-Norge å investere for 7 mrd. kroner, herav 1,1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 0,8 mrd. kroner til IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal, hvor konseptfasen planlegges ferdigstilt i løpet av 2016
- Helseplattformen – anskaffelse og innføring av felles pasientjournal for helseforetakene i Midt-Norge

Helse Nord

I perioden 2017–2020 planlegger Helse Nord å investere for 5,4 mrd. kroner, herav 800 mill. kroner

til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 600 mill. kroner til IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø
- ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø
- nybygg ved Finnmarkssykehuset, klinikk Kirkenes
- PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- nytt sykehus i Narvik, Universitetssykehuset i Nord-Norge
- utvikling av Helgelandssykehuset
- nybygg ved Finnmarkssykehuset, Hammerfest

I tillegg pågår det planleggingsarbeid vedrørende framtidig organisering og bygningsmasse for psykiatrisk helsevern ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

7 Oppfølging av NOU 2015: 17 Først og fremst

Akuttutvalget ble nedsatt høsten 2013 med mandat å beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. Underveis i arbeidet leverte utvalget en delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet som innspill til arbeidet med Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) og stortingsmelding om framtidens primærhelsetjeneste. Utvalget la fram endelig utredning i desember 2015. Det er kommet inn om lag 80 høringsuttalelser.

7.1 Oppsummering av høringsuttalelsene

Hovedinntrykket fra høringsuttalelsene er at Akuttutvalget har gjort et grundig arbeid, og at utredningen gir en god beskrivelse av status og utfordringer. Helsedirektoratet har i sin høringsuttalelse pekt på behovet for å se på forebygging og folkehelse i prehospitale tjenester, f.eks. når det gjelder å sette i verk forebyggende tiltak mot bruddskader, forebygging av overdoser av rusmidler, tidlig identifisering av hjerneslag mv. Flere høringsinstanser påpeker at tiltakene har kostnader som må utredes nærmere. De mest kommenterte tiltakene er oppsummert under.

Revitalisering av samhandlingsavtaler og felles planlegging

Mange høringsinstanser påpeker at samarbeidsavtaler er vesentlige for å sikre befolkningen gode og trygge tjenester, og at det er behov for bedre samhandling mellom helseforetak og kommuner om prehospitale tjenester. De som har uttalt seg, støtter forslaget om revitalisering og videreutvikling av tjenesteavtale 11 mellom kommuner og helseforetak om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Helsetilsynet påpeker at det er et ledelsesansvar å sørge for implementering av samhandlingsavtalene. Få høringsinstanser uttaler seg om forslaget om å forskriftsfeste felles akuttmedisinske planer. Flere støtter behovet for at kommuner og helseforetak

gjennomfører jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser (ros-analyser) for å sikre at det akuttmedisinske tilbudet er dimensjonert ut fra de reelle behovene. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin påpeker at dersom kommunene skal tilpliktes å gjøre ros-analyser jevnlig, bør dette forankres i akuttmedisinforskriften. Når det gjelder forslaget om å etablere et nasjonalt prehospitallederorgan, understreker flere helseforetak at ansvaret for og ledelse av de prehospitale tjenestene må ligge i helseforetakene, selv om bedre nasjonal samordning og samarbeid vil gi grunnlag for mer likeverdige helsetjenester.

Frivillig sektor og frivillige i akuttmedisinsk beredskap

Blant de som uttaler seg om dette, er det enighet om at det bør skje en rolleavklaring om bruk av frivillige i akuttberedskap og at akuttgjelperens funksjon bør gjennomgås. Enkelte helseforetak, Norsk Folkehjelp og Frivillige organisasjoners redningsfaglige forum mener økonomiske ordninger som kan bidra til faglig utvikling, bør utredes. Helsedirektoratet støtter forslaget om at de frivilliges rolle bør utredes nærmere, men mener dette bør ses i et bredere perspektiv, fordi de frivillige også har en rolle i retningslinjer for dimensjonering og organisering av idretts- og kulturarrangementer.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Det er bred støtte blant høringsuttalelsene om behovet for et kvalitetsløft med mer data, indikatorer og forskning. Flere høringsinstanser peker på at en elektronisk ambulansjournal er en forutsetning for et slikt løft. Enkelte mener utvalget i større grad burde drøftet hvilke muligheter ny teknologi kan gi for de prehospitale tjenestene. Flere regionale helseforetak og helseforetak peker på behov for tettere samarbeid mellom kompetansetjenestene i spesialisthelsetjenesten. Nklm mener kompetansemiljøene i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide

tettere enn de hittil har gjort. Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin mener det bør etableres et nasjonalt senter for prehospital akutt- og katastrofemedisin, der relevante kompetansetjenester og andre fagmiljøer bør inngå. De regionale helseforetakene, de fleste helseforetakene, og Helsetilsynet stiller seg positive til at responstid for ambulansetjenesten inngår i et helhetlig kvalitetsindikatorsett. Enkelte påpeker at målene for responstid for ambulansetjenesten synes å være uklare. Delta mener responstid for ambulansetjenesten bør forskriftsfestes, mens Fagforbundet mener det er riktig å definere responstid som en kvalitetsindikator, men åpner for forskriftsfesting på et senere tidspunkt. Det er også foreslått responstidskrav ved utrykning for legevaktlege. De fleste instansene er enige i at responstider inngår som et kvalitetsmål/indikator, mens Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin mener responstider bør forskriftsfestes.

Strategi for å redde liv – tidlig respons og førstehjelp

Blant de høringsinstansene som har uttalt seg, er det bred enighet om behovet en strategi for livslang læring for førstehjelp i befolkningen. Flere understreker skolens rolle i en slik strategi. Helseledelse savner omtale av hvordan førstehjelpskunnskaper hos den voksne befolkningen kan ivaretas. Enkelte etterlyser omtale av kompetansekrav til personer som skal levere førstehjelpskurs. Noen høringsinstanser er uenige i forslaget om at Helseledelse bør få ansvaret for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer for førstehjelp. Norsk Førstehjelpsråd og Norsk Resuscitasjonsråd, som i dag har som mandat å fastsette faglige normer for henholdsvis førstehjelp og hjerte- og lungeredning, mener de kan ivareta den faglige normerende funksjonen bedre og rimeligere enn Helseledelse.

Medisinsk nødmeldetjeneste

Mange av instansene som har uttalt seg, støtter etablering av større telefonnettverk mellom LV-sentraler for å utjevne ulik belastning mellom sentralene og gi kortere aksestid.

Mange gir støtte til mer bruk av telefonkontakt for rådgivning og veiledning, og peker på at det ligger et potensial i utvikling av nye teknologiske løsninger. Det forutsetter, ifølge Oslo kommune, at finansieringssystemet belønner slikt arbeid i større grad enn i dag. Pasient- og brukerbudene er bekymret for pasientsikkerheten, og mener den kliniske observasjonen legen gjør

er svært sentral. Flere peker på behov for digitale tjenester tilpasset både AMK- og LV-sentraler, behov for kompetanseutvikling og felles opplæring. Flere støtter forslaget om å utvikle en nasjonal veileder med krav til kompetanseutvikling i medisinsk nødmeldetjeneste. Avklaring av ansvar, roller og funksjoner vil også være en viktig del av en slik veileder.

Flere er positive til å styrke kompetansen i AMK- og LV-sentraler innen rus og psykiatri. Helse Vest RHF peker imidlertid på at akuttpsykiatrisk kompetanse i AMK vil bli kostbart. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin mener forslaget om psykiatrisk sykepleier tilknyttet et nettverk av LV-sentraler krever en vitenskapelig vurdering og er generelt kritisk til nedbygging av kjerneoppgaver de mener bør finnes i alle LV-sentraler.

Helse Sør-Øst RHF, Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF, Stiftelsen Norsk Luftambulans og Luftambulansetjenesten ANS støtter forslaget om at koordinering av luftambulansetjenesten i hver region legges til en sentral. Helse Nord RHF mener det bør vurderes, mens Helse Midt-Norge RHF mener erfaringene fra Helse Sør-Øst RHF bør evalueres først. Helse Møre og Romsdal HF er mot forslaget, mens Helse Nord-Trøndelag HF mener koordinering bør skje nasjonalt. Det er noe delte oppfatninger om forslaget om å ha en dedikert lege ved AMK-sentralene, og enkelte peker på at det blir en kostbar løsning.

Øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene

Mange instanser støtter forslaget om at alle kommuner må ha en plan for sitt øyeblikkelig hjelp-tilbud, og at planen utarbeides som en del av samarbeidet med helseforetak om felles akuttmedisinske planer.

Forslaget om nasjonale krav for å styrke og dimensjonere legevaktstjenesten, og at disse fastsettes i retningslinjer eller veiledere, gis eksplisitt støtte fra bl.a. Helseledelse, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Lenvik kommune, Trondheim kommune og Norsk legevaktforum. Ingen instanser uttrykker skepsis til dette forslaget. De fleste instansene støtter at Helseledelse får et slikt oppdrag. Mange instanser uttaler seg om forslaget om å forskriftsfeste maksimal reisetid til legevaktstasjon for innbyggerne – at 90 pst. av innbyggerne i et legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid og at 95 pst. skal ha maksimalt 60 minutters reisetid, men relativt få instanser støtter å forskriftsfeste et slikt krav. Flere mindre kommuner mener kravet til reisetid vil forsterke

utfordringene til rekruttering av leger. Flere interkommunale legevaktsamarbeid som i dag fungerer godt, vurderes å ikke ville tilfredsstillende de foreslåtte kravene til reisetid uten at det opprettes flere vaktbaser. Det vil øke vaktbelastningen betydelig for allmennleger i distrikt som tilfredsstillende kompetansekravene. Flere instanser mener det vil være mer hensiktsmessig å inkludere krav om maksimal reisetid til legevaktstasjon i det helhetlige kvalitetsindikatorsettet for de prehospitale tjenestene som er foreslått opprettet på helsenorge.no (kvalitetsmål).

De instanser som har uttalt seg, er positive til målet om en mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste lokalt, men har ulike synspunkter på samlokalisering, felles ledelse og tverrfaglige øyeblikkelig hjelp-team som skal kunne passe alle kommuner. De fleste instansene er enige i at legevakttilbudet bør spisses mot akutt syke, og at bedre tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp hos fastlegene er viktig i denne forbindelse. Forslag om fastlønn ved legevakt kan, ifølge høringsinstansene som uttaler seg om dette, gi riktigere prioritering av pasienter, bedre rekruttering/stabilitet og muligheter for tverrfaglig samarbeid og samtrening. Samtidig kan en slik ordning bli kostbar, spesielt for distriktskommuner med lite pasientgrunnlag. Helse- og omsorgsdepartementet og Legevakta i Drammensregionen støtter forslaget om å stimulere til bruk av fastlønn i legevaktarbeid, men påpeker behov for grundig forutgående konsekvensutredning. Når det gjelder Akuttutvalgets forslag om å innføre en nasjonal norm om at legevakten skal utføre minst 20–40 sykebesøk per 1000 innbyggere per år, og forslaget om større legedeltakelse i utrykninger ved akuttmedisinske hendelser (hastegrad akutt), er høringsinstansene delt. Høringsinstansene har også ulike synspunkter på utvalgets forslag om krav til medisinsk faglig ledelse i legevakt, og på forslaget om minimumsbemanning på to personer – lege og annet helsepersonell. Noen instanser mener at disse forslagene ev. bør utredes nærmere.

Ambulansetjenesten

Det er bred støtte blant høringsuttalelsene om etablering av en høyskoleutdanning i ambulansefaget på bachelornivå. Helse Fonna HF er imidlertid bekymret for hva en bachelorutdanning kan bety for rekruttering i utkantstrøk. Fagforbundet peker på at fagarbeiderutdanningen fortsatt skal være hjørnesteinen når det gjelder kompetanse i ambulansetjenesten. Helse Nord RHF støtter at dagens fagarbeiderutdanning videreføres, og foreslår at

opplæringsløpet i videregående utvides med et år. Sykepleierforbundet mener kapitlet i større grad burde omtalt kompetansen til sykepleiere. Flere høringsuttalelser tar til orde for samarbeidsprosjekter der ambulanspersonell involveres i primærhelsetjenesten. Helse Nord RHF har prøvd ut en slik modell, og mener det er praktisk vanskelig å gjennomføre. De høringsinstansene som har uttalt seg om dette kapitlet, støtter utvalgets forslag om en mer differensiert ambulansetjeneste, herunder forslaget om etablering av syke transportsbiler (forutsatt at det er pasientgrunnlag for det) og intensivambulanser. Flere høringsinstanser støtter at offentlig drift av den operative delen av luftambulansen bør utredes. Stiftelsen Norsk Luftambulans er imidlertid skeptiske til at utvalget låser seg til en utredning om offentlig eierskap, og mener at flere modeller bør utredes. Stiftelsen Norsk Luftambulans mener utvalget burde understreket behovet for bedre utkallingskriterier for luftambulansereger.

Psykisk helse og rus

De høringsinstansene som har uttalt seg, støtter i all hovedsak tiltakene om psykisk helse og rus. Flere trekker fram at kompetanse om akuttpsykiatri og ruslidelser bør være en del av opplæringen for alle som jobber med prehospitale tjenester. Legeforeningen mener det må sikres en vaktordning på DPS-nivå som gjør at pasienter med behov for frivillig innleggelse på kveld, natt eller helg kan legges direkte inn fra legevakt i DPS. Helse Bergen HF mener psykiatriambulans er et godt tiltak, men at det må etableres andre løsninger i mer spredt bebygde strøk. Pasient- og brukerombudene mener prosjektene om psykiatriambulans må evalueres. Helse Sør-Øst RHF er tvilende til forslaget om etablering av sivile ledsagerteam, mens Luftambulansetjenesten ANS viser til gode erfaringer med en slik ordning. Legeforeningen savner forslag som omhandler rusbehandling, mens Akershus universitetssykehus HF er i tvil om det er behov for akutt avrusning hele døgnet ved alle helseforetak.

Hjerneslag

De høringsinstansene som har uttalt seg, påpeker at det er positivt at utvalget har valgt å trekke fram hjerneslag i utredningen. Høringsinstansene støtter i all hovedsak forslagene, og trekker spesielt fram behovet for informasjonskampanje om hjerneslagsymptomer. Sykepleierforbundet, Helsetilsynet og LHL Hjerneslag mener de regionale hel-

seforetakene bør utvikle egne strategier for hjer- neslag. Norsk Radiografforbund mener utredning- en ikke har tatt høyde for stålevernforskriftens krav til kompetanse i omtalen av CT-maskiner.

7.2 Oppfølging av tiltak

Bedre samhandling mellom helseforetak og kommuner om akuttmedisinske tjenester

Helse Nord RHF har fått i oppdrag å etablere pilot- prosjekter som skal bidra til mer systematisk ar- beid med prosedyrer, erfaringsutveksling, sam- handling og kommunikasjon. Ambulanshelikop- terbasene i Evenes og Tromsø skal omfattes av ar- beidet. Det vises til kap. 762, post 63, for omtale av oppdrag til Helsedirektoratet om å etablere pilot- prosjekt med forankring i Valdres lokalmedisin- ske senter. Det er bevilget 1. mill. kroner til hvert av pilotprosjektene i 2016.

Helsedirektoratet, St. Olavs hospital og pri- mærhelsetjenesten i Røros kommune utvikler et samarbeid om en modell for samhandling om en differensiert ambulansetjeneste på tvers av for- valtningsnivåene. Modellen tar opp i seg de utfor- dringer som er knyttet til ambulansetjenester i distriktene med lavt antall oppdrag.

Datainnsamling, kvalitetsindikatorer og flere nasjonale retningslinjer

Helsedirektoratet har foreløpig publisert åtte nye nasjonale kvalitetsindikatorer om akuttmedisin- ske tjenester i 2016. En av de nye indikatorene måler publikums start av HLR før ambulanse an- kommer. I 74,6 pst. av tilfellene starter publikum eller tilstedeværende HLR før ambulansen an- kommer – et godt resultat, også i internasjonal sammenheng.

Responstid for ambulansetjenesten ble en na- sjonal kvalitetsindikator i 2016. Resultatene viser at ambulansen var framme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 71 pst. av hendelsene i tettbygde ste- der. I grisegrendt strøk ankom ambulansen innen 25 minutter i 83 pst. av hendelsene. I 2016 ble også svartid på medisinsk nødnummer 113 en nasjonal kvalitetsindikator. Målet er at 90 pst. av henvendel- sene til 113 skal besvares innen 10 sekunder. Det er en positiv utvikling i svartiden på 113.

Helsedirektoratet deltar i et nordisk samar- beid om datainnsamling og benchmarking av pre- hospitale tjenester. Det er definert felles nordiske indikatorer for responstid og indikatorer for hjer- neslag, hjerteinfarkt og hjertestans. Målet er å kunne sammenlikne nordiske land i 2018.

Akuttutvalget peker på et behov for nasjonale evidensbaserte retningslinjer og prosedyrer for håndtering av akuttmedisinske tilstander. Helsedi- rektoratet er gitt i oppdrag å gjennomgå behovet for normerende dokumenter på det akuttmedisin- ske området og vurdere hva som ev. bør utarbei- des av Helsedirektoratet og hva som bør være oppgaver for fagmiljøene.

Akuttutvalget peker også på behov for å styrke kompetansen til analyse, forskning og utviklings- arbeid i akuttmedisin. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å opprette et fagnettverk med utgangs- punkt i kompetansemiljøer i både primær- og spe- sialisthelsetjenesten med formål å styrke kompe- tansen til analyse, forskning og utviklingsarbeid i akuttmedisin.

Pilotprosjekter for utdanning på bachelornivå i ambulansefag

I Nasjonal helse- og sykehusplan går det fram at regjeringen vil sette i gang pilotprosjekter for ut- danning på bachelornivå i ambulansefag. Tiltaket er også omtalt i Akuttutvalgets NOU 2015: 17. Flere universitet og høyskoler vurderer nå bachelor innen ambulansefag. Helsedirektoratet gitt i oppdrag å bidra i utvikling av det faglige inn- holdet – for å sikre at aktuelle utdanninger får et innhold som samsvarer med behovene i tjenes- tene.

Revidert faglig retningslinje for hjer- neslag, pakkeforløp og nasjonal hjer- neslagkampanje

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å revidere na- sjonal faglig retningslinje for behandling og reha- bilitering ved hjer- neslag samt å lage pakkeforløp for hjer- neslag. I arbeidet med pakkeforløp for hjer- neslag og psykisk sykdom og rus blir sam- menhengen med den akuttmedisinske kjede vur- dert. Det vises til kap. 732 for omtale av nasjonal hjer- neslagkampanje.

Annet

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en register over hjertestartere i Norge. Registe- ret skal etter planen inneholde en oppdatert oversikt over alle tilgjengelige halvautomatiske defibrillatorer som kan benyttes av publikum og andre mulige brukere ved hjertestans utenfor sykehus.

Det vises til kap. 702 og kap. 781 for omtale av den akuttmedisinske kjede som oppfølging av 22. juli.

8 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)

Regjeringen fremmer med dette en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det foreslås 200 mill. kroner i statlige stimuleringsmidler til opptrappingsplanen i 2017. 100 mill. kroner foreslås som et øremerket tilskudd og i tillegg er 100 mill. kroner av økning i kommunerammen for 2017 begrunnet i opptrappingsplanen. Stimuleringsmidlene til planen foreslås økt til 300 mill. kroner innen 2019.

Planen gir oversikt over hovedutfordringene på feltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse utfordringene. Opptrappingsplanen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud til sine innbyggere og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Planen skal samtidig sikre god ivaretagelse av eksisterende tilbud i spesialisthelsetjenesten. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten, samhandlingen og koordineringen mellom nivåene og innenfor disse. For å få til dette er det nødvendig med endringer i arbeidsformer og kompetanse.

Regjeringsplattformen slår fast at regjeringen vil lage en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet og hindre nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene. Opptrappingsplanen er ett av flere tiltak for å skape pasientens helsetjeneste og sikre befolkningen gode helse- og omsorgstjenester på riktig nivå.

Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Et viktig element i reformen er at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. Dette er mange steder ikke realisert i tilstrekkelig grad, og ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten oppfattes av flere som uklar.

Opptrappingsplanen må sees i sammenheng med andre meldinger og planer fra regjeringen. Gjennom kommunereformen vil regjeringen skape sterke velferdskommuner med økt kapasitet

og kompetanse til å ivareta sitt ansvar. Det er en forutsetning for at flere oppgaver skal kunne ivaretas i kommunene. Det vises til høringsnotatet om nye oppgaver til større kommunene Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.

Behovet for å sikre et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud i kommunene ble drøftet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Primærhelsetjenestemeldingen), og feltet er omtalt i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan. En faglig omlegging med større vekt på aktiv omsorg, egenmestring og hverdagsrehabilitering står sentralt i regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020; Omsorg 2020. Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter (Folkehelsemeldingen) varsler bl.a. at det framover skal legges mer vekt på å tilrettelegge for fysisk aktivitet i primær- og sekundærforebygging, behandling og rehabilitering og påpeker også behov for bedre oppfølging på ernæringsområdet.

Relevante dokumenter er også regjeringens handlingsplan for universell utforming, regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021 # Ungdomshelse, Meld. St. 33 (2015–2016) Nav i en ny tid – for arbeid og aktivitet, Flere år – flere muligheter og Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020).

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) inneholder de viktigste grepene for å bedre rehabilitering og oppfølging for personer med alvorlige rus- og psykisk helseutfordringer. Stortinget har, ved behandlingen av dokument 8:43 S (2015–2016), anmodet regjeringen om å utarbeide en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ. Habilitering og rehabilitering av barn og unge med psykiske helseutfordringer vil inngå som en naturlig del av en slik strategi. Opptrappingsplanen for rusfeltet og denne strategien vil samlet dekke rehabilitering for brukere med utfordringer knyttet

særlig til psykisk helse og rus. Denne opptrappingsplanen retter seg derfor i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av somatisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted.

Hva sier brukerne?

Brukere med behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester er de samme menneskene helse- og omsorgstjenesten møter i sitt arbeid med forebygging, diagnostikk og behandling. Brukernes innspill i arbeidet med Primærhelsetjenestemeldingen (kapittel 2) og Nasjonal helse- og sykehusplan er derfor også relevante for rehabiliteringsfeltet.

Sentrale tilbakemeldinger fra brukerne er at tjenestene oppleves som fragmenterte, at det er i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste at det for ofte svikter, og at det er for lite brukerinvolvering. Mange opplever at de for tidlig blir overlatt til seg selv med ansvar for å koordinere egen oppfølging. Samtidig blir den enkelte ressurs for lite brukt. Brukerne gir et tydelig signal om at tjenestene må legge mer vekt på det friske, og på hva den enkelte klarer og ønsker, enn på sykdom. Det må etableres flere lokale tilbud om opplæring og mestring. Alle med langvarig sykdom bør også få tilbud om å møte en likeperson. Tjenestene må organiseres slik at den som registrerer begynnende funksjonssvikt, tar ansvar for at dette blir fulgt opp tverrfaglig.

På oppdrag fra Norsk Revmatikerforbund (NRF) gjennomførte Sintef i 2015 et prosjekt om koordinerte og sammenhengende pasientforløp for personer med revmatiske sykdommer og andre muskel- og skjelettplager. Som del av prosjektet har Sintef gjort en brukerkartlegging, som er beskrevet i en egen rapport (Sintef A26271). Et av utsagnene som ble framhevet var:

«Hvis vi ser på oss som gruppe så er ikke rehabilitering det samme for oss som for andre grupper. Vi må se på rehabilitering i et livsløpsperspektiv. Vi blir aldri ferdig.»

Dette peker mot at dagens definisjon, der rehabilitering defineres som tidsavgrensede prosesser, ikke reflekterer behovet til brukere med kroniske sykdommer. Når sykdom ikke kan kureres, eller det forventes en ytterligere funksjonssvikt til tross for trening, oppleves dagens definisjon for snever. Det andre som kommer fram i rapporten, er hullet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Brukerne opplever at de etter et opphold i spesialisthelsetjenesten skrives ut uten oppfølging. Det er ingen til å bistå brukeren i å følge opp det som er avtalt. Brukerne føler at de er overlatt til seg selv, og dette kan i vesentlig grad redusere effekten av tiltakene som er gjort i spesialisthelsetjenesten.

Mange etterspør et tilpasset treningstilbud, dvs. trening under veiledning tilpasset deres funksjonsnivå og diagnose. Ikke alle kan gå på treningsstudio. Trening i varmtvann etterspørres av personer med muskel- og leddsmarter. Selv om trening i sal også har god effekt, er det flere som da dropper ut. Kostveiledning og annen tilrettelagt aktivitet etterspørres også. Det påpekes at alle trenger en startpakke ved nyoppdaget sykdom, dvs. god, tverrfaglig opplæring innledningsvis. Det er behov for tidlig informasjon om tilbudet i kommunen, inkludert tilbud fra pasientorganisasjoner. I dag er det primært de som selv etterspør informasjon, som får dette. Et lærings- og mestringstilbud må ifølge brukerne inkludere hjelp til kognitiv mestring. Smerter, tap av overskudd og annet som kan følge med kronisk sykdom sliter på psyken.

Innspillene til Demensplan 2020 fra personer med demens og deres pårørende, viste at mange ser behovet for bedre tilrettelagte helse- og omsorgstjenester, flere og mer tilpassede og fleksible aktivitetstilbud og økt støtte og avlastning for pårørende. Mange mente at aktivitetstilbud er noe av det viktigste for å leve et godt liv med demens.

Brukerorganisasjonene opplyser at de gjerne vil bidra med sin ekspertise og sitt tilbud. De opplever imidlertid ofte å stå med lua i hånda og be om å få lov til å bidra, i stedet for at de blir invitert med som en viktig bidragsyter og samarbeidspartner.

Hva er habilitering og rehabilitering?

I § 3 i forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering, rehabilitering individuell plan og koordinator er habilitering og rehabilitering definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Som det går fram er definisjonen felles for habilitering og rehabilitering. Forskjellene mellom disse to begrepene kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst

skilles mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet eller har oppstått senere i livet. I det videre brukes ofte bare betegnelsen rehabilitering.

Stortinget ga sin tilslutning til denne definisjonen ved behandlingen av St. Meld. nr. 21 (1998–1999) Ansvar og meistring – Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. Definisjonen er over tid godt akseptert i fagmiljøene og av brukerorganisasjonene. Den vektlegger at en rehabiliteringsprosess er avhengig av tydelige mål og brukerens medvirkning, samtidig som den forutsetter samarbeid mellom flere tjenesteytere og flere instanser. Habilitering og rehabilitering er ingen enkelttjeneste, men en serie tjenester eller tiltak som er satt i et system. Habilitering og rehabilitering skal i tillegg til helsetilstand og daglig funksjon, også ivareta brukerens sosiale tilværelse (arbeidsliv, skole, fritid mv.).

I forskriften er det understreket at kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke i gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Det kommer ikke fram at det er brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn for å avgjøre innholdet. Det er behov for å tydeliggjøre dette i forskriften.

En annen svakhet ved forskriften er at definisjonen vektlegger at habilitering og rehabilitering er en tidsavgrenset prosess. Det innebærer at brukere som lever med kronisk sykdom, opplever at den ikke passer for dem. De trenger målrettet innsats fra helse- og omsorgstjenesten for å bevare, optimalisere og bedre funksjon over tid, i tillegg til mer intensiv innsats i perioder. For dem vil ofte forebygging, behandling og rehabilitering gli over i hverandre. Dette gjelder f.eks. brukere med kronisk nevrologisk sykdom og revmatisk sykdom.

I denne opptrappingsplanen legger regjeringen til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenesten som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse.

I planen brukes i hovedsak begrepet bruker om pasienter og brukere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester, selv om den enkelte iht. forskriften og øvrig helse- og omsorgstjenestelovgivning ofte også vil være pasient.

8.1 Mål

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Det innebærer at pasienten er aktivt deltakende i rehabiliteringen, og kan mestre livet med de helseutfordringer pasienten har.

Visjonen om å utvikle pasientenes helsetjeneste forutsetter at brukerne medvirker både på gruppenivå og som enkeltbrukere. Visjonen ligger til grunn for all politikk og alle meldinger fra regjeringen.

Regjeringen ønsker å skape en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får mulighet til å leve et aktivt og mest mulig selvstendig liv til tross for sykdom og funksjonstap. Det innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på meistring i hverdagslivet og på den enkeltes erfaringskompetanse i utviklingen av tjenestene.

Habilitering og rehabilitering bør i størst mulig grad tilbys der livet leves; i hjem, barnehage, skole, fritidsarenaer, bo- og nærmiljø og på arbeidsplassen. Det er derfor et mål at hovedtyngden av innsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. Opptrappingsplanen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt tilrettelagt rehabiliteringstilbud for sine innbyggere og over tid overta et større rehabiliteringsansvar fra spesialisthelsetjenesten.

Den mest avgjørende faktoren for hvorvidt rehabiliteringen skal foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen, er behovet for spesialisert medisinsk faglig kompetanse. Som hovedregel bør tilbud til store pasient- og brukergrupper utvikles i kommunene. Tilbud til pasienter og brukere med sjeldne og kompliserte tilstander som har behov for spisskompetanse, bør gis i spesialisthelsetjenesten. Mange av brukerne som mottar mesteparten av tjenestene fra kommunen, har også behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. På samme vis har brukere som mottar mesteparten av den medisinske oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten, behov for kommunale tjenester. Et godt samarbeid på tvers av tjenestenivåer er ofte avgjørende for et godt tilbud. Med faglig og teknologisk utvikling kan tjenestenivåenes ansvar og oppgaver endre seg over tid.

Kommunereformen, med et mål om sterke velferdskommuner med økt kapasitet og kompetanse til å ivareta sitt ansvar, er viktig for å realisere ambisjonen om at mer av helse- og omsorgstjenestene skal ytes i kommunene. Men det er ikke bare større kommuner som er nødvendig. I dag er det store variasjoner i tjenestetilbudet kommunene imellom, både i kapasitet og kvalitet i til-

budet. En viktig forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid. Det gjelder internt i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det betyr at et godt kommunalt tilbud og et godt tilbud for brukerne, ikke bare krever større kapasitet, men endrede arbeidsformer og innretning av tilbudet både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for større faglig bredde og bred kompetanse på et høyere faglig nivå hos de enkelte tjenesteyterne i kommunene. Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet.

Som beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen er det behov for personell som har breddekompetanse på et høyere nivå enn i dag. Dagens siloorganiserte tilbud må utvikles i retning av en mer teambasert og tverrfaglig tjeneste, og de faglige ressursene må brukes mer målrettet gjennom en strukturert oppfølging og planlegging. Dette krever god ledelse. I tillegg må tjenestene gå fra å jobbe reaktivt til å bli mer proaktive. Behovet for rehabilitering i form av en mer intensiv innsats må vurderes oftere for personer med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, for å forebygge ytterligere funksjonsfall, optimalisere funksjon og bedre mestringsevnen. Det må da finnes et tilbud som svarer til behovet. Kommunene trenger også en godt fungerende koordinerende enhet. Denne må ha oversikt over alle tjenester og være kommunens rehabiliteringsfaglige tyngdepunkt, som samarbeider nært med alle aktuelle tjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner og andre sektorer utenfor helse- og omsorgstjenestene. For å få til omstilling i arbeidsformer og samhandling, er det behov for å ta i bruk nye IKT- og velferdsteknologiske muligheter.

I Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner (Oppgavemeldingen), varslet regjeringen en oppgaveoverføring på rehabiliteringsfeltet fra spesialisthelsetjenesten til større kommuner. Dette er også omtalt i Primærhelsetjenestemeldingen, hvor det redegjøres for flere fordeler med å samle en større del av rehabiliteringsansvaret i kommunene. Kommunal- og moderniseringsdepartementets høringsnotat av 1. juni 2016 om nye oppgaver til større kommuner, konkluderer med at det i dag ikke er grunnlag for å foreta en formell ansvarsoverføring av spesialisert rehabilitering til kommunene, ettersom ikke alle kommunene har tilstrekkelig rehabiliteringskapasitet og -kompetanse. En overføring skal ikke medføre dårligere tilbud for

pasienter og brukere enn det som i dag tilbys i spesialisthelsetjenesten. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er det behov for noe mer tid og tiltak før alle kommuner kan bli i stand til å overta nye rehabiliteringsoppgaver.

I høringsnotatet legges det til grunn at det finnes diagnosegrupper eller pasientgrupper hvor kommunen bør ha hovedansvar for rehabiliteringen, ansvar for en større del av pasientforløpet eller ansvar for rehabilitering av flere pasienter innenfor diagnose- eller pasientgruppen. Dette gjelder selv om det fortsatt vil være nødvendig at spesialisthelsetjenesten ofte bidrar i starten av rehabiliteringen eller når medisinske endringer krever revurdering av rehabiliteringstilbudet eller mer spesialisert innsats. Basert på tidligere utredninger fra Helsedirektoratet, er det i høringsnotatet vist til følgende diagnose- eller pasientgrupper som eksempler på grupper hvor kommunene bør ha hovedansvar for rehabiliteringen: pasienter som har fått innsatt protese i hoften, pasienter med enklere bruddskader og andre mindre former for ortopediske inngrep, pasienter med lårhalsbrudd og andre enklere bruddskader, pasienter med muskel- og skjelettsykdommer, herunder pasienter med langvarige smerter i rygg, skulder og armer, pasienter med sykkelig overvekt, pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og pasienter med diabetes, kreft og rehabilitering i senere fase av hjerte- og karsykdommer. Kompleksiteten for de opplistede pasientgruppene er normalt ikke større enn at kommunen bør kunne ha fullverdig kompetanse og mulighet til å sørge for tilstrekkelig intensitet i behandlingen

8.2 Dagens situasjon

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for at pasienter og brukere får nødvendig rehabilitering. Ansvar følger av henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Tjenestenivåenes ansvar konkretiseres og utdypes i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Rehabilitering i kommunene skjer både i og utenfor institusjon. Rehabilitering i institusjon kan skje som døgntilbud i definerte korttids institusjonsplasser, de fleste lokalisert til sykehjem med varierende grad av flerfaglig personell og tverrfaglig samarbeid. Noen kommuner har dagtilbud med tilbud om rehabilitering, ofte knyttet til et sykehjem med dagsenter. Noen store kommuner har etablert egne rehabiliteringssentre med både

døgnbehandling og dagtilbud (f.eks. Oslo, Bodø og Larvik) eller i egne helsehus (f.eks. Trondheim). Habilitering og rehabilitering utenfor institusjon kan skje som tverrfaglig tilbud i hjemmet med målrettet oppfølging fra ulike faggrupper. Det vil være varierende grad av flerfaglig personell, men særlig fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og sykepleiere vil ofte være representert sammen med øvrige hjemmetjenester. Enkelte kommuner har egne rehabiliteringsteam. I noen kommuner kan det være et nært samarbeid med kommunens frisklivs- og mestringstilbud i en overgangsfase.

Kommunene er i likhet med de regionale helseforetakene pålagt å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre et helhetlig rehabiliteringstilbud. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten skal motta melding om behov for individuell plan og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet med individuell plan. Koordinerende enhet angis også som en adresse for å melde om mulige behov for habilitering og rehabilitering internt i kommunen. Det anbefales at koordinerende enhet bidrar til samhandling og koordinering med andre fagområder og er pådriver for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer. Det er derfor nødvendig at koordinerende enhet har god kjennskap til andre samarbeidende instanser og aktører utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten som kan være nyttige bidragsyttere i en rehabiliteringsprosess. I følge Samhandlingsstatistikk 2014–2015 fra Helsedirektoratet hadde 90 pst. av kommunene etablert en slik enhet i 2015.

Kommunene har plikt til å bidra til at mennesker som er helt avhengig av hjelp fra kommunen i sitt daglige liv, får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, i tråd med formålsbestemmelsen i sosialtjenestelovens § 1-1. Eldre med alvorlig sykdom og uførhet er den største gruppen dette gjelder, men også yngre funksjonshemmede og utviklingshemmede er grupper som ofte er avhengig av omfattende tiltak fra kommunens side. I forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten er det presisert at tjenestene skal dekke grunnleggende behov, bl.a. gjennom tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Det kan være både fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter. Dette forutsetter at brukere og fagfolk går sammen for å skape en

helse- og omsorgstjeneste som er faglig sterk med bred og tverrfaglig kompetanse, og som lytter til brukernes egne mål og ønsker.

Kommunene har med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven også ansvar for formidling av hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av brukerens samlede behov. Formidlings- og tilretteleggingsansvaret omfatter både hjelpemidler og ergonomiske tiltak som er finansiert av folketrygden ved vesentlige og varige behov (over to år), og hjelpemidler ved midlertidige behov (under to år) som er et kommunalt ansvar. Kommunen kan ved behov be om bistand fra hjelpemiddelsentralen eller andre relevante instanser. Kommunen har også ansvar for å evaluere brukernytte og gjennomføre nødvendig justering mht. dette. Kommunens ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging gjelder uavhengig av livsarena, dvs. om hjelpemiddelbehovet er i hjemmet/nærmiljø, skole, fritid mv.

Kommunen har finansieringsansvar for pedagogiske hjelpemidler (læremidler) i barnehage og grunnskole og for utredning, formidling, opplæring og oppfølging av hjelpemidler i undervisningen. De har også et økonomisk ansvar for hjelpemidler til brukere som er innlagt i kommunale institusjoner, med unntak av hjelpemidler for forflytning og hjelpemidler som skal avhjelpe syns- og hørselsproblemer.

De regionale helseforetakene skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonell som er ansatt i helseinstitusjoner under spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Veiledningsplikten innebærer å bistå kommunene slik at de skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift, og innebærer bl.a. å sørge for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter, samt råd og veiledning til ansatte i kommunen.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt rokker ikke ved kommunens ansvar for å sikre forsvarene tjenester. Kommunen skal selv sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven har tjenestenivåene også plikt til å utarbeide samarbeidsavtaler mellom

kommunene og spesialisthelsetjenesten, hvor bl.a. habilitering og rehabilitering skal beskrives. Formålet med samarbeidet er at pasienter og brukere kan motta helhetlige tilbud. Avtalene er et viktig virkemiddel for å avklare ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene.

Utviklingstrekk

De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Samtidig har befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester endret seg. Befolkningen vokser i antall, og det blir flere eldre. Flere overlever alvorlig sykdom, og flere får kroniske, livsstilsrelaterte sykdommer. Mange lever derfor lenge med sykdom og redusert funksjonsnivå eller sansetap av ulik grad. En stor andel av disse har flere sykdommer og funksjonsnedsettelse samtidig.

Samhandlingsreformen har medført raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Mange brukergrupper med behov for rehabilitering er i dag i kontakt med spesialisthelsetjenesten bare i korte perioder, mens hoveddelen av oppfølgingen skjer i kommunene. Dette er en ønsket utvikling. Det er i kommunene brukerne skal leve og mestre dagliglivet.

Helse- og omsorgstjenestene dekker hele livsløpet. De ivaretar brukere og pasienter i alle aldersgrupper med svært ulike behov og et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelse og utfordringer. I de siste tiårene er tallet på brukere under 67 år som mottar omsorgstjenester nesten tredoblet og utgjør snart 40 pst. av alle. Det er færre av de yngste eldre mellom 67 og 79 år som bruker tjenestene, mens antallet brukere som er 80 år eller eldre har holdt seg stabilt, til tross for at eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen. Andelen yngre mennesker som trenger kommunale omsorgstjenester har vært jevnt økende.

Disse endringene stiller nye krav til helse- og omsorgstjenesten og skaper behov for omstilling og tjenesteutvikling. Mange brukere trenger tilbud for å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse, og en koordinert og langvarig oppfølging for å bevare best mulig funksjon og livskvalitet i tråd med egne mål. Mer enn før trengs et mangfold av tjenestetilbud, faglige tilnærminger og boformer, der den enkeltes individuelle behov avgjør tilbudet. Det er behov for en mer proaktiv tilnærming fra tjenestene, mer teamarbeid og mer systematikk i oppfølgingen. I stedet for å gi kompensierende tjenestetilbud etter hvert som funksjonsevnen svekkes, bør rehabiliteringspotensialet utredes tidlig med sikte på

tverrfaglig innsats for å gjenvinne funksjonsevne, hindre ytterligere funksjonstap og for å mestre hverdagslivet. Spesialisert rehabilitering i form av intensive treningsopphold i spesialisthelsetjenesten vil fortsatt være aktuelt for enkeltbrukere, men kommunene må være i stand til å ivareta den daglige tilretteleggingen og rehabiliteringen som kreves for at innbyggerne skal kunne leve selvstendige liv og mestre hverdagen. Den kommunale rehabiliteringen må inkludere mulighet for en mer intensiv innsats i perioder for å forbedre funksjonen og forebygge videre funksjonsfall og dermed utsette behovet for andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

Utfordringene i dagens tilbud er knyttet til:

- Svikt i brukermedvirkning: Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.
- Svikt i samhandling og koordinering enten internt på samme nivå eller mellom nivåene: Enkelttjenester henger ikke sammen som en helhet for brukeren. Dette gjelder både undersøkelse og kartlegging og de oppfølgende tiltakene.
- Svikt i kapasitet: Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid.
- Svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering: Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder.

I det følgende beskrives utfordringene nærmere under overskriftene brukermedvirkning, tilbudet i kommunene, tilbudet i spesialisthelsetjenesten og samhandling.

Brukermedvirkning

Rehabilitering har til formål å bidra til at pasienten og brukere kan oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og sosial deltakelse. Dette forutsetter et samlet tilbud som legger brukerens mål for eget liv til grunn. I tillegg forutsetter det at innbyggeren selv, ev. i samarbeid med sine pårørende, har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å ivareta egen behandling og oppfølging for å ivareta egen helse og mestre livet.

Kommunene har en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunenes helse- og omsorgstjeneste jf. helse- og omsorgstjeneste loven § 3-10. Kommunene skal også sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester

etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Til tross for at brukermedvirkning har vært en målsetting gjennom mange år, er dette i ulik grad implementert i tjenestene. Tilbakemeldingene fra brukere og deres organisasjoner underbygger dette. Det svikter i involveringen av den enkelte i beslutninger om eget liv. Det svikter også i involvering av brukerrepresentanter på systemnivå. I tillegg ligger det en stor ubrukt ressurs i å gjøre de ulike organisasjonenes eksisterende tilbud kjent for alle som kan ha glede av dem og i å samarbeide med brukerorganisasjonene om å utvikle nye tilbud.

I den nylig framlagte ungdomshelsestrategien, #Ungdomshelse, pekes det på at barn og unges stemme ofte ikke kommer godt nok fram når tjenestene skal utformes, eller at de opplever å ikke bli tatt på alvor. Barn og unges egne erfaringer og synspunkter må stå sentralt i å utvikle og gjennomføre gode tjenester til denne gruppen. Ofte er det foreldre, foresatte eller andre voksne som uttaler seg, når tjenester til barn og unge skal utvikles og evalueres. I overgangen mellom barn og voksen må ungdom få nødvendig informasjon og veiledning til å lære seg å selv ta ansvar for egen helse og ta riktige helsevalg. Mange unge med funksjonshemninger, kronisk og/eller langvarig sykdom håndterer sykdom og behandling godt, men det er ikke uvanlig at håndtering av slik sykdom eller funksjonshemming er dårligere i ungdomstiden enn i barneårene. En tjeneste som lytter til og møter ungdom der de er, er derfor grunnleggende viktig for å ivareta og fremme god helse blant barn og unge og for å gi ungdom med alvorlig sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne, mestring i overgangen til voksenlivet.

I Demensplan 2020 kommer det fram at mange brukere opplever manglende mulighet til å bestemme over eget liv og at beslutninger tas uten at de er tilstrekkelig involvert. Også brukere med begynnende demens eller kognitiv svikt har rett til og behov for å medvirke og ha kontroll i eget liv, samt at valg blir tatt i tråd med deres verdier og preferanser.

Tilbudet i kommunene

Ved behandling av St. meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen, pekte en samlet helse- og omsorgskomite på at rehabilitering er et område som ikke har blitt tilstrekkelig prioritert. Representantene fra Krf, Høyre og Frp påpekte at en forutsetning for å lykkes med reformen var at fellet ble styrket gjennom en opptrappingsplan. Det

er for stor variasjon mellom kommunene, og i flere kommuner er kapasiteten og kompetansen i deler av tjenestene for liten. Behandlingsforløpene henger ikke godt nok sammen. Det er for dårlig kommunikasjon internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, og ikke minst for lite samarbeid på tvers av nivåene. Mange venter for lenge på tilbud i kommunen etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Kapasitet og kompetanse

Kapasiteten i mange av deltjenestene er for dårlig, og mange kommuner mangler deler av basiskompetansen for å gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud. I flere kommuner er det f.eks. lang ventetid på vurdering og behandling hos fysioterapeut uten at dette er medisinsk begrunnet. Mange kommuner mangler ergoterapeut, og flere mangler pedagogiske tjenester. Mange steder er tilbudet til brukere med kognitive vansker mangelfullt. Logopeditjenester, sansemotorisk trening og ernæringskompetanse er viktige funksjoner som mangler i mange kommuner. Tilbud til hørselshemmede og svaksynte er lite tilgjengelig. Treningstilbud som varmtvannsbasseng er bare tilgjengelig i enkelte kommuner og ofte med begrenset åpningstid. Halvparten av kommunene har ikke frisklivstilbud, og der dette finnes er det ofte lavt bemannet. Enda færre kommuner har et godt lærings- og mestringstilbud.

Mange brukere opplever derfor lang ventetid og brudd i forløpene. Når kapasiteten eller utvalget av tjenester er begrenset, øker risikoen for at personer med mindre omfattende behov ikke får et tilbud på et tidlig nok tidspunkt. Det medfører unødvendige plager, sykefravær og mer omfattende behov for tjenester senere i forløpet.

Arbeidsformer, kvalitet og kompetanse

På tross av de utfordringene mangel på personell og kompetanse medfører, er trolig den største utfordringen knyttet til innretningen av tilbudet, både faglig og når det gjelder arbeidsformer. Dette er beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen. Tjenestene i kommunene er organisert i siloer der de ulike faggruppene og tjenestene er organisert hver for seg i egne organisatoriske enheter. Dette er en viktig årsak til at tilbudet fremstår fragmentert for brukerne. Ofte mangler et systematisk tverrfaglig samarbeid som kan sikre tidlig kartlegging av brukernes behov for behandling og oppfølging. Mangel på tverrfaglig samarbeid og planlegging medfører at brukere med kronisk

sykdom ikke får tilstrekkelig systematisk oppfølging og for dårlig opplæring. Dette øker risiko for dårlig egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått. Dagens arbeidsformer fører til at særlig brukere med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging og for lite legetjenester. Dette fører til lidelse for brukerne, for tidlig behov for institusjonsplass i kommunen og unødvendige sykehusinnleggelses. Manglende systematikk i kommunal tverrfaglig kartlegging rammer mange brukergrupper. Særlig utsatt er eldre med raskt eller gradvis funksjonsfall som ikke fanges opp, og barn med habiliterings-/rehabiliteringsbehov.

Helsetilsynet har gjennomført landsomfattende tilsyn med rehabilitering i sykehjem som del av sin fireårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre (2009–2012). Funn som gikk igjen var at prosedyre eller etablert praksis som sikret rehabiliteringstilbud manglet, og at det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerte bra nok. Særlig var det ikke godt nok tilrettelagt for medvirkning fra lege og fysioterapeut. Videre var det mangelfull og lite systematisk nedtegnelse av nødvendige og relevante opplysninger i pasientjournaler, og observasjoner tydet på at ikke alle kommunene hadde tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å sikre faglig forsvarlig rehabilitering. Funnene tyder på at det kan være hensiktsmessig å bygge ut egne enheter med dag-, korttids- og hjemmetjenestetilbud utenfor sykehjemmene med tverrfaglig kompetanse og fagmiljø som har et klart rehabiliterende siktemål. Disse enhetene bør legges tettere opp til kommunens lege- eller fysioterapitjeneste og Navkontor, og samarbeide nært med de øvrige hjemmetjenestene. På den måten blir dette også et tilbud til alle aldersgrupper i befolkningen.

Når det gjelder omsorgstjenestene, tyder undersøkelser på at det er på det sosiale og kulturelle området tjenestene ofte kommer til kort. Mange som mottar omsorgstjenester vil ha behov for bistand for å ha en meningsfylt og aktiv hverdag. Det må derfor legges større vekt på mestring og aktivisering, både sosialt og fysisk, og gis økt oppmerksomhet på brukeres sosiale og kulturelle behov gjennom hele livsløpet.

Individuell plan er et verktøy for å sikre systematikk i oppfølgingen av brukere med langvarig behov for sammensatte tjenester. Individuell plan er en pasient- og brukerrettighet for noen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og korresponderende plikter i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og opplæringsloven § 15-5. Forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individu-

ell plan og koordinator har i kapittel 5 en rekke bestemmelser om individuell plan.

Planen går på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Alle instanser som er i kontakt med brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har et ansvar for å sørge for at brukeren tilbys å få utarbeidet en individuell plan. Dersom brukeren har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, har brukeren rett til en koordinator i kontakten med kommunen. Svært mange med rett til individuell plan får ikke dette. På landsbasis hadde i 2015 14 pst. av tjenestemottakerne som bodde i eget hjem individuell plan, og bare 3 pst. av tjenestemottakere i institusjon hadde en virksom individuell plan. Mange får heller ikke tildelt koordinator selv om de har krav på det. Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne bruker mye tid for å sikre at barna får de tjenestene de har krav på, og mange foreldre opplever at de må gjøre deler av koordineringsarbeidet selv. Mye tyder på at mange tjenesteytere ikke har tilstrekkelig kjennskap til regelverket.

Det er i dag lite forskningsbasert kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringstjenestene både når det gjelder omfang, organisering og effekter av ulike tiltak på nasjonalt nivå både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes bl.a. manglende datagrunnlag. Arbeid med å få et bedre datagrunnlag er nødvendig for å kunne videreutvikle tjenestene på en god måte. Det er også behov for mer forskningsbasert kunnskap og systematiske evalueringer av effekten av ulike organisatoriske tiltak eksempelvis når det gjelder ulike modeller for organisering av tjenesten og endrede arbeidsformer. Systematiske evalueringer av nye tiltak legger til rette for gjenbruk av virkningsfulle organisatoriske modeller.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Desto raskere rehabiliteringen etter et funksjonsfall starter, jo bedre blir resultatet. Et helhetlig rehabiliteringsforløp må derfor ofte starte i akuttfasen i sykehus, hvor pasienten samtidig kan få medisinsk behandling, avansert pleie og tilgang til sykehusets øvrige spesialiserte tjenester. Det finnes forskning, bl.a. presentert i de nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering, som viser at tilstrekkelig omfang og intensitet i rehabiliteringstilbudet tidlig i et pasientforløp er avgjørende. Innhold og omfang av tidlig og tilstrekkelig intensiv rehabilitering varierer mellom avdelinger og sykehus. Dette gjelder bl.a. manglende eller

ikke tilstrekkelig intensivt rehabiliteringstilbud i subakutt fase etter akuttbehandling for alvorlig sykdom eller skade, som f.eks. hjerneslag. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at det etableres intensive trenings- og habiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten for barn med hjerneskader. Slikt tilbud er ikke tilstrekkelig utbygd, og kjøpes ved habiliteringssentre i utlandet.

Spesialisert rehabilitering er også nødvendig for pasienter som ikke har vært igjennom akutt sykdom, men hvor rehabiliteringen krever spesiell kompetanse. Dette gjelder f.eks. ved alvorlig nevrologisk sykdom. For pasientgruppene beskrevet over er oppholdene i spesialisthelsetjenesten korte. Det fører til at personellet følger pasienten over kort tid, og det krever systematikk og god organisering å sikre kompetanse rundt enkeltpatienten og overførbar kunnskap til kommunen.

Ulike former for tilbud innen habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Den samlede tjenesteytingen innen habilitering og rehabilitering består av tjenester fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Noen pasienter får behandlingen i spesialiserte enheter for rehabilitering, men de fleste får rehabiliteringstilbud i andre avdelinger integrert med øvrig behandling.

Høyspesialisert rehabilitering ved avdelinger og institusjoner i spesialisthelsetjenesten

Det finnes rehabiliteringsavdelinger i helseforetak og institusjoner der rehabilitering er det primære målet med innleggelsen. Slike avdelinger/institusjoner har ofte også dag- og polikliniske rehabiliteringstilbud. Eksempler på dette er avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering, og avdelinger for nevrorehabilitering. Tilbudet kjennetegnes av høy intensitet, og er rettet mot pasientgrupper der det er nødvendig med høyspesialisert kompetanse og tiltak gjennom store deler av døgnet, ofte i kombinasjon med fortsatt medisinsk behandling.

Rehabilitering integrert ved andre avdelinger

Det tilbys også rehabilitering på akuttavdelinger eller andre enheter i helseforetak der rehabilitering ikke er hovedhensikten med sykehusinnleggelsen. Rehabiliteringsintervensjon skjer i kombinasjon med kirurgi og spesialisert medisinsk behandling.

Rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner.

En stor andel av spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud skjer gjennom de regionale helseforetakenes avtaler om tjenester ved om lag 50 private rehabiliteringsinstitusjoner. Enkelte kommuner kjøper også plasser ved disse institusjonene. Siden de private rehabiliteringsinstitusjonene ble en del av spesialisthelsetjenesten i 2006, har det vært gjort et systematisk arbeid for å fremme kontinuerlig kvalitetsforbedring og for å gjøre tilbudet til en naturlig og mer standardisert del av spesialisthelsetjenesten. Basert på anbudsrunder med kravspesifikasjoner har helseregionene stor grad av styring over omfang, innretning og kvalitet. Gjennom inngåelse av avtaler og justering av avtalelengde med bedre økonomisk forutsigbarhet er det bygd opp et rehabiliteringstilbud av god kvalitet i tråd med nasjonale anbefalinger. Det kjøpes nå færre plasser for opptrening etter ortopedisk kirurgi, mens flere får tilbud om rehabilitering ved f.eks. hjerneslag, kroniske nevrologiske sykdommer, hjertesykdom og kreft. I løpet av 2017 vil de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med regionale helseforetak, bli innlemmet i ordningen med fritt behandlingsvalg. Når dette innføres, vil det kunne medføre behov for enda mer kommunikasjon på tvers av regiongrensene om planlegging av innhold i og omfang av tjenestetilbudet.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten

Habilitering tilbys primært fra habiliteringsavdelinger i helseforetak. Tjenester som kan defineres som habilitering ytes også fra andre avdelinger i helseforetakene, f.eks. ved barneavdelinger. Helseforetakene har også egne habiliteringsenheter for barn og unge og for voksne. Det er etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering på regionalt nivå. Felles for habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten er at det er nødvendig med høy medisinsk kompetanse på relevante områder og tverrfaglig helsefaglig kompetanse fra en rekke personellgrupper. I tillegg til å ivareta oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging, skal de gi veiledning til kommunene og bistå kommunene i diagnostisering og utredning av behov. Mange kommuner ønsker mer samarbeid og veiledning enn habiliteringsavdelingene er i stand til å gi dem. Det er behov for mer bruk av avstandskomputerende hjelpemidler som f.eks. videokonferanseutstyr for å utnytte ressursene best mulig. Noen helseforetak har udekkede behov i habili-

teringstjenestene, f.eks. bistand til barn med kroniske sykdommer og sammensatte funksjonsnedsettelse. For pasienter med habiliteringsbehov og deres pårørende er forutsigbarhet og samarbeid mellom sykehus og kommune grunnleggende for et trygt liv. Ikke minst er overgangen fra ungdom til voksen krevende for mange. Kapasiteten til å utrede og følge opp sjeldne diagnoser og psykiske lidelser, alvorlig funksjonssvikt og utfordrende atferd varierer mellom helseforetakene. Mange har de siste årene etablert bedre rutiner for å følge opp mennesker med sammensatte utfordringer, men habiliteringstjenestene framholder at kapasitet til omfattende genetisk og annen diagnostikk krever store ressurser. Dette kan gå på bekostning av veiledning og annen oppfølging. Forekomst av ulike diagnoser varierer. Det er f.eks. betydelige fylkesvise forskjeller i forekomst av autismespekterforstyrrelser og ADHD (Surén et al., 2013). Forskjellene er så store at de neppe kan forklares ved underliggende reelle variasjoner i forekomst, men heller skyldes ulik diagnostisk praksis. Det er også ulikheter i organiseringen av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Noen helseforetak har samlet tilbudet i en eller få enheter, mens andre har spredt utredning og behandling i flere enheter. Kompetanse og kapasitet er en forutsetning for at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi veiledning og støtte opp under habilitering og rehabilitering i kommunene. Regjeringen vil at helseforetakene skal utvikle organisasjons- og arbeidsformer som sikrer oppfølgingen i kommunene bl.a. gjennom satsing på ambulant virksomhet.

Bedre kunnskap om tjenestene som tilbys

Spesialisthelsetjenestens tilbud om utredning, behandling og veiledning til kommuner varierer mellom de ulike helseforetakene. Det er i dag liten systematisert kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringstjenestene på et nasjonalt nivå pga. manglende datagrunnlag. Et bedre statistikkgrunnlag er nødvendig for å kunne følge rehabiliterings- og habiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten på en tilfredsstillende måte, og for å kunne vurdere tilbudets kvalitet. Fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten bruker i dag en del ressurser på å dokumentere effekt av tilbudet. Det finnes imidlertid ikke noe system for å innrapportere denne dokumentasjonen nasjonalt, slik man til en viss grad har i kommunen gjennom Iplos-funksjonsvurderingsverktøyet. Det arbeides med å utvikle minst ett generisk funksjonsvurderingsverktøy som kan innføres i rehabiliteringstje-

nestene i helseforetak og i private rehabiliteringsinstitusjoner. Resultatene som måles av funksjonsvurderingsverktøyet skal dokumenteres i det pasientadministrative systemet og rapporteres inn til Norsk pasientregister (NPR). Dette er målinger og registreringer som spesialisthelsetjenesten i dag i stor grad dokumenterer internt, og som vil kunne gi økt kunnskap på nasjonalt nivå om kvaliteten innen spesialisert rehabilitering. Det vil også kunne gi pasientene et grunnlag for å ta et informert valg mellom forskjellige behandlingssteder i forbindelse med fritt rehabiliteringsvalg. Helse- og omsorgsdepartementet vil ha ansvar for å arbeide videre med et felles funksjonsvurderingsverktøy.

Det gjøres nå et arbeid med å utarbeide kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. I den forbindelse skal det også utarbeides pakkeforløp for hjerneslag, der rehabiliteringsdelen av forløpet vil være sentralt. Utarbeidelse av kunnskapsbaserte retningslinjer og tilhørende pakkeforløp vil også kunne være gode tiltak for andre pasientgrupper.

Samhandling

Brukere med behov for mange tjenester opplever svikt i koordinering av tjenestene mellom nivåene. Dette gjelder alle brukergrupper i alle aldre. Samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om helhetlige og gode behandlingsforløp har vært et av de sentrale målene med samhandlingsreformen. Tilbakemeldinger fra foretakene og kommunene viser at det har vært en bedring i det interkommunale samarbeidet og i samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. De lovpålagte samarbeidsavtalene oppleves som nyttige og viktige verktøy for å styrke samhandlingen mellom aktørene.

Helsetilsynet avdekket likevel i sitt landsomfattende tilsyn av samhandlingsreformen i 2015 en alvorlig svikt i informasjonsflyten mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Den forskningsbaserte følgeevalueringen av reformen som pågikk 2012–2016 i regi av NFR viser at for en del pasienter er forløpet blitt mer oppstykket etter reformen. Mange av de utskrivningsklare pasientene får et kortvarig opphold i sykehjem, før de kan komme hjem og få et videre, varig tilbud hjemme. Forskningen viser videre at sykehus og kommuner har lagt ned mye arbeid for å utvikle helhetlige pasientforløp. Der helseforetakene la premissene og var toneangivende, ble resultatet en videreføring av diagnosespesifikke behandlingslinjer i sykehus. I arbeidsgrup-

per der kommunal ekspertise var godt representert, ble det utviklet et personsentrert pasientforløp som var generisk og diagnoseuavhengig. Et personsentrert forløp er den eneste bærekraftige løsningen i kommunene fordi antallet i de ulike diagnosespesifikke pasientgruppene er lite. En slik tilnærming vil også gjelde rehabilitering.

En utfordring for samhandlingen er at ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten mange steder oppleves som uklar. Det bidrar også til å forklare den store variasjonen kommunene imellom når det gjelder tilbudet innen rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utred-

ning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Ansvar er nærmere utdypet i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet har utarbeidet rapporten Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS- 1947). Rapporten beskriver prinsippene for ansvarsdelingen. I den elektroniske veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator som ble lagt ut på Helsedirektoratets nettside i 2015 gir direktoratet momenter og anbefalinger for avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

I tabell 8.1 presenteres Helsedirektoratets anbefalinger i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

Tabell 8.1 Helsedirektoratets anbefalinger i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

Tilbud som bør ytes i kommunene	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
<p>Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – muskel- og skjelettsykdommer. – livsstilssykdommer. – lettere psykiske lidelser. – diabetes. – kols og lungesykdommer. – kreft. – rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. – rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling. <p>Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner.</p>	<p>Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> – progredierende nevrologiske tilstander <ul style="list-style-type: none"> – ved betydelige endringer og i akutte faser – nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade – amputasjoner – multitraumer – sjeldne sykdommer og tilstander <p>Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.</p>

Kilde: Helsedirektoratet 2015

Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.

Helsedirektoratet anbefaler et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt både i helseforetak og kommuner som kan være pådrivere for kommunens og helseforetakets arbeid på feltet. En sentral begrunnelse er å sikre robuste fagmiljø og bedre forvaltning av kompetanse.

Rehabilitering kan være omfattende og tidkrevende, og omfatte en rekke fagfolk og instanser. Et gjensidig utfyllende forhold mellom spesialist-

helsetjenestens og kommunenes kompetanse på rehabiliteringsfeltet vil være avgjørende, for å sikre faglig forsvarlige tjenester i et forløpsperspektiv og for kunnskapsutviklingen på feltet.

Innføring av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil bl.a. gi økt kunnskap om pasientflyten på tvers av tjenestenivåene. Økt kunnskap om rehabiliteringstilbudet i kommunene, og ev. brudd i forløpet mellom nivåene, kan brukes til å gi mer spesifikke anbefalinger om standardiserte pasientforløp på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommune.

8.3 Strategier og tiltak

I det følgende beskrives strategier og tiltak som over tid skal bidra til at målet for opptrappingsplanen nås.

Involvering og deltakelse – hva er viktig for deg?

Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene har i for liten grad lagt vekt på hvilke ønsker og muligheter brukerne selv har til å delta i å planlegge og gjennomføre tjenesteytingen og aktivt bidra til å gjenopprette eller forbedre sitt funksjonsnivå. Brukerne må involveres i beslutninger som angår dem og ha innflytelse på utformingen av eget tjenestetilbud. Sterkere brukerinvolvering kan skje både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå:

- Individuelt gjennom valgfrihet og innflytelse over utforming av tjenestetilbud og behandlingsforløp og ved å ta sin del av ansvaret for gjennomføring av rehabiliteringsopplegg.
- Ved å møte, dele erfaringer og stå sammen med andre i samme situasjon både gjennom profesjonelt gruppearbeid, likemannsarbeid og selvhjelpsgrupper.
- Gjennom organisering og pasient- og brukerrepresentasjon i kommuner, spesialisthelsetjenesten og storsamfunn.

God habilitering og rehabilitering starter alltid med spørsmålet: Hva er viktig for deg? Det er ditt liv det handler om. Hva er dine ønsker og mål? Hva ønsker du å oppnå med rehabiliteringsarbeidet?

På ulike måter skal fagfolk og brukere sammen skape og utforme framtidens helse- og omsorgstjenester. Brukerstyrte ordninger og brukereide virksomheter og tiltak får etter hvert større plass ved siden av ideelle og private virksomheter som leverandører av helse- og omsorgstjenester. Dette gir både større valgfrihet for den enkelte og legger til rette for medansvar, samskaping og deltakelse, noe som i seg selv har positiv rehabiliterende effekt og gir gode forutsetninger for mer treffsikre tjenester og tiltak.

I Nasjonal helse- og sykehusplan går det fram at regjeringen vil styrke brukermedvirkningen gjennom en aktiv rolle hvor pasienten har lett tilgang til, forstår og bruker informasjon om helse og sykdom, har innsyn i egen journal, opplever likeverdighet i møte med helsepersonell, er med å ta beslutninger om egen helse og er med å utvikle helsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er det innført fritt behandlingsvalg, jf. spesialisthelsetjenesteloven

§ 2-4. Denne rettigheten omfatter i dag ikke private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er imidlertid vedtatt å innlemme de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med regionale helseforetak i denne ordningen. Endringen vil gi økt valgfrihet og bidra til å involvere pasienter og brukere på en bedre måte og gi dem innflytelse i egen rehabilitering. Det tas sikte på ikrafttredelse før sommeren 2017.

Den enkeltes familie og sosiale nettverk kan ofte også være en viktig ressurs i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, enten det handler om familier til barn med funksjonsnedsettelse, eller barn/ektefeller/partnere/venner til voksne som har behov for rehabilitering etter sykdom, ulykker eller sosiale problemer. I de fleste tilfeller vil det være av avgjørende betydning for å lykkes at de inviteres og trekkes med i rehabiliteringsopplegget. De har ofte håndtert situasjonen lenge før hjelpeapparatet kom tungt inn og har skaffet seg erfaring og kunnskap som er nyttig i fortsettelsen. Samtidig har de også behov for faglig veiledning, avlastning og støtte, for å kunne bidra i det videre forløpet.

Å bli i stand til å besøke barn og barnebarn, kunne delta i familiebegivenheter eller klare seg uten å belaste familie og ektefelle for mye, kan gi sterk motivasjon og være konkrete mål for rehabilitering. Relasjonene til de nærmeste kan også gi støtte og styrke til å stå i en krevende livssituasjon og arbeide seg ut av den. Forutsetningen er at både fagfolk, pårørende og brukere spiller på lag og innretter seg etter de mål den enkelte har satt seg.

Brukerne kan både være en ressurs for seg selv og for andre brukere. Mange har gode erfaringer med selvhjelpsgrupper. I dag finnes det slike grupper på en rekke områder. Selvhjelpsgrupper gjør det mulig å bruke egne ressurser sammen med andre i samme situasjon. I kraft av egne erfaringer bringer deltakerne med seg kunnskap om eget problem inn i gruppen. Målsettingen er å fremme innsikt, mestringsevne og bedre livskvalitet hos den enkelte gjennom samspillet som oppstår mellom deltakerne.

Endre definisjonen i forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

Regjeringen vil sette i gang et arbeid, i tett dialog med brukerne, for å revidere definisjonen av habilitering og rehabilitering i forskrift av 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Ny definisjon må fange opp at for mange av brukerne, som lever

med kronisk sykdom, glir forebygging, behandling og rehabilitering over i hverandre og kan ikke så lett avgrenses i tid. Definisjonen må ikke ekskludere tiltak i et slikt forløp, selv om det i seg selv ikke er tverrfaglig, fordi behovet for tverrfaglighet kan variere over tid i prosessen. Videre må definisjonen fange opp brukerperspektivet, altså at det er brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av rehabiliteringstilbudet til den enkelte bruker.

Samarbeid med brukerorganisasjonene

Brukerorganisasjonene er viktige for brukerinvolvering på samfunnsnivå. De representerer brukere på mange arenaer og bærer fram brukernes samlede erfaringer og innspill.

Brukerorganisasjonene er også viktige ved å være arenaer der en bruker kan møte andre brukere. Vesentlig er også de ulike tilbudene de har, framfor alt til egne medlemmer.

En viktig form for brukertilbud er likepersonarbeid. Likeperson er blitt definert som en samhandling mellom personer som opplever å være i samme båt, det vil si i samme livssituasjon, og hvor selve samhandlingen har som mål å være en hjelp, støtte eller veiledning partene imellom. Tanken er at den som har en bearbeidet erfaring, kan være til hjelp, støtte og veiledning for andre. Den som har levd med utfordringene sykdom og funksjonshemming innebærer, har en kompetanse som andre kan dra nytte av i sin egen prosess. Det finnes ingen fasit for hva likepersonarbeid er. Det kan romme mange former for mellommenneskelig støtte.

Mange brukerorganisasjoner har et organisert likepersonarbeid og driver skoloring av likepersoner. Mange har også et bredt tilbud av likepersonsaktiviteter. Dette kan være likepersontjeneste på sykehusets avdelinger og lærings- og mestringssenter, kontakt med likepersoner på telefon (telefontjeneste), hjemmebesøk eller besøk av likepersoner på institusjon (f.eks. på sykehjem/rehabiliteringssenter) etter avtale, kontakt med likepersoner på møteplass i nærmiljøet, samtalegrupper og trimgrupper.

Regjeringen mener brukerorganisasjonenes ulike tilbud er en underbrukt ressurs, både fordi de besitter en unik kompetanse, og fordi bærekraft i helse- og omsorgstjenesten framover krever at alle gode krefter spiller sammen. Da kan man ikke la være å bruke de tilbudene som finnes eller la brukerorganisasjonene stå med lua i hånda for å få bidra.

For å fremme et tettere samarbeid med brukerorganisasjonene på kommunalt nivå, og i

større grad nyttiggjøre oss deres kompetanse og ressurser, vil Helse- og omsorgsdepartementet stille krav om medvirkning fra brukerorganisasjonene for å yte tilskudd til kommuner, både til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud (kap. 762, post 60), samt til det nye tilskuddet til utvikling av rehabiliteringstjenesten i kommunene.

Det er varslet i ungdomshelsestrategien # Ungdomshelse, at helse- og omsorgsministeren vil invitere ungdomsorganisasjoner til et årlig møte for å få innspill til regjeringens politikk på helse- og omsorgsfeltet. Det skal etableres ungdomsråd i alle helseforetak.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) forvalter tilskuddsordningen Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner. Tilskuddsordningen er et virkemiddel for å bidra til at nasjonale frivillige organisasjoner for funksjonshemmede kan drive interessepolitisk arbeid, likepersonarbeid og gi service til egne medlemmer. Ordningen tildeler et generelt årlig driftstilskudd til organisasjonene i målgruppen basert på en rekke objektive utmålingskriterier. Hovedtilskuddsordningen er på 178,5 mill. kroner i 2016.

Universell utforming

Søkelyset i rehabiliteringsprosesser bør i like stor grad rettes mot omgivelsene som mot egen-skaper og ressurser ved den enkelte person. For å få til dette er det nødvendig med god og helhetlig planlegging og kontakt og samarbeid på tvers av sektorgrenser, tjenestenivåer og ansvarsområder. Ansvar for likestilling for personer med nedsett funksjonsevne angår alle samfunnsområder. Det krever både universell utforming og individuell tilrettelegging av bl.a. arbeidsplass, bolig, servicebygg, transportmidler, utearealer, tjenester, produktdesign og elektronisk kommunikasjon. Brukernes og pasientenes egen erfaringskunnskap er nødvendig for å finne de gode løsningene.

Regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015–2019 inneholder tiltak som vil gi et mer universelt utformet samfunn, og som dermed også kan understøtte den enkeltes rehabiliteringsprosess ved å fjerne hemmende barrierer og gjøre aktiv deltagelse enklere. Regjeringens strategi for at aldersvennlig samfunn – Flere år flere muligheter og Demensplan 2020, legger denne handlingsplanen til grunn. Gjennom sin ordinære planlegging og utvikling må kommunene sørge for at nærmiljøer og lokalsamfunn legger til rette for aktivitet og deltakelse for alle – uavhengig av alder og funksjonsnivå.

Pårørendeprogrammet og Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet 2015–2020

Den uformelle innsatsen fra familie og pårørende er nesten på størrelse med den offentlige innsatsen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Til tross for dens størrelse og betydning har den fått liten oppmerksomhet. Det er nødvendig å løfte fram, synliggjøre og verdsette denne innsatsen og gi støtte og avlastning til pårørende som ofte står i krevende situasjoner, bl.a. når deres familiemedlemmer har behov for rehabilitering og habilitering. Gjennom pårørendeprogrammet har regjeringen iverksatt tiltak for å utvikle fleksible avlastningsordninger, gi økt informasjon og opplæring, samt bedre samspillet mellom den offentlige og uformelle innsatsen. Regjeringen har hatt på høring et forslag om en ny pliktbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven om styrket pårørendestøtte. Bestemmelsen samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid og medfører at kommunene skal tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, omsorgsstønning, opplæring og veiledning. Et lovforslag planlegges lagt fram høsten 2016. Det vises for øvrig til omtale av endringer i pleiepengeordningen i Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon.

For å bedre samarbeidet mellom offentlig frivillig sektor har KS, Frivillighet Norge og regjeringen i samarbeid utviklet en nasjonale strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet 2015–2020. Formålet er at strategien skal stimulere kommunene til å etablere lokale samarbeid, for å støtte opp under frivillig innsats og derigjennom styrke enkeltpersoners sosiale nettverk og motvirke ensomhet.

Det vises også til Kommunal- og regionaldepartementets veileder Samarbeid mellom frivillige og kommuner.

Helhetlig pasientforløp – nye løsninger og arbeidsformer

For å bidra til bedre og mer helhetlig oppfølging av brukere med behov for rehabiliterings- og habiliteringstjenester, er det nødvendig med innovasjon for å utvikle nye organisatoriske og teknologiske løsninger, nye arbeidsformer og nye behandlingsmetoder. For å styrke den forebyggende og rehabiliterende innsatsen, må tjenestene spille på lag med de øvrige ressursene i samfunnet. De kommunale helse- og omsorgstjenestene må være en integrert del av lokalsamfunnet og ikke flyttes vekk fra de sammenhenger der den profesjonelle

og uformelle innsatsen fortsatt kan spille sammen. Kommunene må vurdere innretting og organisering av tjenestene sine, både internt i helse- og omsorgstjenestene og i relasjon til andre kommunale tjenester som Arbeids- og velferdsetaten (Nav), barnevern, kulturtilbud, barnehage og skole. Det må tenkes nye måter å arbeide på og å følge opp brukere på, som flytter dagens etablerte grenser, både mellom profesjonene og mellom virksomhetsområdene i kommunene. For å bidra til at den enkelte bruker skal oppleve kontinuitet og sammenheng i tjenestetilbudet, må tjenestene organisere seg tett opp mot hverandre. Nye arbeidsformer og en vridning av innsatsen i tjenestene til kommunene vil kreve at spesialisthelsetjenesten støtter og veileder kommunene. Dette vil kreve god ledelse på alle nivåer. Det er avgjørende å etablere kontaktflater og en systematikk for pasientforløp, kompetanse- og kunnskapsutveksling, oppgaveløsning og tverrfaglig samarbeid. Det er behov for å ta i bruk ny teknologi for å understøtte nye innovative og brukerorienterte arbeids- og behandlingsformer.

Tilskudd til å utvikle tjenestene

Det foreslås å etablere et søknadsbasert tilskudd for å stimulere kommunene til tjenesteutvikling. Midlene kommer i tillegg til at en økning på 100 mill. kroner i kommunens frie inntekter begrunnes i opptrappingsplanen. Kommunene skal beskrive sine målsettinger for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet og hvordan de arbeider for å utvikle tjenestene. Dette skal tillegges stor vekt ved behandling av søknaden. Målsettinger og utviklingsprosesser for habiliterings- og rehabiliteringstjenester bør være nedfelt i plandokument som kommunene i løpet av 2017 skal ha laget, oppdatert eller revidert. I søknaden må kommunen må tydeliggjøre sitt behov for fagkompetanse, herunder ergoterapikompetanse. Det tas sikte på å innføre lovkrav om ergoterapikompetanse fra 2020. Kommunen må videre synliggjøre samarbeid med brukerorganisasjoner og med aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten, som barnehage, Nav og skole/utdanningsinstitusjoner. Det foreslås at det ikke settes en nedre eller øvre grense for tildeling av tilskudd til den enkelte kommunene. Det stilles krav til en viss kommunal medfinansiering. Tilskuddet skal kunne gis til samme kommune flere ganger. Dette kan bidra til at kommunene har fokus på å lage en god helhetlig opptrappingsplan for sitt eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud og for bruken av både egne og øremerkede midler.

Kommunene skal rapportere på få, enkle parametre. Det tas sikte på å minimere omfanget av administrasjon og rapportering.

Tilskuddet foreslås å være på 91 mill. kroner i 2017. Det vises til kap. 762, post 64.

100 mill. kroner av økning i kommunenes frie inntekster i 2017 til habilitering og rehabilitering

100 mill. kroner av økning i kommunens frie inntekster for 2017 er begrunnet i opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering og skal bidra til at kommunene styrker kapasitet og kompetanse og utvikler disse tjenesteområdene. Det vises til Prop. 1 S (2016–2017) Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Nasjonalt prosjekt kommunal rehabilitering – Askim-prosjektet

Helsehuset Indre Østfold har ved stortingsbehandlingen av Prop. 1 S (2015–2016) jf. Innstilling 11 S. (2015–2016) mottatt 5 mill. kroner i 2016 for å utarbeide et prosjekt med formål å styrke rehabiliteringstilbudet i Indre Østfold. Prosjektet har som målsetting å utvikle og benytte innovative løsninger som understøtter og effektiviserer arbeidsprosesser på rehabiliteringsfeltet. Prosjektet er et viktig bidrag i å styrke rehabiliteringstilbudet i Indre Østfold og utvikle sammenhengende og helhetlige forløp i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er satt krav til følgeevaluering som dokumenterer kunnskap og erfaringer som har overføringsverdi til andre. Det skal legges vekt på at tiltakene skal bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene i samsvar med de politiske målene om at en større del av rehabilitering på sikt skal overtas av kommunene. Utprøvingen skal bidra til å realisere faglige krav og anbefalinger nedfelt i Helsedirektoratets veileder for området. Bevilgningen på 5 mill. kroner foreslås videreført under kap. 762, post 60.

Rehabiliteringstilbud til pasienter med alvorlig sykdom av ukjent årsak

Ifølge Folkehelse rapporten 2014 er langvarig smerte blant de største helseutfordringene både i Norge og globalt. Rundt 30 pst. av befolkningen har langvarig smerte. Langvarig smerte kan ha innvirkning på arbeidsevne og fysisk funksjon, på psykisk helse og livskvalitet, og er en vesentlig årsak til langtidssykefravær og uførhet. Kvinner rammes mer enn menn.

Det er en urovekkende utvikling i langvarig utmattelse hos unge. Det er flest kvinner som får utmattelsestilstander slik som CFS/ME. CFS/ME er en sykdom med et uklart og varierende symptom-bilde og med ukjent årsak. Helsedirektoratet anslår at det er mellom 10 000 og 20 000 pasienter med CFS/ME av ulik alvorlighetsgrad i Norge. Mange opplever store helseproblemer over lang tid og føler seg dårlig ivaretatt av helsevesenet.

Felles for disse pasientgruppene er at det mangler allment akseptert forståelse av sykdommens årsaker, mekanismer og behandlingsmuligheter, og for et betydelig antall mennesker er det snakk om alvorlig tap av livskvalitet som kan strekke seg over flere år.

Det er utfordrende å gi helsetjenester til brukere som ikke har en klar og entydig anerkjent årsak til sin sykdom. Det stiller store krav til faglig kvalitet, profesjonalitet og innholdet i og utførelsen av rehabiliteringstilbudet.

I 2012 ble det etablert en nasjonal kompetanse-tjeneste for CFS/ME, med ansvar for å bygge kompetanse om aktuell behandling og ny forskning, samt drive undervisning og kunnskapsformidling. I 2015 kom en oppdatert veileder for helsepersonell, som bygger på den kunnskapen vi i dag har om CFS/ME.

St. Olavs Hospital leder et prosjekt sammen med de andre regionsykehusene for pasienter med langvarige smerte- og/ eller utmattelsestilstander av ukjent årsak. De regionale helseforetakene forutsettes å videreføre behandlingsopplegget som en integrert del av tjenesten. Behandlingsopplegget vil bli evaluert.

Forskningsaktiviteten har vært økende de siste årene, både i omfang og tilnærming, men selv om forskningsaktiviteten har vært økende er det fortsatt behov for mer forskning og bedre kunnskap. Forskningsrådet prøver i 2016 ut behovsidentifisert forskning, hvor brukerne selv foreslår hva det bør forskes på. Det skal være forskning som framskaffer kunnskap som særlig etterspørres av brukerne av helsetjenesten, og som relativt raskt skal kunne benyttes i tjenesten. En rekke forslag til prosjekter gjennomgås av et brukerpanel. Endelig tildeling skjer i slutten av 2016.

Langvarige smertetilstander og CFS/ME er sykdommer hvor det kan være behov for ulik innretning på tjenestene for å utforme rehabiliteringsopplegg som tar hensyn til brukernes kjønn. Atferd knyttet til helse og sykdom kan være forskjellig hos kvinner og menn, f.eks. knyttet til valg av mestringsteknikker ved sykdom og livskriser. Det er viktig å ta hensyn til dette ved utvikling av rehabiliteringstjenestene.

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering skal bidra til å øke livskvalitet og forbedre funksjonsnivå hos brukeren gjennom å ta utgangspunkt i brukernes egne muligheter og støtte den enkeltes motivasjon og evner. Brukeren selv beskriver og definerer hva som er vesentlig for å mestre eget liv. Hverdagsrehabilitering gir kommunene mulighet for en systematisk tilnærming til å øke brukernes mestring- og funksjonsevne og gi dem økt livskvalitet.

Erfaringer fra Danmark og Sverige viser gode resultater ved hverdagsrehabilitering. For å skaffe norske erfaringer ble det i 2013 etablert et tilskudd til kommuner til utvikling og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering. Prosjektene ble følgeevaluert for å dokumentere effekter og gevinster for kommunene og brukerne. Evalueringen ble utført av Senter for omsorgsforskning Vest i samarbeid med Forskningscenter for habilitering og rehabiliteringstjenester Charm ved Universitetet i Oslo og pågikk ut 2015. Prosjektrapporten ble lagt fram våren 2016. Helsedirektoratet har ledet det nasjonale prosjektet med følgeevaluering av prosjektene.

Evalueringen viser at hverdagsrehabilitering har en bedre effekt enn vanlige hjemmetjenester på flere områder. Brukerne som har mottatt hverdagsrehabilitering er mer tilfreds med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet enn brukere som ikke har fått denne tjenesteformen. Prosjektet viser at standard tjenester og hverdagsrehabilitering koster om lag like mye i et seks måneders perspektiv, men at helseeffekten er større ved hverdagsrehabilitering. En dreining fra kompenserende tiltak til aktivisering og egenmestring i hverdagen bevarer og opprettholder den enkeltes funksjonsnivå og helse, og vil i de fleste tilfeller utsette mer omfattende pleiebehov.

Stavanger kommune har som mål at flest mulig har et aktivt liv og klarer seg selv best mulig. Tjenesten brukeren får skal derfor hjelpe brukeren til å opprettholde eller å få tilbake evnen til å utføre aktiviteter brukeren kan mestre selv. Dette er viktig for å bevare god helse og selvstendighet. For å oppnå dette satte kommunen i gang et prosjekt i en bydel i kommunen i 2012. Evalueringen resulterte i en beslutning om å utvide prosjektet til hele kommunen i løpet av 2014. Resultatet er at kommunen i 2015 hadde 300 færre brukere i hjemmesykepleien sammenliknet med 2012 og 420 færre brukere av hjemmehjelp. Dette som resultat av innføring av hverdagsrehabilitering satt i system.

Hverdagsrehabilitering synes også å være en rehabiliteringsform som styrker rehabiliterings- og habiliteringstilbudet til personer med utviklingshemning med lettere funksjonssvikt. Resultatene fra prosjektet tyder på at personer med utviklingshemning har utbytte av hverdagsrehabilitering spesielt når det gjelder utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter. Angst/depresjon ble også redusert og brukernes totale helseskår ble bedret.

Dersom eldre får tilbud om å trene på hverdagslige aktiviteter, vil etterspørselen etter hjemmetjenester gå ned. Det er en konklusjon også i en studie utført av Høgskolen i Bergen og Rokkansenteret (2016). Den viser at eldre som får hverdagsrehabilitering klarer seg bedre i dagliglivet og mer tilfredse med det, og at det er mindre kostnader for kommunene enn å tilby tradisjonelle hjemmebaserte tjenester.

I juni 2016 var det registret 152 kommuner som var i gang med hverdagsrehabilitering, mens 42 kommuner planlegger oppstart.

Gjennom det kommunale innovasjons- og kompetanstilskudd kan kommunene søke på midler til nybrotts- og utviklingsarbeid bl.a. til hverdagsrehabiliteringsprosjekter.

De vises til kap. 761, post 68, for nærmere omtale.

Tiltak for forebygging i omsorgstjenestene

For å bidra til bedre livskvalitet og helse for yngre og eldre brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil regjeringen vektlegge sekundærforebygging, bl.a. fallforebygging, fysisk og sosial aktivitet og tiltak for å forebygge underernæring.

Et hoftebrudd for gamle mennesker kan gi betydelig reduksjon i helse og livskvalitet, høy dødelighet og det medfører store kostnader for helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet med forebygging av fallulykker vil bli intensivert, og målet er å oppnå 10 pst. reduksjon i antall hoftebrudd innen 2018. Systematiske tiltak med fallforebygging og trening for eldre bidrar til reduksjon i fall på 40 pst. Fallforebygging skal inkluderes i arbeidet med kvalitetsindikatorer, hjemmebesøk, pasientsikkerhetsprogrammet og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakke for å forebygge fall i sykehjem og sykehus videreføres i pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018). Mange sykehjem har i dag små eller ingen ressurser for fysioterapeuter og ergoterapeuter. Disse funksjonene blir ofte knyttet til korttidsplasser og rehabiliteringsavdelinger, men bør

ikke gå på bekostning av tilbudet til beboere i langtidsplasser. Mye kan gjøres for å opprettholde funksjon og redusere smerter i muskel- og skjelettsystemet og hindre fallskader hos beboere. Ved økt fysisk aktivitet kan beboere bli mer selvhjulpne og få en bedre hverdag.

Regjeringen vil legge forholdene til rette for at kommunene i større grad enn i dag foretar forebyggende hjemmebesøk hos eldre. Helse- og omsorgsdepartementet har våren 2016 gitt ut et rundskriv som beskriver hvordan kommunene kan bruke forebyggende hjemmebesøk som del av sitt tjenestetilbud til eldre. Forebyggende hjemmebesøk fremmer helse og mestring, og gir eldre mulighet til å leve et aktivt og selvstendig liv også når helsen blir redusert. Tiltaket kan bidra til at flere eldre kan leve lenger i egen bolig. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en veileder for forebyggende hjemmebesøk. Veilederen skal etter planen ferdigstilles innen utgangen av 2016.

God rehabilitering forutsetter ofte god ernæring. Mange eldre brukere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er underernærte eller i ernæringsmessig risiko. Helse- og omsorgstjenestene må legge til rette for gode måltider gjennom å sikre at personellet har god kompetanse om mat og måltider, det må settes av tid og ressurser til måltidene, og det må sikres at beboernes ønsker og behov ivaretas.

Det er kjent at mange mennesker med utviklingshemning har et usunt kosthold og lavt aktivitetsnivå. Dette kan føre til alvorlig overvekt, ev. feilernæring, og tilhørende følgesykdommer. Helsetilstanden til utviklingshemmede bør styrkes. Riktig ernæring og aktivitet er vesentlig for å unngå alvorlig sykdom og belastningsskader. Kunnskap og kompetansespredning om kosthold og aktivitet er sentralt. Utvikling av veiledere eller retningslinjer kan være aktuelle tiltak. Regjeringen har satt ned et eget utvalg for å analysere og vurdere endringer i hvordan grunnleggende rettigheter til mennesker med utviklingshemning best kan ivaretas. Dette arbeidet inkluderer ivaretagelse av retten til gode helse- og omsorgstjenester. Utvalget leverer etter planen sin utredning i løpet av høsten 2016. Regjeringen vil komme tilbake til oppfølgingen av de tiltak utvalget foreslår.

Regjeringen har satt i gang et arbeid for å utvikle en trykghetsstandard for kvalitet i sykehjem. Trykghetsstandard skal operasjonalisere lovkrav og andre kvalitetsstandarder slik at det blir enkelt for norske sykehjem å implementere dem. Kvalitetsforskriften, som bl.a. handler om ernæring, vil ha en naturlig plass i dette arbeidet.

Det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet innenfor helse- og omsorgstjenesten ble i 2016 styrket for å gi kommunene anledning til å sette i verk kompetanse-, innovasjons- og utviklingsarbeid også innenfor ernæringsområdet. Ernæring inngår også som nytt innsatsområde i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender fra 2016. Det vises til kap. 761, post 68.

En teambasert helse- og omsorgstjeneste

Ett av de sentrale tiltakene i Primærhelsemeldingen er en mer teambasert tjeneste ved at det skal etableres primærhelseteam og oppfølgingsteam. Primærhelseteam er en utvidet allmennlegepraksis. Kjernen i teamet er fastlegen, en sykepleier og helsesekretær/administrativt personell. Annet personell kan tilknyttes etter behov. Dette er et tilbud til hele befolkningen, slik fastlegetjenesten er i dag. Alle innbyggere skal, hvis de ønsker, være tilknyttet et primærhelseteam og ha en fastlege i teamet, slik nesten alle i dag har en fastlege.

Formålet med å utvide fastlegepraksisene på denne måten er å skape en større bredde i tilbudet, bedre tilgjengelighet, bruke personellressursene bedre, og ikke minst bedre oppfølgingen av brukere med store og sammensatte behov og med kronisk sykdom og behov for langvarig oppfølging og god opplæring. En sykepleier i legenes praksis vil kunne være et kontaktpunkt for brukere, andre kommunale tjenester og tilbud, brukerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten. Sykepleieren kan delta i oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og brukere med store og sammensatte behov og gjennomføre pasientoppfølging og veiledning. De vil også kunne bidra til å styrke oppfølgingen av brukere som i dag er dårlige til å etterspørre tjenester. På denne måten vil primærhelseteamet kunne bli det nødvendige kontaktpunktet for brukere med kronisk sykdom som i dag opplever at de blir overlatt til seg selv, uten et tilbud, etter at diagnosen er fastslått, eller etter at rehabiliteringstiltak er gjennomført.

Regjeringen har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan en pilot for primærhelseteam kan innrettes, med sikte på å prøve ut denne organiseringen i et utvalg kommuner/legepraksiser.

Oppfølgingsteam er et tilbud for brukere med store og sammensatte behov og som ofte mottar tjenester i hjemmet, dog slik at omfanget av behov kan variere. Betegnelsen oppfølgingsteam er en generisk begrep som beskriver flere typer team. Felles er at de består av en koordinator, andre tje-

nesteytere avhengig av brukerens behov, og at det utformes en plan for oppfølgingen i samråd med brukeren. Dette sikrer en systematikk i oppfølgingen, både når det gjelder brukerinvolvering, sammensetning av teamet og evaluering av om målene som er satt nås.

Det finnes allerede i dag mange team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan omtales som oppfølgingsteam. Eksempler er rehabiliteringsteam, demensteam, ACT-team osv. Forutsetningen for at etablerte team skal kunne omtales som oppfølgingsteam er at kravene til systematikk, som beskrevet over, ivaretas.

Oppfølgingsteamene kan være av mer permanent karakter, når det er snakk om brukere med så store behov at de er permanente brukere av hjemmetjenester. Her er et av formålene med teamtilnærmingen å bedre oppfølgingen slik at sykehusinnleggelser unngås, og behovet for institusjonsplass utsettes. Oppfølgingsteam kan imidlertid også brukes tidsavgrenset, for å intensivere den kommunale oppfølgingen i en periode for å bedre funksjon, selvhjelpenhet og mestring. Dette kan være viktig både for livskvalitet, og for å utsette og forebygge behov for institusjonsbaserte tjenester i kommunene og sykehusinnleggelser.

For å bidra til etablering av oppfølgingsteam og mer systematikk i kommunenes oppfølging av brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov, er læringsnettverk et nyttig verktøy. Slike nettverk er en arena for gjensidig læring som kan stimulere til spredning og utvikling av kunnskap, kompetansebygging og forbedring av kvalitet på tvers av fagområder og profesjoner. Læringsnettverk kan også 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/eldre og nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med psykisk helse- og eller rusproblemer. Læringsnettverkene har vist gode resultater. Regjeringen bevilget derfor i 2015 22 mill. kroner til å videreutvikle dette arbeidet i perioden 2016–2019. I 2016 er det bevilget ytterligere 6 mill. kroner. Dette beløpet foreslås videreført i 2017. I arbeidet med helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med kroniske lidelser/eldre står mange av målsettingene i primærhelsetjeneste-meldingen sentralt. I den nye runden med nettverk skal samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og med fastlegene styr-

kes og ledelsesforankringen bedres. Dette er elementer som i forrige runde viste seg å ha stor betydning for suksess. I tillegg skal det prøves ut etablering av oppfølgingsteam.

Helse- og omsorgsdepartementet har også gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle en veileder for kommunene for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov og for å implementere oppfølgingsteam. I dette arbeidet skal direktoratet bygge på erfaringene fra arbeidet i læringsnettverkene. KS skal involveres i arbeidet.

ParkinsonNet

Regjeringen ønsker å prøve ut nye modeller for bedre behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Pasienter med Parkinsons sykdom er en egnet gruppe å prøve ut nye modeller på. Med 8000 pasienter i Norge er gruppen tilstrekkelig stor, og pasientene har behov for bred tverrfaglig tilnærming over lengre tid.

ParkinsonNet er utviklet i Nederland som et nasjonalt tilbud til pasienter med Parkinsons sykdom. Pasientens kunnskap om egen sykdom, tilpasset egentrening og egenbehandling er basis for ParkinsonNet.

Modellen har følgende nøkkelementer:

- Systematisk utdanning og opplæring av aktuelle fagprofesjoner bl.a. ved bruk av relevante faglige retningslinjer.
- God informasjon til pasienter og pårørende f.eks. gjennom lærings-/mestringskurs, brosjyrer og web-basert informasjon.
- Etablering av effektiv kommunikasjon mellom behandlere i spesialisthelsetjenesten – og kommunen, pasienter imellom og ev. også mellom pasienter og behandlere.
- Monitorering og publisering av relevante data om behandlingstilbudet, effekt av tiltak og intervensjoner.

ParkinsonNet gir en mulighet til å kvalitetssikre behandlingen og imøtekomme den enkelte pasients behov og livssituasjon. Pasientperspektivet, pasientmedvirkningen og den brede tverrfaglige tilnærmingen har vist seg å øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene.

Denne organiseringen av tilbudet til en pasientgruppe kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper med nevrologisk sykdom og andre pasientgrupper med behov for støtte til å leve med og mestre sin kroniske sykdom.

Det foreslås å etablere et pilotprosjekt over to år i Norge i 2017–18. Prosjektet skal etter planen omfatte omtrent 1000 pasienter. Det vil gjennom-

føres i to helseforetak i samarbeid med kommunene rundt helseforetaket. Planlegging og gjennomføring av prosjektet skjer i nært samarbeid med Norges Parkinsonforbund. Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser, i samarbeid med Norges Parkinsonforbund, vil ha ansvar for å drive prosjektet. I 2017 foreslås det å bevilge 5 mill. kroner over kap. 733, med hhv. 2 mill. kroner over post 21 og 3 mill. kroner over post 79. Prosjektet vil bli evaluert under arbeidet og ved prosjektavslutning som grunnlag for å vurdere en nasjonal videreføring av modellen.

Utrede rehabiliteringspotensialet

Saksbehandling og enkeltvedtak knyttet til tildeeling av hjemmetjenester og opphold i sykehjem fungerer ofte slik at tjenestetilbudet øker etter hvert som funksjonsevnen svekkes. Praktisk bistand, hjelp og pleie tilstås som kompensasjon for tapte funksjoner og manglende evne til å stille seg selv, uten at rehabiliteringsevne og -mulighet er utredet. Og det er ofte funksjonstapets omfang som bestemmer utmålingen av tjenestetilbudet. Slik bygges også helse- og omsorgstjenestetilbudet ut i tråd med veksten i behovet ettersom tallet på personer med nedsatt funksjonsevne øker.

Regjeringen vil derfor vurdere om det er behov for å endre eller presisere lovgivningen slik at rehabiliteringspotensialet alltid skal utredes før det tilstås kompenserende tiltak og tjenester. Det kan være et viktig grep for å vri etterspørselen og få til en helt nødvendig omstilling med større vekt på habilitering og rehabilitering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I første omgang vil regjeringen i eget rundskriv anbefale kommunene å utrede rehabiliteringsbehov og -muligheter, før det settes i verk tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.

Individuell plan – nytt informasjonsmaterieil

For å stimulere til økt bruk av individuell plan til familier med nedsatt funksjonsevne vil Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) ta opp individuell plan i nytt informasjonsmaterieil som vil foreligge i 2016 (kort informasjonsfilm og brosjyre), som er spesielt rettet mot innvandrerfamilier med barn med nedsatt funksjonsevne.

Kvalitetsutviklingsprosjekt sykehjem – trygghetsstandard

Som del av arbeidet med kvalitetsforbedring av tjenestene vil regjeringen utvikle en trygghetsstandard som alle landets sykehjem kan ta i bruk. Trygghetsstandarden skal bestå av fem hovedtemaer: Ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater. Trygghetsstandarden er et kvalitetssikringsverktøy som 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. Målet er å unngå at det er for store variasjoner i kvalitet mellom sykehjemmene og å sikre målrettede tjenester til pasienter i sykehjem, også innen rehabilitering. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle verktøyet sammen med bruker- og pårørendeorganisasjoner, yrkesorganisasjonene, KS, samt relevante fagmiljø. Som et ledd i prosjektet skal trygghetsstandarden prøves ut i utvalgte sykehjem. Prosjektet avsluttes i 2018.

Pakkeforløp for kreft

Formålet med pakkeforløp for kreft er at kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Med innføring av pakkeforløp for kreft får pasientene en pakke som beskriver et planlagt pasientforløp. Pakken beskriver hvor lang tid de ulike elementene i utredning og behandling skal ta. Pakkeforløpene omfatter også sykdomsspesifikke rehabiliterings tiltak. For den enkelte pasient skal det gjøres en behovsvurdering som basis for beslutning om hvilke samlede rehabiliteringstiltak som bør settes i verk. Det er nå utarbeidet 28 ulike pakkeforløp for kreft. Det skal også utarbeides pakkeforløp for pasienter med hjerneslag. Regjeringen vil legge til rette for å etablere pakkeforløp for psykiske helsetjenester og rusbehandling.

Generiske pasient- og brukerforløp

Sintef Teknologi og samfunn har på oppdrag fra Norsk Revmatikerforbund utarbeidet en rapport (2015) om pasient- og brukerforløp for personer med revmatisk sykdom. Formålet har vært å utvikle en generisk modell for pasient- og brukerforløp som består av koordinerte og sammenhengende tjenester for voksne personer med revmatisme og andre muskel- og skjelettplager. Et godt

forløp skal legge til rette for en bedre funksjons- og mestringssevne, bremse sykdomsutvikling og bedre selvstendighet og livskvalitet for personer med revmatiske lidelser

I modellen er det beskrevet fire deler av et forløp. Del I, før diagnose, i primærhelsetjenesten, del II, henvisning til og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, del III, oppfølging i primærhelsetjenesten etter diagnose, og del IV, tiltak. For hver del beskrives hvilke oppgaver og aktiviteter fasen vil innebære for tjenesteyterne.

Ser man på beskrivelsen av forløpet og det innholdet som etterspørres i de ulike fasene, ser man at dagens situasjon preges av at det ikke gis et slikt helhetlig tilbud. Modellen som Sintef Teknologi beskriver i sin rapport kan være nyttig for kommunene i deres arbeid med tjenesteutvikling for å skape et tilbud som oppleves helhetlig for brukeren.

I rapporten trekkes primærhelseteamets betydning fram for gruppen, som et sted å forankre koordinering og tverrfaglig vurdering/oppfølging. Betydningen av tidlig informasjon om tilbud i kommunen og hos brukerorganisasjoner og arbeidsrettede tiltak integrert fra starten av forløpet, fra før diagnose er stilt, påpekes. Når diagnose er stilt påpekes betydningen av en god startpakke med opplæring for å mestre ny diagnose, god kontakt mellom primærhelseteam og spesialisthelsetjeneste og individuell plan. Det foreslås at diagnosespesifikke lærings- og mestringsstilbud gis i spesialisthelsetjenesten, mens opplæring for å leve med gis i kommunene. Etter behandling i spesialisthelsetjenesten påpekes betydningen av at oppfølgingen overtas av kommunen og primærhelseteamet, med en helhetlig vurdering av hvilke tiltak som er aktuelle, basert på sykdomsforløp, funksjonsproblem, alvorlighet, livssituasjon mv. Når det er laget en plan for oppfølging, må den følges opp og på nytt må det gis informasjon om aktuelle tilbud i kommunen. Disse kan være mangefasettet; oppfølging i hverdagen, tilrettelagte aktiviteter, tilpasset ernæring, tilrettelagt trim og trening, arbeidsrettet oppfølging, kontakt med brukerorganisasjon i form av likepersoner og selvhjelpsgrupper, og ikke minst oppfølging fra primærhelseteamet, samt oppdatere individuell plan i tråd med endringer og utvikling.

Selv om dette forløpet er beskrevet med utgangspunkt i behovene til brukere med revmatisk sykdom, har det overføringsverdi til andre brukergrupper med kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og behov for rehabilitering i et livsløpsperspektiv. Tilnærmingen med generiske pasient- og brukerforløp sammenfaller godt med

tenkningen som ligger i primærhelsetjenestemeldingen, som bl.a. tar til orde for at man i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ta utgangspunkt i funksjon og ikke diagnose. I avsnittet om en teambasert helse- og omsorgstjeneste beskrives nærmere regjeringens arbeid på dette området. Etablering av primærhelseteam vil legge til rette for tettere oppfølging og koordinering i primærhelsetjenesten, i tråd med beskrivelsen i Sintef-rapporten. Oppfølgingsteam, f.eks. rehabiliteringsteam er viktig for brukere med store behov. Læringsnettverkene bidrar til utvikling av bedre forløp i den kommunale tjenesten, og bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sintef-rapporten viser at brukeren opplever for mange huller i tilbudene. For å tette slike hull, er det foreslått å stille krav om at kommunene fra 2020 har psykologkompetanse og ergoterapikompetanse knyttet til seg. Det er avsatt midler til å rekruttere psykologer i kommunen. Kompetanseløft 2020 er en plan som skal bidra til generell økning av kompetansenivået i kommunale helse- og omsorgstjenester. For å ivareta personer som trenger langvarig oppfølging og rehabilitering er det av særskilt betydning at personell innehar nødvendig breddekompetanse. Det satses på videreutdanning i klinisk sykepleie og foreslås å stille krav om spesialisering i allmenntilleggsmedisin for leger i kommunen. For å bidra til bedre samarbeid og mer kompetansedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, er det behov for faglig dialog mellom kolleger på begge forvaltningsnivåene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å se nærmere på hvordan et slikt faglig samarbeid mellom leger kan settes i system. Regjeringen vil, også gjennom pilotprosjektet med ParkinsonNet og andre tilskudd til kommunene, bidra til at det etableres nye tilbud og at nye modeller for behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer prøves ut og implementeres i tjenestene. Dette er alle tiltak som vil bidra til bedre forløp og å tette hullene i dagens tilbud.

Ambulante tjenester – samarbeid om tilpassede tjenester

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator slår i § 15 fast at habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. En ambulant konsultasjon er mer ressurskrevende der og da enn konsultasjon på sykehuset, men kan redusere tjenestebehovet over tid. Ambulante tjenester muliggjør sam-

handling og at spesialisthelsetjenesten får utført sin veiledningsplikt til kommunene. Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten kan bidra til å gi kommunene tilgang på den kompetansen de trenger for å sikre at pasienter kan bo hjemme og mestre livet med sykdom. Regjeringen ønsker mer ambulant virksomhet og mer veiledning enn spesialisthelsetjenesten yter i dag. Sykehusene framholder også verdien av å jobbe ambulant og å følge pasienten ut i kommunen. Pasienten kan da unngå å bli henvist tilbake til spesialisthelsetjenesten for ny oppfølging. Det er ikke alltid nødvendig å reise til pasientens hjemsted. Flere helseforetak har begynt å bruke mobile videokonferanser som arbeidsform i oppfølging av pasienter, pårørende og kommunale tjenesteytere. Ambulant aktivitet i spesialisthelsetjenesten må synliggjøres gjennom koding og rapportering. Avdelinger som har stor ambulant virksomhet kan tolkes som ineffektive når de har færre pasientkontakter enn avdelinger som innkaller pasienter til poliklinikken. Helsedirektoratet arbeider med forbedring av rutineene for å rapportere og publisere ambulant aktivitet. En økt satsing på ambulant virksomhet innebærer en dreining av aktiviteten innen gjeldende rammer. Endringen vil bli påpekt gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Et eksempel på ambulant virksomhet er hjemmesykehus for barn, som bl.a. tilbys av Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus. Når det er forsvarlig og praktisk mulig, kan barn og ungdom innlagt på sykehus og som er bosatt i sykehusets nærområde, få være hjemme under sykehusinnleggelsen, og sykepleier kommer hjem til familien. Overflytting til hjemmesykehus er ikke avhengig av diagnose, men av problemstilling og tilstand, og om barn og familie ønsker det.

Kunnskapsbaserte retningslinjer for hjerneslag, hjerneslagkampanje og statusrapport om hjernehelse

Det gjøres nå et arbeid med å utarbeide kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. I den forbindelse skal det også utarbeides pakkeforløp for hjerneslag, der rehabiliteringsdelen av forløpet vil være sentralt. Revisjon av retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag ferdigstilles ved årsskiftet 2016–2017. Samtidig ferdigstilles pakkeforløp for hjerneslag. Et viktig tiltak for å forebygge alvorlig skade og redusere behovet for omfattende rehabiliteringstiltak er å få perso-

ner rammet av hjerneslag raskest mulig inn på sykehus.

Det skal gjennomføres en nasjonal informasjonskampanje om hjerneslag. Hensikten er å gjøre befolkningen kjent med symptomer på hjerneslag for å sette i verk tiltak raskest mulig. Stortinget har bevilget 10 mill. kroner ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett 2016, jf. Innst. 400 S (2015–2016), til en nasjonal befolkningsrettet hjerneslagkampanje.

I 2015 ble det europeiske Hjerneåret gjennomført. I Norge var det stor oppmerksomhet om sykdommer som rammer hjerne og ryggmarg, og hva som kan gjøres for å forebygge sykdom i hjernen, øke forskningsinnsatsen, behandle og gi et godt rehabiliteringstilbud til pasientene som rammes.

Det er i 2016 gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om å utarbeide en statusrapport om hjerne helse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og vurdere behovet for en helhetlig strategi for fagområdet.

Tiltak for barn og unge med ervervet hjerneskode

Hvert år får 60–80 barn en ervervet hjerneskode av moderat eller alvorlig grad. Noen er utsatt for ulykker, andre for kreft eller andre alvorlige sykdommer i hjernen. Det er variasjon i tilbudet som gis. Mange barn og unge får ikke et sammenhengende behandlings- og rehabiliteringsforløp tilpasset sitt behov. Variasjonen gjelder spesielt rehabiliteringen etter den akutte fasen, hvor et nært samarbeid og gode overføringsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten og rehabiliteringstilbudet i kommunen er nødvendig for å oppnå et godt resultat. Det er dokumentert at en god, sammenhengende behandlingskjede gir bedre funksjon og reduserer negative konsekvenser av sykdom og behandling.

Regjeringen foreslår 13,7 mill. kroner til et prosjekt som vurderer behandlingsforløpet for disse pasientene og foreslår tiltak for å sikre faglig kvalitet i alle ledd av kjeden.

Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har arbeidet med å utvikle helhetlige behandlingsmodeller for pasientgruppen. Dette arbeidet gir viktig kunnskap for videre arbeid med å forbedre tilbudet til barn med hjerneskode i hele landet.

Sunnaas sykehus benyttes av flere helseregioner for institusjonsbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt behandling. Sykehuset har nylig etablert sengepost for barn, og det må avklares hvilken rolle sykehuset kan ha som behandlingsinstitusjon for barn med alvorlig ervervete hjernesker hos barn opp til 18 år.

IKT som virkemiddel for helhetlige pasientforløp og brukerinvolvering

Det har de siste årene vært en stor utvikling på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. Samhandlingsreformen har vært en sentral driver i denne utviklingen. Med samhandlingsreformen økte behovet for god informasjonsflyt på tvers av tjenestenivåene og mellom virksomheter innenfor samme nivå. Ett av hovedmålene i reformen var at elektronisk kommunikasjon skal være den vanlige måten å kommunisere på. Dette har gitt resultater, og i dag har alle kommuner, sykehus og leger tatt i bruk elektroniske meldinger. I tillegg har nasjonale e-helseløsninger som e-resept og kjernejournal blitt etablert. E-resept gir brukerne bedre oversikt over egne resepter og helsepersonell har et bedre verktøy. Over 3 mill. innbyggere har medio 2016 fått kjernejournal som gir helsepersonell tilgang til relevant helseinformasjon i akutt situasjoner. Den nye pasientjournalloven trådte i kraft 1. januar 2015, og åpner for nye muligheter til å dele og hente fram informasjon på mellom helsepersonell og virksomheter. Dette har gjort kommunikasjonen mellom nivåene bedre og enklere. God kommunikasjon mellom aktører i tjenestene er en forutsetning for gode habiliterings- og rehabiliteringsforløp. Brukere i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess har ofte tilbud fra mange aktører også utenom helse- og omsorgstjenesten. Det er viktig at kommunikasjon med og om brukeren kan gå via elektroniske meldinger. God og rask informasjonsutveksling er en betingelse for en sømløs og koordinert tjeneste.

Viktige grep er tatt for i større grad å samordne IKT-utviklingen, og dermed oppnå bedre informasjonsflyt og kommunikasjon mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. 1. januar 2016 ble Direktoratet for e-helse etablert. Direktoratet ble etablert for å styrke den nasjonale styringen og koordineringen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren.

Selv om det har vært god IKT-utvikling de siste årene, er det fortsatt behov for bedre IKT-systemer som støtter helhetlige pasientforløp. Det langsiktige målbildet er én innbygger – én journal i tråd med anbefalingene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet leverte i januar i år en anbefaling om framtidens helseinformasjonssystem. Én innbygger – én journal innebærer en utviklingsretning for en felles nasjonal løsning som gir en gjennomgående digital journalløsning for hele helse- og omsorgstjenesten. Realiserin-

gen av dette målbildet er omfattende og utviklingen vil skje stegvis gjennom selvstendige prosjekter, men med en overordnet nasjonal styring. Første skritt på veien blir en regional utprøving i Helse Midt-Norge. Gjennom programmet Helseplattformen samarbeider sykehus og kommuner i helseregion Midt-Norge om anskaffelser av en helhetlig løsning for pasientjournal og pasientadministrasjon. Her blir det anledning til tidlig å teste ut samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig får Direktoratet for e-helse ansvar for å starte planleggingen av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgssektor, i tråd med anbefalingene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal. Arbeidet skal foregå i tett samarbeid med kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten, øvrige nasjonale fagmyndigheter og pasient- og brukerorganisasjoner.

Digitale tjenester gir nye muligheter for å involvere pasienter, brukere og innbyggere på en helt annen måte enn i dag, og bidrar til at hver enkelt i større grad kan være med å legge premisser for sin egen behandling og oppfølging. Slike tjenester støtter opp om arbeidet med pasientens helsetjeneste. De siste årene er det etablert flere e-helseløsninger til innbyggerne. Den nasjonale helseportalen, helsenorge.no, har blitt en viktig informasjonskilde og kommunikasjonskanal for innbyggerne, og hver måned har portalen over en million besøk. Portalen gir i dag tilgang til kvalitetssikret informasjon og selvbetjeningstjenester som gir innsyn i egne helseopplysninger, slik som resepter og kjernejournal. Flere tjenester er under utvikling. Nå prøves bl.a. digital mellom innbygger og fastlege ut på utvalgte legekontor. Tilsvarende prosjekter pågår i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Alle innbyggere i helseregion Nord og Vest kan se sin sykehusjournal ved å logge seg på helsenorge.no. Elektronisk tilgang til egen pasientjournal gjør det enklere for pasienten å være delaktig i sin egen behandling og rehabilitering. I tillegg fører det til mer effektiv samhandling mellom helsepersonell og pasient noe som er viktig i en rehabiliteringsprosess med mange aktører involvert.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan gi mennesker bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan føle seg trygge og få økt aktivitetsnivå. Velferdsteknologi er et viktig virkemiddel i en rehabiliteringsprosess fordi ulike teknologiske løsninger kan gi brukeren bedre mulighet til å mes-

tre funksjonsnedsettelse og bli mer selvhjulpen. I tillegg kan velferdsteknologi fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon, jf. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

Regjeringen vil utnytte mulighetene som ligger i nye teknologiske hjelpemidler som mobil helseteknologi, velferdsteknologi og dialogtjenester, og det er etablert et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Programmet bygger på samhandlingsreformens målsettinger om helsefremmende arbeid, forebyggende tjenester, tidlig innsats og om å yte tjenestene der folk bor. Velferdsteknologiprogrammet skal også bygge på kommunenes lokale forutsetninger og behov, og ivareta behovet for at velferdsteknologiske løsninger og tjenesteinnovasjon skal ses i sammenheng.

Gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet prøver mange kommuner ut teknologi for trygghet og mestring. Trygghetsteknologi som trygghetsalarm, elektroniske dørlåser, fallsensor og digitale medisindispensere er eksempler på teknologi som bidrar til at flere kan mestre livet i eget hjem. Teknologien gir også muligheter for å involvere og behandle pasienter på andre måter enn det tradisjonelle møtet med pasient og behandler. F.eks. kan pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, kols og psykiske lidelser få god hjelp via nettbrett og mobile sensorer. Slik kan pasienter og brukere med kroniske sykdommer følges opp fra eget hjem. Innbyggeren går fra å være en passiv pasient til å bli en aktiv pasient. Erfaringer så langt viser at anvendelse av velferdsteknologi er lønnsomt, og bidrar til å redusere belastningen for både brukere og helsepersonell.

Som en del av nasjonalt velferdsteknologiprogram jobbes det også med teknologisk støtte for barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Ordningen skal støtte barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier, slik at barn og unge enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter. Det skal bidra til å 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. Flere kommuner er i gang med å kartlegge behov og prøve ut velferdsteknologi for denne målgruppen.

Kapasitet

Kapasitet i fysioterapitjenesten

Regjeringen varslet i Primærhelsetjenestemeldingen at det skal vurderes å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans. Formålet med tiltaket er å redusere ventetid for fysioterapibehandling. Før det blir aktuelt å innføre direkte tilgang må det komme på plass en forskrift som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet. Direkte tilgang til denne tjenesten fordrer at fysioterapeutene samhandler med fastlege og andre samarbeidspartnere på en annen måte enn i dag, inkludert elektronisk samhandling. For å få fortgang i prosessen med elektronisk samhandling ble det i honorartarifforhandlingene våren 2016 gitt et betydelig økonomisk løft fra staten for å få fysioterapeutene til å kople seg til Norsk Helsenet.

Departementet tar sikte på å sende en forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på høring i løpet av 1. halvår 2017.

Regjeringen har sendt på høring et forslag om automatisering av egenandelstak 2 og forslag om å avvikle sykdomslisten i stønadsordningen til fysioterapi. Ordningen med fritak for enkelte sykdommer og diagnoser virker urimelig da mange sykdommer og diagnoser ikke er listet opp i forskriften. Videre er det ikke nødvendigvis sammenheng mellom diagnose og behov for behandling. En generell utgiftsdekning gjennom et egenandelstak for alle med høye utgifter er en riktigere og mer rettferdig ordning, som vil gi en riktigere bruk av den samlede kapasiteten i tjenesten. Regjeringen foreslår å redusere egenandelstak 2 fra dagens nivå på 2670 kroner per kalenderår til 1990 kroner. I tillegg foreslås det å heve aldersgrensen for fritak for egenandel for fysioterapibehandling for barn fra 12 til 16 år.

Lettere tilgang til logoped

Tilgang til logopedtjenester er for mange pasienter helt nødvendig for å utvikle eller få tilbake nødvendig funksjoner. For enkelte pasientgrupper er det avgjørende med rask oppfølging hos logoped. Samtidig er det dokumentert at dette er et tjenestetilbud som er mangelfullt utbygd i mange av landets kommuner og fylkeskommuner. Det er finansielle og organisatoriske grunner til dette.

Tjenester som logoped yter kan defineres inn under helselovgivningen og opplæringslovgivningen. Videre kan tjenestene ytes både i

kommunal og fylkeskommunal regi, i regi av helsetforetak og av privatpraktiserende logopeder finansiert av folketrygden. De ulike måtene å finansiere og organisere tjenestetilbudet på har bidratt til uklare ansvarslinjer, underdimensjonering av tjenestetilbudet og at enkelte brukere og brukergrupper opplever å falle mellom to stoler. Sett i sammenheng med utviklingen som antas å øke behovet for logopedtjenester framover, er det grunn til å se nærmere på det totale tjenestetilbudet. Regjeringen vil starte opp et arbeid for tydeligere å definere roller og ansvar for logopedtjenester innen rehabiliterings- og habiliteringsfeltet. Dette arbeidet vil inkludere en gjennomgang av regelverket for refusjon til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger. Regelverket forvaltes av Helfo.

Regjeringen varsler allerede nå at den vil se nærmere på Helfo sine saksbehandlingsrutiner på dette stønadsområdet, for å effektivisere tid fra oppfølgingsbehovet er dokumentert til behandling hos logoped kan starte opp. Regjeringen vil bl.a. foreslå en forskriftsendring, og oppheve kravet om forhåndsgodkjenning fra Helfo før oppstart av behandling av pasienter over 18 år. Fra 1. januar 2017 trenger heller ikke pasienten eller logopeden å legge ved et avslag på tjenester fra kommunen for å kunne få forhåndsgodkjenning fra Helfo. Målsettingen med disse tiltakene er å sikre at pasienter kommer raskere til behandling hos logoped.

Tilgang til kiropraktorbehandling med refusjon fra folketrygden

Kiropraktorbehandling er et viktig rehabiliterings-tiltak for mange brukere med muskel- og skjelettproblemer. Folketrygden yter stønad til behandling hos kiropraktor i medhold av folketrygdloven § 5-9 og tilhørende forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Det ytes i dag stønad for inntil 14 behandlinger per pasient per kalenderår. De fleste pasienter får langt færre behandlinger hos kiropraktor per kalenderår. Noen kan imidlertid ha behov for mer enn 14 behandlinger for å opprettholde funksjon, unngå sykmelding og fortsatt være helt eller delvis yrkesaktiv. For dem vil opphør av antallsbegrensningen være til hjelp. Å fjerne antallsbegrensningen vil også bety enklere saksbehandling og bedre kontroll for Helfo. Regjeringen tar derfor sikte på å fjerne antallsbegrensningen fra 1. januar 2017. Det vises til kap. 2755, post 73.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorgsplasser. Målgruppen for tilskuddet er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder og diagnose, bl.a. eldre, personer med langvarige somatiske sykdommer og personer med utviklingshemning og andre med nedsatt funksjonsevne og personer som har behov for øyeblikkelig hjelp eller rehabilitering. Det er imidlertid et krav om at alt som bygges skal tilpasses personer med demens.

Tilskuddet forvaltes av Husbanken. I perioden 2008 til utgangen av 2015 har Husbanken mottatt søknader om investeringstilskudd til totalt 12 501 heldøgns omsorgsplasser, innvilget tilskudd til totalt 12 292 heldøgns omsorgsplasser og utbetalt tilskudd til totalt 7694 ferdigstilte heldøgns omsorgsplasser.

Investeringstilskuddets innretning har endret seg siden ordningen kom inn på statsbudsjettet i 2008. I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen 1. januar 2012 ble ordningen også åpnet for kad-plasser (kommunale akutte døgnplasser). I november 2012 ble innretningen endret mht. normalisering og integrering: antall boenheter i et prosjekt skal ikke være for høyt, og boenheterne skal etableres i ordinære boområder.

Mange gamle og uhensiktsmessige institusjonsplasser og omsorgsboliger har blitt fornyet med investeringstilskudd gjennom renovering eller utskiftning siden 2008. Dette har bidratt til å heve kvaliteten på tilbudet i kommunene. I årene framover blir det viktig å få flere heldøgns omsorgsplasser for å møte den store økningen i antallet brukere som vil komme fram mot 2030. Regjeringen foreslår derfor å endre dagens investeringstilskudd, slik at det fra 2021 utelukkende gis investeringstilskudd til prosjekter som gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Det vises til kap. 761, post 63.

Ulike tilskudd til årsverk og styrking av kommunerammen

Brudd i forløpene for brukere som trenger habilitering eller rehabilitering skyldes ofte at kapasiteten i tilbudene er for lav, slik at det blir ventetid, eller at tilbud mangler. Regjeringens mange tilskudd til årsverk og til å etablere nye typer tilbud i kom-

munene er viktig for å bedre dette. Tilskuddene bidrar til å øke kapasiteten og kompetansen på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i kommunen.

Siden 2009 har det vært gitt tilskuddsmidler til kommuner som rekrutterer psykolog i helse- og omsorgstjenesten. I 2016 ble det bevilget 145 mill. kroner til formålet. Regjeringen vil innføre et krav i helse- og omsorgstjenesteloven om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i tjenesten. Kravet vil tidligst bli stillet fra 2020. Det er viktig at arbeid med psykisk helse inngår i en samlet rehabiliteringsprosess. Mennesker som opplever større funksjonstap vil kunne ha behov for psykologkompetanse for å mestre livet med nye utfordringer. Tap av fysisk funksjon kan være en risikofaktor for psykiske helseutfordringer. Regjeringen har over flere år gitt tilskudd til å prøve ut et lavterskel kommunalt behandlingstilbud til mennesker med lettere psykisk lidelse, kalt Rask psykisk helsehjelp. Evalueringen viser meget gode resultater. Det er for 2017 foreslått bevilget 18 mill. kroner. Det vises til kap. 765, post 60.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud for alle. Tjenesten har høy oppslutning i befolkningen. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten jobber først og fremst helsefremmende og forebyggende, men er også viktig for barn og familier der det ved fødselen er avdekket sykdom og/eller funksjonsnedsettelse, og for barn og familier når det blir reist spørsmål om utviklingsforstyrrelse på et senere tidspunkt. Tjenesten skal være flerfaglig for å møte brukerens behov. Mange kommuner har lokalisert barnefysioterapeut og ergoterapeut på helsestasjonen i kommunen, noe som gir barn med funksjonsnedsettelse en tverrfaglig vurdering og tidlig start på behandling og oppfølging.

Regjeringen har gjennom flere år satset på å styrke kapasitet og kvalitet i tjenesten. I 2014 ble kommunenes frie inntekter økt med 180 mill. kroner begrunnet i behovet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2015 ble kommunerammen økt med ytterligere 270 mill. kroner og i 2016 med nye 200 mill. kroner med samme begrunnelse. I tillegg ble det bevilget 100 mill. kroner til et øremerket tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jf. Innst. 11 S (2015–2016). Tilskuddsordningen har vært innrettet slik at kommuner som kan dokumentere at de har budsjettet med å benytte omlag 90 pst. av midlene i rammen til tjenesten kvalifiserer for å søke.

Det foreslås en ytterligere økning i kommunerammen i 2017 på 50 mill. kroner. Det gir en bevilgning på til sammen 734,4 mill. i 2017-kroner,

begrunnet i behovet for å styrke denne tjenesten. I tillegg foreslås det å videreføre 101,3 mill. kroner til øremerket tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Det er gjennom flere år bevilget midler til en tilskuddsordningen til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer. I 2016 ble det bevilget 28,4 mill. kroner til denne ordningen, som vurderes som svært vellykket. Det vises til kap. 762, post 60.

Behandlingsreiser

Ordningen med behandlingsreiser til utlandet er en del av det offentlige rehabiliteringstilbudet. Målsettingen med en behandlingsreise er at den skal bidra til bedret funksjon og livskvalitet, samt redusere symptomer forårsaket av sykdommen.

Behandlingsreiser til utlandet er i dag en tilskuddsordning med egen post på statsbudsjettet, kap. 733, post 70.

Ordningen administreres av Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Seksjon for behandlingsreiser. Seksjonen inngår kontrakter med behandlingsstedene i utlandet etter regelverket for offentlige anskaffelser og behandler søknader om behandlingssopphold.

Diagnosene som er omfattet av ordningen i dag er inflammatoriske revmatiske sykdommer, psoriasis, barn og unge med astma og lungesykdommer og barn med atopisk eksem og senskader etter poliomyelitt.

Seksjon for behandlingsreiser har utarbeidet retningslinjer for uttak til behandlingsreiser. Departementet mener imidlertid at kriteriene for tildeling av behandlingsreiser og saksbehandlingen bør reguleres i forskrift. Departementet vil derfor høsten 2016 sende på høring et forslag til forskrift om behandlingsreiser.

Kompetanse, fagutvikling og forskning

Den faglige omstillingen i arbeidsformer og tilbud som er nødvendig for å sikre gode rehabiliterende og habiliterende tjenester, og som innebærer målrettede og mer avanserte tjenester, krever endret og høyere kompetanse og forskningsbasert kunnskap. Det er behov for å økt forskning samt å øke andelen av personellet med helse- og sosialfaglig utdanning, skape større faglig bredde med flere faggrupper, etablere breddebaserte videreutdanninger på masternivå tilpasset de kommunale helse- og omsorgstjenestenes behov, samt å styrke lederkompetansen i tjenestene. Det er også behov for mer data om tilgang, bruk og effekt av

de ulike tjenestene for å utvikle disse i tråd med behov og som grunnlag for forskning.

Kompetansekrav i lov

Rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende for å kunne yte nødvendige og forsvarlige tjenester, at visse kompetansekrav bør gå fram direkte i lov. I Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 6. juni 2016 om oppfølging av forslag i Primærhelse-tjenestemeldingen og Oppgavemeldingen, har departementet derfor foreslått at det i helse- og omsorgstjenesteloven lovfestes de profesjoner som representerer den kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha knyttet til seg. Det foreslås her å lovfeste at alle kommuner fra 2018 som et minimum skal ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Fra 2020 foreslås det lovfestet at alle kommuner også skal ha knyttet til seg psykolog, ergoterapeut og tannlege. En slik tydeliggjøring og utvidelse av kommunens kompetansekrav vil også bidra til å gjøre kommunene i stand til å overta et større rehabiliteringsansvar.

En slik liste over kjernekompetanse fastsatt ved lov vil ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er omfattende, og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste vil innebære, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. En oppstilling av kjernekompetanse skal slik sett ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer ikke bare kommunens ytelse av helsetjenester, men også tjenester av sosialfaglig karakter som er nødvendig for at den enkelte så langt som mulig skal kunne leve sitt liv i samsvar med egne ønsker og behov, i samspill med familie, pårørende, sosiale og fysiske omgivelser. Selv om departementet i høringsnotatet ikke har foreslått å lovfeste krav om at kommunene skal ha knyttet til seg sosialfaglige profesjoner, vil tilgang på slik kompetanse

være en forutsetning for at kommunene skal kunne tilby de tjenester som følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Når det i kommunereformen legges til grunn at kommunene over tid skal få større ansvar og flere oppgaver, særlig innen habilitering og rehabilitering, vil ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og annen sosialfaglig eller spesialpedagogisk kompetanse være avgjørende for å klare dette. Som tidligere påpekt er også ernæringskompetanse viktig i mange former for habilitering og rehabilitering.

Kompetanseløft 2020

Regjeringen har utviklet en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. 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. Gjennom Kompetanseløft 2020 vil kommunene oppfordres til å sette de samlede kompetanseutfordringene på dagsorden i den helhetlige kommunale planleggingen. De samlede utfordringene i kommunen må svares ut med mer tverrfaglighet og på flere nivåer, slik det går fram av de samlede strategiene på Kompetanseløft 2020. Se nærmere omtale av Kompetanseløft 2020 i innledningen av kap. 761. Gjennom Kompetanseløftet 2020 er det satt i verk flere tiltak som skal bidra til å øke kompetansen i tjenestene generelt og innenfor rehabilitering og habilitering spesielt. Gjennom et kommunalt innovasjons- og kompetansetilskudd kan kommunene søke på midler til grunn-, videre- og etterutdanning og til nybrotts- og utviklingsarbeid bl.a. for å bedre forebygging, aktivitet, egenmestring og rehabilitering. Se nærmere omtale på kap. 761, post 68. Det finnes en rekke videreutdanninger av ulik lengde og på ulikt nivå for helse- og sosialpersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil vurdere om dagens videreutdanninger møter det reelle behovet i tjenesten. Ny organisering i team vil kunne føre til at ulike personellgrupper kan få nye oppgaver og roller. For å fylle disse rollene er det behov for økt klinisk kompetanse, for noen på masternivå.

Videreutdanning i avansert klinisk sykepleie er et sentralt satsingsområde i Primærhelsetjenestemeldingen og inngår i Kompetanseløft 2020. Formålet med lønntilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie rettet mot behovene i den kommunale helse- og

omsorgstjenesten. Målet med ordningen er å styrke forebyggings-, rehabiliterings-, 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. Målgruppen er sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Se nærmere omtale under kap. 762, post 63.

Offentlig spesialistgodkjenning gis til bestemte grupper av helsepersonell som har gjennomført en videreutdanning på et gitt nivå, og som har en selvstendig yrkesrolle. Regjeringen ønsker personell med bred klinisk kompetanse i kommunene som kan ivareta brukere med sammensatte behov på en bedre måte enn i dag. Stor bredde i kompetansen hos personellet er viktig for å møte behovene til de mange brukerne med flere og sammensatte problemer og for å skape mer helhetlige tjenester til det beste for brukerne. Regjeringen vurderer å bruke offentlig spesialistgodkjenning som virkemiddel for å stimulere en utvikling i denne retningen. Det vises til Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

En klinisk videreutdanning på masternivå vil gi personellet mulighet til å utføre nye oppgaver. For at dette skal utnyttes på en mest mulig effektiv måte, er det nødvendig å vurdere om nye profesjoner skal få utvidete rettigheter. Mange oppgaver kan overføres uten endringer i regelverket, mens andre oppgaver krever en grundigere gjennomgang. Utvidede rettigheter for enkelte profesjonsgrupper vil kunne bidra til en mer effektiv ressursutnyttelse av kompetansen til personellet og gi brukerne bedre og mer helhetlige tjenester. Allmennleger ivaretar legeoppgaver innen mange deltjenester i kommunen. Om lag 57 pst. av landets fastleger er spesialister i allmennmedisin. De senere årene har andelen vært synkende. Spesialistene i allmennmedisin utgjør den medisinskfaglige spisskompetansen i kommunen. En heving av kompetansen hos allmennlegene vil bidra til økt kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og komme brukere med sammensatte behov til gode. Det tas sikte på å innføre et krav om at alle leger som jobber klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, enten er spesialister i allmennmedisin eller er under spesialisering. Kravet planlegges innført fra 1. januar 2017. Det vises til nærmere omtale under kap. 762.

Lederutdanning

God ledelse er avgjørende for utviklingen av gode tjenester, faglig utvikling og innovasjon, også innenfor rehabiliterende og habiliterende tjenester. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten hadde oppstart høsten 2015 og omfatter den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er stor søkning til utdanningen, og tilbakemeldinger fra ledere i det første kullet tyder på at den gir metoder og verktøy som lederne tar i bruk i eget arbeid.

Gjensidig veiledning og kompetansedeling

Grenseflaten mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er en viktig arena for faglig dialog, ledelse og videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene. Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil i mange situasjoner ha ulik erfaring og kompetanse som det kan være verdifullt for den andre tjenesten å ha innsikt i. Veiledning og kompetansedeling er verktøy som kan bidra til kompetansebygging og bedre samhandling mellom nivåene.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har etter loven veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har per i dag ingen tilsvarende veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. I ovennevnte høringsnotat om oppfølging av forslag fra Primærhelsemeldingen og Oppgavemeldingen, har departementet derfor foreslått å endre helse- og omsorgstjenesteloven, slik at kommunene også får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. En slik lovfesting vil likestille de to nivåene i lovverket og synliggjøre at kompetansen i kommunen verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenesten.

Erfaringsmessig er det en stor fordel for begge nivåer dersom veiledningsplikten settes i system og planlegges. Arenaer for kompetansedeling og erfaringsutveksling bør formaliseres. En slik arena kan være kollegagrupper mellom leger i spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten i kommunene. Slike kollegagrupper bør være en regelmessig hendelse, som tar opp ulike temaer knyttet til bl.a. faglige retningslinjer, henvisningspraksis, legemiddelforskrivning og behandling og oppfølging av ulike pasientgrupper. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utforme et forslag til opplegg for gjennomføring av slike kollegagrupper.

Pasientopplæring, friskliv, læring og mestring

Kommunene har allerede i dag har en plikt til å sørge for nødvendig pasient- og brukeropplæring, enten ved at kommunene som sådan er pålagt oppgaver som innebærer slik opplæring eller ved at kommunalt ansatte eller personell med avtale om å yte tjenester på vegne av kommunen, gjennom sin yrkesutøvelse er pålagt å gi slik opplæring.

Kommunen er ansvarlig for at pasienter og brukere får det de har krav på etter helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, dvs. nødvendige helse- og omsorgstjenester av forsvarlig karakter. Kommunen må da også sørge for at når helse- og omsorgspersonell yter tjenester som kommunene etter loven er pålagt å sørge for, så må kommunene også sørge for at personellet gir tilstrekkelig opplæring til pasient/bruker dersom dette er en forutsetning for å yte forsvarlige tjenester.

For ytterligere å presisere kommunens plikt til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere eller pårørende, har imidlertid departementet i ovennevnte høringsnotat foreslått å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestelovens formålsbestemmelse slik at opplæring går fram som et sentralt og selvstendig formål med loven.

Frisklivstilbud inneholder tradisjonelt tilbud om hjelp til å endre levevaner med hjelp til fysisk aktivitet, kostholdsending og røykslutt. Opprettelsen av frisklivssentraler må sees på som en del av kommunenes samlede tilbud om opplæring og mestring. I dag har over 50 pst. av kommunene opprettet slikt tilbud. Helse- og omsorgsdepartementet har over flere år ytt tilskudd til dette. Fra 2013 ble det også etablert en tilskuddsordning til kommunale oppfølgingstilbud i kommuner for brukere med kronisk sykdom. Tilskuddene er senere slått sammen til et samlet tilskudd til etablering av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Mange kommuner har nå et differensiert tilbud til store brukergrupper som sliter med å mestre livet med sykdom. Fastleger, annet helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten kan henvise til disse tilbudene. For fastlegene gjelder dette uavhengig av om de kan få refusjon i form av grønn resept. Brukeren kan også henvende seg direkte til frisklivs-, lærings- og mestringstilbudet uten henvisning.

Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp, ikke bare til å endre levevaner, men til å mestre livet med sykdom. Disse leve-med-tilbudene er ikke et alternativ til de diagnosespesifikke

opplæringstilbudene i spesialisthelsetjenesten. Her må kommunene spille på lag med brukerorganisasjonene og andre. Helse- og omsorgsdepartementet vil endre regelverket slik at det stilles krav om medvirkning fra brukerorganisasjonene for å yte tilskudd, både til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, jf. omtale under kap. 762, post 60.

Pasient- og pårørendeopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver og en viktig del av pasientbehandlingen. Opplæringen skal legge til rette for pasientenes aktive deltakelse i egen behandling og rehabilitering der målet er mestring. Informasjon, veiledning, læring og mestring er sentralt i pasientforløpet til rehabiliteringspasienter.

Hovedansvaret for pasientopplæringen ligger i sykehusenes kliniske enheter, men sykehusene har lærings- og mestringssentre som bistår og veileder fagpersoner i arbeidet, og gjennomfører kurs og annen opplæring for å hjelpe pasientene til å opprettholde funksjonsevne og være selvhjulpne. Pasienter og pårørende er med i planlegging og gjennomføring av opplæringen, og deres erfaringer med å leve med sykdom/funksjonsnedsettelse anvendes i læringsprosessene.

Data om tjenestenes innhold, kvalitet og effekter av behandlingstiltak

Det er ønskelig med bedre data og statistikk innen fagområdene habilitering og rehabilitering som grunnlag for forskning og analyse. Det er svakt kunnskapsgrunnlag om tilgjengelighet, volum, geografiske variasjoner i omfang og sammensetning av aktiviteten på fagområdene. Samdata ga i 2015 ut den første rapporten for spesialisthelsetjenesten som også omfatter habiliteringsaktiviteten. I primærhelsetjenesten er det generell mangel på data, og det er svak kvalitet på tallene som finnes. Det er også mangelfull kunnskap og data om kvaliteten på og effekten av ulike behandlingstiltak, spesielt sett i et helhetlig pasientforløpsperspektiv. Kvalitetsregistre er et viktig virkemiddel for økt kunnskap om effekt av ulike behandlingstiltak. Det er også behov for å utvikle resultatindikatorer for kvalitetsmåling innen habilitering og rehabilitering. Innenfor omsorgssektoren er det utviklet flere kvalitetsindikatorer de senere årene, bl.a. mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet eller institusjon med individuell plan (IP). Ipløs (individuell pleie og omsorgsregister) gir informasjon om brukeres funksjonsnivå og tjenesteforbruk, og bidrar med avgjørende kunnskap for utviklingen av de kommunale omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet arbeider med å forbedre rapportering og datakvalitet, og utarbeide indikatorer for i framtida å ha kunnskap om aktivitet og kvalitet innen fagområdene både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Etablering av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er også viktig for å bedre datagrunnlaget.

Forskning og innovasjon

Forskning er et sentralt virkemiddel for å kunne levere kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester, herunder rehabiliterings- og habiliterings-tjenester. Forskning er også en av forutsetningene for høy kvalitet på utdanningen av helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer derfor forskning både gjennom de regionale helseforetakene og til ulike programmer i Norges forskningsråd (Forskningsrådet). Disse midlene er konkurranseutsatt på regionalt og nasjonalt nivå og forskningsmiljøer innenfor rehabilitering og habilitering kan under gitte forutsetninger søke på disse.

De nye helseprogrammene i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet (Bedre Helse), God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling) og Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (Helsevel) har alle et sterkere fokus enn tidligere på å styrke forskningskompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på dette området. Programmene i Forskningsrådet understøtter også oppbygging av forskningsmiljøer og etablering av forskernetverk. Rehabilitering er løftet høyt opp i programplan God Behandling, hvor det også er en egen utlysning på forskning innen rehabilitering i 2016. Gjennom Helsevel finansieres Forsknings-senter for rehabilitering- og rehabiliteringstjenester ved Universitetet i Oslo (Charm) som ble etablert i 2011. Helsevel skal understøtte behov for økt kunnskap om organisering av tjenestetilbudet, nye arbeidsformer og utvikling av nye innovative løsninger for tjenesteleveranser, og er derfor et program som vil kunne bidra til kunnskapsutvikling og forskning rettet inn mot kunnskapsbehovene innenfor rehabilitering.

Alle helseforetak har en lovpålagt oppgave knyttet til forskning og får gjennom statsbudsjettet øremerkede midler til dette. Forskningen er tett knyttet til pasientbehandling og utvikling av nye behandlingstilbud, og er en forutsetning for at pasienter skal kunne motta en kunnskapsbasert helsetjeneste av høy kvalitet. Helseforetakene er en viktig aktør innenfor forskning på rehabiliterings- og habiliteringsfeltet, med Sunnaas syke-

hus under Helse Sør-Øst i en sentral rolle. Sunnaas sykehus er landets største spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Forskning og undervisning er en sentral del av foretakets virksomhet. Sunnaas sykehus HF har egen forskningsavdeling. Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten rettet inn mot habilitering og rehabilitering har et særskilt ansvar for forskning, kompetansespredning og veiledning innenfor sine fagområder.

Det er etablert fire allmenntilleggsmedisinske forskningsenheter. I 2016 ble det bevilget 16,5 mill. kroner til disse, jf. kap. 762, post 70. Bevilgingen foreslås videreført. For flere av profesjonsforeningene settes det av betydelige beløp årlig til forskning. Norsk Kiropraktorforbund har gitt tilskudd til flere doktorgradsprosjekter på muskel- og skjelettområdet. Det bevilges i tillegg 1 mill. kroner på kap. 762, post 70, til forskning innen kiropraktikk. Fysioterapeutenes fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter har over en seks-årsperiode bevilget om lag 60 mill. kroner til et stort prosjekt kalt Fysioprime rettet mot forskning i primærhelsetjenesten.

Som ledd i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste har Helse- og omsorgsdepartementet lagt sterke føringer om at brukermedvirkning skal være hovedregelen for den forskning som finansieres med midler fra departementet i Forskningsrådet og de regionale helseforetakene. Grunnen er at brukeres deltakelse i forskningsprosessen i større grad vil reflektere brukernes opplevelser og med større sikkerhet gi ny kunnskap som kan komme til nytte i tjenesten. Brukermedvirkning i forskning kan bestå av identifisering av forskningstema, prioritering av forskningstema, direkte deltakelse i forskningsprosjekter, vurdering og tildeling av forskningsmidler og formidling av resultater fra forskningsprosjekter. For departementet er det viktig at forskningen er nyttig for sluttbrukeren. Departementet har derfor lagt klare føringer for både Forskningsrådet og de regionale helseforetakene om at nytte skal vurderes sammen med kvalitet i søknadsbehandlingen.

Fra 2015 er det også innført et nytt virkemiddel kalt behovsidentifisert forskning som skal bidra til å identifisere, prioritere og utforme problemstillinger basert på systematisk innhenting av kunnskap og involvering av brukere og andre aktører. Virkemidlet skal brukes på utvalgte temaer i Forskningsrådets nye helseprogrammer, og programmet for klinisk behandlingssforskning i de regionale helseforetakene, og kan også omfatte rehabilitering.

Arbeid og helse

Om lag 60 pst. av befolkningen er i yrkesaktiv alder. Nedsatt funksjonsevne kan gi varig eller midlertidig reduksjon i arbeidsevnen som fører til lavere arbeidsdeltagelse og inntektsnivå for den enkelte og samfunnet. Ett av hovedmålene for denne regjeringen er å legge til rette for at mennesker kan leve meningsfulle liv selv om de har alvorlig sykdom og funksjonsnedsettelse. Brukernes egne erfaringer og ønsker er utgangspunktet for å skape et godt liv og for å utvikle gode tjenester. Regjeringen vil legge til rette for egenmestring, og ønsker å spille på lag med alle gode krefter i helse- og omsorgstjenestene, og kommunesektoren for øvrig, i arbeidslivet og i brukerorganisasjoner. Det er et mål å styrke brukernes muligheter for å opprettholde funksjonsnivå så lenge som mulig. Arbeidslivet må da også tilrettelegges slik at mennesker med sykdom eller funksjonsnedsettelser kan delta på lik linje med andre. Det er ønskelig ikke bare for å oppnå likebehandling og inkludering, men ny kunnskap om og forståelse av arbeidets betydning for helsen. Før trodde man at man kunne og burde hvile seg frisk. Nå viser forskningen med all tydelighet at deltakelse i arbeidslivet gir bedre helse og bidrar til raskere rehabilitering. Regjeringen vil derfor vektlegge aktivitet, deltakelse, arbeid og mestring som helt sentrale elementer i utviklingen av framtidens habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Et godt samarbeid mellom arbeidslivet, Nav og helse- og omsorgstjenestene er en forutsetning.

Forskning viser at arbeid ofte gir bedre helse, men arbeidsrettet aktivitet kommer ofte sent i behandlingsløpet eller etter at behandlingen er sluttført. Samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand der dette er mulig gir raskere overgang til arbeid enn sekvensiell bruk av behandling og arbeidsrettet bistand. Ekspertgruppen som har gjennomgått arbeids- og velferdsforvaltningen mener at en i større grad må sikre samtidighet i bruk av behandling og arbeidsrettede tiltak. Ekspertgruppen peker på at det er utfordringer knyttet til uklare ansvarsforhold, manglende koordinering og samarbeid mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsesektoren.

Regjeringen ønsker å videreutvikle velfungerende tiltak og samordne innsatsen fra arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenesten bedre. Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for bedre samarbeid, bl.a. med sikte på mer samtidighet i tjenestetilbudet fra Nav og helsesektoren, med

mål om at personer med helseproblemer skal kunne fortsette i, eller komme raskere i arbeid.

Avklarte roller og ansvarsforhold mellom helsetjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen er viktig for å kunne samarbeide målrettet. Som en hovedregel bør tjenester som i hovedsak er å anse som helsetjenester forankres i helsetjenesten. Tjenester som i hovedsak er å anse som arbeidsrettede tjenester bør være Nav sitt ansvar. Nav og helsetjenesten har tjenester i ordningen med Raskere tilbake som er delvis overlappende. Dette gir et uoversiktlig tilbud for brukerne og saksbehandlere i Nav. Regjeringen foreslår derfor endringer som bidrar til forenkling og en tydeligere ansvars- og rolledeling mellom helsesektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen jf. omtalen av Raskere tilbake under.

Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016) viderefører og videreutvikler innsatsen i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012). Oppfølgingsplanen sluttføres i 2016, og det tas sikte på at tiltak som har vist seg å ha effekt implementeres i ordinær drift.

Raskere tilbake

Ordningen Raskere tilbake ble opprettet på bakgrunn av Stoltenberg-utvalget (2006). Formålet med ordningen er å bringe personer som mottar sykepengene raskere tilbake til arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet. Den omfatter både helse- og rehabiliteringstjenester gjennom de regionale helseforetakene og tjenester i regi av Nav. Innenfor ordningen tilbyr helseforetakene ulike behandlingstjenester rettet mot sykemeldte, delvis sykemeldte eller personer som står i fare for å bli sykemeldte med muskel- og skjelettplager, psykiske lidelser eller behov for rehabilitering og ortopediske tjenester. Nav tilbyr arbeidsrettet rehabilitering, avklaring, oppfølging og behandlingstilbud.

Det har vist seg vanskelig å måle effekter av selve ordningen på sykefravær og tilbakeføring til arbeidsliv. Samtidig har enkeltevalueringer på helsetjenesten vist at Raskere tilbake-tiltak gir positive resultater. Pasienter som henvises til denne ordningen skal ikke rettighetsvurderes da Raskere tilbake er finansiert og organisert annerledes enn andre tjenester i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil på denne bakgrunn legge om ordningen slik at nåværende midler i større grad inngår i det ordinære pasienttilbudet, samtidig som de positive elementene i ordningen videreføres. Målet med en slik omlegging er også mer likeverdige tjenestetilbud. Arbeids- og sosial-

departementet vil som ledd i omleggingen av ordningen, omdisponere sin andel av midlene til ordinært tiltaksbudsjett. Dette skal gi mulighet for mer fleksibel bruk av midlene og vil gi sykemeldte tilgang til arbeidsmarkedstiltak de i dag ikke har.

Nav og Helsedirektoratet samarbeider tett for at brukerne og pasientene i større grad skal oppleve å få helhetlige og koordinerte pasientforløp, heller enn sekvensielle tiltak. En strategi om arbeid og helse som direktoratene samarbeider om, skal stimulere ytterligere til dette. Gjennom dette strategiarbeidet vil direktoratene stimulere til mer samtidige tilbud av helsetjenester og arbeidsrettet bistand.

Innenfor Raskere tilbake-ordningen tildeler Nav midler til arbeidsrettet rehabilitering – døgn-tilbud, lettere psykiske lidelser og sammensatte lidelser som må anses som helsetjenester. Som en hovedregel bør tjenester som er å anse som helse-tjenester forankres i helsetjenesten, og tilsvarende bør tjenester som er å anse som arbeidsrettede tjenester være Nav sitt ansvar. Regjeringen foreslår derfor fra 2017 å overføre disse midlene, i alt 57 mill. kroner, fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Disse midlene vil bli målrettet mot arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i denne opptrappingsplanen og slik bidra til å understøtte regjeringens mål om å styrke arbeidsrettet rehabilitering. Tilhørende disse midlene følger det allerede inngåtte avtaler innenfor arbeidsrettet rehabilitering, lettere psykiske lidelser og sammensatte lidelser som de regionale helseforetakene (RHFene) vil overta fra Nav fra 2017.

Midlene vil gradvis stilles til disposisjon for spesialisthelsetjenesten, og det legges opp til at

RHFene vil bli bedt om å bruke midlene til arbeidsrettet rehabilitering. Konkret vil departementet be de regionale foretakene om å benytte midlene til tiltak i spesialisthelsetjenesten som bidrar til å understøtte mål og tiltak i opptrappingsplanen, så som helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp, tiltak der samarbeid med kommunene er en integrert del av virksomheten og til styrking av spesialisthelsetjenestens veiledning overfor kommunene.

0–24-samarbeidet

For å styrke arbeidet kommunene og fylkeskommunene gjør med utsatte barn og unge under 24 år, har Kunnskapsdepartementet etablert en felles satsing i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, kalt 0–24 samarbeidet. Målet er at bedre tverrsektoriell samhandling, både på nasjonalt nivå og lokalt, skal bidra til at flere utsatte barn og unge gjennomfører videregående opplæring og at utenforskap motvirkes. Arbeidet er etablert i direktoratene som et femårig program (2015–2020). Utdanningsdirektoratet koordinerer og leder arbeidet med programmet i direktoratene. Med utsatte menes barn og unge med høy risiko for å utvikle problemer som kan lede til manglende kompetanseopptilnærning i skolen og framtidig marginalisering fra utdanning og arbeidsliv. Dette gjelder spesielt barn og unge utsatt for flere eller alvorlige risikofaktorer. Eksempler på risikofaktorer er levekårsutfordringer, psykososiale vansker, helseutfordringer, vanskelig hjemmesituasjon og språkutfordringer.

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. De mest omfattende oppgavene er drift av institusjon, hjemmetjenester, allmennlegetjenesten, fysioterapitjenesten mv.

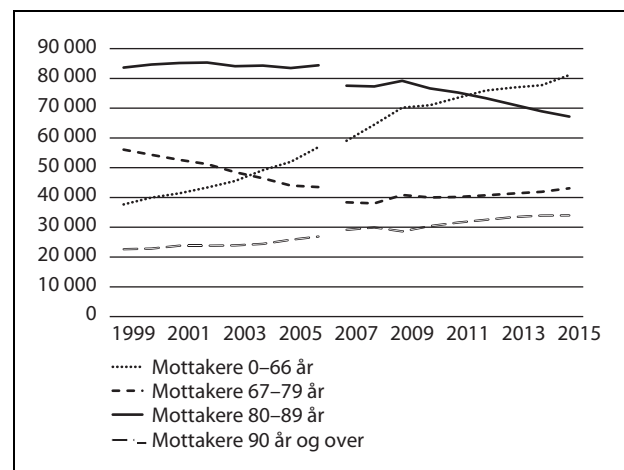
En rekke nye lover og reformer har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på kommunalt nivå. Økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten, omlegging av driften til kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet har også bidratt til at flere oppgaver enn tidligere blir løst i de kommunale 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

Datakilder som Kostra og Iplos gir detaljert informasjon om omsorgstjenestenes brukere og hvilke tjenester de mottar. I tillegg gir Iplos-registret detaljert informasjon om utviklingen i tjenestene. Foreløpige tverrsnittstall fra Iplos-registret viser at det i alt var i overkant av 275 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester ved utgangen av 2015. Av disse mottakerne hadde om lag 43 000 personer opphold i institusjon, og om lag 183 000 personer mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Nær 50 000 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. Over 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.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser videre at nærmere 349 000 unike personer mottok en eller flere kommunale omsorgstjenester i løpet av 2015. 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 2009 til 2015 har antall unike tjenestemottakere i løpet av året økt med 6 pst.



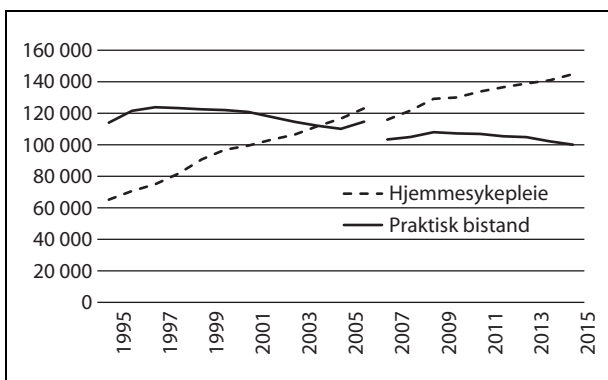
Figur 9.1 Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1999–2015

Merknad: 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 Iplos-registret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år.

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 2015 mottok om lag 146 000 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. Erfaringstall 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 eller praktisk bistand 1995–2015

Merknader: 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.

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. Forebyg-

ging, habilitering/rehabilitering og tidlig innsats er sentrale mål både i samhandlingsreformen og i Omsorg 2020, som legger til grunn en faglig omsittling 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.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2015 var 3146 brukere som mottok tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). F.o.m. 2015 ble det innført en rett til BPA for personer under 67 år med langvarig og stort behov for praktisk bistand. Rettigheten omfatter også personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. 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 2015 på i overkant av 600 personer, som tilsvarer en økning på 24 pst. Nesten ingen tjenestemottakere over 67 år har BPA.

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet og god kvalitet i allmennlegetjenesten. Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetopp-gaver, f.eks. i sykehjem og helsestasjon. Det ble utført om lag 14 millioner konsultasjoner hos allmennlege i årene 2012–2014 og om lag 14,1 millioner konsultasjoner i 2015. Det ble utført om lag 1,1 millioner konsultasjoner på legevakt i årene 2010–2013 og om lag 1,2 millioner konsultasjoner i 2014 og 2015.

Den kommunale fysioterapitjenesten omfatter fast ansatte fysioterapeuter og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter kommunen har avtale med. Det ble foretatt 8,5 millioner konsultasjoner hos avtalefysioterapeuter i 2015. Det var om lag 466 000 brukere av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i 2014. Av disse var 53 pst. sykdomslistebrukere (brukere med rett til gratis behandling).

Det fødes rundt 60 000 barn hvert år. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktige forebyggende og helsefremmende tjenester for barn og unge mellom 0 og 19 år og deres familier. 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. De fleste barn fra 0–5 år blir fulgt opp på en helsestasjon. Siden 2011 har den delen som har fått hjemmebesøk innen to uker etter fødsel, økt jevnt fra 78 pst. til 83 pst. i 2015. Ved helsestasjonene ble helseundersøkelser utført for 97 pst. av nyfødte innen åtte ukers alder i 2015. 98 pst. fikk en helseundersøkelse ved to-tre-årsalderen, mens 96 pst.

ble undersøkt ved fire-års alder. Skolehelsetjenesten gjennomfører helseundersøkelser av barn innen utgangen av første skoleår. Her ble nesten alle undersøkt, 96 pst. Dette er en prosentvis endring på 8 pst. fra 2011.

Helsestasjonen er også en viktig aktør innen svangerskapsomsorgen. I 2015 var det 9224 gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi. Dette er 15 pst. flere enn i 2014 og prosentvis endring på 11 fra 2011. Antallet ny-

innskrevne gravide til kontroll i helsestasjonen var i 2015 49491, en økning på 2 pst. fra 2014.

9.2 Personell i helse- og omsorgstjenestene

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå har det i perioden 2006–2015 vært en betydelig økning i antallet årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 9.1 Antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2006–2015¹

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Legeårsverk i kommunehelse-tjenesten	4 281	4 396	4 533	4 637	4 746	4 837	5 020	5 197	5 325	5 457
Årsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten ^{2, 3}	2 840	3 002	3 063	3 096	3 611	3 747	3 875	3 870	3 978	4 086
Fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten ⁴	4 205	4 255	4 334	4 220	4 288	4 296	4 429	4 535	4 596	4 690
Årsverk i omsorgstjenestene ²	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180	132 694	134 324	135 433
Sum	124 546	129 842	133 139	135 435	138 872	141 782	144 504	146 296	148 223	149 666

¹ Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra.

² Leger og fysioterapeuter er ikke inkludert.

³ F.o.m. 2010 er antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten hentet fra register.

⁴ Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverk tallene f.o.m. 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenesten består av fastlegeordningen og leger i legevakt, sykehjem, fengsel mv.

Tall fra Helsedirektoratet fra utgangen av mars 2016 viser at 95,8 pst. av fastlegepraksisene er basert på selvstendig næringsdrift, mens 4,2 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. 7,7 pst. av fastlegepraksisene er del av en fellesliste, 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 41 pst. per mars 2016. Av

økningen i antall fastleger fra utgangen av 2002 til utgangen av mars 2016 utgjorde kvinnelige leger 88,4 pst. (798 av 903 fastleger).

Tall fra Statistisk sentralbyrå for 2015 viser at den samlede årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde 5457 årsverk, en økning på 132 årsverk fra 2014 (2,5 pst.). Økningen fordeler seg med 89 årsverk til fastlegevirksomhet, en økning på 2,1 pst., og 37 årsverk til institusjoner for eldre og funksjonshemmede, en økning på 7 pst. Fra 2002 til 2015 økte antall årsverk i allmennlegetjenesten med til sammen 1306 (31,5 pst.) fra 4151 til 5457. Det har vært en jevnt større økning i antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenliknet med i kommunene.

Tall fra Helsedirektoratet viser at det ved utgangen av første kvartal 2016 var registrert 4606 fastle-

ger i kommunene (4622 fastlegepraksiser). Dette er en økning på 903 fastleger fra utgangen av 2002. Av totalt 4680 fastlegehjemler var 57 ikke besatt. 0,6 pst. av befolkningen (33 993 innbyggere) sto på lister knyttet til disse hjemlene. Flertallet av disse listene er betjent av vikarer, ofte i korttidsvikariater. I noen områder av landet er det fortsatt betydelige utfordringer med å opprettholde stabiliteten i allmennelegetjenesten. Utfordringene har vært størst i de fire nordligste fylkene, på nordvestlandet og i enkelte innlandsområder. Per 31. mars 2016 var andelen ledige hjemler størst i Nord-Trøndelag, Nordland og Finnmark med hhv. 4 pst., 4,8 pst. og 6,3 pst. Andelen ubesatte hjemler i Sogn og Fjordane var 3,2 pst. og i Møre og Romsdal 3,6 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 2016 var det 182 legevakter, hvorav 101 interkommunale og 81 kommunale. Til sammenlikning var det totalt 191 i 2014, 203 i 2012 og 241 i 2009. Det registreres også en utvikling med reduksjon i antall legevaktsentraler med 165 i 2007, 145 i 2009, 116 i 2012, 109 i 2015 og 104 i 2016. 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 helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten. Den enkelte fastlege har i tillegg ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggere på sin liste innenfor den åpningstid som er avtalt med kommunen.

Forebyggende helsetjenester

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. Grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er helsesøster, jordmor, lege og fysioterapeut. Det har vært en offensiv satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten siden 2014 og kommunene er godt i gang med å styrke tjenesten.

Kostra-tall for 2015 viser en samlet økning av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten på 118 årsverk, fra 4381 til 4499, fra 2014 til 2015. Antall helsesøsterårsverk økte med 135, fra 2334 til 2469. Antall jordmorårsverk økte med 35 til 323,

og antall årsverk utført av andre sykepleiere økte med 69 til 505. Antall lege- og fysioterapeutårsverk i tjenesten økte med hhv. 1 og 8. Nedgangen i årsverk kan tilskrives personell uten fagutdanning som er redusert med 164 årsverk. Det er imidlertid viktig å merke seg at det er brudd i tidsserien pga. omlegging i Statistisk sentralbyrå (SSB). Med unntak av lege- og fysioterapeutårsverk er det usikkerhet i eller knyttet til tallene. Tallene skiller ikke mellom årsverk i hhv. helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet jobber med å få en bedre oversikt over fordelingen av årsverk i de to deltjenestene.

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. Det er gjennomsnittlig 0,8 jordmorårsverk per kommune.

Fysioterapeuter

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 2015 var 9 årsverk per 10 000 innbyggere noe som er en økning på 0,1 pst. fra 2014. Det totale antallet årsverk for fysioterapeuter i kommunene var i 2015 på 4690. Av disse var 2701 årsverk avtalefysioterapeuter og 1989 fastlønte inkludert 160 årsverk for turnuskandidater. 81,5 pst. av fysioterapeutårsverkene går særlig med til diagnostisering, behandling og rehabilitering. Årsverk som går med til forebyggende helsearbeid, aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjeneste og innsats i institusjon viser en svak økning fra 2014.

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 deltidshjemler med minimum 50 pst. når dette samsvarer med det reelle tjenestebehovet. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller annet honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel og liknende er å anse som misligholdelse av driftsavtalen med kommunen. Mange

avtalefysioterapeuter har over tid hatt deltidshjemler. Etter at regjeringen la om finansieringen av den avtalebaserte fysioterapijenesten i 2009 og i 2010 i honorartarifforhandlingene, har kommunene løftet en rekke av disse deltidshjemlene. I 2015 hadde fortsatt 49 pst. av avtalefysioterapeutene deltidshjemler. Utviklingen går i retning av større hjemmelstørrelser. Gjennomsnittlig hjemmelstørrelse var i 2015 på 80 pst. mot 79 pst. i 2014. Det vises til omtale under kap. 2755, post 71.

Manuellterapeuter er fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi. Disse arbeider hovedsakelig i primærhelsetjenesten. Pasienten kan oppsøke manuellterapeuter med driftsavtale direkte uten henvisning fra fastlegen eller annen henvisende instans og motta refusjon fra folketrygden. 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/skjelettplager i inntil 12 uker. Manuellterapeuter og kiropraktorer avlaster derfor fastlegene på muskel/skjelettområdet.

Det er en liten vekst av fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi som har driftsavtale med kommunene. I følge tall fra Kuhr (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) leverte 509 fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi oppgjør til Helfo i 2015 mot 485 i 2014.

Fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi kan heve forhøyede takster for sin virksomhet. Det er også en liten vekst av fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi med driftsavtale i kommunene. I 2015 leverte 334 fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi oppgjør til Helfo, mot 329 i 2014.

Ergoterapeuter

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå fra 2015 viser årsverksutviklingen for ergoterapeuter en økning på 53 årsverk i kommunene, fra 1837 i 2014 til 1890 i 2015. Antall ergoterapeuter er fortsatt lavt i Norge sammenliknet med andre nordiske land. I 2015 er det fortsatt om lag 100 kommuner som ikke har ergoterapeut i sitt tjenestetilbud.

Psykologer

I følge tall fra Sintef basert på kommunenes rapportering på årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har det vært en betydelig økning i antall psykologer i disse tjenestene fra 2014 til 2015. Antall psykologårsverk rettet mot voksne

økte med 67 pst. til 122 årsverk i 2015. For psykologårsverk rettet mot barn er økningen på om lag 18 pst., opp til 273 årsverk. Samlet rapporterer dermed kommunene om totalt 395 psykologårsverk i kommunale psykisk helse- og rustjenester.

Siden 2009 har det vært ytt tilskudd til kommuner som ansetter psykolog i helse- og omsorgstjenestene. I 2015 ble det ytt tilskudd til 350 psykologårsverk, og over halvparten av landets kommuner og bydeler hadde ved utgangen av 2015 rekruttert psykolog.

Det er et mål at den styrkede psykologkompetansen i kommunene skal bidra til et bedre helsefremmende og forebyggende arbeid, samtidig som flere lavterskel behandlingstilbud skal kunne etableres.

Omsorgstjenestene

I løpet av de siste 20 årene har årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene omtrent blitt fordoblet til dagens om lag 135 400 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 (SSB) viser at kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene med i overkant av 28 400 årsverk i perioden 2005–2015.

Det er utfordringer knyttet til tilgangen på helsefagarbeidere, som er den største utdanningsgruppen i omsorgssektoren. Etter omleggingen av hjelpeleier- og omsorgsarbeiderutdanningen til helsearbeiderfaget har tilgangen på denne utdanningsgruppen blitt betydelig redusert. Beregninger foretatt av SSB i 2012 i Helsemod viser at det også kan bli mangel på sykepleiere i løpet av noen år.

Ifølge tall fra SSB har antall årsverk av leger i institusjon i perioden 2008 til og med 2015 økt med til sammen 226 årsverk. Dette tilsvarer nær 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 2004–2015

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Årsverk i alt ¹	108 731	107 071	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180	132 694	134 324	135 433
Årsverk av leger i institusjon ²	260	275	289	320	343	383	405	427	472	502	533	570
Årsverk av fysioterapeuter i institusjon ³	332	311	333	353	357	353	368	389	410	432	439	454
Årsverk per mottaker ^{4,5}	0,53	0,52	0,53	0,58	0,58	0,57	0,58	0,59	0,60	0,60	0,61	0,61
Årsverk per 1 000 innbygger 80 år og over	506	496	519	541	552	561	571	582	592	601	609	619
Andel legemeldt sykefravær av årsverk totalt ⁶	-	9,0	9,1	9,1	9,0	9,4	9,1	8,5	8,9	8,5	8,7	-

¹ Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra. Eksklusive leger og fysioterapeuter.

² Institusjon i Kostra innbefatter sykehjem, aldershjem og barneboliger.

³ Tidsseriebrudd: Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstall fra og med 2009.

⁴ Mottakere er summen av antall plasser i sykehjem og aldershjem, samt antall brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand.

⁵ Tallene for årsverk per mottaker har brudd mellom 2006 og 2007, ettersom tallet på hjemmehjernetemottakere før 2007 er basert på skjemarapportering og tall f.o.m. 2007 er hentet fra Iplos-registeret. Kun brukere av praktisk bistand og helsejenester i hjemmet (hjemmesykepleie) er inkludert.

⁶ Det foreligger ikke statistikk over fraværet i 2015. Bakgrunnen er endringer i Statistisk sentralbyrås datainnsamling f.o.m. 2015, som medfører forsinket fraværdata.

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 datamaterialet for 2015, 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 trolig har en hel del årsverk blitt rapportert både i psykisk helsearbeid og rusarbeid. Fra 2014 rapporteres det derfor samlet for begge fagområder. Dette representerer både en ønsket utvikling, mot å se fagområdene tettere i sammenheng, og gir også et riktigere bilde av kommunenes ressursbruk innen fagområdene.

Sammenstillingen innebærer et brudd i tidsserien for 2014, og at tallene for 2014 og 2015 ikke direkte kan sammenliknes med rapporteringen fra tidligere år. Sintef vurderte imidlertid at det trolig ikke var store endringer i årsverksinnsatsen fra 2013 til 2014. Fra 2014 til 2015 ser man imidlertid en mulig positiv utvikling, med en samlet økning på over 800 årsverk. Særlig gledelig er det at antall årsverk rettet mot barn og unge ser ut til å øke fra 2702 i 2015 til 2873 i 2016.

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 bekymringsverdigg har utviklingen innen arbeid rettet mot barn og unge vært – hvor det i perioden 2007 til 2013 var en ikke ubetydelig reduksjon i antall årsverk. Det er derfor positivt å registrere en økning i antall årsverk rettet mot barn og unge fra 2014 til 2015. Regjeringens satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sammen med et løft i rekrutteringen av psykologer til kommunene, vil fortsette å styrke det helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeidet rettet mot barn.

I 2015 var det totalt 13 936 årsverk innen kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, og en økning på over 6 pst. sammenliknet med 2014.

I 2016 ble om lag 39 pst. av årsverkene innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne avsatt til tjenester i bolig med fast personell. 26 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 49 pst.

av årsverkene til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, mens 43 pst. går til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tabell 9.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid i 2014 og 2015¹

	2014	2015
Voksne	10 429	11 063
Barn	2702	2873
Total	13 131	13 936

¹ 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 og senere.

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. 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 nær 40 000 i 2015. 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.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det ved utgangen av 2015 var nærmere 23 000 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 2015 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 39 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

Kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenestene var om lag 117,9 mrd. kroner i 2015. Av dette utgjorde om lag 15,5 mrd. kroner utgifter til kommunehelsetjenester, om lag 101,8 mrd. kroner utgifter til omsorgstjenestene og om lag 0,6 mrd. kroner utgifter for kommunene knyttet til samhandlingsreformen. Statens tilskudd til kommunal medfinansiering av somatiske tjenester ble avsluttet fra 2015. Det har medført at kommunenes utgifter knyttet til samhandlingsreformen er redusert med om lag 5,3 mrd. kroner fra 2014 til 2015.

Det vesentligste av utgifter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. I tillegg finansieres deler av tjenestene gjennom brukerbetaling og egenandeler. For kommunene utgjorde inntek-

tene fra brukerbetaling for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen 6,6 mrd. kroner i 2015. Egenbetaling for helsetjenester under egenandelstakordningene er anslått til 4,3 mrd. kroner i 2015.

Det 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.

I 2016 ble det utbetalt 8,6 mrd. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett 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 7,1 mrd. kroner i 2015. For nærmere omtale se del III 10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Tabell 9.4 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mill. kroner) 2006–2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ⁴
Brutto driftsutgifter i kommunene ²	224 533	243 006	267 074	289 891	303 712	321 473	343 157	363 157	379 198	388 936
Brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester	8 373	8 968	9 888	10 549	11 279	12 213	12 991	13 855	14 959	15 504
Brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester	57 913	62 957	70 473	74 823	78 575	83 242	90 213	94 457	100 929	101 759
Brutto driftsutgifter til samhandling							5 180	5 486	5 833	561

¹ Brudd i tidsserie: t.o.m. 2007 gjelder tallene kun for kommunekasse. F.o.m. 2008 er også kommunekonsert inkludert. Konsern omfatter også tall fra kommuneregnskapet og regnskapene fra kommunale foretak (KF/FKF) samt interkommunale samarbeid og interkommunale selskaper (IKS).

² Inkludert fylkeskommunale utgifter Oslo.

³ Statens tilskudd til kommunal medfinansiering av somatiske tjenester ble avsluttet fra 2015.

⁴ Tall fra 2015 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

10 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til 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.

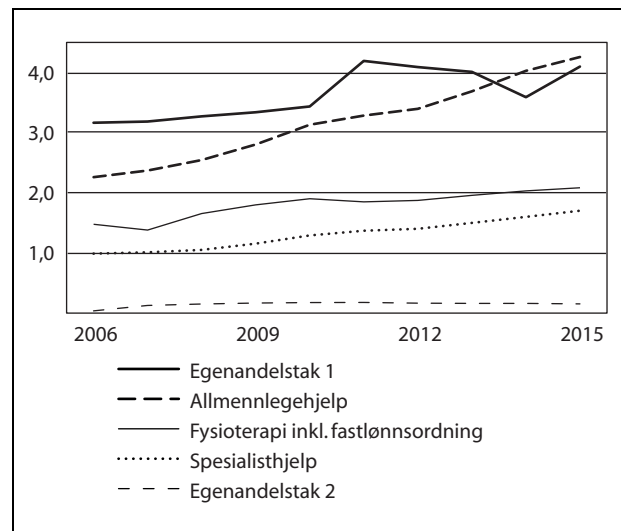
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept finansieres av folketrygden og pasientene.

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.

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 10.1 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelsordningene i perioden 2006–2015 (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 2 369 mill. kroner i 2006 til 4 257 mill. kroner i 2015, svarende til en nominell vekst på 79,7 pst., jf. figur 10.1.

Det vises til omtale av allmennlegetjenesten under kap. 762 Primærhelsetjeneste, kap. 2755, post 70 Allmennlegehjelp og del III 10 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Refusjoner til behandling hos avtalespesialist har økt fra 1 011 mill. kroner i 2006 til 1 795 mill.

kroner i 2015. Dette svarer til en nominell vekst på 77,5 pst. for hele perioden, jf. figur 10.1. Refusjonsutgiftene til avtalespesialister var stabile i begynnelsen av perioden, bl.a. knyttet til at det ble overført midler til helseforetakene for å øke spesialistenes driftstilskudd.

Det vises til omtale av avtalespesialister under kap. 2711, post 70 Spesialisthjelp.

Refusjon fysioterapi

Utgifter til fysioterapi omfatter i hovedsak refusjoner for behandling hos fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene og avsetning til fond. Folketrygdens utgifter til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, økte i perioden 2006 til 2015 fra 1 380 mill. kroner til 2 250 mill. kroner. Dette svarer til en nominell vekst på 63 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 2 084 mill. kroner i 2014 til 2 250 mill. kroner i 2015, tilsvarende 7,8 pst., jf. figur 10.1.

Det vises til omtale under kap. 762, kap. 2755, post 62 og 71 og del III 10 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Refusjon legemidler på blå resept (inkl. egenandel på frikort)

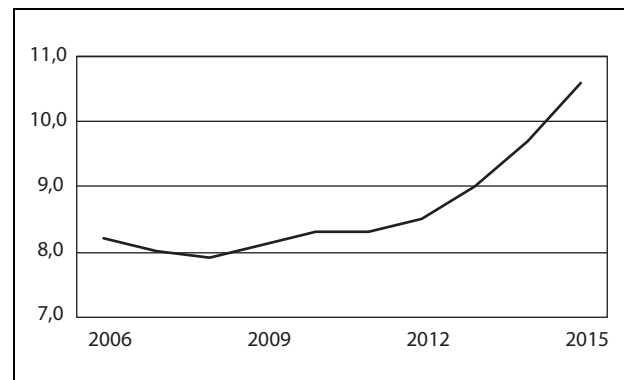
Det ble refundert legemidler for 7,6 mrd. kroner til 2,3 millioner unike brukere i 2015 etter forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 2). I tillegg ble det gitt refusjon, med hjemmel i § 3, på 2 mrd. kroner til i underkant av 132 000 unike brukere etter individuell søknad. Det ble gitt refusjon til behandling av smittsomme sykdommer for 977 mill. kroner etter § 4, til rundt 33 000 brukere.

Folketrygdens utgifter til legemidler over blåreseptordningen har økt fra 8,2 mrd. kroner i 2006 til 10,6 mrd. kroner i 2015, en nominell økning på

29 pst., jf. figur 10.2. 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 2012–2015 skyldes bl.a. nye legemidler til behandling av hepatitt C, kreft og forebygging av blodpropp. I 2014 ble finansieringsansvaret for enkelte kreftlegemidler overført til helseforetakene. Videre ble finansieringsansvaret for veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler, anemilegemidler og nye legemidler til behandling av hepatitt C overført helseforetakene i 2016.

Målt i definerte døgndoser (DDD) har forbruket av legemidler på blå resept økt med 42 pst. fra 1,2 mrd. DDD i 2005 til 1,7 mrd. DDD i 2015. Grunnen til dette er både vekst i antall innbyggere og i forbruk per innbygger.

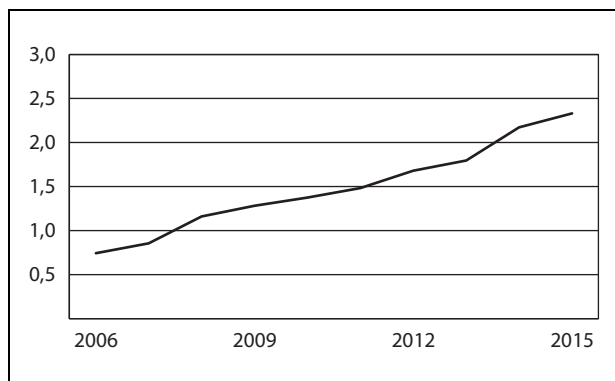
Det vises til omtale under programkategori 10.50 Legemidler og kap. 2751, post 70.



Figur 10.2 Folketrygdens utgifter til blå resept inkludert egenandeler på frikort for perioden 2006–2015 (beløp i mrd. kroner)

Refusjon tannbehandling

Folketrygdens utgifter til tannbehandling omfatter stønad til undersøkelse og behandling ved bestemte diagnoser og behandlingsformer.



Figur 10.3 Folketrygdens refusjoner til tannbehandling for perioden 2006–2015 (beløp i mrd. kroner)

Folketrygdens utgifter til tannbehandling på kap. 2711, post 72 økte fra 743 mill. kroner i 2006 til 2 330 mill. kroner i 2015, jf. figur 10.3. Nominelle utgifter er mer enn 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. Disse to områdene utgjorde samlet om lag 50 pst. av utbetalingene på posten i 2015.

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:

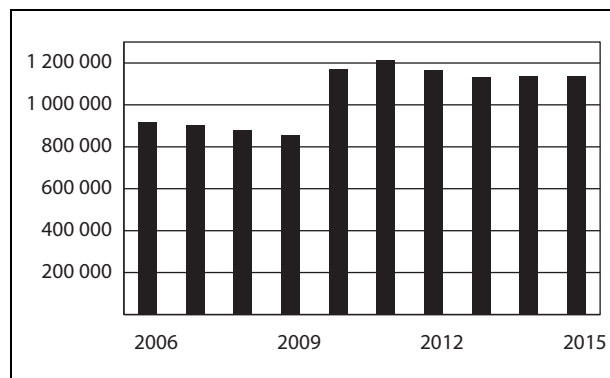
- undersøkelse og behandling hos leger, psykologer, i poliklinikk, i laboratorier og i røntgeninstitutt.
- reise i forbindelse med undersøkelse og behandling.
- viktige legemidler og medisinsk forbruksmaterieell på blå resept.

Fra 2006 til 2015 har utgiftene over egenandelstak 1 økt fra 3 184,1 mill. kroner til 4 166,9 mill. kroner, jf. figur 10.1. Dette er svarer til en nomi-

nell vekst på 31,1 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 ekstraavgifter 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 ses 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. Utgiftene økte fra 4 098,5 mill. kroner i 2014 til 4 166,9 mill. kroner i 2015, en økning på 1,7 pst.

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 driftsåret etter innføring av automatisk frikort. Da ble det utstedt 1 212 000 frikort, en økning på 3,6 pst. fra 2010, jf. figur 10.4. I 2015 ble det utstedt 1 140 000 frikort, en økning på 0,2 pst. fra 2014.



Figur 10.4 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2006–2015

Av 1 140 000 brukere som fikk frikort under egenandelstak 1-ordningen i 2015, var 565 452 alders- og uførepensjonister. Om lag 54 pst. av frikortmottakerne under tak 1-ordningen er alders- og uførepensjonister. Om lag 600 000 av frikortmottakerne i 2015 hadde pensjonsgivende inntekt i 2014. Tilsvarende var det om lag 3,3 millioner personer i Norge med pensjonsgivende inntekt i 2014. 20 pst. av befolkningen med pensjonsgivende inntekt mottok dermed frikort tak 1.

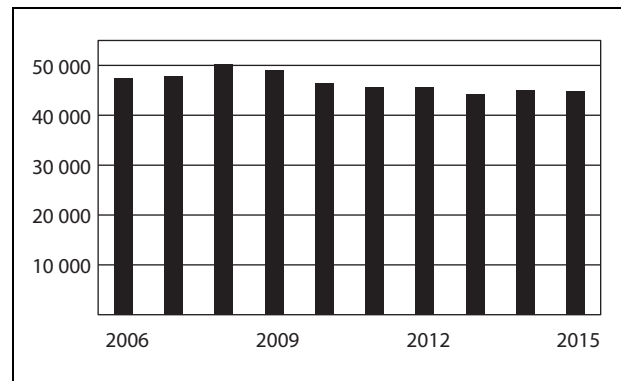
Det vises til omtale under kap. 2752, post 70 Egenandelstak 1.

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.

Utgiftene til egenandelstak 2 viser en økning fra 2006 t.o.m. 2010, fra 127,5 mill. kroner til 179 mill. kroner. I de senere årene har utgiftsveksten vært moderat. I 2014 var utgiftene til folketrygden 164 mill. kroner. I 2015 var utgiftene 166 mill. kroner, en økning på 1,2 pst., jf. figur 10.1.



Figur 10.5 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2006–2015

I perioden fra 2006 til 2008 har antall frikort under egenandelstak 2 ligget på mellom 45 000 og 50 000, jf. figur 10.5. De siste årene har antall frikort gått ned. Fra 2011 til 2015 har antall frikortmottakere ligget mellom 44 000 og 46 000.

I 2015 mottok 44 842 frikort under egenandelstak 2. Dette er en reduksjon på 0,5 pst. Av frikortmottakerne under tak 2 var 72 pst. kvinner og 28 pst. menn.

56 pst. av de som oppnår frikort under tak 2-ordningen, oppnår også frikort under tak 1-ordningen. 33 340 av frikortmottakerne under tak 2 i 2015 hadde pensjonsgivende inntekt i 2014. Tilsvarende var det om lag 3,3 millioner personer i Norge med pensjonsgivende inntekt i 2014. 1 pst. av befolkningen med pensjonsgivende inntekt mottok dermed frikort tak 2.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 71 Egenandelstak 2.

11 Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21

HelseOmsorg21-strategien (HO21-strategien) ble overlevert statsministeren og helse- og omsorgsministeren i juni 2014. Den inneholdt om lag 140 anbefalinger fordelt på 10 prioriterte satsingsområder. Tiltakene er rettet mot næringsliv, sykehus, universitetene og høyskolene, offentlig forvaltning, kommunesektoren, brukere, brukerorganisasjoner og departementene. Ansvaret for å følge opp strategien ligger hos alle aktørene.

Regjeringen la i november 2015 fram Handlingsplan for oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien som sitt bidrag til å virkeliggjøre og følge opp visjonen i strategien om kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse. Åtte departementer bidro i utformingen. Handlingsplanen inneholder 40 tiltak for hvordan regjeringen vil følge opp de 10 prioriterte satsingsområdene på kort og lang sikt. Flere av disse tiltakene er fulgt opp gjennom statsbudsjettet for 2015 og 2016, og gjennom oppdrag gitt i tildelingsbrev til underliggende etater, Norges forskningsråd og oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Enkelte av tiltakene er også prioritert og integrert i stortingsmeldinger i 2015 og 2016.

I budsjettproposisjonen for 2017 foreslås det å prioritere tiltak fra regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 på Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde og Kunnskapsdepartementets område. Det vises til kap. 780, post 50, om styrking av Forskningsrådets program Helsevel som en del av opptrappingsplanene på hhv. rusfeltet og vold og overgrep. I Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon programkategori 07.70 Forskning, og 07.60 Høgre utdanning og fagskoleutdanning foreslås det 100 mill. kroner til forskningsinfrastruktur, 75 mill. kroner til stimuleringsmidler for økt norsk deltakelse i Horisont 2020, 48 mill. kroner til rekrutteringsstillinger, 50 mill. kroner til Fripro Toppforsk, 10 mill. kroner til Fripro Unge forskertalen-

ter og 17 mill. kroner til ordningen Senter for fremragende forskning (SFF).

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte i 2015 HelseOmsorg21-rådet (Rådet). Rådet består p.t av 30 medlemmer og er en felles arena for aktørene, og skal bidra til en helhetlig oppfølging av denne. Forskningsrådet er sekretariat for Rådet. I 2015 hadde Rådet seks møter, og det er planlagt seks møter i 2016. De viktigste aktivitetene i 2015 var Rådets innspill til regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien, oppstart av arbeidet med oppfølgingen av tiltakene i HO21-strategien samt etablering av et samarbeid med Teknologirådet om scenarioprojektet HO21. Så langt i 2016 er det særlig følgende satsingsområder som er diskutert og behandlet i Rådet: helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde, kunnskapsløft for kommunene, helsedata som nasjonalt fortrinn, høy kvalitet og sterkere internasjonalisering og god styring og ledelse.

I mai 2016 gjennomførte sekretariatet for Rådet en spørreundersøkelsen om aktørenes oppfølging av strategien, som ble sendt til 74 organisasjoner/interesseforeninger/klynger om strategien, 31 besvarte undersøkelsen. Disse er fordelt på fem universitet, to høyskoler, de fire regionale helseforetakene, syv helseforetak, tre institutter, en bransjeforening, en klynge, et forskningsforvaltningsorgan, fire brukerorganisasjoner/brukerutvalg og tre kommuner. Undersøkelsen viser at strategien er kjent for de som deltok i spørreundersøkelsen. Der hvor det er utviklet planer for implementering av strategien, har strategien vært diskutert på ledelsesnivå. Av de som deltok i undersøkelsen er det oppgitt at det er satt i gang flest tiltak innenfor satsingsområdet om økt brukermedvirkning. Innenfor dette satsingsområdet oppgir også flest at de har planer om å sette i verk tiltak. Aktørene er positive til Rådets arbeid og positiv til å bidra i det videre arbeidet med implementering av tiltakene iht HO21- strategien.

Tabell 11.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig departement	Status
Mer bruker-medvirkning	a. Innføre en hovedregel om brukermedvirkning i forskning finansiert av HOD	HOD	Innført
	b. Innføre behovsidentifisert forskning som et nytt virkemiddel i Forskningsrådet og i de regionale helseforetakene	HOD	Innført
	c. Evaluere omfang og effekt av brukermedvirkning i forskning	HOD	I prosess/HO21-monitor
Utvikling av menneskelige ressurser	a. Bedre kvaliteten og øke relevansen i helse- og sosialfaglige utdanninger ved å følge opp prosjektet Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjons-utdanningene og følge opp prosjektet Kvalitet i praksisstudier	KD	I prosess, avhengig av andre prosesser
	b. Vurdere et mer omfattende, lovpålagt ansvar for kommunene til å ta imot praksisstudenter	KD	I prosess
	c. Utvikle en spesialistutdanning for leger rettet mot behov og utfordringer i framtida, der klinisk forskning kan inngå	HOD	Fulgt opp
	d. Gi universitet og høyskoler større handlefrihet til å føre en fleksibel personalpolitikk som gir ønsket kompetanse og god rekruttering ved å innføre en forskrift om innstegstillinger <ul style="list-style-type: none"> – revidere forskrift om opprykk ved tilsetninger i universitets- og høyskolesektoren – vurdere å endre reglene for utrekning av tjenestetid for stipendiater 	KD	I prosess
Strategisk kunnskapsbasert styring	a. Etablere HelseOmsorg21 Monitor	HOD	Lanseres høsten 2016
	b. Kartlegge barrierer og handlingsrom for samarbeid mellom UH-sektoren og helseforetakene	HOD/KD	Rapport leveres september 2016

Tabell 11.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig departement	Status
Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	a. Vurdere hvordan stimuleringstiltakene i opptrappinga av langtidsplanen kan bidra til å styrke norsk deltakelse i helseforskning i Horisont 2020 og ERA	KD	Styrket generelle virkemidler og spesielt helse
	b. Innrette nasjonale virkemidler slik at de virker mobiliserende og kvalifiserende for deltakelse i Horisont 2020	HOD/KD	Ferdig, tilpasset alle program i Forskningsrådet
	c. Styrke den grunnleggende fremragende forskningen	KD	Styrket Fripro, SFF med mer i 2016
	d. Øke bevilgningene til forskningsinfrastruktur, i tråd med den varsle opptrappingen i langtidsplanen for forskning og høyere utdanning	KD	Styrket Fripro, Infra, SFF med mer i 2016
	e. Vurdere en ny senterordning for klinisk forskning i Forskningsrådet	HOD	Utredningsoppdrag gitt i 2016
Møte de globale helseutfordringene	a. Videreutvikle insentiv for partnerskap med forskere i lav- og mellominntektsland, bl.a. gjennom eksisterende mekanismer som Globvac og Norhed	UD	I prosess
	b. Utrede og etablere en finansieringsmekanisme for innovasjonsprosjekt innen global utdanning og helse	UD	I prosess
Helsedata som nasjonalt fortrinn	a. Revidere forskriftene som er hjemlet i helseregisterloven	HOD	I prosess
	b. Vurdere en samlet forskrift for de store befolkningsbaserte helseundersøkelsene	HOD	I prosess
	c. Vurdere mulige ordninger for å finansiere større datainnsamlinger gjennom befolkningsbaserte helseundersøkelser	HOD	Utredningsoppdrag gitt NFR
	d. Delfinansiere datainnsamling i Hunt 4	HOD	Ferdig. Fulgt opp i budsjett 2016
	e. Vurdere etablering av et personidentifiserbart register over legemiddelbruk og et register over psykiske lidelser og rus	HOD	I prosess
	f. Vurdere tiltak for å lette koblinger mellom helsedata og andre typer datakilder for ulike formål og brukergrupper, samtidig som personvernet tas hensyn til.	HOD	I prosess. Nedsatt ekspertgruppe, frist 30.06.17

Tabell 11.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig departement	Status
Bedre klinisk behandling	a. Etablere et felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten	HOD	Ferdig. Program etablert i 2016
	b. Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke infrastrukturen for utprøving og testing av ny diagnostikk og medisinsk utstyr	HOD	Oppdrag gitt 2016
	c. Opprette nytt program i Forskningsrådet for god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering	HOD	Program etablert i 2016
	d. Videreutvikle nettsidene med pasientretta informasjon om kliniske studier på helse-norge.no	HOD	I prosess. Oppdrag gitt Helsedirektoratet og RHF
	e. Etablere en nasjonal database for kliniske studier	HOD	I prosess. Cristin leder prosjektet
	f. Etablere et forskningsnettverk innenfor tannhelse	HOD	Utredningsoppdraget ferdigstilles i 2017
	g. Innføre partikkelbehandling i Norge gjennom etablering av protonsentere	HOD	I prosess. Konseptfase
Kunnskapsløft i kommunene	a. Bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene	HOD	I prosess, jf. omtale i budsjett 2017
	b. Vurdere å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	HOD	Lovproposisjon om KPR vedtatt i Stortinget våren 2016
	c. Gi nasjonale og regionale kompetansesenter for helse- og omsorgstjenestene utenfor spesialisthelsetjenesten et samfunnsoppdrag om forskning og kunnskapsstøtte	HOD	I prosess. Sentrene fått nytt samfunnsoppdrag
	d. Opprette et nytt forskningsprogram i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet, som skal styrke kunnskapen om folkehelse i kommunene	HOD	Ferdig. Program etablert i 2016
Effektive og lærende tjenester	a. Øke omfanget av følgeforskning og tjenesteinnovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene	HOD	Løpende oppdrag
	b. Følgeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft for å se effektene av endringene	HOD	Oppdrag gitt NFR i 2016

Tabell 11.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig departement	Status
Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	a. Styrke de generelle virkemidlene i den næringsrettede forsknings- og innovasjonspolitikken i 2016	NFD	BIA, FORNY og FOU-kontrakt i IN styrket
	b. Styrke arbeidet med standardisering innenfor e-helse og velferdsteknologi	HOD	I prosess
	c. Legge til rette for at den offentlige helse- og omsorgstjenesten har effektiv dialog med markedet om de behovene markedet har	NFD	Ny lov om anskaffelser vedtatt.
	d. Legge til rette for mer bruk av innovasjonsfremmende anskaffelsesmetoder	NFD	I prosess
	e. Styrke Nasjonalt program for leverandørutvikling i 2016	NFD	Ferdig. Styrket med 10 mill. kroner i 2016
	f. Legge til rette for et mer helhetlig og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskningsmiljøer og matnæringen – innenfor mat, ernæring og helse	HOD	I prosess. Følges opp i Handlingsplan kosthold

Nedenfor følger en særlig synliggjøring av to av områdene som er fulgt opp i regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21. Det ene området er Kunnskapsløft i kommunene og det andre området er Helsedata som nasjonalt fortrinn. I budsjettet for 2018 vil andre områder beskrives særskilt.

Kunnskapsløft i kommunene

Kunnskapssystem for forskning rettet mot kommunale tjenester

I løpet av de siste 10–15 årene er det etablert flere sentre som primært har forskning som oppgave og som mottar tilskudd til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet og andre direktorat/departement. Målet er å utvikle et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre nærliggende tjenester basert på prinsippene om at forskningen skal være uavhengig, av god vitenskapelig kvalitet, nyttig og reflekterer brukernes og tjenestenes behov for ny kunnskap. Departementet vil legge til rette for at forskningsmiljøene blir robuste, kompetente og flerfaglige, og at det etableres god samhandling med brukerne av tjenestene og med kommunesektoren. Videre skal ressursutnyttel-

sen være effektiv. På sikt er målet at miljøene når opp i både nasjonale og internasjonale konkurransearenaer for forskningsmidler.

Sentre som langt på vei har forskning som hovedoppgave er allmennmedisinske forskningsenheter, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin, Senter for samisk helseforskning, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging og Nasjonalt senter for vold og traumatisk stress. I tillegg Senter for omsorgsforskning som er fordelt i fem regioner. Det pågår også betydelig forskningsaktivitet ved de regionale kunnskapssentrene for barn og unges psykiske helse og barnevern og ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Øst og Sør. Forskningsdelen av sentrenes aktivitet vil omfattes av den nedenfor nevnte omleggingen.

Forskningsrådet har vurdert sentrene og i tråd med deres anbefalinger vil departementet legge finansieringen av forskningen ved sentrene inn under de ordinære ordningene for forskningsfinansiering i Forskningsrådet. Dette må gjøres over tid for å sikre at miljøene har mulighet til å gjennomføre nødvendig omstilling og kvalitetsheving. Departementet vil legge til rette for en

gradvis overgang over flere år fra en fast bevilgning til at en større andel av midlene styres mot en resultat- og konkurransebasert finansiering. Det er under etablering enhetlige forskningsindikatorer og rapporteringsrutiner for forskningsaktivitet til forsknings- og kompetansesentrene. Departementet varsler med dette at det vil skje en gradvis overføring av tilskuddsmidler til forskning for de ovenfor nevnte sentrene fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet f.o.m. 2018. Omsorgsforskningssentrene mottar allerede forskningsmidlene fra Forskningsrådet. Overføringen vil i hovedsak basere seg på rapporteringssystemet som innføres fra 2017.

Departementet arbeider med å gi en bedre oversikt over forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Etablering av enhetlige forskningsindikatorer for forsknings- og kompetansesentrene er en viktig del av dette. Forskningsrådets oversikt over prosjekter der de kommunale helse- og omsorgstjenestene inngår eller er tema viser at om lag 90 prosjekter har vært gjennomført i de forrige programmene. Forskningsrådet gjennomfører en kartlegging og analyse av forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene som en del av arbeidet med å etablere HelseOmsorg21 Monitor.

Departementet vil i 2016 legge fram en forskningsstrategi for tannhelse som er utarbeidet i samarbeid med sentrale aktører, se nærmere omtale kap. 770.

Regjeringens satsing på kompetanse er sentralt i arbeidet med å styrke kunnskapsgrunnlaget i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, se nærmere omtale av Kompetanseløftet 2020.

Etableringen av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Stortinget vedtok våren 2016 lovhjemmel for etablering av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette inngår i strategien for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre. Departementet arbeider med forslag til forskrift om KPR. Arbeidet med den praktiske utviklingen av registeret startet i 2015. 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, forebyggende arbeid og forskning.

Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

Regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre utgjør en viktig del av nasjonale myndigheters satsning på å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte i 2016 i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet nytt samfunnsoppdrag og oppgaver for 21 av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten.

Samfunnsoppdraget for sentrene 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 sette i verk tiltak som skal sikre kommunene og de utøvende tjenestene bedre kjennskap til sentrenes virksomhet og likeverdig tilgang til kunnskaps- og kompetansesentrene.

Flere av kunnskaps- og kompetansesentrene har formidlet ønsker om organisatorisk sammenslåing. Et sentralt formål med sammenslåinger må være at dette gir en synergieffekt og at de aktuelle sentre på en bedre måte blir i stand til å levere kompetansestøtte til målgruppene. Sammenslåing forutsettes å foregå innenfor gjeldende økonomisk ramme. Så langt har Regionsenter for barn og unges psykiske helse Sør-Øst (RBUP Sør-Øst) slått seg sammen med stiftelsen Regionalt ressursenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Øst (RVTS Øst).

De enkelte sentrene er nærmere omtalt under aktuell kapittel og post under programområde 10.60.

Programmene departementet finansierer gjennom Forskningsrådet er sentrale i å styrke forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene, se omtale av disse under kap. 780, post 50.

Helsedata som nasjonalt fortrinn

Forskning på og analyse av helsedata er nødvendig for å vurdere befolkningens helse, kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene, og for å planlegge framtidens behov. Helseopplysninger er sensitive opplysninger som er underlagt strenge taushetspliktsbestemmelser. Regelverket for bruk av slike data forutsetter at opplysningene behandles på en etisk forsvarlig måte som ivaretar den enkeltes personvern. Det er imidlertid slik at summen av

vilkårene som er satt opp for å få tilgang til helse- data kan være unødvendig arbeids-, tids- og kostnads-krevende for å få nødvendige tillatelser.

Helse- og omsorgsdepartementet har nedsatt et ekspertutvalget for å vurdere og anbefale konkrete organisatoriske, tekniske og juridiske tiltak

for å forbedre dagens system. Til grunn for arbeidet ligger en forutsetning om at den enkelte pasient og bruker i størst mulig grad skal råde over egne personopplysninger. Personvernet skal ivaretas tverrgående i hele utvalgets arbeid. Ekspertutvalget skal levere sin sluttrapport 30. juni 2017.

12 IKT og digitalisering

Bedre bruk av IKT er nødvendig for å realisere pasientens helsetjeneste. For å nå målet om én innbygger – én journal er det nødvendig med en mer felles nasjonal IKT-utvikling. Dette krever en sterkere nasjonal styring og nye samarbeidsmodeller som kan ivareta behovet for tilstrekkelig finansiering og gevinstrealisering.

Sterkere styring av e-helseområdet

Regjeringen har etablert Direktoratet for e-helse. Som myndighet og premissgiver på e-helseområdet skal Direktoratet for e-helse ivareta den strategiske styringen av den nasjonale IKT-utviklingen. Direktoratet for e-helse skal i sin pådriverrolle involvere sektoren i utarbeidelse av strategier og handlingsplaner.

IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren har vært preget av lokale og virksomhetsinterne initiativ og de ulike aktørenes vilje og evne til å foreta nødvendige investeringer. Regjeringen ønsker å utnytte sektorens IKT-miljøer bedre. Det er u hensiktsmessig at ulike aktører skal utvikle like IKT-tjenester.

Erfaringene med utvikling av nasjonale plattformen som helsenorgerportalen, kjernejournal og e-resept, har vært gode. Nasjonale programmer med god involvering av sektoren gir god gjennomføringsevne. Regjeringen ønsker derfor økt bruk av felles IKT-løsninger i helse- og omsorgssektoren. Nasjonal porteføljestyring skal tilrettelegge for mer en mer helhetlig tilnærming til IKT-utviklingen slik at helse- og omsorgssektorens samlede ressurser benyttes mer effektivt. Regjeringen er opptatt av at markedet skal benyttes bedre. Direktoratet for e-helse har derfor i 2016 utarbeidet en leverandørstrategi for å tilrettelegge for en bedre mobilisering av leverandørmarkedet i utvikling av nye IKT-tjenester.

Økt bruk av felles IKT-løsninger krever også nye styrings- og finansieringsmodeller. Nasjonale løsninger inneholder mer data og involverer flere aktører, og gir behov for en tydelig organisering og ansvars plassering av finansiering, utvikling og drift. Direktoratet for e-helse skal, i samarbeid med sektoren, vurdere etablering av en nasjonal

leverandørrolle som kan sørge for anskaffelse, drift og forvaltning av felles nasjonale IKT-tjenester i helse- og omsorgssektoren. Det må skilles tydelig mellom myndighetsutøvelse, tjenesteproduksjon og IKT-leverandørrollen.

De regionale helseforetakene, kommuner og selvstendige aktører som yter helsetjenester på vegne av det offentlige må i større grad påberge å bidra økonomisk i utviklingen av nye nasjonale løsninger. Dette krever nye modeller for samarbeid og finansiering. Det er behov for å tenke nytt. Direktoratet for e-helse har derfor i 2016 fått i oppdrag, sammen med sektoren, å vurdere alternative modeller for finansiering.

For å øke gevinstene av nasjonale IKT-tiltak vil regjeringen fortløpende vurdere behov for å stille krav til bruk av IKT-løsninger i sektoren. I regelverket kan det stilles krav til bruk av vedtatte nasjonale arkitekturprinsipper, standarder, terminologi og kodeverk i utvikling av nye tjenester. Videre skal det vurderes om det skal settes strengere krav til bruk av felles infrastruktur og etablerte fellestjenester.

Én innbygger – én journal

For å nå målet om én innbygger – én journal har regjeringen gitt sin tilslutning til en utviklingsretning mot en felles nasjonal løsning som gir en gjennomgående journalløsning for hele helse- og omsorgstjenesten.

Et viktig mål er å sette innbyggeren i førersetet i samarbeidet om helsehjelp. Dersom all relevant informasjon presenteres samlet til helsepersonell, slipper pasienter og brukere å gjenta informasjon underveis i forløpet. Pasientsikkerheten vil bli styrket ved at helsepersonell får et bedre beslutningsgrunnlag. Ved å gi innbyggerne tilgang til én samlet journal, kan de få bedre kontroll over egen helseinformasjon og bedre oversikt over eget behandlingsforløp.

Utredningsarbeidet som har ledet fram til utviklingsretningen har vært omfattende. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har i samarbeid med sektoren vurdert ulike muligheter, f.eks. separate regionale løsninger, felles løsning for spe-

sialisthelsetjenesten og felles kommunal løsning samt en felles nasjonal løsning. En felles, nasjonal løsning skal dekke klinisk dokumentasjon, prosessstøtte og pasient-/brukeradministrasjon. En nasjonal løsning betyr ikke nødvendigvis ett system fra én leverandør, men kan bestå av flere systemer som til sammen utgjør en helhetlig løsning.

Realiseringen av én innbygger – en journal vil være omfattende og har et langt tidsperspektiv. Helse- og omsorgssektoren vil de kommende årene gjennomgå mange endringer innen helsefaglig utvikling, organisering og ikke minst digitalisering. Utviklingen må derfor skje stegvis og deles opp i selvstendige prosjekter.

Programmet Helseplattformen i region Midt-Norge er et samarbeid mellom spesialisthelse-

tjenesten og kommuner i regionen. Her er det en felles ambisjon om anskaffelse av en helhetlig løsning for pasientjournal og pasientadministrasjon, i tråd med det nasjonale målbildet om én innbygger – én journal. Helseplattformen representerer en mulighet for en begrenset geografisk utprøving av det nasjonale utviklingsretningen. Det innebærer en god anledning for å tidlig å teste ut samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister, og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert fastlegene. Helseplattformen omhandler kun virksomhetene i Midt-Norge, men det skal tas høyde for at senere nasjonale anskaffelser kan bygge på Helseplattformens anskaffelsesgrunnlag.

13 Internasjonalt samarbeid

Norge deltar aktivt i helsesamarbeid og helseforskningssamarbeid på tvers av landegrensene for å medvirke til å realisere og videreutvikle sentrale helsepolitiske mål gjennom multilaterale og bilaterale kanaler. Sentralt i dette arbeidet står FN, Verdens helseorganisasjon, EU, Europarådet, OECD, nordisk samarbeid, samarbeidet i Barentsregionen og under Den nordlige dimensjon.

Forente nasjoner (FN)

I september 2016 arrangerte FNs generalforsamling et høynivåmøte om antimikrobiell resistens. Kun to ganger tidligere i FNs historie er et helse tema behandlet på denne måten, noe som understreker alvoret i den internasjonale situasjonen med en raskt økende resistensutvikling mot en rekke antibiotika som er av kritisk betydning for folkehelsen.

Helseministeren har deltatt som kommissær i FNs høynivåkommisjon for helsearbeidere og økonomisk vekst i 2016. Kommisjonen foreslår et tverrsektorielt samarbeid for å øke og forbedre de globale investeringene i arbeidsplasser i helsesektoren. Norge vil delta i dette arbeidet i årene som kommer.

UNECE, FNs økonomiske kommisjon for Europa, har nedsatt en arbeidsgruppe om aldring av befolkningen som følger opp Wien-erklæringen fra 2012 som forplikter deltakerlandene til å møte aldringen av befolkningen med å videreutvikle en tverrsektoriell eldrepolitikk som omfatter arbeidsliv, sosial- og helsemessig trygghet og sosial inkludering. Norge deltar i arbeidet og har også sluttet seg til UNECEs og EUs samarbeid om Active Ageing Index, et måleverktøy som viser hvordan landene arbeider med aktive eldre.

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer Norges internasjonale arbeid med narkotikasøsmål og deltar i det styrende organet for FNs narkotikasamarbeid; FNs narkotikakommisjon (CND). Norge gir økonomisk støtte til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC). Norge vil bidra i oppfølgingsarbeidet fra FNs generalforsamlings spesialsesjon (UNGASS) om narkotika,

avholdt i april 2016. For å understøtte arbeidet har Norge gitt frivillige bidrag til Civil Society Task Force, opprettet på initiativ fra UNODC, som skulle sikre sivil sektors muligheter til å delta i prosessen opp mot UNGASS.

Det internasjonale toppmøtet om ernæring (ICN2) ble arrangert av WHO og FNs organisasjon for ernæring og landbruk (FAO) i november 2014 og gir føringer for videre globalt og nasjonalt ernæringsarbeid. Det ble forhandlet fram to slutt-dokumenter, en politisk erklæring, 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. FNs generalforsamling har i 2016 vedtatt et Tiår for ernæring (UN Decade of Action on Nutrition) i perioden 2016–2025.

FNs bærekrafts- og utviklingsmål

FNs nye globale bærekrafts- og utviklingsmål, vedtatt i september 2015, vil prege den globale utviklingsagendaen som overbygning og ramme, også på helsefeltet, fram mot 2030. Helseforvaltningen i Norge vil aktivt bidra i oppfølgingen av det nye målsettet, inkludert i WHO og andre av FNs særorganisasjoner som behandler helserelaterte problemstillinger. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet en koordinerende rolle for helsesektorens innsats for å nå bærekraftmålene, både i nasjonal og internasjonal kontekst.

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

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 ved fravær av politisk ledelse.

Mål for 2017 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 fra 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. Hovedfokus nå er den vedtatte protokollen mot ulovlig handel med tobakk som er signert av 54 parter, deriblant Norge, men per august 2016 kun ratifisert av 19. For at protokollen skal tre i kraft må den ratifiseres av 40 parter, noe som kan forventes skje i 2017.

En annen forutsetning for å nå det vedtatte NCD-målet, er at store deler av befolkningen endrer kostholdet i en sunnere retning med lavere inntak av salt, mettet fett og sukker, og mer frukt, bær, grønnsaker, fisk og fullkornmatvarer.

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 (AMR). 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 deltar aktivt i oppfølgingen av handlingsplanen og vil følge opp høynivåmøtet om AMR under FNs generalforsamling høsten 2016.

Verdens helseforsamling vedtok i mai 2016 en global strategi for helsefremmende aldring med et tverrsektorielt perspektiv. En tilsvarende strategi for ungdomshelse ble vedtatt i mai 2015. Norge vil støtte oppfølgingen av 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 har sittet i byrået for perioden 2013–16 og deltar i arbeidsprogrammet til protokollen knyttet til overvåking av vannbårne sykdommer og overvåking av vannkvalitet. Nytt partsmøte avholdes i november 2016, og det legges opp til at Norges engasjement videreføres for perioden 2016–2019. Norge har videre sluttet seg til og bidrar til oppfølgingen av Parmaerklæringen (2010) som ble vedtatt på WHO's 5. ministerkonferanse for miljø og helse i Europa. Erklæringen har som mål å styrke den politiske innflytelsen i helse- og miljøprosessen og styrke tiltakene mot konsekvenser av klimendringer på fysiske og sosiale miljøfaktorer, herunder transport. Den neste ministerkonferansen forventes arrangert i juni 2017, og Norge deltar i forberedelsene. Norge deltar også aktivt i det Pan-europeiske programmet for transport, helse og miljø (THE PEP) i regi av WHO EURO/UNECE og følger opp Paris-erklæringen fra 2014.

Norge har bidratt i utviklingen av WHO's Strategi for fysisk aktivitet i Europa som ble vedtatt av regionalkomiteen i september 2015, og bidrar aktivt i oppfølgingen.

Norge deltar også aktivt i arbeidet i Codex Alimentarius, FAO og WHO's felles organisasjon,

hvor 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 ivaretar norsk deltakelse i eksekutivkomiteen.

Verdens helseforsamling har vedtatt en global strategi for reduksjon av skadelig bruk av alkohol. Norge deltar i koordineringsrådet for implementering av strategien og leder en av arbeidsgruppene.

EU og EØS

Mål for 2017 er å fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet. Norge deltar i EFTAs og Europakommisjonens arbeidsgrupper på helse- og mattrygghetsområdet.

EU har vedtatt et nytt tobakksproduktdirektiv, som trådte i kraft 20. mai 2016 for EU-landene. 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 rundt årsskiftet 2016/2017. Norge deltar som observatør i EUs regulatoriske komité og 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 har fra sommeren 2016 en utsendt nasjonal ekspert på antibiotikaresistens i EU-kommisjonen.

Regelverket på matområdet utgjør kvantitativt den største andelen av rettsaktene i EØS-avtalen. Norge arbeider bl.a. for å påvirke hvilke påstander om ernærings- og helseeffekter som skal kunne knyttes til mat, iht. det pågående arbeidet med det EØS-baserte påstandsregelverket. Norge deltar også aktivt i revisjon av regelverk for næringsmidler til særskilte ernæringsmessige behov. Videre arbeides det med å innlemme i EØS-avtalen EUs forordninger om genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer. EU-kommisjonens påbegynte og plan-

lagte gjennomganger (Refit) av regelverket på mattrygghetsområdet følges kontinuerlig.

Norge deltar i EUs høynivågruppe for ernæring og fysisk aktivitet.

Norge arbeider for oppheving av unntaket for alkoholholdige produkter fra EUs krav om innholdsmerking, jf. anmodningsvedtak nr. 429 (2014–2015).

Norge tar del i medlemsstatenes arenaer for oppfølging av alkoholpolitiske spørsmål, gjennom deltakelse i Komiteen for nasjonal alkoholpolitikk og tiltak (CNAPA). Norge deltar videre i et Joint Action program om alkohol, og har hatt 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).

Videre er Norge medlem i EUs narkotikaovervåkingssenter; The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Senteret samler inn og analyserer data, driver utviklingsarbeid for å forbedre sammenliknbarheten av data på tvers av grenser, og formidler og distribuerer informasjon.

Norge deltar i EUs 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, som formaliserer HSC, er vedtatt i EU, innlemmet i EØS-avtalen og vil bli gjennomført i norsk rett. Norge deltar i komitologikomiteen som er etablert under dette regelverket, og som 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. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter og Joint Actions (samarbeid mellom landenes myndigheter på bestemte saksområder).

Norge deltar i EUs forsknings- og innovasjonsprogram Horisont 2020. Helse, demografisk endring og livskvalitet er en av de sju samfunnsutfordringene som er særlig prioritert. Videre deltar Norge i totalt ti fellesprogrammer i EU (Joint Programming Initiatives), og av disse er tre særlig rettet mot helse; nevrodegenerative sykdommer og Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens og

forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer (HDHL). Fellesprogrammene er medlemslandenes initiativ, og Kommisjonen skal støtte opp under arbeidet ut fra sitt mandat og sin kompetanse. Se også kap. 780, post 50.

Helse har vært et stort samarbeidsområde under EØS-midlene i 2009–2014, bl.a. innenfor folkehelse og vold i nære relasjoner. En ny avtale mellom EU og Norge for perioden 2014–2021 ble undertegnet i mai 2016. Helsesamarbeidet forventes å bli videreført som 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. EU er en viktig partner for å sikre samsvar mellom Europarådets og EUs mekanismer for ivaretagelse av grunnleggende rettigheter, demokrati og rettssikkerhet.

Europarådet har siden 2012 forenklet sin komitéstruktur, og helse har som følge av dette en mindre plass i Europarådets arbeid. Man har midlertidig opprettet en plattform for sosial inkludering (PECS) for årene 2016 og 2017. Mandatet til PECS er å bidra til strømlinjeforming av sosial inkludering i Europarådet, med særlig fokus på sosiale rettigheter nedfelt i Den europeiske sosialpakt (the European Social Charter). Videre skal plattformen bidra til bl.a. erfaringsutveksling om gode metoder og vurdere nye trender og utfordringer.

Retten til helse er forankret i Den europeiske sosialpakten. 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 i juli 2014. Norge signerte konvensjonen i mars 2015. Formålet med konvensjonen er å forebygge og bekjempe organhandel. Dette skal skje gjennom å kriminalisere alle sider av organhandel, å beskytte ofre 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 narkotikas spørsmål. Norge har formannskapet i Pompidougruppen for perioden 2015 til 2018 og vil arbeide for at menneskerettighetsdimensjonen tydeliggjøres i den regionale og internasjonale narkotikapolitikken. Gruppen var en viktig forberedelsesarena fram mot FNs spesialsesjon (UNGASS) om narkotika våren 2016.

Europarådets direktorat for kvalitetssikring av legemidler (EDQM) fungerer som sekretariat for den europeiske farmakopékommisjonen som har ansvaret for utviklingen av den europeiske farmakopeen (Ph. Eur.) som ble vedtatt av Europarådet i 1964. Farmakopeen beskriver standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår i legemidler. EDQM ble opprettet i 1994 ut fra et felles ønske i EU og Europarådet om å utvikle et europeisk nettverk mellom kontrollaboratoriene i de nasjonale legemiddelmyndighetene.

Nordisk Ministerråd

Helse- og omsorgsdepartementet ivaretar samarbeidet under Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk (MR-S) og Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk (MR-FJLS). Disse to ministerrådene arbeider for at landene skal oppnå en nordisk merverdi ved at utvalgte oppgaver belyses og løses på nordisk nivå for å øke nordisk kompetanse og konkurransekraft. I økende grad blir dette arbeidet også satt inn i et europeisk og globalt perspektiv. Samarbeidet i MR-S konsentrerer seg om utvikling og bæredyktighet av de nordiske velferdssamfunn.

Det nordiske samarbeidet om kliniske multisenterstudier (gjennom Nordic Trials Alliance) er vedtatt videreført ut 2016. Tematikken og arbeidet videreutvikles i forbindelse med Norges formannskap i 2017.

I 2014 drøftet de nordiske helseministre forslagene i rapporten; Det framtidige nordiske helsesamarbeidet (Bo Könberg 2014) i sin helhet og besluttet å arbeide videre med fem av anbefalingene; høyspesialisert behandling, sjeldne diagnoser, psykiatri, helseberedskap og tjenestemannsutveksling.

I 2015 diskuterte de nordiske ministrene ulike folkehelse spørsmål, herunder antibiotikaresistens, som også var foreslått i Könberg-rapporten. På ministermøtet i København vedtok ministrene en erklæring om å arbeide for lav antibiotikaresistens og forsvarlig bruk av antibiotika. Denne erklæringen ble også vedtatt av ministrene i MR-FJLS, da erklæringen har et «One health»-perspektiv som omhandler både dyre- og menneskehelse. Den understøtter også arbeidet mot antibiotikaresistens som koordineres internasjonalt av f.eks. EU, WHO, FAO og OIE.

På ministermøtet i april 2016, under det finske formannskapet, vedtok ministrene å opprette en ny nordisk folkehelsearena og videre satsing på nordisk samarbeid innen folkehelse. Prioriterte områder er i første omgang 1) sosial ulikhet i helse, 2) alkohol, narkotika og tobakk og 3) psykisk helse.

Det norske formannskapet i 2017 har tre hovedspor; Norden i omstilling, Norden i Europa og Norden i verden. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i tre tverrsektorielle prosjekter: 1) Nordisk samarbeid om helsedata og kliniske intervensjonsstudier, 2) En felles nordisk kommunikasjonsplan for å motvirke antibiotikaresistens og 3) Grønn omstilling og konkurransekraft i nordiske byregioner: Byer som ramme for gode liv for alle. I sistnevnte prosjekt vil Helse- og omsorgsdepartementet vektlegge de positive faktorene som fremmer helse i nærmiljø og samfunnsutvikling.

Økt samarbeid for å styrke utvikling og utbredelse av velferdsteknologi vil også inngå i det nordiske samarbeidet, som vil ha stor betydning i et aldrende samfunn for å styrke eldre menneskers selvstendighet og mestringsevne.

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.

Konvensjonen om sosial bistand og sosiale tjenester (Bistandskonvensjonen) skal revideres. Flere forhold mellom de nordiske landene har endret seg siden Bistandskonvensjonen ble inngått i 1994, bla. knyttet til EU-lovgivning. Et eksempel på dette er at EU-rettens forbud mot diskriminering pga. nasjonalitet ikke gjenspeiles i Bistandskonvensjonen, siden bestemmelsene kun gjelder nordiske medborgere. Arbeidet skal ses i sammenheng med generalsekretærens gjennomgang av alle nordiske avtaler i Nordisk ministerråd.

Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler 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. Arbeidet med disse temaene ses i sammenheng med tilsvarende arbeid i WHO og EU.

Norge deltar aktivt i en embetsmannsgruppe for alkohol som er etablert under MR-S. Formålet er å drøfte og samarbeide om regionale og internasjonale prosesser innenfor det alkoholpolitiske området (WHO, EU).

Den nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet

Mål for 2017 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. Helse- og omsorgsdepartementet følger også arbeidet som gjelder helse under Arktisk Råd.

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 egenbidrag fra prosjektpartnerne vektlegges ved utvelgelsen av hvilke prosjekter som mottar støtte.

Andre internasjonale organisasjoner og avtaler

Mål for 2017 er å ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og frihandelsavtaler.

Norge er i handelssammenheng, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), forpliktet på flere områder som angår helse, bla. regler for handel med varer og tjenes-

ter. Norge deltar i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) på helse- og mattrygghetsområdet. Norge ved Helse- og omsorgsdepartementet har fra 2014 ledet helsekomiteen i OECD. En viktig prioritering for Norge er å bidra til at OECD utvikler bedre indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for norsk deltagelse i Den internasjonale vinorganisasjonen (OIV), som lager internasjonale standarder på vinområdet.

Norge og Moldova inngikk i mai 2014 en hel-seavtale 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 primærhelsetjenesten, sykehusorganisering, e-helse, befolkningsrettet folkehelsearbeid og smitteovervåkning.

Norge har et bilateralt helsesamarbeid med Kina og vil i 2017 arbeide for undertegning av en

ny handlingsplan under Kina-samarbeidet. Aktuelle temaer for samarbeidet med Kina vil være utvikling av helsesystemer, særlig primærhelsetjenester, 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.

Norge har siden 1997 deltatt i et nordisk-japansk samarbeid om utvikling av framtidens omsorgstjenester. Samarbeidet ble etablert av de daværende nordiske statsministrene og Japans statsminister. Bakgrunnen for samarbeidet er felles utfordringer knyttet til en økende aldrende befolkning. Formålet er gjensidig kunnskapsutveksling om politikkutforming, strategier og tiltak for å planlegge og utvikle dagens og framtidens omsorgstjenester. Siden oppstarten har det blitt arrangert 11 seminarer.

14 Administrative fellesomtaler

14.1 Sektorovergrepene klima- og miljøpolitikk

Regjeringens klima- og miljøpolitikk bygger på at alle samfunnssektorer har et selvstendig ansvar for å legge miljøhensyn til grunn for aktivitetene sine og for å medvirke til at de nasjonale klima- og miljøpolitiske målene kan bli nådd. Videre har sektorstyresmaktene ansvar for å gjennomføre tiltak innenfor egne områder som trengs for å kunne nå målene i klima- og miljøpolitikken. For en omtale av regjeringens samlede klima- og miljørelevante saker, se KLDs fagproposisjon.

Helse- og omsorgsdepartementet følger opp regjeringens mål om å utvikle et mer helsefremmende miljø og beskytte befolkningen mot miljøfarer som støy, luftforurensning, miljøgifter, stråling, dårlig inneluft, risiko for skader og ulykker, og mat- og vannbårne sykdommer, jf. Meld. St.19. (2014–1015), Folkehelsemeldingen. Oppfølgingen av meldingen omfatter tiltak for at hensynet til befolkningens helse og trivsel skal få større plass i utviklingen av steder, nærmiljø og lokalsamfunn, herunder at det skal legges til rette for helsefremmende transportløsninger. Som oppfølging av Folkehelsemeldingen utarbeides det også en ny tverrdepartemental handlingsplan for kosthold, hvor også miljø- og bærekraftsperspektivet er med. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, samt fylkesmennene, er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåking av miljøforurensning.

Statens strålevern ivaretar direktoratsoppgaver for Klima- og miljødepartementet innenfor området 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, samt internasjonale oppgaver.

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter statens eierskap av de regionale helseforetakene. De-

partementet har i sitt styringsbudskap til de regionale helseforetakene bedt om at spesialisthelsetjenesten foretar en helhetlig tilnærming til klima- og miljøutfordringene. Organiseringen av miljø- og klimaarbeidet som et samarbeidsprosjekt mellom de fire helseregionene har vist at sektoren har tatt et samlet grep for å møte disse utfordringene. Etter prosjektperioden vil de regionale helseforetakene bygge videre på den kompetansen og de erfaringene som er etablert for å videreføre en helhetlig tilnærming i dette arbeidet. Etablering av miljøledelse innebærer at miljøhensyn blir integrert som en naturlig del av den overordnede virksomhetsstyringen i helseforetakene. Hovedmålsettingen i samarbeidsprosjektet har vært å sørge for at det blir etablert miljøledelse og miljøstyringssystem som er sertifisert i alle helseforetakene. 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 oljefyring som grunnlast 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 30 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 som grunnlast innen utløpet av 2018.

14.2 Forenklingsarbeid, modernisering og bedre gjennomføringskraft

Økt produktivitet og en mer effektiv økonomi

Helse- og omsorgsdepartementet har følgende seks hovedinnsatsområder for økt produktivitet og en mer effektiv økonomi innenfor helse- og omsorgssektoren.

- sykehus
- e-helse
- legemidler
- kommunale helse- og omsorgstjenester
- kunnskapsbasert folkehelsearbeid
- sentral helseforvaltning

Sykehus

I oppdragsdokumentene for 2016 er de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å levere utkast til indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av regioner, helseforetak, sykehus og behandlingssenheter på et mer detaljert nivå enn det som er mulig i dag. Som del av oppdraget har helseregionene etablert regionale innsatsteam som kan understøtte omstillings- og endringsprosesser på lokalt nivå. Målet er å identifisere og redusere uberettiget variasjon i kapasitetsutnyttelsen og forbedre prosedyrer/pasientforløp og dermed redusere ventetider. Arbeidet følges opp i 2017. KPP (kostnad per pasient) skal være implementert som kvalitets- og styringsverktøy for alle helseforetak innen utgangen av 2016. KPP vil gi bedre informasjon om kostnader i helsetjenesten, og på sikt kunne bidra til mer effektiv ressursbruk. Det innføres en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene f.o.m. 2017. Bakgrunnen for innføringen er at merverdiavgiften skaper en konkurranseulempe når helseforetak blir belastet merverdiavgift ved kjøp av tjenester fra private virksomheter, men kan produsere tilsvarende tjenester med egne ansatte uten merverdiavgift.

E-helse

Direktoratet for e-helse ble etablert med utgangspunkt i Divisjon for e-helse i Helsedirektoratet som et fagdirektorat 1. januar 2016 for å styrke den strategiske styringen og den nasjonale samordningen gjennom en tydelig myndighet- og premissgiverrolle på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. Det langsiktige målet er én innbygger – én journal. De siste årene er det utviklet viktige nasjonale e-helseløsninger som e-resept og kjernejournal. Helsenorge.no utvikles stadig med nye selvbetjeningstjenester for innbyggerne, bl.a. fornye resepter, bytte fastlege og administrere timeavtaler. Digital dialog mellom innbygger og fastlege prøves ut på legekontorer. Det er store nasjonale satsinger på velferdsteknologi og mobil helseteknologi gjennom nasjonalt velferdsteknologiprogram. Foreløpige gevinstrealiseringsrapporter viser økonomiske besparelser. Velferdstekno-

logi bidrar også til å styrke innbyggernes mulighet til å mestre eget liv og helse, og at flere kan bo hjemme lenger.

Legemidler

I Melding om prioritering, Meld. St. 34 (2015–2016) foreslår regjeringen flere endringer for vurdering og finansiering av legemidler. Alle legemidler som finansieres av offentlig helsetjeneste skal metodevurderes. Finansieringsansvaret skal i hovedsak følge behandlingsansvaret, i praksis skal spesialisthelsetjenesten få ansvar for flere legemidler. Det legges også til rette for bedre bruk av anbud og forhandlinger.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Regjeringen vil tilrettelegge for å styrke kommunenes innovasjonsevne og ta i bruk nye løsninger, arbeidsmetoder og teknologi. Regjeringen vil styrke effektiviteten gjennom økt kompetanse, faglig omstilling, sterkere kommunal ledelse og bedre planlegging. Satsingen på hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering, Kompetanseløft 2020, velferdsteknologiprogrammet og etablering av flerfaglige team er sentrale tiltak som bidrar til faglig omstilling og mer effektiv utnyttelse av ressursene.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Helseanalyser og folkehelseøkonomiske vurderinger skal knyttes til evaluering av kommunale og statlige tiltak. Som bidrag til dette har bl.a. Folkehelseinstituttet etablert et kompetansemiljø for å evaluere tiltaksforskning med utgangspunkt i helseregistre og andre folkehelseanalyser, samt fått ansvaret for å gjennomføre kunnskapsoppsamlinger om tiltak med betydning for folkehelse.

Sentral helseforvaltning

Departementet har fra 1. januar 2016 gjennomført en strukturreform som reduserer antall etater underlagt Helse- og omsorgsdepartementet fra 15 til 11. Ny organisering samler fagmiljøer for bedre utnyttelse av faglig kompetanse og gir økt omstillingsevne. For bedre å utnytte stordriftsfordeler vil administrative tjenester som anskaffelser, IKT og arkiv i den sentrale helseforvaltningen samles i et felles tjenestesenter i Norsk Helsenett SF. Senteret etableres i Oslo med virkning f.o.m. 2017, og skal være fullt etablert senest innen utgangen av 2017. Etablering av enkeltfunksjoner ved Norsk

Helsenett SF sine øvrige lokasjoner i Trondheim og Tromsø skal vurderes fortløpende. Minst en oppgave skal på egnet tidspunkt etableres på Svalbard. Alle etater i den sentrale helseforvaltningen pålegges å ta i bruk DFØs fullservicemodell for lønn, regnskap og reiseadministrasjon f.o.m. 2017. Utsettelse gis til utgangen av 2017 for overføring av regnskapstjenester for Folkehelseinstituttet. Det pågår en utredning om å samle utvalgte HR-funksjoner i Helsedirektoratet.

Virksomhetsoverdragelse, rettsmedisinske fag

Regjeringen har besluttet å gjennomføre en virksomhetsoverdragelse av fagområdet rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus. Det tas sikte på at den nye organiseringen av rettsmedisinske fag skal tre i kraft fra 1. januar 2017. Området omfatter rettspatologi, rettsgenetikk, rettstoksikologi og klinisk rettsmedisin. En sammenslåing vil legge til rette for tettere faglig samarbeid, økt tilgang til medisinsk og teknologisk kompetanse, moderne utstyr og en mer effektiv utnyttelse av infrastruktur og lokaler.

14.3 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.

Regjeringens mål i likestillingspolitikken er at kvinner og menn skal ha like gode tjenester av høy kvalitet. En større bevissthet på kvinner og menns ulike behov og utvikling av kjønnsespesifikk behandling der dette er relevant, 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.

Kjønnsperspektivet innen helse har hatt fokus og vært forsøkt integrert siden Kvinnehelsestrategien ble publisert for mer enn 10 år siden. Det har vist seg at det er nødvendig å ha kontinuerlig fokus for å sikre nødvendig implementering og integrering av kjønnsperspektivet i helsesektoren. En stor utfordring er å få ny kunnskap om kvinner og menns særlige behov omsatt i den praktiske tjenestetutøvelsen.

Som en del av oppfølgingen av Likestillingsmeldingen (2015–2016) har Helsedirektoratet fått i oppdrag å sikre at kjønnsespesifisitet inngår i alle

faglige retningslinjer og veiledning der dette er relevant. Et eksempel på en publikasjon hvor dette temaet er godt løftet er Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, Kjønnsespesifikk tilnærming, minoriteter og seksuell orientering i rusbehandling. Helsedirektoratet skal også vurdere kjønnsrelaterede forskjeller ved legemiddelbruk.

Direktoratet vil framover, basert på bl.a. likestillingsmeldingen, se nærmere på hvordan man kan få på plass en overordnet felles metodikk for å sikre likestilling mellom kjønnene ute i tjenestene, f.eks. ved bruk av kvalitetsindikatorer og andre måleparametre i helseregistre.

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 den brukerrettede delen av omsorgstjenesten har økt svakt i perioden 2007–2015 fra 10,2 til 13,4 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 2010–2015 er andel menn vesentlig høyere enn for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

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 42 kommuner fordelt på ni fylke. I 2015 har hittil 137 menn har fått tilbud om stilling som helserekrutt. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Se kap. 761, post 21, for nærmere om tale.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner styrer for de regionale helseforetakene. Styrene oppfyller lovens krav til minimum 40 pst. representasjon av begge kjønn, og per 2016 er to av fire styreledere kvinner. Spesialisthelsetjenesten er en sektor med høy kvinneandel og bør ha et særlig ansvar for å bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere. Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtet i januar 2016 bedt de regionale helseforetakene om å bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå.

Mer enn 70 pst. av medarbeiderne i sykehusene er kvinner. Det betyr også at helseforeta-

kene 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.

Regjeringen er opptatt av å utvikle en heltidskultur i helsetjenesten og derigjennom redusere bruken av deltid. Departementet har i foretaks-møtene med de regionale helseforetakene stilt krav om at arbeidet med utviklingen av en heltidskultur videreføres, og at flest mulig medarbeidere tilsettes i faste hele stillinger. 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 de fire regionale helseforetakene 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 en ser en endring i tilnærming.
- 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 og liknende. 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.

Likestillingsrapport

Tabell 14.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2015 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	2/6
Avd.direktør mv.	19/8
Fagdirektør	12/11
Underdirektør	11/3
Spesialrådgiver	8/7
Seniorrådgiver	61/31
Rådgiver	18/8
Seniorkonsulent	9/1
Førstekonsulent	5/0
Totalt	145/75

Statistikken bygger på personaladministrative data. I 2015 er 25 pst. av ekspedisjonssjefer/dep.råd kvinner. Av avdelingsdirektører er 70 pst. kvinner.

Tabell 14.2 Arbeidstid, Helse- og omsorgsdepartementet 2015 (kvinner/menn)

Heltid	135/73
Deltid	10/2
Totalt	145/75

Tabell 14.3 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	5,3 pst.
Menn	2,3 pst.
Totalt	4,2 pst.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde et gjennomsnittlig fravær på bakgrunn av sykdom i 2015 på 4,2 pst., som er en liten økning fra foregående år. Helse- og omsorgsdepartementet vil som før legge vekt på likestilling i nåværende og framtidige aktiviteter.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet hadde per 31. desember 2015 en kvinneandel på 65 pst. Det er det samme som i 2014. Menn har gjennomgående høyere lønn enn kvinner i alle aldersgrupper og stillingskoder, med unntak av rådgivere som i 2015 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 gruppen seniorrådgivere er fire lønnstrinn, uendret siden 2010. Den høyeste kvinneandelen er i lønnsgruppene saksbehandlere, kontorstillinger og rådgivere, mens gruppen spesialstillinger har den laveste kvinneandelen. 24 pst. av de ansatte avviklet velferdspermisjon i 2015; 27 pst. av kvinnene og 19 pst. av mennene.

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 63 pst., to prosentpoeng høyere enn sist år. Folkehelseinstituttet er for tiden i en større organisasjonsutviklingsprosess. I den forbindelse er flere lederstillinger fortsatt ubesatt. Instituttet har nå en kvinneandel på 64 pst. i senior fagstillinger (forsker 1110 og 1183, overleger og seniorrådgivere), som er en nedgang på to prosentpoeng fra siste år. Den største utfordringen for likestilling har vært å øke andelen kvinner blant seniorforskerne, slik at det over tid samsvarer med den høye andelen kvinner blant stipendiater og postdoktorer. (70 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 2015 en kvinneandel på 67 pst. Fordelingen er uendret siste to år. Ledergruppen bestod av seks kvinner og to menn, mens seksjonsledergruppen består av åtte kvinner og sju menn. Kvinneandelen i senior fagstillinger (forsker 1110, 1111 og 1183 og seniorrådgivere) var på 60 pst. Kvinners lønn utgjorde 66,6 pst. av lønnsmassen.

Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning hadde ved utløpet av 2015 totalt en kvinneandel på 70 pst. (mot 69

pst. i 2014). Andelen kvinner i lederstillinger er 63 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 i stillingsannonse alle kvalifiserte kandidater om å søke, uavhengig av kjønn.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Autorisasjonskontoret hadde ved utgangen av 2015 en kvinneandel på 76 pst. Ledergruppen bestod av 83 pst. kvinner og 17 pst. menn.

Statens helsetilsyn

Helsetilsynet hadde ved utgangen av 2015 en kvinneandel på 65 pst. I stillingsgruppen ledere (avdelingsdirektør, underdirektør og fagsjef) er 53 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 utdanning og nedsatt funksjonsevne i 2013–2014, men ikke i 2015. Menn er i gjennomsnitt lønnet høyere enn kvinner. Det har skjedd en generell lønnsutjevning mellom kvinner og menn de siste årene.

Statens institutt for rusmiddelforskning

Statens institutt for rusmiddelforskning hadde ved utgangen av 2015 en kvinneandel på 63 pst. I tillegg kommer fire forskere, hvorav tre menn og én kvinne, alle ansatt i 20 pst. stillinger. De tre faste lederstillingene var i 2015 besatt av to menn og én kvinne, mens fire midlertidige stillinger som forskningsledere var besatt av én mann og tre kvinner. Menn lå gjennomsnittlig to lønnstrinn (litr. 69) høyere enn kvinner. Kvinneandelen i senior fagstillinger (forsker 1110, og 1183 og seniorrådgivere) var på 53 pst. Kvinners lønn utgjorde 60,4 pst. av lønnsmassen.

Statens legemiddelverk

Legemiddelverket har flere kvinnelige tilsatte enn menn, og har kontinuerlig fokus på å oppnå en jevn kjønnsfordeling. Kvinnelige ansatte utgjør 70 pst. av arbeidsstokken, og i toppledergruppen er 56 pst. kvinner. Mellomledergruppen har en kvinneandel på 65 pst. Legemiddelverket viderefører 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

Strålevernet hadde ved inngangen til 2016 en kvinneandel på 51,7 pst. Ledergruppen består av tre kvinner og tre menn. På seksjonssjefsnivået er det sju kvinner og en mann. I gjennomsnitt tjener kvinner 4,5 pst. mindre enn menn – denne forskjellen er uforandret over tid. 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. Andelen av midlertidig tilsetning i Strålevernet er liten, det gjelder for både menn og kvinner. Det er ingen større forskjell i bruken av deltidstilling eller i uttak av foreldrepermisjon. Sykefraværet er i snitt i overkant av tre pst. og uendret over tid. Utfordringen på likestillingsområdet er å rekruttere kvinner til ledende forsker- og tekniske stillinger.

14.4 Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF ble ansatt 28. november 2014 og tiltrådte stillingen 1. januar 2015. Administrerende direktør mottok i 2015 lønn på 1 892 308 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 5 012 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 249 095 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.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF mottok i 2015 lønn på 2 268 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 18 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 624 000 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.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF ble ansatt i 2015 med avtale om fast lønn på 1 800 000 kroner. Administrerende direktør tiltrådte i stillingen 10. august 2015 og mottok i 2015 lønn på 708 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 42 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør i 2015 utgjorde 329 000 kroner. 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. Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal ikke overstige 12 månedslønner. Ved ansettelse i ny stilling eller ved næringsinntekt, skal sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av ny årsinntekt. Nåværende samhandlingsdirektør ble konstituert i stillingen som administrerende direktør i perioden 1. januar til 10. august 2015. Konstituert administrerende direktør mottok i 2015 lønn på 1 502 000 kroner, annen godtgjørelse beløp seg til 5 000 kroner, mens pensjonsutgiftene utgjorde 192 000 kroner.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF mottok i 2015 lønn på 1 909 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 57 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 251 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom administrerende direktør må fratrukke sin stilling eller stillingen bortfaller som følge av omorganisering, har han rett til ordinær lønn i 12 måneder ut over avtalt oppsigelsestid.

Administrerende direktør i Norsk Helsenett SF mottok i 2015 lønn på 1 586 651 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 11 542 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 316 102 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 slutt-

vederlag, men etter utløpet av ordinær oppsigelsestid, har andre inntekter, skal sluttvederlaget reduseres krone for krone.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet hadde per 31. desember 2015 en årslønn på 2 300 000 kroner. I tillegg til lønn har administre-

rende direktør andre godtgjørelser på 177 000 kroner i året. Vinmonopolet innførte i 2007 en lederpensjonsordning som finansieres over drift. Total pensjonskostnad for administrerende direktør i 2015 var 837 000 kroner. Administrerende direktør har en etterlønnsavtale på 12 måneder.

15 Anmodningsvedtak

Vedtaket 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.

Vedtaket nr. 556 (2008–2009), 19. juni 2009

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Ot.prp. nr. 83, jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009).

Videre arbeid og prosess i saken har vært omtalt i de årlige budsjettproposisjonene. Vedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen la fram saken om legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur i Prop. 1 S (2015–2016) og i Meld. St. 11 (2015–2016), Nasjonal helse- og sykehusplan. Videre ved at det er utarbeidet høringsnotat og forskrift om ny ordning for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning med mer, som ble sendt på

ordinær høring i juni 2016. Ny ordning er planlagt iverksatt høsten 2017.

Vedtaket nr. 408 (2011–2012), 1. mars 2012

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Innst. 207 S (2011–2012).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå nevnte ordning. De har nylig mottatt evalueringsrapport fra Agenda Kaupang. Evalueringen er gjort i tidsrommet september 2015 – juli 2016. Helsedirektoratet vil gjennomgå rapporten og avgi sine anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedtaket 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 tje-

nestene 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 ev. statlig dekning av ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader. Utvalget avga sin utredning NOU 2016: 12 Ideell opprydding – Statlig dekning av ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader til Kulturdepartementet 15. august 2016. Regjeringen vil ta stilling til videre oppfølging av utvalgets utredning.

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 i forbindelse med behandlingen av Dokument nr. 8:54 S (2013–2014), jf. Innst. 274 S (2013–2014).

Vedtaket vil bli fulgt opp gjennom regjeringens oppfølging av anmodningsvedtak nr. 840 (2015–2016) om å utarbeide en strategi for barn og unges psykiske helse. Departementet tar sikte på å legge fram en slik strategi våren 2017.

Vedtaket 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). Det vises til omtale i Prop. 1 LS (2016–2017) Skatter, avgifter og toll 2017.

Vedtaket 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 behandlingen av Dokument nr. 8:2 (2014–2015), jf. Innst. S. nr.156 (2014–2015). Den nasjonale styringsgruppen for implementeringen av Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten har fått et særskilt ansvar for å sikre oppfølgingen av Stortingets vedtak om diagnosekoder på antibiotikaresepter.

Vedtaket 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 dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.

Vedtaket nr. 707 (2014–2015), 16. juni 2015

«Stortinget ber regjeringen om å gjennomføre en offentlig utredning (NOU) av palliasjonsfeltet, med bredt sammensatt representasjon fra ulike fagmiljøer, og hvor barnepalliasjon er en del av arbeidet.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dok. 8:92 S (2014–2015), jf. Innst. 379 S (2014–2015).

Vedtaket er fulgt opp ved at det er nedsatt et offentlig utvalg som skal avgi sin innstilling i form av en NOU innen 31. desember 2017.

Regjeringen oppnevnte 11. mai 2016 et utvalg som skal gjennomgå og vurdere dagens palliative tilbud. Det skal vurdere innholdet i tjenestene, uavhengig av diagnose, alder eller andre forhold, gjennom hele sykdomsperioden og fram til livets avslutning. På denne bakgrunn skal utvalget foreslå tiltak som skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse, samhandling, faglig omstilling og nye arbeidsformer, samt tverrfaglig samarbeid. Pasientenes og de pårørendes behov skal stå i sentrum.

Vedtaket nr. 22 (2015–2016), 12. november 2015

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med forslag til lovendring som inkluderer ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste i kommunene.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, jf. Innst. 40 S (2015–2016). Helse- og omsorgsdepartementet har i høringsnotat av 6. juni 2016, Oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv., foreslått å endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at ergoterapeut lovfestes som del av den kjernekompetanse som enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester iht. loven. Det tas sikte på at slik lovendring kan settes i kraft fra 1. januar 2020. Høringsfrist er satt til 1. oktober 2016.

Vedtaket nr. 23 (2015–2016), 12. november 2015

«Stortinget ber regjeringen sørge for at elektronisk helsekort for gravide prioriteres i det videre arbeidet med nasjonal handlingsplan for e-helse.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandlingen av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, jf. Innst. 40 S (2015–2016). Tiltaket vil understøtte regjeringens mål om å styrke svangerskaps- og barselomsorgen. Det er behov for et elektronisk helsekort som er tilgjengelig for helsepersonell som samarbeider om god svangerskapsomsorg og den gravide selv. Løsningen skal ivareta sikker håndtering av sensitive helseopplysninger.

Departementet ga i tildelingsbrev for 2016 Direktoratet for e-helse i oppdrag å utrede og påbegynne utvikling av løsning for elektronisk helsekort for gravide. Prosjekt- og gevinstrealiseringsplan for elektronisk helsekort for gravide ble lagt fram våren 2016. Vedtaket er fulgt opp ved at det er foreslått 20 mill. kroner til å utvikle en nasjonal løsning for elektronisk helsekort for gravide i statsbudsjettet for 2017.

Vedtaket nr. 24 (2015–2016), 12. november 2015

«Stortinget ber regjeringen igangsette et arbeid med en diabetesplan.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 26 (2014–2015), jf. Innst. 40 S (2015–2016).

I behandlingen av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 11 S (2015–2016), ble det avsatt 2 mill. kroner på kap. 762, post 21, til å starte arbeidet med en diabetesplan i 2016. Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utarbeide et utkast til en diabetesplan, og er bedt om å samarbeide med Diabetesforbundet. Helsedirektoratet er i ferd med å revidere Nasjonal faglig retningslinje for diabetes og det tas sikte på å ferdiggjøre denne i løpet av 2016. Hovedfokus i retningslinjen er tidlig diagnose og forebygging av komplikasjoner hos personer som allerede har diabetes. Implementering av retningslinjen vil være blant elementene som legges til grunn ved utarbeidningen av diabetesplanen.

Vedtaket nr. 34 (2015–2016) 19. november 2015

«Stortinget ber regjeringen sørge for at pasientrettigheter etter spesialisthelsetjenesteloven, slik som rett til å få oppnevnt koordinator og kontaktlege, må gjelde uavhengig av hvor pasienten blir behandlet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 125 L (2014–2015) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (kontaktlege i spesialisthelsetjenestem.m.), jf. Innst. 49 L (2014–2015).

I høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv. er det foreslått en endring i bestemmelsen om kontaktlege i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c. Høringsnotatet ble sendt ut 6. juni 2016 med høringsfrist 1. oktober 2016. Etter dette forslaget blir det tydelig at både offentlige og private helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktlege hvis vilkårene for øvrig er oppfylt. Etter en nærmere vurdering av høringsuttalelsene vil forslaget om endring av lovbestemmelsen bli fremmet i en lovproposisjon til Stortinget.

Vedtaket nr. 89 (2015–2016), 3. desember 2015

«Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2017 komme tilbake med en vurdering av kapasitetsbehovet for transplantasjoner.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2015–2016), Prop. 1 S (2015–2016) og Prop. 1 S Tillegg 1–2 (2015–2016), jf. Innst. 2 S (2015–2016).

Helsedirektoratet har etter Stortingets anmodningsvedtak fått i oppdrag å utrede kapasitetsbehovet for transplantasjoner. Utredningen ferdiggjøres høsten 2016. Stortinget vil bli orientert på egnet måte når utredningen er oversendt departementet.

Vedtaket nr. 91 (2015–2016), 3. desember 2015

«Stortinget ber regjeringen utvikle den gyldne regel, slik at den sikrer at intensjonen med regelen følges opp i RHF-ene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2015–2016), Prop. 1 S (2015–2016) og Prop. 1 S Tillegg 1–2 (2015–2016), jf. Innst. 2 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp ved at kravet til oppfyllelse av den gyldne regel er endret og justert i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2016, i tråd med Stortingets vedtak.

Vedtaket nr. 92 (2015–2016), 3. desember 2015

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget i forbindelse med kommuneproposisjonen med en vurdering av hvordan det kan legges til rette for bruk av omsorgstilbud i frivillig sektor utenfor spesialisthelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 2 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp gjennom følgende omtale i Prop. 123 S (2015–2016) Kommuneproposisjonen 2017:

«Anmodningsvedtaket henviser til omsorgstilbud utenfor spesialisthelsetjenesten, uten at det er nærmere redegjort for dette begrepet. Helse- og omsorgsdepartementet oppfatter at omsorgstilbud utenfor spesialisthelsetjenesten er tilbud som tilsvarer heldøgns omsorgsplasser og andre helse- og omsorgstjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Avgrenset til helse- og omsorgstjenester (utenfor spesialisthelsetjenesten) levert fra frivillige og ideelle organisasjoner, omhandler dette i all hovedsak tjenester som kommunene er lovpålagt å utføre etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at det er kommunene som er ansvarlige for hvordan tjenestene organiseres, herunder om de organiseres og driftes i egen regi, eller utføres i samarbeid med frivillige, ideelle eller private

aktører gjennom avtaler eller anbud. Når kommunene har regien på tilbudet lokalt, vil pasientene og brukerne sikres grunnleggende rettigheter i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven, som rett til vedtak og rett til å klage. Regjeringen ønsker å stimulere til et mangfold som sikrer brukerne gode tjenester, og det er ønskelig at kommunene i større grad samhandler med frivillig og ideell sektor. Regjeringen lanserte høsten 2015 et inspirasjonshefte om hvordan kommunene og frivillige organisasjoner kan samarbeide bedre.

Det eksisterer ikke informasjon om det eksakte omfanget av kommunenes bruk av frivillige, ideelle og private aktører. Tall fra SSB viser at om lag 11 pst. av dagens heldøgns omsorgsplasser drives av private aktører, hvorav 4,9 pst. av private ideelle organisasjoner. Av Helsedirektoratets rapporteringsskjema for årssverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) framgår det at om lag 50 pst. av kommunesektoren rapporterer om at de har kjøpt helse- og omsorgstjenester for personer med rusproblemer fra frivillige og ideelle organisasjoner.

De nye anskaffelsesreglene for kjøp av helse- og sosialtjenester som vil tre i kraft i løpet av 2016, vil medføre at det offentlige som hovedregel må kunngjøre kjøp, slik at alle private, også kommersielle, kan gi tilbud. Imidlertid vil det offentlige selv kunne velge hvem de vil be om tilbud fra for kjøp under 6,3 mill. kroner. Dette åpner for at kommunene kan velge å gjennomføre konkurranse mellom kun ideelle virksomheter når de kjøper for mindre enn 6,3 mill. kroner.

I tillegg til de avtaler som kommunene selv inngår med ideelle og frivillige organisasjoner, bidrar staten på enkelte områder gjennom tilskudd til å støtte opp om frivillige og ideelle organisasjoner, som blant annet drifter omsorgstilbud.»

Vedtaket nr. 93 (2015–2016), 3. desember 2015

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det fastsettes regler for medikamentgjennomgang ved alle sykehjem.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 28 (2014–2015), jf. Innst. 151 S (2015–2016).

Forslag om forskriftsfesting av medikamentgjennomgang ved alle sykehjem, er sendt på hø-

ring med frist for høringsinstansene 20. september 2016. Høringen følges opp på vanlig måte.

Vedtak nr. 262 (2015–2016), 14. desember 2015

«Stortinget ber regjeringen presisere i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene at alle barneavdelinger skal ansette leger med spesialisering innen vold mot barn, sosialpediatere, og at de regionale helseforetakene som følge av spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar, skal sikre at alle voldsutsatte barn ved Statens barnehus får medisinsk undersøkelse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 11 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2016 er satt følgende mål: Det er ansatt sosialpediatere i alle barneavdelinger. Overgrepsutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse.

Vedtak nr. 263 (2015–2016), 14. desember 2015

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig, og senest i revidert nasjonalbudsjett 2016, redegjøre for virkningene av kuttene i medisinsk forbruksmateriell, både økonomisk og sosialt, for samfunnet og den enkelte som trenger forbruksmateriell»

Vedtaket ble enstemmig vedtatt av Stortinget ved behandlingen Helse- og omsorgsdepartementets budsjett for 2016, jf. referat fra møte mandag 14. desember 2015. Vedtaket er fulgt opp i Prop. 122 S (2015–2016) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2016, jf. Innst. 400 S (2015–2016).

Vedtak nr. 434.11 (2015–2016), 12. januar 2016

«Stortinget ber regjeringen om å sørge for at det foretas en kartlegging av sårbare personer i mottakene slik at man raskere kan sette inn nødvendig tiltak, og samtidig gjøre det enklere for kommuner å forberede seg før bosetting.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen Dokument nr. 8:37 S (2015–2016).

Helsedirektoratet fremmet i møte til Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenestene 3. desember 2015 en sak om helseundersøkelser av flyktninger og asylsøkere og hvordan disse bør legges opp. Rådet anbefaler ikke at det gjennomføres en tidlig helsesamtale for flyktninger og asylsøkere, jf. vedtak fra møte i rådet 29. januar 2016. Rådet viser til at det ikke foreligger god dokumentasjon som tyder på at et slikt tiltak vil være effektivt, og at en slik kartlegging kan skape etiske utfordringer. Det vil også være avgjørende at en ev. innføring av kartleggingssystemer ikke blir en flaskehals ved en framtidig økning i ankomster. Et kartleggingsverktøy må også være tilpasset målgruppen, og selve kartleggingen må gjennomføres på en tilpasset og god måte.

Vedtak nr. 437.1 (2015–2016), 12. januar 2016

«Stortinget ber regjeringen styrke rådgivningen til kommunene i arbeidet med migrasjonshelse og smittevern.»

Grunnlaget for vedtaket går fram av Stortingets behandling av Dok. 8:37 S (2015–2016).

Regjeringen la 11. mai 2016 fram Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk. Vedtaket er omtalt i kap. 7.2.1 i stortingsmeldingen, og saken er nærmere omtalt i Prop. 1 S (2016–2017) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedtaket er fulgt opp gjennom en rekke tiltak:

Produksjon av informasjonsmateriell og verktøy som plakater, maler for smittevernplaner for mottak, informasjonsbrosjyrer og faktaark til ansatte i mottak, til asylsøkere mv. på flere språk om tuberkulose, håndhygiene, hepatitt, skabb og veggedyr.

Rådgiving per telefon og e-post om hygiene i mottak, vaksiner, tuberkulosescreening, veggedyr, smittsomme sykdommer, smittevern generelt, informasjonsflyt, mv til helsepersonell, asylmottak og andre offentlige instanser.

Utsending av fagpersonell for rådgiving og planleggingsstøtte til kommune og kommuneleger på smittevern, vaksine, TB og skadedyr til ankomstmottakene i Råde (Østfold) og Vestleieren (Finnmark). Hjelp til kommunelegene med utarbeiding av smittevernplaner for store ankomstmottak.

Det har vært avholdt en rekke møter om migrasjonshelse og smittevern beregnet på kommunehelsetjenesten, fylkesmenn, UDI og kommuner med mottak.

Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente ble første gang publisert på nett i oktober 2015 og sist oppdatert i juli 2016.

Det er blitt sendt ut jevnlig nyhetsbrev til alle kommuner med lenke til veilederen og med vekt på opplysning om rettigheter til helsetjenester og smittevern.

Nettsider om emnet er oppdatert.

Temaet er tatt opp på flere smittevernkongresser i fylkene beregnet på kommuneleger. I noen fylker har det vært egne møter om smittevern/ tuberkulose.

Temaet er også aktuelt ved alle de årlige smittevernkongressene i fylkene framover samt på Folkehelseinstituttets smitteverndager.

Vedtaket nr. 437.2 (2015–2016), 12. januar 2016

«Stortinget ber regjeringen om å legge til rette for at helsepersonell blant beboere på mottak rekrutteres slik at kommunene kan bruke asylsøkere med helsefaglig utdanning som norsk helsepersonells medhjelpere.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk, jf. Innst. 399 S (2015–2016). Helse- og omsorgsdepartementet utreder videre hvordan vedtaket skal følges opp.

Vedtaket nr. 437.3 (2015–2016), 12. januar 2016

«Stortinget ber regjeringen om å styrke tjenestene innen psykisk helsevern, og legge til rette for et tettere samarbeid mellom eksisterende traumeenheter.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:37 S (2015–2016).

De regionale helseforetakene skal prioritere psykisk helsevern. Regjeringen har derfor videreført prioriteringsregelen som pålegger RHF å legge til rette for større vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbrukere enn i somatisk sektor. For å sikre bedre kvalitet og bedre bruk av ressursene er det iverksatt arbeid med i alt 22 pakkeforløp på de to områdene. Arbeidet starter høsten 2016 og de 22 forløpene skal være implementert innen 2020.

Iht. nasjonale føringer skal mennesker med traumelidelser behandles i den ordinære tje-

nesten. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for et forsvarlig spesialisttilbud for denne som for andre pasientgrupper. Det er ikke gitt detaljerte føringer mht. organiseringen av traumebehandling, men det er gitt en generell føring om at DPS og BUP skal ta ansvar for vanlige psykiske lidelser på spesialistnivå. Psykiske traumer/PTSD er en hyppig forekommende lidelse (eller årsak til lidelse) som må kunne behandles på alle nivåer, dvs. hos fastlege, på DPS og på sykehus når det er nødvendig. Det er etablert kompetansemiljøer i alle regioner (regionale ressursentre for vold og traumatisk stress, RVTS) som har til oppgave å gi opplæring og veilede helsetjenesten på alle nivåer og overfor enheter under andre aktuelle departementers ansvarsområde. De yter ikke kliniske tjenester.

Vedtaket nr. 437.4 (2015–2016), 12. januar 2016

«Stortinget ber regjeringen om å styrke ordningen med fleksible oppsøkende behandlingsteam for å understøtte kommuner som har behov for dette.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument nr. 8:37 S (2015–2016).

Fleksible oppsøkende behandlingsteam etter Fact-modellen er en helsetjeneste rettet mot mennesker med alvorlig psykisk sykdom som også har utfordringer med å benytte de ordinære helse-tjenestene. Samtidig er en styrking av oppsøkende behandlingsteam et viktig grep for å sikre god og effektiv hjelp til de som trenger det mest. Derfor er oppsøkende behandlingsteam et prioritert tiltak i opptrappingsplanen for rusfeltet, og et satsningsområde for regjeringen.

Vedtaket nr. 439.5 (2015–2016), 12. januar 2016

«Stortinget ber Regjeringen om å sikre at det i samarbeid med foreldrene settes i verk tiltak når det i forbindelse med språkkontroller på helsestasjonene avdekkes behov for oppfølging.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk, jf. Innst. 399 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp ved at det foreligger en nasjonal faglig retningslinje for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn, utarbeidet av Hel-

sedirektoratet. I den generelle helseundersøkelsen av barn anbefales det gjennomført systematisk observasjon av kommunikasjon, språkforståelse og talespråk. Foreldrenes vurdering av barnets språk er også av vesentlig betydning. Dersom helsestasjonen avdekker mistanke om forsinket språkutvikling, skal barnet henvises til videre språkutredning. For mer systematisk observasjon av barns språk, er det ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, utarbeidet kartleggingsmaterieell for bruk ved helsestasjonens 2- og 4-årskonsultasjon, SATS og SPRÅK 4.

Vedtaket nr. 520 (2015–2016), 1. mars 2016

«Stortinget ber regjeringen sikre en god oppfølging for dem som er dømt til særreaksjon på grunnlag av gjentatte lovbrudd av samfunns-skadelig eller særlig plagsom art, for å sikre god tilbakeføring til samfunnet og forhindre at den kriminelle aktiviteten vedvarer etter at særreaksjonen er opphørt.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016). Erfaringer, bl.a. fra Mas-prosjektet (Mellom alle stoler), viser at stabil bosituasjon i egnede boliger og tett individuell oppfølging fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten bør vektlegges. Betydningen av tverretattlig samarbeid, bl.a. mellom politi og helsetjeneste, er påpekt. Tverrfaglige team som ACT/Fact-team (Flexible assertive community treatment) har vist seg å være nyttig for mange innen målgruppen. Vedtaket følges opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet vil ta disse erfaringene med i arbeidet med oppfølgingen av den aktuelle gruppen med dom til særreaksjon.

Vedtaket nr. 521 (2015–2016), 1. mars 2016

«Stortinget ber regjeringen starte en evaluering senest tre år etter at lovendringen er trådt i kraft.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016). Evaluering vil foretas ved samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. En ny lov

om strafferettslige særreaksjoner vil etter planen tre i kraft oktober 2016.

Vedtaket nr. 522 (2015–2016), 1. mars 2016

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det føres årlig statistikk over hvor mange som dømmes til særreaksjon på grunnlag av gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig/særlig plagsom art, hvilke tiltak som har vært prøvd før domfellelse, og over hvilken behandling og oppfølging disse får.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016).

Informasjonen som registreres for å ivareta disse formålene er bl.a. ansvarlig regionalt helseforetak og lokalt helseforetak/sykehus, behandlingsnivå, om pasienten behandles med eller uten døgnopphold, hoveddiagnose, rusavhengighet og mottatte opplysninger om rømminger. Enheten fører imidlertid ikke generell statistikk og innhenter derfor ikke informasjon om hvilke tiltak som er prøvd før domfellelse eller behandlingstiltak. Informasjon om behandlingstiltak vil ligge i pasientjournalene. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at evaluering og ev. forskningsprosjekter må belyse forhold man ønsker kunnskap om, utover det som går fram av koordineringsenhetens database.

Vedtaket nr. 542 (2015–2016), 17. mars 2016

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 11 (2015–2016), jf. Innst. 206 S (2015–2016). Vedtaket er fulgt opp ved at det i foretaksmøtene til regionale helseforetak i mai 2016 ble stilt krav om at stedlig ledelse skal bli hovedregelen ved norske sykehus.

Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Kravet om stedlig ledelse er ikke til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de

ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Samtidig må helseforetakene organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer bl.a. at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.

Vedtak nr. 543 (2015–2016), 17. mars 2016

«Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.»

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det i foretaksmøtene til regionale helseforetak i mai 2016 ble gitt følgende føring: Sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.

Vedtak nr. 544 (2015–2016), 17. mars 2016

«Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.»

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det i foretaksmøtene til regionale helseforetak i mai 2016 ble gitt følgende føring: Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.

Vedtak nr. 545 (2015–2016), 17. mars 2016

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge.»

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

Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan, ble det i foretaksmøtene til regionale helseforetak i mai 2016 gitt følgende føring: I forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner skal de regionale helseforetakene gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram en egen sak for Stortinget etter at regionale helseforetak har gjennomgått basestrukturen.

Vedtak nr. 546 (2015–2016), 17. mars 2016

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og /eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene starter en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretaket til akuttisyrkehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 11 (2015–2016), jf. Innst. 206 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i foretaksmøtene til regionale helseforetak i mai 2016 ble gitt følgende føring: Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akuttisyrkehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.

Vedtak nr. 627 (2015–2016), 28. april 2016

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

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

Det er kvinnene selv som skal ta valget om å ta prevensjon for å unngå å bli gravid. Dette gjelder også rusavhengige – inkludert kvinner som er i

LAR. Kvinner i LAR omfattes av den nasjonale retningslinjen og her vises det til omtalen nedenfor knyttet til vedtak nr. 628 (2015–2016). En ordning med gratis langtidsvirkende prevensjon vil reise juridiske, økonomiske og faglige spørsmål. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere dette spørsmålet og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Vedtak nr. 628 (2015–2016), 28. april 2016

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

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

Som det går fram av Helsedirektoratets nasjonale retningslinje for gravide i LAR, er det viktig at kvinnen ved oppstart av LAR får informasjon om LAR og om økt mulighet for å bli gravid. Av retningslinjen går det videre fram:

«I forbindelse med planlegging av graviditet bør det drøftes om det kan være aktuelt med en forsiktig reduksjon av doseringen av LAR-medikament før paret prøver å bli gravide.»

Dersom en kvinne planlegger å bli gravid og ønsker nedtrapping, må en slik nedtrapping følge de anbefalingene som gjelder for nedtrapping i den generelle retningslinjen for LAR. Denne retningslinjen er nå under revisjon. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp overfor helseregionene at kvinner får grundig informasjon om graviditet ved oppstart av LAR. Videre vil departementet følge opp overfor helseregionene at de kvinner i LAR og som planlegger å bli gravide og ønsker nedtrapping av LAR får et reelt tilbud om dette.

Vedtak nr. 629 (2015–2016), 28. april 2016

«Stortinget ber regjeringen innføre en enkel og ubyråkratisk ordning som kan gi kvinner i LAR gratis langtidsvirkende prevensjon ved oppstart i LAR.»

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

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet foretatt en vurdering av finansieringsansvaret for prevensjon for kvinner i LAR. Denne vurderingen ble oversendt til departementet i juni 2016 og departementet vil nå gå nærmere gjennom på hvilken måte en slik ordning kan gjennomføres i tråd med Stortingets vedtak.

Vedtak nr. 658 (2015–2016), 18. mai 2016

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

Dokumentene som ligger til grunn for vedtaket er Dokument nr. 8:24 S (2015–2016), jf. Innst. 250 S (2015–2016).

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte 10. juni 2016 et ekspertutvalg for å utrede enklere tilgang og bedre utnyttelse av helsedata. Utvalget skal innenfor dette utrede hvordan enklere tilgang til og bedre utnyttelse av helsedata kan bidra til innovasjon og næringsutvikling. De skal beskrive dagens system og foreslå tiltak for å gjøre dagens system bedre. Utvalget er i mandatet spesifikt bedt om å bidra til å følge opp Stortingets anmodningsvedtak. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt utvalget en frist for å slutføre arbeidet som gjør det mulig å gjennomføre gode prosesser og involvere relevante aktører. Når utvalget har gjennomført sitt arbeid vil Helse- og omsorgsdepartementet følge opp saken videre.

Vedtak nr. 662 (2015–2016), 18. mai 2016

«Stortinget ber regjeringen om å, i opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, sørge for at rehabilitering av eldre innlemmes i planen.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:34 S (2015–2016) Representantforslag om å sikre rehabilitering og fysisk trening i sykehjem, jf. Innst. 252 S (2015–2016).

Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering er inkludert i del III, kapittel 8. Rehabilitering er ingen enkelttjeneste, men en organis-

ring av flere tjenester som skal gi brukeren et helhetlig, målrettet tilbud med formål å bedre brukerens mulighet til egenmestring og opprettholdelse av funksjon så lenge som mulig. Alle brukere, uavhengig av alder, har rett til rehabiliteringstjenester. Vedtaket er fulgt opp ved at opptrappingsplanen er generell og omfatter alle aldersgrupper.

Vedtaket nr. 786 (2015–2016), 7. juni 2016

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

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

Spørsmål om kroppspress og reklame er omtalt i ungdomshelsestrategien. Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014–2015)) legger til grunn at psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet og legge mer vekt på forhold som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Kommunikasjonsarbeidet om fysisk aktivitet og kosthold skal i større grad legge vekt på trivsel, glede og mestringsaspektet ved å være i bevegelse, og å ha gode mat- og måltidsvaner som kan skape trygghet og bevissthet og gjøre barn og unge mer kritiske til press fra omgivelser gjennom bl.a. sosiale medier. Dette skal bl.a. ivaretas i ny handlingsplan om kosthold, som legges fram våren 2017. Kampanjen Dine30 har som uttrykt mål å være en motvekt til kroppspress og strenge treningsregimer. Arbeidet mot kroppspress vil videre være en del av regjeringens strategi for psykisk helse som skal inneholde både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ.

Vedtaket nr. 787 (2015–2016), 7. juni 2016

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

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

Spørsmål om kroppspress og reklame er omtalt i ungdomshelsestrategien. Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014–2015)) legger til grunn at psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet og legge mer vekt på forhold som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Kommunikasjonsarbeidet om fysisk aktivitet og kosthold skal i større grad legge vekt på trivsel, glede og mestringsaspektet ved å være i bevegelse, og å ha gode mat- og måltidsvaner som kan skape trygghet og bevissthet og gjøre barn og unge mer kritiske til press fra omgivelser gjennom bl.a. sosiale medier. Dette skal bl.a. ivaretas i ny handlingsplan om kosthold som legges fram våren 2017. Kampanjen Dine30 har som uttrykt mål å være en motvekt til kroppspress og strenge treningsregimer. Arbeidet mot kroppspress vil videre være en del av regjeringens strategi for psykisk helse som skal inneholde både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ.

Vedtaket nr. 817 (2015–2016), 8. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen sikre at barn og unge som begår seksuelle overgrep, får tilbud om individuell oppfølging og behandling.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:55 S (2015–2016), jf. Innst. 349 S (2015–2016).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har i nasjonal kartleggingsstudie kartlagt behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold eller seksuelle overgrep. Studien viser at det finnes noen spesifikke behandlingstilbud og kompetansemiljøer for barn og unge med problematisk og skadelig atferd. Det er behov for å styrke behandlingstilbudet til unge overgripere, samt øke kompetansen i ulike tjenester som møter unge overgripere. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor gitt NKVTS i oppdrag å innhente mer informasjon om behandlingstilbudet til barn og unge som begår seksuelle overgrep i de nordiske land, Storbritannia og Nederland. Dette vil gi et bedre grunnlag for å vurdere hvordan behandlingstilbudet i Norge til barn og unge som begår seksuelle overgrep bør organiseres for framtiden.

Vedtaket nr. 838 (2015–2016), 9. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen vurdere et krav om at kommunene skal definere hvem som har det

overordnede ansvar for hjelpetjenestene til barn og unge.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen Dokument 8:43 S (2015–2016), jf. Innst. 346 S (2015–2016).

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp gjennom arbeidet med en strategi for barn og unges psykiske helse, jf. anmodningsvedtak nr. 840 (2015–2016).

Vedtak nr. 839 (2015–2016), 9. juni 2016

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

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

Regjeringen har hatt stor oppmerksomhet rundt behovet for å opprette medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern for voksne. Slike tilbud er nå under utvikling og etablering i de regionale helseforetakene. Det vil bli vurdert om et tilsvarende oppdrag om medikamentfrie tilbud for barn og unge skal pålegges de regionale helseforetakene.

Vedtak nr. 840 (2015–2016), 9. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ. I utformingen av strategien skal barn og unges erfaringer og råd inkluderes.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen Dokument nr. 8:43 S (2015–2016), jf. Innst. 346 S (2015–2016).

Regjeringen vil utarbeide en strategi for barn og unges psykiske helse, som en del av en samlet strategi for befolkningens psykiske helse. Strategien skal omfatte både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak, og regjeringen tar sikte på å legge den fram våren 2017.

Vedtak nr. 961 (2015–2016) 16. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen følge opp arbeidet med Norsk helsearkiv og realiseringen av depotbygg på Tynset.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:79 S (2015–2016) om sikker lagring av pasientopplysninger, jf. Innst. 392 S (2015–2016) fra Helse- og omsorgskomiteen. Det vises til Vedtak nr. 962 (2015–2016) 16. juni 2016.

Regjeringen har lagt fram et forslag med en helhetlig løsning for Arkivverket og Norsk helsearkiv, herunder forslag om midler i 2017 til igangsetting av nybygg for Norsk helsearkiv på Tynset og magasin for papirbaserte arkiver samlokalisert med den statlige etaten Nasjonalbibliotekets anlegg i fjellet i Mo i Rana, jf. omtalen i budsjettproposisjonen til Kulturdepartementet, programkategori 08.20 og bevilgningsforslag i budsjettproposisjonen til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, kap. 2445 Statsbygg, post 31 Igangsetting av ordinære prosjekter.

Vedtak nr. 962 (2015–2016) 16. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen ta initiativ til en utredning om hvordan oppbevaring/lagring av sensitive pasientopplysninger best mulig skal kunne trygges, herunder med fokus på utfordringer som kan oppstå i forbindelse med samarbeid med private aktører.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok 8:79 S (2015–2016) om sikker lagring av pasientopplysninger, jf. Innst. 392 S (2015–2016).

Regjeringen har lagt fram et forslag med en helhetlig løsning for Arkivverket og Norsk helsearkiv, herunder forslag om midler i 2017 til igangsetting av nybygg for Norsk helsearkiv på Tynset og magasin for papirbaserte arkiver samlokalisert med Nasjonalbibliotekets anlegg i fjellet i Mo i Rana, jf. omtalen i budsjettproposisjonen til Kulturdepartementet, programkategori 08.20 og bevilgningsforslag i budsjettproposisjonen til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, kap. 2445 Statsbygg, post 31 Igangsetting av ordinære prosjekter. Prosjektene fremmes innenfor husleieordningen i staten, hvor Statsbygg bygger, eier, forvalter og leier ut lokaler til statlige etater.

Det er Riksarkivaren, lederen av Arkivverket, som vil være databehandlingsansvarlig og ha ansvaret for bevaringen av opplysningene i Norsk

helsearkiv, i tråd med gjeldende regelverk, herunder helseregisterloven og helsearkivforskriften.

Med bakgrunn i regjeringens anbefaling om statlig bygging, eierskap, forvaltning og drift i saken anses det hensiktsmessig å ikke gjennomføre ytterligere utredning av andre typer løsninger, herunder samarbeid med private aktører.

Vedtak nr. 999 (2015–2016), 17. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen sørge for at kriteriene for tilskuddsordningen Aktivitet for seniorer og eldre under kap. 761 post 21 endres slik at Tjukkasgjengen kan omfattes av ordningen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 2 (2015–2016), Prop. 121 LS (2015–2016) og Prop. 122 S (2015–2016), jf. Innst. 400 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp gjennom at tilskuddsordningen Aktivitet for seniorer og eldre endres slik at det også åpnes for at Tjukkasgjengen omfattes av ordningen, jf. omtale under kap. 761, post 21.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2016–2017) om statsbudsjettet for år 2017 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et framlagt forslag.

Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2016–2017)
Statsbudsjettet for budsjettåret 2017 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	235 887 000	235 887 000
701	Direktoratet for e-helse		
	01 Driftsutgifter	209 759 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	354 891 000	
	70 Norsk Helsennett SF	112 610 000	
	71 Medisinske kvalitetsregistre	38 671 000	715 931 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	24 669 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 820 000	28 489 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	8 242 000	
	71 Internasjonale organisasjoner	58 811 000	67 053 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		1 047 360 000
Folkehelse mv.			
710	Folkehelseinstituttet		
	01 Driftsutgifter	792 318 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	725 634 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	21 750 000	1 539 702 000
712	Bioteknologirådet		
	01 Driftsutgifter	9 508 000	9 508 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
714	Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	151 458 000
	60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	78 969 000
	70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	116 788 000
	74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	20 151 000
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	45 849 000
		Sum Folkehelse mv.	413 215 000
			1 962 425 000
		Helseforvaltning	
720	Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	1 271 168 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	32 736 000
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 211 000
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	47 602 000
			1 355 717 000
721	Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	129 687 000
			129 687 000
722	Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	181 940 000
	70	Advokatutgifter	37 214 000
	71	Særskilte tilskudd	36 975 000
			256 129 000
723	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	124 753 000
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	23 015 000
			147 768 000
729	Pasient- og brukerombud		
	01	Driftsutgifter	68 267 000
			68 267 000
		Sum Helseforvaltning	1 957 568 000
		Spesialisthelsetjenester	
732	Regionale helseforetak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 744 000
	70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	1 815 800 000
	71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	530 307 000
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	50 012 384 000
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	17 652 110 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	13 322 860 000	
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	11 939 719 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	34 289 983 000	
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 264 141 000	
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 148 644 000	
	79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	600 513 000	
	80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	5 265 700 000	
	81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>	75 000 000	
	82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	1 566 883 000	
	83	Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	39 000 000	141 542 788 000
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	14 656 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	125 057 000	
	72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	3 468 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	6 000 000	149 181 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01	Driftsutgifter	50 543 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	14 434 000	
	70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	2 635 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	81 012 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	20 142 000	168 766 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		141 860 735 000
		Legemidler		
750		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	288 375 000	288 375 000
751		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	10 782 000	
	70	Tilskudd	54 303 000	65 085 000
		Sum Legemidler		353 460 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	128 013 000	
	60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	129 289 000	
	61	Vertskommuner	931 368 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	277 652 000	
	63	Investeringstilskudd, <i>kan overføres</i>	3 298 100 000	
	64	Kompensasjon for renter og avdrag	841 700 000	
	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	1 224 906 000	
	67	Utviklingstiltak	68 908 000	
	68	Kompetanse og innovasjon	365 874 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	16 560 000	
	72	Landsbystiftelsen	76 654 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	23 490 000	
	75	Andre kompetansetiltak	11 211 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	103 789 000	7 497 514 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	70 480 000	
	50	Samisk helse	5 564 000	
	60	Forebyggende helsetjenester	157 511 000	
	61	Fengselshelsetjeneste	162 976 000	
	63	Allmennlegetjenester	88 349 000	
	64	Opptappingsplan habilitering og rehabilitering	91 000 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	49 443 000	
	73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	54 128 000	
	74	Stiftelsen Amatheia	19 842 000	699 293 000
765		Psykisk helse og rusarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	120 078 000	
	60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	408 768 000	
	62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	468 653 000	
	71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	140 752 000	
	72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	266 125 000	
	73	Utviklingstiltak mv.	141 251 000	
	74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	304 700 000	
	75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	173 031 000	2 023 358 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	14 591 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	2 858 000	17 449 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		10 237 614 000
		Tannhelse		
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	30 332 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	256 274 000	286 606 000
		Sum Tannhelse		286 606 000
		Kunnskap og kompetanse		
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	333 280 000	333 280 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	70 658 000	
	79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	64 067 000	134 725 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	39 400 000	
	61	Turnustjeneste	145 557 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	25 280 000	210 237 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		678 242 000
		Spesialisthelsetjenester mv.		
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	1 920 000 000	
	71	Psykologhjelp	287 000 000	
	72	Tannbehandling	2 509 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitut	891 200 000	5 607 200 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.		5 607 200 000
		Legehjelp, legemidler mv.		
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	10 139 900 000	
	71	Legeerklæringer	6 000 000	
	72	Medisinsk forbruksmateriell	2 003 500 000	12 149 400 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
2752	Refusjon av egenbetaling		
	70 Egenandelstak 1	5 000 000 000	
	71 Egenandelstak 2	1 067 600 000	6 067 600 000
2755	Helsetjenester i kommunene mv.		
	62 Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	370 000 000	
	70 Allmennlegehjelp	4 845 000 000	
	71 Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 195 000 000	
	72 Jordmorhjelp	61 000 000	
	73 Kiropraktorbehandling	150 000 000	
	75 Logopedisk og ortoptisk behandling	142 000 000	6 763 000 000
2756	Andre helsetjenester		
	70 Helsetjenester i annet EØS-land	25 000 000	
	71 Helsetjenester i utlandet mv.	445 000 000	
	72 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	210 000 000	680 000 000
	Sum Legehjelp, legemidler mv.		25 660 000 000
	Andre helsetiltak		
2790	Andre helsetiltak		
	70 Bidrag	235 000 000	235 000 000
	Sum Andre helsetiltak		235 000 000
	Sum departementets utgifter		189 886 210 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	Diverse inntekter		
3701	Direktoratet for e-helse		
	02 Diverse inntekter	70 003 000	70 003 000
3703	Internasjonalt samarbeid		
	02 Diverse inntekter	2 000 000	2 000 000
3710	Folkehelseinstituttet		
	02 Diverse inntekter	177 729 000	
	03 Vaksinesalg	97 522 000	275 251 000
3714	Folkehelse		
	04 Gebyrinntekter	2 315 000	2 315 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
3720	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	37 894 000	
	03 Helsetjenester i annet EØS-land	47 034 000	
	04 Gebyrinntekter	44 132 000	
	05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	65 000 000	194 060 000
3721	Statens helsetilsyn		
	04 Diverse inntekter	1 500 000	1 500 000
3722	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	1 424 000	
	50 Premie fra private	18 072 000	19 496 000
3723	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	50 Premie fra private	2 454 000	2 454 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	292 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	448 000 000	
	86 Driftskreditter	5 170 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	647 000 000	6 557 000 000
3750	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	15 298 000	
	04 Registreringsgebyr	121 978 000	
	06 Refusjonsgebyr	3 036 000	140 312 000
	Sum Diverse inntekter		7 264 391 000
	Skatter og avgifter		
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70 Legemiddelomsetningsavgift	90 000 000	
	72 Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 900 000	
	73 Legemiddelkontrollavgift	125 000 000	
	74 Tilsynsavgift	3 770 000	223 670 000
	Sum Skatter og avgifter		223 670 000
	Renter og utbytte mv.		
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85 Statens overskuddsandel	32 000 000	
	86 Utbytte	2 000	32 002 000
	Sum Renter og utbytte mv.		32 002 000
	Sum departementets inntekter		7 520 063 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2017 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 701, postene 01 og 21	kap. 3701, post 02
kap. 703, post 21	kap. 3703, post 02
kap. 710, post 01	kap. 3710, post 02
kap. 710, post 21	kap. 3710, postene 02 og 03
kap. 714, post 21	kap. 3714, post 04
kap. 720, postene 01 og 21	kap. 3720, postene 02 og 04
kap. 720, post 70	kap. 3720, post 03
kap. 721, post 01	kap. 3721, post 04
kap. 722, post 01	kap. 3722, postene 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 nettoordningen for merverdiavgift.

Merinntekter og eventuelle mindreinntekter tas med i beregningen av overføring av ubrukt bevilgning til neste år.

Fullmakt til å pådra staten forpliktelser utover gitte bevilgninger

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2017 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 2017 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye til-

sagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Omsorgstjeneste	
	63	Investeringstilskudd	8 740,1 mill. kroner
	79	Andre tilskudd	1 mill. kroner

Andre fullmakter

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.
2. Helse- og omsorgsdepartementet i tilknytning til oppgjørsordningene for h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg kan føre utgif-

ter og inntekter uten bevilgning over kap. 720 Helsedirektoratet, hhv. post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler, og post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg. Netto mellomregning med helseforetakene føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

=====

Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: 07 Xpress AS – 10/2016

