



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2018–2019)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2019**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2018–2019)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2019**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631



# Innhold

<b>Del I</b>	<b>Innledende del</b> .....	7	Kap. 741	Norsk pasientskadeerstatning	.....	136
<b>1</b>	<b>Helse- og omsorgspolitikken</b> ...	9	Kap. 3741	Norsk pasientskadeerstatning	.....	138
<b>2</b>	<b>Profilen i budsjettforslaget</b> .....	15	Kap. 742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	.....	138
<b>3</b>	<b>Oversiktstabeller</b> .....	24	Kap. 3742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	.....	140
<b>Del II</b>	<b>Budsjettomtaler</b> .....	53	Kap. 744	Direktoratet for e-helse	.....	140
<b>4</b>	<b>Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.</b> .....	55	Kap. 745	Folkehelseinstituttet	.....	143
<b>Programområde 10 Helse og omsorg</b> .....		55	Kap. 3745	Folkehelseinstituttet	.....	148
<i>Programkategori 10.00</i>			Kap. 746	Statens legemiddelverk	.....	148
<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i> .....		55	Kap. 3746	Statens legemiddelverk	.....	152
Kap. 700	Helse- og omsorgsdepartementet	56	Kap. 747	Statens strålevern	.....	152
Kap. 701	E-helse, helseregistre mv.	57	Kap. 3747	Statens strålevern	.....	155
Kap. 3701	E-helse, helseregistre mv.	62	Kap. 748	Statens helsetilsyn	.....	156
Kap. 702	Beredskap	63	Kap. 3748	Statens helsetilsyn	.....	160
Kap. 703	Internasjonalt samarbeid	65	Kap. 749	Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten	....	161
Kap. 3703	Internasjonalt samarbeid	67	<i>Programkategori 10.60</i>			
Kap. 704	Helsearkivet	67	<i>Kommunetjenesten</i> .....		162	
Kap. 709	Pasient- og brukerombud	69	Kap. 761	Omsorgstjeneste	.....	165
<i>Programkategori 10.10</i>			Kap. 762	Primærhelsetjeneste	.....	188
<i>Folkehelse mv.</i> .....		71	Kap. 765	Psykisk helse og rusarbeid	.....	208
Kap. 710	Vaksiner mv.	73	Kap. 769	Utredningsvirksomhet mv.	.....	231
Kap. 3710	Vaksiner mv.	74	<i>Programkategori 10.70 Tannhelse</i> .....		234	
Kap. 712	Bioteknologirådet	75	Kap. 770	Tannhelsetjenester	.....	237
Kap. 714	Folkehelse	75	<i>Programkategori 10.80</i>			
Kap. 3714	Folkehelse	83	<i>Kunnskap og kompetanse</i> .....		240	
Kap. 717	Legemiddeltiltak	83	Kap. 780	Forskning	.....	241
Kap. 5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	85	Kap. 781	Forsøk og utvikling mv.	.....	244
Kap. 5631	Aksjer i AS Vinmonopolet	86	Kap. 783	Personell	.....	248
<i>Programkategori 10.30</i>			<b>Programområde 30</b>			
<i>Spesialisthelsetjenester</i> .....		88	<b>Helsetjenester, folketrygden</b> .....		251	
Kap. 732	Regionale helseforetak	90	<i>Programkategori 30.10</i>			
Kap. 3732	Regionale helseforetak	118	<i>Spesialisthelsetjenester mv.</i> .....		252	
Kap. 733	Habilitering og rehabilitering	119	Kap. 2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	.....	252
Kap. 734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	121	<i>Programkategori 30.50 Legehjelp</i> .....		256	
Kap. 737	Historiske pensjonskostnader	124	Kap. 2751	Legemidler mv.	.....	256
<i>Programkategori 10.40</i>			Kap. 2752	Refusjon av egenbetaling	.....	259
<i>Sentral helseforvaltning</i> .....		126	Kap. 2755	Helsetjenester i kommunene mv.	.....	261
Kap. 740	Helsedirektoratet	127	Kap. 2756	Andre helsetjenester	.....	265
Kap. 3740	Helsedirektoratet	135	<i>Programkategori 30.90</i>			
			<i>Andre helsetiltak</i> .....		267	
			Kap. 2790	Andre helsetiltak	.....	267

<b>Del III</b>	<b>Omtale av særlige tema</b> .....	269	<b>9</b>	<b>Internasjonalt samarbeid</b> .....	300
<b>5</b>	<b>Spesialisthelsetjenesten</b> .....	271	<b>10</b>	<b>Administrative fellesomtaler</b> .....	307
			10.1	Fornye, forenkle og forbedre .....	307
<b>6</b>	<b>Utviklingstrekk i kommunene</b> .	286	10.2	Oppfølging av likestillingslovens	
6.1	Brukere av helse- og omsorgstje-			krav om å gjøre rede for	
	nestene .....	286		likestilling .....	308
6.2	Personell .....	287	10.3	Omtale av lønnsvilkårene	
6.3	Botilbud .....	288		mv. til ledere i heleide statlige	
6.4	Kommunenes utgifter til			virksomheter .....	311
	omsorgstjenester .....	288			
<b>7</b>	<b>Utviklingstrekk folketrygden</b> ....	290	<b>11</b>	<b>Sektorovergripende klima og</b>	
				<b>miljøpolitikk</b> .....	312
<b>8</b>	<b>Forsknings- og innovasjons-</b>		<b>Forslag</b> .....		314
	<b>strategien HelseOmsorg21</b> .....	294			



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 1 S

(2018–2019)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2019**

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. september 2018,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Solberg)*





*Del I*  
*Innledning del*



# 1 Helse- og omsorgspolitikken

Regjeringens mål er å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste. Alle skal ha 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 familien sin.

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
4. Fremme kommunenes evne til omstilling og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, basert på eldrereformen *Leve hele livet*.

Regjeringen har lagt fram en rekke dokumenter for å understøtte disse målsettingene. Ikke bare gjennom budsjetter og bevilgninger, men også gjennom nye ideer og bedre løsninger, blant annet: Nasjonal helse- og sykehusplan, Folkehelsemeldingen, Primærhelsetjenestemeldingen, Legemiddelmeldingen, Prioriteringsmeldingen, Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet* – en kvalitetsreform for eldre, Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, regjeringen sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien samt innføring av reformen fritt behandlingsvalg, Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), rett til kontaktlege for alvorlig syke og rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Det er pasienten som skal stå i sentrum for de endringene som gjøres. Regjeringen vil styrke pasientens rettigheter og flytte makt fra systemer til den enkelte. Målet er bedre kvalitet og mer trygghet for pasienter, brukere og pårørende.

Regjeringen vil ta alle gode krefter i bruk og ønsker å legge til rette for god samhandling og samarbeid mellom det offentlige og private, ideelle og frivillige aktører. Mangfold bidrar til valg-

frihet, 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 i tjenestene. Det er imidlertid fortsatt behov for endringer og forbedringer på viktige områder. Det er fremdeles for mange uønskede hendelser som kunne vært forebygget, og som fører til unødig skade på pasienter og brukere. Særlig er det behov for bedre organisering, ledelse og kommunikasjon. Overganger og samhandling på tvers av nivåer og funksjoner må bli bedre. Det er for mye uønsket variasjon i kvaliteten mellom ulike sykehus, mellom kommuner og mellom tjenestene som tilbys. For mange venter fortsatt for lenge på helsehjelp. Regjeringen vil ta vare på det som fungerer bra, og forbedre det som kan bedres.

## 1.1 Pasientens helse- og omsorgstjeneste

Regjeringen vil skape pasientens helse- og omsorgstjeneste. Å skape pasientens tjeneste betyr å involvere pasienten som partner i utviklingen av tjenestene. I møte med helse- og omsorgstjenesten skal hver enkelt pasient få god og trygg helsehjelp, oppleve respekt, verdighet og åpenhet, slippe unødig ventetid og få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Regjeringen vil fornye, forenkle og forbedre tjenesten med utgangspunkt i pasientens behov. Norge har og skal ha et godt offentlig helsetilbud. Skal dette ivaretas, er tjenestene avhengig av befolkningens tillit. Skal tilliten ivaretas, må tjenestene utvikles, mangfoldet tas i bruk og alle gis en sterkere stemme i utvikling av tjenestene. Medvirkning fra brukerne skal derfor ivaretas på alle nivåer, fra utvikling av tjenestene på nasjonalt nivå og på virksomhetsnivå, til i møte mellom pasient og helsepersonell. Regjeringen vil i budsjettet for 2019 fortsette å prioritere tiltak som styrker disse målsettingene.

Regjeringen har oppnevnt et ekspertpanel for å gi pasienter med alvorlig, livsforkortende sykdom mulighet til en ny medisinsk-faglig vurdering for behandlingsoalternativer enten i Norge eller i utlandet. Regjeringen vil skape større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet for å skape pasientens helsetjeneste og følge utviklingen over tid. Regjeringen vil høsten 2018 legge fram den femte årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet og videreføre arbeidet i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Det er en utfordring at pasienter venter unødvendig lenge på behandling som er nødvendig, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og antall fristbrudd, har regjeringen tatt i bruk flere virkemidler. Regjeringen har fjernet taket for hvor mange pasienter sykehusene kan behandle, samtidig som sykehusene får betalt for å behandle flere pasienter ved at den innsattsstyrte finansieringen ble økt. Pasientenes valgfrihet har også økt. Dette gjør regjeringen ved å ta i bruk et mangfold av aktører i offentlig og privat sektor og bruker mer av den ledige kapasiteten hos private, blant annet gjennom innføringen av reformen fritt behandlingsvalg. Gjennom konkrete reformer og styrking av sykehusene reduserer regjeringen ventetiden og øker pasientbehandlingen. Ventetidene har gått ned fra 2013 til første tertial 2018, selv om det er registrert en viss økning fra første tertial 2017.

## 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.

Helse- og omsorgstjenesten står overfor store oppgaver framover. Befolkningssammensetningen endres, flere brukere vil ha behov for ivaretagelse av både fysiske, psykiske og sosiale behov og kompleksiteten i oppgaveløsningen vil øke. Tjenestene må i større grad legge til rette for at brukere kan leve aktive liv, samtidig som de skal ha trygghet for å få god hjelp og omsorg når de har behov for det. Pårørende er en viktig ressurs, som i samarbeide med tjenestene skal få veiledning, støtte og avlastning. Gjennom bruk av velferdsteknologi og nye løsninger skal brukere få økt mestring og trygghet i hverdagen.

Regjeringen har lagt fram Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for

eldre. Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt, og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene.

Utgangspunktet for Leve hele livet er en erkjennelse av at de gode løsningene finnes ute i den enkelte kommune, i fylkeskommunene og i helseforetakene, men at de i liten grad spres til andre. Reformen har derfor blitt til gjennom en omfattende dialogprosess med brukere, pårørende, frivillige, ansatte, ledere og forskere for å få gode eksempler og innspill til løsninger. Leve hele livet har fem innsatsområder: Et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp samt sammenheng i tjenestene. For hvert av innsatsområdene gir reformen fem forslag til løsninger. Løsningene er basert på eksempler som kommunene og spesialisthelsetjenesten kan tilpasse lokalt, og gjennomføre i samarbeid med frivillig sektor og andre aktører i lokalsamfunnet.

Fundamentet for Leve hele livet er stortingsmeldinger og planer for å utvikle gode og bærekraftige løsninger, blant annet om folkehelse, primærhelsetjeneste, sykehus og øvrig spesialisthelsetjeneste, og tiltak for økt kompetanse og kapasitet i omsorgstjenestene.

Gjennom regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, har regjeringen startet arbeidet med å legge til rette for at flere eldre som ønsker det, kan bo lenger hjemme, og leve aktive og selvstendige liv – med tilpassede tjenester. Det er viktig at mennesker opplever trygghet og verdighet ved livets slutt. Regjeringen vil vurdere hvordan den offentlige utredningen – På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende skal følges opp.

Regjeringen ønsker at staten skal ta et større ansvar for utbygging av flere heldøgns plasser i sykehjem og omsorgsboliger i kommunene. Derfor er den statlige tilskuddsordningen som kommunene kan søke på, forbedret ved at tilskuddsatsen er hevet fra i gjennomsnitt 35 pst. til 50 pst. Medregnet momskompensasjonsordningen dekker staten opp mot 70 pst. av investeringskostnadene for heldøgns omsorgsplasser.

Det er også lagt til rette for 13 100 heldøgns omsorgsplasser i perioden 2014–2018. Dette har ført til et taktskifte i kommunenes søknader om investeringstilskudd til slike plasser. Antallet plasser med innvilget tilskudd per år er i snitt om lag doblet under denne regjeringen.

For regjeringen er det viktig å styrke de eldres helse. Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder antall hoftebrudd. Regjeringen har derfor star-

tet arbeidet med å utvikle en nullvisjon for fallulykker i og ved hjemmet, som medfører alvorlige personskader og død. Som ledd i arbeidet vil regjeringen sette målbare mål på nasjonalt nivå og utarbeide systematiske tiltak for å nå målene.

Regjeringen vil ha en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste med dyktige ansatte som kan gi god helsehjelp og omsorg. 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 og bedre lederkompetanse. For å bidra til bedre kvalitet i tjenestene, er regjeringen godt i gang med å utvikle en standard for kvalitet – en trykksstandard for sykehjem.

Regjeringen vil utvide forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene både i tid og i antall kommuner. Erfaringer fra følgeevalueringen trekker fram bedre samhandling og kontroll i kommunene. Bedre og hyppigere vurdering av vedtak, økt brukermedvirkning og opprydning i saksbehandlingssystemer. De seks kommunene som allerede er med i forsøket inviteres til å delta i forsøket ut 2022. De kommunene som skal slå seg sammen med eksisterende forsøkskommuner vil også inviteres til å delta. Disse kommunene må søke om deltakelse innen utgangen av 2018. Det legges videre opp til å utvide forsøket med seks nye kommuner med sikte på oppstart senest andre halvår 2020.

Stortinget har gitt sin tilslutning til Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. I meldingen har regjeringen beskrevet utfordringer og pekt ut retningen for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Regjeringen arbeider nå med oppfølgingen.

Det fremgår av regjeringsplattformen at fastlegeordningen skal forbedres og moderniseres. Regjeringen er godt i gang med oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen. For å utvikle en mer helhetlig og teambasert tjeneste tilpasset brukernes behov, og der de samlede personellressursene brukes bedre, startes det tre piloter i 2018. Dette er primærhelseteam, oppfølgingsteam og andre runde med utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. En pilot på legevaktfeltet starter høsten 2018. Pilotene vil gi viktig kunnskap om effekten av nye arbeidsformer og arbeidsdeling samt om endringer i organisering og finansiering av tjenestene. Staten yter tilskudd til rekruttering av fastleger og til utdanningsstillinger. Treparts-samarbeidet med Legeforeningen og KS/Oslo kommune er reetablert, og det er igangsatt flere større utredninger som følge av dette, både om finansieringsmodeller og utdanningsstillinger.

Målet med trepartssamarbeidet er å styrke samarbeidet og få en tettere dialog om utfordringer i fastlegeordningen og hva som kan være mulige løsninger. I tråd med Jeløya-plattformen har direktoratene fått i oppdrag å utrede e-konsultasjon. I tillegg er det igangsatt en evaluering av fastlegeordningen som inkluderer en større brukerundersøkelse for å få kunnskap til å gjennomføre forbedringer. Det skal fremmes en handlingsplan for allmennelegetjenesten våren 2020.

### 1.3 En folkehelsepolitikk som skaper muligheter

---

Folkehelsen i Norge er generelt god og levealderen høy. Likevel er sosiale forskjeller i helse og levekår fortsatt en utfordring. Regjeringen vil legge til rette for at enkeltmennesket blir sett i et helhetlig livstidsperspektiv, hvor særlig tidlig innsats gir gode vaner og gode holdninger. God helse og gode levekår er viktig for å gi bedre muligheter for alle.

Regjeringen vil legge prinsippet om å forebygge der man kan og reparere der man må, til grunn i folkehelsearbeidet. En ny folkehelsemelding skal legges fram våren 2019. Utfordringene innen fysisk og psykisk helse, og sammenhengen mellom disse, vil bli synliggjort sammen med den tverrsektorielle innsatsen for å møte disse utfordringene. God oppvekst, og betydningen av å motvirke utenforskap og ensomhet, er blant de områder regjeringen vil fremheve i meldingen. Videre vil demens være et tema i meldingen.

Det skal skapes gode rammer for flere leveår med god helse og økt livskvalitet i befolkningen. Et samfunn som legger bedre til rette for gode helsevalg, er en forutsetning for at den enkelte skal kunne ta mer ansvar for egen helse. Arbeidet for å legge til rette for gode helsevalg vil bli fulgt opp i den nye folkehelsemeldingen.

Regjeringen vil gjøre det enklere å ta sunne valg, og følger opp Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021), Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle!, som ble lagt fram i 2017. Regjeringen vil også legge fram en handlingsplan for fysisk aktivitet i 2019.

Regjeringen har lagt fram Mestre hele livet – Strategi for god psykisk helse (2017–2022). Regjeringen vil følge opp strategiens mål om at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Tiltak for å fremme psykisk helse og følge med på hvordan psykisk helse og livskvalitet utvikler seg i befolkningen er derfor en viktig del av regjeringens folkehelsepolitikk. Det er en sær-

lig satsing på barn og unge i det systematiske folkehelsearbeidet. I statsbudsjettet for 2019 viderefører og styrker regjeringen program for folkehelse i kommunene. Regjeringen vil arbeide for at psykisk helse, livskvalitet og mestring er gjennomgående i folkehelsepolitikken, og sørge for at betydningen av helsevennlige valg for psykisk helse er en del av helsemyndighetenes kampanjer og informasjonsarbeid. Det vises for øvrig til omtale under punkt 1.6 Rus og psykisk helse.

Aktiv aldring er satt på dagsorden i folkehelsepolitikken. Vi lever lengre og blir stadig eldre. Regjeringen vil møte denne utviklingen ved å satse på aktive eldre og utvikle aldersvennlige samfunn. Aktive eldre inngår blant annet i regjeringens arbeid med eldreforholdene Leve hele livet. Som del av oppfølgingen av reformen vil regjeringen etablere et program for et aldersvennlig Norge.

I Norge er vi nær å oppnå målet om en røykfri ungdomsgenerasjon. Siden tusenårsskiftet har vi hatt en stor økning i snusbruk blant unge. Regjeringen ønsker å hindre at en ny generasjon blir avhengig av tobakk, og innføringen av standardiserte tobakkspakninger er et viktig tiltak for å oppnå dette.

#### **1.4 Verdier i pasientens helsetjeneste – melding 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, tilfeldigheter og andre forhold fører til urettferdig fordeling. Regjeringen har lagt fram Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering. Meldingen skal sikre rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester. Stortinget vedtok at tre kriterier skal legges til grunn for prioritering i helsetjenesten: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Videre ble det vedtatt 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. januar 2018 ble regelverket for folketrygdens finansieringsordninger for legemidler endret i tråd med de vedtatte prinsippene for prioritering.

Alle nye legemidler skal metodevurderes før det kan gis refusjon gjennom blåreseptordningen. Dette innebærer at det skal gjøres en vurdering av om behandlingen er i tråd med prinsippene for prioritering før et nytt legemiddel tas i bruk.

System for Nye metoder er et av prioriteringsverktøyene i spesialisthelsetjenesten. I systemet vurderes blant annet metoders effekt og sikkerhet opp mot prinsippene for prioritering. I prioriteringsmeldingen uttalte departementet at spørsmålet om rettslig regulering av systemet for nye metoder vil bli utredet. Dette arbeidet er nå satt i gang. En rettslig forankring av systemet for nye metoder vil bidra til å tydeliggjøre de regionale helseforetakenes ansvar og bidra til å styrke legitimiteten til systemet.

#### **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. Pakkeforløpene 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 2017 viser at på landsbasis ble 68,6 pst. av pakkeforløpene gjennomført innen maksimalt anbefalt forløpstid. I 2016 var andelen 70 pst. Det er positivt at nær 70 pst. av pakkeforløp for de ulike kreftformer ble gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid. Resultatene varierer imidlertid betydelig mellom de ulike forløpene og mellom helseforetakene. Det er et mål i 2018 å redusere variasjon i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå.

Helsedirektoratet vil i løpet av 2018 starte å utvikle pakkeforløp for «kreftpasienter hjem». Mange kreftpasienter og pårørende har behov for psykososial oppfølging. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal beskrive hvordan pasientenes behov kan ivaretas i overgangen fra sykehus til kommunen.

I 2018 er det lagt fram en ny nasjonal kreftstrategi (2018–2022) Leve med kreft. Denne strategien er en videreføring og en oppdatering av

Sammen – mot kreft -Nasjonal kreftstrategi 2013–2017.

Gjennom det norske formannskapsprosjektet Forskning for bedre helse gjennomføres det en nordisk utlysning av forskningsmidler i samarbeid med Kreftforeningen. Målet er å styrke kunnskapsgrunnlaget for persontilpasset behandling av barn med kreft.

## 1.6 Rus og psykisk helse

Å prioritere rus og psykisk helse er et sentralt mål i regjeringens helsepolitikk. Disse områdene har ikke fått den oppmerksomhet og prioritering som utfordringene på området tilsier. Utfordringene på rusfeltet er omfattende og er dokumentert over flere år. 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 følger opp opptrappingsplanen for rusfeltet, som skal bidra til å sikre kvalitet og tilgjengelighet i de kommunale tjenestene.

Opptrappingsplanen har en bred tilnærming for tidlig innsats, riktig behandling og god oppfølging. I tillegg er reformen fritt behandlingsvalg innført, og det pågår et arbeid for å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet. Videre har regjeringen lagt fram en strategi for psykisk helse. Regjeringen tar sikte på å legge fram en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse ved årsskiftet 2018/2019. Opptrappingsplanen dekker helsefremmende, forebyggende og kurative tiltak. Regjeringen har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten og lagt til rette for flere psykologer i kommunene gjennom en økning i tilskuddsordningen. Fra 1. januar 2020 er alle kommuner lovpålagt å ha psykolog. Regjeringen er godt i gang med å planlegge innføringen av pakkeforløp for rus og psykisk helse, og de første pasientene vil bli henvist for pakkeforløp fra januar 2019. Psykisk helse vil bli et prioritert område i Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023.

Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika, fra straff til hjelp, behandling og oppfølging. Derfor vil regjeringen gjennomføre en rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Regjeringen har satt ned et

offentlig utvalg som skal forberede gjennomføring av reformen. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av 2019.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å legge fram et forslag til hvordan et forsøk med heroinassistert behandling kan gjennomføres. Regjeringen vil legge fram lovforslag som åpner for inntak av flere stoffer enn heroin i sprøyterom, og for opplæring i mer skånsomme inntaksmåter (inhaling) enn injisering.

## 1.7 Pakkeforløp for nye grupper

Regjeringen er opptatt av å ta erfaringene fra pakkeforløpene for kreft med i arbeidet med andre sykdommer og lidelser. I tillegg til pasientforløp for pasienter med kreft, er det i 2018 innført pakkeforløp for hjerneslag (akutfasen). Pakkeforløp for rehabiliteringsfasen for hjerneslagpasienter er under arbeid. Pakkeforløp psykisk helse og rus er under implementering.

Videre vil regjeringen utvikle pakkeforløp for smertebehandling, utmattelse og muskel- og skjelettlidelser.

## 1.8 Helse som mestring

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

Mange har ikke fått habilitering og rehabilitering de har hatt krav på. Derfor har regjeringen løftet dette feltet og fremmet i statsbudsjettet for 2017 en treårig opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. 100 mill. kroner av veksten i kommunenes frie inntekter i 2019 er begrunnet med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Det er da bevilget totalt 300 mill. kroner til planen i tråd med varslet opptrapping. Det er et mål at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal skje i kommunen der brukeren bor. Derfor har opptrappingsplanen oppmerksomhet rettet mot kommunene.

## 1.9 IKT og digitalisering

---

Regjeringen har som mål å digitalisere flere helse-tjenester og etablere pasientens netthelsetjeneste. Bedre utnyttelse av IKT er nødvendig for å realisere pasientens helsetjeneste og nå målet om én innbygger – én journal. Økt digitalisering stiller store krav til nasjonal samordning og betydelige investeringer de nærmeste årene. Regjeringen har tatt viktige grep gjennom omorganisering av helseforvaltningen og etablering av Direktoratet for e-helse. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse og etableringen av Nasjonalt e-helsestyre har bidratt til bedre nasjonal koordinering. Det arbeides med å se på organisatoriske virkemidler og finansieringsmodeller for å bidra til økt digitalisering framover.

Regjeringen viderefører arbeidet med én innbygger – én journal. Det jobbes med tre parallelle tiltak: Helseplattformen i region Midt-Norge, som en regional utprøving av det nasjonale målbildet, samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger, og utredning av felles løsninger for kommunene utenom Midt-Norge.

Pasientens legemiddelliste er en ny felles løsning som vil gi oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbruk. Dette antas å være det viktigste enkelttiltaket for å bedre pasientsikkerheten på legemiddelområdet, jf. Meld. St. 28 (2014–2015). Det er i 2018 startet innføring av elektronisk multidoser som et første steg for realisering av pasientens legemiddelliste.

Bedre utnyttelse av helsedata kan gi store gevinster for samfunnet. Helsedata er i ferd med å bli et stadig viktigere verktøy i legemiddelutvikling og på helse- og velferdsteknologifeltet. Det gjelder særlig i utviklingen av presisjonsmedisin og genetisk veiledet utvikling av nye legemidler. Regjeringen har gjennom etablering av helsedata-programmet og i arbeidet med å utvikle en helseanalyseplattform lagt grunnlaget for å gjøre helsedata lettere tilgjengelig for forskning og andre formål som er viktig for pasienter og befolkning.

Det pågår utprøving av medisinsk avstandsoppfølging for kronisk syke pasienter. Som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram skal seks kommunale samarbeidsprosjekter se på hvordan teknologi kan bli mer integrert i de ordinære tjenestene, også i nye tverrfaglige team.

På området trygghetsteknologi er det god framdrift. Over 200 kommuner har tatt i bruk velferdsteknologiske løsninger i tjenesten for mest-

ring og trygghet. Den nasjonale innsatsen fortsetter i 2019, med det formål at alle kommuner har integrert rutiner for å kartlegge behov for velferdsteknologi i egen kommune.

Godt personvern og god informasjonssikkerhet er en grunnleggende forutsetning for digitalisering i helsesektoren. Innbyggerne skal ha tillit til at opplysninger om helsen deres blir behandlet på en trygg måte. Direktoratet for e-helse kom i 2017 med en rapport om informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører. Rapporten legger vekt på ledelsesforankring, kultur, kompetanse og gode risikovurderinger.

## 1.10 Kunnskapsbaserte tjenester

---

For å videreutvikle helse- og omsorgstjenesten, er vi avhengige av å utvikle og ta i bruk ny kunnskap. Det arbeides systematisk med å legge til rette for at forskning skal komme pasienter, brukere og tjenesten til gode. Det jobbes også systematisk med å omsette ny kunnskap til innovasjon og bedre praksis. Et godt samarbeid mellom næringslivet og det offentlige er en forutsetning for utvikling, utprøving og dokumentasjon av nye løsninger. Regjeringen la i november 2015 fram en handlingsplan som følger opp HelseOmsorg21-strategien. Handlingsplanen inneholder konkrete tiltak for en målrettet innsats i verdikjeden, fra forskning til innovasjon og videre til kommersialisering. Mange av tiltakene er gjennomført, og planen skal revideres i løpet av 2019. Det arbeides systematisk med å legge bedre til rette for samarbeid om forskning mellom universitets- og høyskolesektoren og sykehusene. Det er etablert et program for nasjonale kliniske multisenterstudier i de regionale helseforetakene og en egen senterordning for klinisk behandlingsforskning i Norges forskningsråd. Regjeringen følger opp helsedatautvalgets forslag som skal bidra til enklere tilgang og bedre utnyttelse av helsedata. Mer bruk av kvalitetsindikatorer og data fra helse- og kvalitetsregistre skal bidra til mer kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring av tjenesten. Kommunalt pasient- og brukerregister er etablert. Innenfor persontilpasset medisin fortsetter regjeringen oppbyggingen av kompetanse og verktøy. De regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å legge til rette for persontilpasset medisin i tjenesten og i videreutviklingen av Nye metoder.



## 2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 210,6 mrd. kroner. Dette er fordelt med 178,8 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 31,8 mrd. kroner på programområde 30, Helsetjenester, folketrygden, jf. tabell i kap. 3.

Samlet foreslås om lag 12,7 mrd. kroner, eller 6,4 pst., mer enn i saldert budsjett 2018. Forslaget tar høyde for pris- og kostnadsvekst, herunder virkning av takstoppgjøret for leger, psykologer og fysioterapeuter. Videre øker bevilgningene med netto om lag 2,1 mrd. kroner knyttet til endrede anslag for de regionale helseforetakenes pensjonspremier og -kostnader. Sett bort fra dette, samt overføring av enkelte oppgaver mellom departementene, foreslås bevilgningsnivået økt reelt med om lag 5,4 mrd. kroner, eller om lag 2,7 pst. sammenliknet med saldert budsjett 2018.

Realveksten fordeler seg med om lag 5 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag 370 mill. kroner på programområde 30 Helsetjenester, folketrygden. I tillegg til styrkingene omtalt i boks 2.1 nedenfor, er realveksten under programområde 10 bl.a. påvirket av økte lånebevilgninger til de regionale helseforetakene med om lag 1,7 mrd. kroner knyttet til prosjekter som var inkludert i låneordningen i saldert budsjett 2018. Videre øker bevilgningene til investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser med vel 100 mill. kroner som følge av tilsagn gitt tidligere år. ABE-reformen medfører en netto reduksjon i bevilgningene på programområde 10 med om lag 200 mill. kroner.

Realveksten på programområde 30, anslått til om lag 370 mill. kroner, er lav sammenliknet med tidligere år. Det skyldes i vesentlig grad at anslagene for de regelstyrte ordningene i 2018 er redusert med om lag 850 mill. kroner etter saldert budsjett, og at anslagene for 2019 tar utgangspunkt i dette lavere nivået. Videre bidrar budsjett- og strukturtiltak under programområde 30 til å redusere utgiftsveksten med om lag 200 mill. kroner, noe som må ses i sammenheng med den foreslåtte styrkingen på programområde 10, jf. boks 2.1. Ved beregning av realveksten på programområde 30 ses det bort fra forslag om å overføre

finansieringsansvaret for enkelte legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, med netto om lag 1 140 mill. kroner.

Den underliggende utgiftsveksten på programområde 30, før budsjett- og strukturtiltak, anslås til vel 1,4 mrd. kroner sammenliknet med anslag på regnskap i 2018, hvor av knapt 800 mill. kroner kan henføres til legemidler.

Det foreslås videre at av veksten i kommunenes frie inntekter over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett begrunnes 200 mill. kroner med Opptappingsplanen for rusfeltet og 100 mill. kroner med Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering. De viktigste styrkingene ut over anslag for regelstyrte ordninger framgår av boks 2.1.

### 2.1 Aktivitetsvekst sykehus

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2019 med 1 350 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2018. Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 1,7 pst. neste år fra anslått aktivitetsnivå i 2018. Dette er en fortsatt høy budsjettert aktivitetsvekst.

Oppdaterte anslag for innsatsstyrt finansiering (ISF) og laboratorie- og radiologiske undersøkelser i 2018 tilsier at bevilgningene kan settes ned med 286 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett. Budsjettforslaget for 2019 tar utgangspunkt i det lavere bevilgningsbehovet i 2018. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,9 pst. Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene tar hensyn til at pensjonskostnadene anslås 1 100 mill. kroner lavere i 2019 sammenliknet med saldert budsjett 2018.

Innenfor den foreslåtte styrkingen på 1 350 mill. kroner, skal 4,4 mill. kroner gå til nasjonale kompetansetjenester innen kirurgi ved fot- og ankeldeformiteter i Helse Sør-Øst og psykiatri og utviklingshemming i Helse Sør-Øst, 3,6 mill. kroner til nasjonale behandlingstjenester innen endobronkial brakyterapi i Helse Vest og spesifikke

**Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2018**

Aktivitetsvekst sykehus .....	1350 mill. kroner
Helseplattformen .....	575 mill. kroner
Investeringer sykehusprosjekter .....	495 mill. kroner
Opptappingsplanen for rus <sup>1</sup> .....	281 mill. kroner
1500 heldøgns omsorgsplasser – investeringstilskudd .....	130,8 mill. kroner
Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene .....	111,8 mill. kroner
Opptappingsplan habilitering- og rehabilitering <sup>2</sup> .....	100 mill. kroner
Etablering av Norsk Helsearkiv på Tynset .....	84,7 mill. kroner
Videreføre og videreutvikle nasjonale e-helseløsninger .....	77,4 mill. kroner
Kompletterende tiltak for ELTE-studenter .....	66 mill. kroner
Modernisert folkeregister .....	60 mill. kroner
450 flere dagaktivitetsplasser for hjemmeboende med demens .....	50 mill. kroner
Opptappingsplan psykisk helse – rekruttering av psykologer i kommunene .....	50 mill. kroner
Leve hele livet .....	48 mill. kroner
Ny spesialistutdanning i allmenntidmedisin .....	46 mill. kroner
Historiske pensjonskostnader private ideelle .....	42 mill. kroner
Helseanalyseplattform .....	40 mill. kroner
Rett til dekning av reise- og oppholdsutgifter for barn som pårørende .....	25 mill. kroner
Rekruttering av fastleger .....	25 mill. kroner
Opptappingsplan mot vold og overgrep .....	23 mill. kroner
Utvidet varselsordning og tilsyn med IKT i helse- og omsorgstjenestene .....	23 mill. kroner
Undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten .....	20 mill. kroner
Barnevaksinasjonsprogrammet .....	18 mill. kroner
Styrking av kontrollkomisjonene .....	12,3 mill. kroner
Folkehelseprogrammet .....	10 mill. kroner
Styrking av tilbudet til pasienter med odontofobi .....	10 mill. kroner
Persontilpasset medisin .....	6 mill. kroner
Innføring av nasjonalt screeningsprogram for tarmkreft .....	6 mill. kroner
Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund .....	5,6 mill. kroner
Individuell jobbstøtte .....	5 mill. kroner
Longitudinell studie ved NKVTS av overlevende etter 22. juli .....	4,5 mill. kroner
Etablering av et Nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud .....	4 mill. kroner
Økt aldersgrense for egenandelsfritak i BUP og PUT .....	2,5 mill. kroner
Utvikling av et oppslagsverk legemiddelbehandling av barn .....	1,8 mill. kroner

Merknader:

<sup>1</sup> 250 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, 20 mill. kroner over Arbeids- og sosialdepartementets budsjett og 11 mill. kroner over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett

<sup>2</sup> Over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett

bronkial provokasjon ved yrkesrelatert astma i Helse Vest.

Foreslått økt driftsbevilgning på 1 350 mill. kroner framkommer etter at det er gjort fratrekk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (177,7 mill. kroner), underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (26 mill. kroner), samt fratrekk for forventet innkjøpsrabatt i 2019 på lege-

midler de regionale helseforetakene overtok finansieringsansvaret for i 2018 (20 mill. kroner), jf. nærmere omtale i Prop. 1 S for 2018. Videre er det gjort fratrekk for utfasing av tilskudd til nasjonal klinisk multisenterstudie av CFS/ME (3 mill. kroner).

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen for de regionale helseforetakene gjennomfø-

res i tråd med etablert praksis, jf. nærmere omtale under pkt. 2.35.

Fritt behandlingsvalgreformene ble innført i 2015. Ordningen omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt enkelte tjenester innen somatikk, herunder poliklinisk habilitering av barn og unge med medfødt eller ervervet hjerneskade. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere inklusjon av rehabiliteringstjenester i ordningen fra 2019. Utgiftene til pasientbehandling som omfattes av fritt behandlingsvalg er anslått til 260 mill. kroner i 2019. Det er knyttet usikkerhet til anslaget.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 350 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,7 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2018.

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 2018, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2018. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer at den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,3 pst. i 2019.

For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2018 til 2019, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på 2,9 pst. neste år.

Fra 2019 gjøres enkelte endringer i ISF som stimulerer til mer sammenhengende forløp, samt endringer for å bedre understøtte ulike måter å organisere øyeblikkelig hjelp-tilbudet på. Det tas i tillegg sikte på, som en forsøksordning, å utvide ISF-ordningen til også å omfatte enkelte prosedyrer utført av avtalespesialister. Fra 2019 innføres en prøveordning i ISF, hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper. I denne sammenheng overføres det 1 283 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2019. Legemiddelgruppene som foreslås overført,

er legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormonforstyrrelser. Bevilgningen er videre satt ned med 145 mill. kroner som følge av reversering av overføring av et legemiddel til behandling av astma, jf. Prop. 85 S (2017–2018) og Innst. 400 S (2017–2018). Samlet sett er bevilningene til de regionale helseforetakene økt med knapt 1 140 mill. kroner knyttet til ovennevnte forhold sammenliknet med saldert budsjett 2018.

Regjeringen varslet i Prop. 88 S (2017–2018) at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter skal utvides til også å omfatte pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet, fra 2019. I tråd med dette foreslås det å flytte 185 mill. kroner fra bevilningene til de regionale helseforetakene til rammetilskuddet til kommunene over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

Nye regler i skadeerstatningsloven om standardisert inntektserstatning til barn trådte i kraft 1. mars 2018. Regelverkendringen gir økte erstatningsutbetalinger for de regionale helseforetakene, som for 2019 anslås til 15 mill. kroner. Det forutsettes at de regionale helseforetakene dekker de økte kostnadene innenfor gjeldende økonomiske rammer.

## 2.2 Helseplattformen

Det foreslås til sammen 575 mill. kroner i lån og tilskudd til Helseplattformen i 2019. Helseplattformen er et felles program mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune for å etablere et felles pasientadministrativt system og en felles elektronisk pasientjournaløsning for spesialisthelsetjeneste, kommuner og fastleger i Midt-Norge. I tillegg til samarbeid om IKT-løsninger, vil Helseplattformen gi muligheter for å prøve ut nye former for pasientsamarbeid mellom stat og kommune. Det er første gang det etableres en felles løsning for kommunehelsetjeneste, fastleger og spesialisthelsetjeneste inklusiv avtalespesialister. Helseplattformen skal gi økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet og mer brukervennlige systemer. Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge regional utprøvningsarena for det nasjonale målbildet én innbygger – én journal. For å sikre finansiering av Helseplattformen vil Helse Midt-Norge bli gitt et lån tilsvarende 70 pst. av investeringskostnaden for spesialisthelsetjenesten, med en lånebevilgning på 465 mill. kroner i 2019. I tillegg vil det bli etablert en tilskuddsordning tilsvarende 100 pst. av den faste investeringskostnaden for kommunene og fastlegene,

med en bevilgning på 110 mill. kroner i 2019. Dette er et tilskudd som skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen. Ordningen er etablert for å legge til rette for deltakelse fra kommuner og fastleger i Midt-Norge, slik at verken Helse Midt-Norge eller de kommunene som går inn i prosjektet skal bære risikoen for manglende deltakelse. Regjeringen vil komme tilbake til låneramme og tilskuddsramme etter at avtale om kjøp av løsningen er inngått.

### **2.3 Investeringer sykehusprosjekter**

Det foreslås til sammen 495 mill. kroner i låne- og tilskuddsbevilgninger til nye byggeprosjekter i 2019, sammenliknet med saldert budsjett for 2018. I tillegg kommer lån og tilskudd til Helseplattformen i Midt-Norge, omtalt under pkt. 2.2. Det foreslås to nye byggeprosjekter innenfor låneordningen, nytt sykehus i Narvik og nytt sykehus i Hammerfest.

Det foreslås 118 mill. kroner til nytt sykehus i Narvik, med en samlet låneramme på 1 716 mill. 2019-kroner. Det foreslås videre 38 mill. kroner i 2019 til nytt sykehus i Hammerfest, med en samlet låneramme på 1 893 mill. 2019-kroner.

Lån og tilskudd til protonbehandling ved Radiumhospitalet i Oslo og Haukeland universitetssykehus i Bergen ble vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018). Protonsenteret ved Radiumhospitalet har en samlet låne- og tilskuddsramme på 1 891 mill. 2018-kroner og får en økt låne- og tilskuddsbevilgning på til sammen 209,7 mill. kroner i 2019, sammenliknet med saldert budsjett for 2018. Protonsenteret ved Haukeland universitetssykehus har en samlet låne- og tilskuddsramme på 1 296 mill. 2018-kroner og får en økt låne- og tilskuddsbevilgning på til sammen 129,5 mill. kroner i 2019, sammenliknet med saldert budsjett for 2018.

Det foreslås å utvide lånerammen til nytt sykehus i Stavanger med 53 mill. 2019-kroner knyttet til universitetsarealer, hvor lånet til universitetsarealer utbetales fra 2020. I tillegg tas det sikte på å fremme forslag om låneramme til etablering av regional sikkerhetsavdeling på Ila ved Oslo universitetssykehus i statsbudsjettet for 2020, der som tomtespørsmålet er avklart.

### **2.4 Opptappingsplan for rusfeltet**

Det foreslås 281 mill. kroner til Opptappingsplan for rusfeltet, hvor av 200 mill. kroner gjennom styrking av kommunenes frie inntekter og 81 mill. kroner gjennom en tverrdepartemental oppfølging av opptappingsplanen. Det foreslås 20 mill. kroner til 130 plasser i arbeidstrening for personer med rusavhengighet under Arbeids- og sosialdepartementet, 11 mill. kroner til pilot for avrusning i Bjørgvin fengsel under Justis- og beredskapsdepartementet og 50 mill. kroner øremerket til utleieboliger til mennesker med rusproblemer under Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

I perioden 2016–2019 er bevilgningene gjennom opptappingsplanen med dette økt med 1 808 mill. kroner. Regjeringen vil øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling for rusmiddelavhengige (TSB), som sikres gjennom en høyere prioritet i TSB enn somatikk, beregnet til om lag 150 mill. kroner i 2019.

### **2.5 1500 heldøgns omsorgsplasser – investeringstilskudd**

Det foreslås 130,8 mill. kroner til å dekke første års utbetaling av investeringstilskudd til om lag 1 500 heldøgns omsorgsplasser, med en samlet tilsagnsramme svarende til om lag 2,6 mrd. kroner. Tilskuddet deles på to poster. En ny post nyttes til netto tilvekst og den resterende delen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering og utskifting og bevilges over eksisterende tilskuddspost.

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

Det foreslås 111,8 mill. kroner til å forlenge og utvide forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene ut 2022 for de seks kommunene som allerede deltar i forsøket, inkludert 13 mill. kroner til å dekke inntektpåslag fra 1. juli 2019 for de kommunene som eksisterende forsøkskommuner skal slå seg sammen med fra 2020. Disse kommunene må søke om deltakelse senest innen utgangen av desember 2018. Videre foreslås det at forsøket utvides med seks nye kommuner fra 2020, med sikte på oppstart senest andre halvår 2020. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til søknadsfrist for de seks nye kommunene.

## 2.7 Opptrappingsplan habilitering og rehabilitering

---

Det foreslås 100 mill. kroner til Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering gjennom styrking av kommunenes frie inntekter. De statlige stimuleringsmidlene er dermed økt med 300 mill. kroner fra 2017 t.o.m. 2019, i tråd med varslet opptrapping. Planen gir oversikt over hovedutfordringene på feltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse.

## 2.8 Etablering av Norsk Helsearkiv på Tynset

---

Det foreslås 84,7 mill. kroner til etablering av Norsk helsearkiv på Tynset i 2019, organisert som en enhet i Arkivverket. Formålet med helsearkivet er å sikre forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten. Helsearkivet er en stor satsning for å fremme medisinsk og helsefaglig forskning.

## 2.9 Videreføre og videreutvikle nasjonale e-helseløsninger

---

Det foreslås 77,4 mill. kroner til arbeidet med å videreføre og videreutvikle nasjonale e-helseløsninger. Forslaget er en oppfølging av regjeringens mål om økt digitalisering i helse- og omsorgssektoren.

## 2.10 Kompletterende tiltak for ELTE-studenter

---

Det foreslås 66 mill. kroner til kompletterende tiltak for kandidater som fullførte eller startet masterstudier i psykologi ved ELTE, før Helsedirektoratet endret godkjenningsspraksis i 2016. Programmet skal gi de aktuelle kandidatene mulighet til å kvalifisere til autorisasjon som psykolog i Norge. Midlene skal dekke planlegging og gjennomføring av kurs og samlinger, utvikling av læringsmål og kompetansetiltak til veiledningen, i tillegg til lønnsutgifter til veiledere og kandidater.

## 2.11 Modernisert folkeregister

---

Det foreslås 60 mill. kroner til modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren. Et

modernisert folkeregister vil føre til raskere tilde-ling av fødselsnummer og identifisering av nyfødte, samt raskere innmelding og formidling av dødsfall. Felles distribusjon og bruk av folkeregisteropplysninger vil gi økt datakvalitet og god tilgjengelighet til oppdaterte opplysninger.

## 2.12 450 flere dagaktivitetsplasser for hjemmeboende med demens

---

Det foreslås 50 mill. kroner til om lag 450 nye dagaktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens. Kommuner som etablerer nye dagaktivitetsplasser i 2019 vil få økt tilskuddssats for disse svarende til 50 pst. av antatte kostnader. Det er da lagt til rette for vel 8 800 plasser gjennom tilskuddsordningen fra tilskuddet ble opprettet i 2012 t.o.m. 2019. Det vil anslagsvis være etablert opp mot 3 800 plasser med støtte fra tilskuddsordningen ved utgangen av 2018, som inkluderer videreførte og nye plasser. Ved videreføring av opprettede plasser fra 2012–2018 vil kommunene få beregnet tilskudd på 30 pst. av antatte kostnader, som for 2018. Målet er å bygge ut tjenestetilbudet før plikten for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gjøres gjeldende fra 1. januar 2020.

## 2.13 Opptrappingsplan psykisk helse – rekruttere psykologer i kommunene

---

Det foreslås å styrke den eksisterende tilskuddsordningen til kommuner som rekrutterer psykologer med 50 mill. kroner for 2019, tilsvarende om lag 120 nye årsverk. Styrkingen av tilskuddet gjør at regjeringen har lagt til rette for at alle kommuner kan motta tilskudd til å rekruttere psykolog før lovplikten til å ha slik kompetanse trer i kraft i 2020. Regjeringen tar sikte på å legge fram en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse ved årsskiftet 2018/2019.

## 2.14 Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre

---

Det foreslås 48 mill. kroner til gjennomføring av reformen Leve hele livet. Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg og aktiv alderdom. Reformen har fem innsatsområder: Et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp samt sammen-

heng i tjenestene. På hvert område er det foreslått løsninger basert på lokale eksempler. Det skal etableres et støtteapparat som skal bistå kommunene med å tilpasse løsningene til lokale behov og ressurser. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. Det forutsettes at kommunene gjennom politisk behandling har tatt stilling til forslagene i reformen, og beskrevet hvordan de vil utforme og gjennomføre disse lokalt.

### **2.15 Ny spesialistutdanning i allmennmedisin**

---

Det foreslås 46 mill. kroner med sikte på innføring av ny spesialistutdanning i allmennmedisin fra 1. mars 2019, hvor av 34 mill. kroner omprioriteres fra midler til veiledning som spesialistutdanningen erstatter og midler som midlertidig var avsatt til bakvakt i legevakt. Spesialistutdanningen for leger omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år, etter tildelt autorisasjon eller lisens.

### **2.16 Historiske pensjonskostnader private ideelle**

---

Det foreslås 42 mill. kroner for å etablere en tilskuddsordning til dekning av ideelle og enkelte andre virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenstepensjonsordning.

Regjeringen fremmet forslag om tilskuddsordning for dekning av historiske pensjonskostnader i statsbudsjettet for 2018. Det vises til omtale i Prop. 1 S (2017–2018) for Helse- og omsorgsdepartementet. Stortinget vedtok ved behandling av Prop. 1 S (2017–2018) at det må arbeides videre med innretningen på kompensasjonen før Stortinget vedtar en slik tilskuddsordning, jf. Innst. 2 S (2017–2018). Lovforslag ble ikke fremmet til behandling i vårsesjonen 2018. Årsaken var stor usikkerhet knyttet til om man ville rekke å utbetale tilskudd av betydning i 2018. Lovforslaget fremmes høsten 2018.

### **2.17 Helseanalyseplattform**

---

Det foreslås 40 mill. kroner til videre arbeid med realisering av en nasjonal helseanalyseplattform og utvikling av tekniske fellestjenester for helseregistrene. Helseanalyseplattformen er en del av

regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning og skal bidra til bedre helseforskning, mer innovasjon og næringsutvikling samt mer kunnskapsbaserte helsetjenester. Målet er å forbedre både utnyttelsen av og kvaliteten på norske helsedata. Videre er målet å forenkle innrapportering, tilgang til, og sammenstilling av helsedata på tvers av registrene. Helseanalyseplattformen skal effektivisere og forenkle tilgangen til helsedata samtidig som personvern og sikkerhet styrkes.

### **2.18 Rekruttering av fastleger**

---

Det foreslås 25 mill. kroner til å styrke rekrutteringen til – og stabiliteten i allmennlegetjenesten, til sammen 39 mill. kroner i 2019. Tilskuddet skal utformes i samarbeid med KS og Legeforeningen.

### **2.19 Rett til dekning av reise- og oppholdsutgifter for barn som pårørende**

---

Det foreslås 25 mill. kroner til å dekke økte utgifter til pasientreiser som følge av endringer i pasientreiseregelverket. Endringene i regelverket gir barn som pårørende rett til dekning av reise- og oppholdsutgifter.

### **2.20 Opptrappingsplanen mot vold og overgrep**

---

Det foreslås 23 mill. kroner til oppfølging av Opptrappingsplan mot vold og overgrep på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Det foreslås 19 mill. kroner for å styrke behandlingen av personer som er dømt for seksuallovbrudd. Bevilgningen skal dekke kostnader til etablering av et landsdekkende behandlingstilbud og en bedre samordning mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen. Det foreslås videre 1 mill. kroner til Folkehelseinstituttet for arbeid med indikatorer på voldsområdet og 3 mill. kroner til å prøve ut arbeid mot vold og overgrep i Folkehelseprogrammet.

### **2.21 Utvidet varselsordning og tilsyn med IKT i helse- og omsorgstjenestene**

---

Det foreslås 23 mill. kroner til utvidet varselsordning og tilsyn med IKT i helse- og omsorgstje-

nestene. Ved Stortingets behandling av Prop. 150 L (2016–2017) ble det vedtatt at varselsordningen til Helsetilsynet utvides til å gjelde alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, samt at pasienter og pårørende gis rett til å varsle til Statens helsetilsyn. Det legges opp til at lovendringen trer i kraft fra 1. juli 2019. Samtidig foreslås det å avvikle meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

## **2.22 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten**

---

Det foreslås 20 mill. kroner til styrking av Statens Undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018), ble det bevilget 20 mill. kroner til opprettelse og drift av Ukom i løpet av 2018. Det er behov for å øke bevilgningen for at virksomheten kan utføre sitt samfunnsoppdrag i tråd med lov om Statens Undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten.

## **2.23 Barnevaksinasjonsprogrammet**

---

Det foreslås 18 mill. kroner knyttet til merutgifter som følge av nye vaksineavtaler m.m. Økningen vil sikre nødvendig vaksineforsyning til kommunene og beredskapslager, jf. smittevernloven § 7-9.

## **2.24 Kontrollkomisjonene**

---

Det foreslås 12,3 mill. kroner til kontrollkomisjonene. Midlene skal dekke økt aktivitet som følge av lovendringer om økt selvbestemmelse og skjerpet rettsikkerhet for pasienter i psykisk helsevern. Kontroll med tvangsmidler og tvangsbehandling skal også styrkes.

## **2.25 Styrking av det fylkeskommunale tilbudet til pasienter med odontofobi**

---

Det foreslås ytterligere 10 mill. kroner i 2019 til styrking av det fylkeskommunale tilbudet til pasienter som har vært utsatt for tortur og/eller overgrep, eller som har stor angst for tannbehandling (odontofobi). Dette kommer i tillegg til styrkingen

med 20 mill. kroner i 2018. Et økende antall oppsøker fylkeskommunenes tilbud. I flere fylker er det ventelister, både for odontofobi-behandling samt oppstart av tannbehandling, etter odontofobi-behandlingen.

## **2.26 Folkehelseprogrammet**

---

Det foreslås 10 mill. kroner til utvidelse av folkehelseprogrammet. Alle landets fylker får mulighet til å delta fra 2019. I et landsdekkende program vil alle kommuner kunne søke om midler til å utvikle egne, kunnskapsbaserte løsninger for å fremme lokalt folkehelsearbeid. Barn og unge, psykisk helse og rusforebygging skal fortsatt være viktige innsatsområder.

## **2.27 Persontilpasset medisin**

---

Det foreslås 6 mill. kroner til oppfølging av tiltak i Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2017–2021), med en samlet bevilgning på vel 25,7 mill. kroner i 2019. Styrkingen skal gå til oppbygging og drift av en nasjonal, anonymisert database over genetiske varianter hos norske pasienter og til et nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin.

## **2.28 Tarmscreening**

---

Det foreslås 6 mill. kroner til innføring av et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft, med en samlet bevilgning på 70,4 mill. kroner i 2019. Tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år, og skal gjøres landsdekkende innen 2024.

## **2.29 Helseinnovasjonssenter i Kristiansund**

---

Det foreslås 5,6 mill. kroner til Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund, med en samlet bevilgning på 6,6 mill. kroner i 2019. Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund arbeider for økt bruk og innfasing av teknologi og tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren, samt koordinering og videreutvikling av interkommunale samarbeid med bakgrunn i fagområdene forskning og innovasjon, helse som næring, velferdsteknologi og responstjenester.

### 2.30 Individuell jobbstøtte

---

Det foreslås å styrke spredningen av individuell jobbstøtte med 5 mill. kroner for at personer med moderate og alvorlige psykiske helse- og rusproblemer skal få oppfølging med helsemessig og arbeidsrettet rehabilitering, i tett samarbeid med helsetjenestene og Nav. Forslaget er en del av tiltakspakken i regjeringens inkluderingsdugnad.

### 2.31 Longitudinell studie ved NKVTS av overlevende etter 22. juli

---

Det foreslås 4,5 mill. kroner til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i 2019 for å gjennomføre en ny datainnsamling av de som overlevde terrorangrepet på Utøya og pårørende. NKVTS har tidligere gjennomført en omfattende, longitudinell studie av de som overlevde terrorangrepet på Utøya og pårørende. I tråd med anbefaling fra Støttegruppen etter 22. juli, vurderes det som viktig å gjennomføre en ny statusundersøkelse av de rammede, i 2019.

### 2.32 Etablering av et Nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud

---

Det foreslås 4 mill. kroner til å etablere et Nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud, der også tannhelse inngår som nytt ansvarsområde. Dette er et ledd i regjeringens satsning på helse- og omsorgstjenestetilbudet til eldre. Formålet er å styrke oppmerksomheten om Eldres behov og gi eldre et talerør som kan sette eldreomsorg på dagsorden.

### 2.33 Økt aldersgrense for egenandelsfritak i BUP og PUT

---

Det foreslås 2,5 mill. kroner til å dekke økt refusjon av egenandeler som følge av forslag om endringer i aldersgrense for egenandelsfritak for unge i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og psykiatriske ungdomsteam (PUT). Aldersgrensen for behandling i BUP foreslås gjennom offentlig høring økt til 23 år, og i PUT til 30 år.

### 2.34 Utvikling av oppslagsverk legemiddelbehandling av barn

---

Det foreslås 1,8 mill. kroner til et åpent og tilgjengelig oppslagsverk der man kan finne systematisert og kvalitetssikret informasjon om legemiddelbehandling av barn. Planen er å inngå et samarbeid med det nederlandske oppslagsverket «kinderformularium» for å få tilgang til informasjon om legemiddelbehandling av barn. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok skal ha det redaksjonelle ansvar for et slikt oppslagsverk i Norge.

### 2.35 Budsjett- og strukturtiltak

---

#### *Gjennomgående budsjetttiltak*

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

For Helse- og omsorgsdepartementet innebærer dette at bevilgningene reduseres med 739,6 mill. kroner, hvorav 711 mill. kroner for regionale helseforetak og 28,6 mill. kroner for sentral helseforvaltning mv. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Reformen innpasses på samme måte for regionale helseforetak som i 2018, og det foreslås å tilføre 533,3 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2019.

Videre er 21-, 50-, 60- og 70-poster underregulert med 1,75 pst. i forhold til forventet pris- og kostnadsvekst. Den reduserte priskompensasjonen utgjør om lag 80 mill. kroner. Budsjettposter med tilskudd til virksomheter som sykehus og pri-



vate ideelle organisasjoner er holdt utenfor og prisomregnes på vanlig måte.

#### *Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden*

Det legges til grunn at egenandelene i sum justeres i tråd med forventet prisvekst, svarende til om lag 101 mill. kroner i 2019 ut over helårseffekten av vedtatte egenandelsøkninger fra 1. juli 2018. For 2019 foreslås dette gjennomført ved isolert sett å øke tak 1 med 67 kroner, fra 2 258 kroner til 2 325 kroner, og tak 2 med 60 kroner, fra 2 025 kroner til 2 085 kroner. Videre foreslås tak 1 økt med ytterligere 20 kroner til 2 345, kroner for å dekke økte kostnader knyttet til forslag om at barn som pårørende skal få rett til dekning av reise- og oppholdsutgifter fra 2019. Forslagene innebærer samlet sett om lag reelt uendret nivå på egenandelene for helsetjenester fra 2018 til 2019.

Takstene for stønad til tannbehandling fra folketrygden økes generelt med om lag 1,7 pst. neste år. Dette er noe lavere enn forventet pris- og kostnadsvekst, og innebærer en innsparing for folketrygden på om lag 23,6 mill. kroner. Dette bidrar til at de statlige takstene ikke virker prisdrivende i markedet. Takstbeløpene for stønad til kliniske og radiologiske undersøkelser har de siste årene økt betydelig mer enn økningen i antall personer som får stønad. Takstene ved slike undersøkelser foreslås redusert med i gjennomsnitt 5 pst., tilsvarende om lag 13,1 mill. kroner. I tillegg foreslås det å fjerne takst 604f Tilleggstakst ved behandlingskontroller ved tannregulering. Taksten anses som unødvendig. Fjernning av taksten vil gi en innsparing på om lag 25 mill. kroner. Samtidig foreslås det en styrking av det fylkeskommunale tilbudet til pasienter med odontofobi med 10 mill. kroner, jf. omtale under pkt. 2.25 over. Hensyn tatt til dette, foreslås det en netto innstramming i stønader til tannbehandling på 51,7 mill. kroner.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjort en bred utredning angående folketrygdens stønadsordning til tannregulering (kjeveortopedi). I Rapport IS-2653 Kjeveortopedi – kriterier for stønadsberettiget behandling, foreslås det å gjøre innskrenkninger av de tilstander som folketrygden yter stønad til behandling av. Kriteriene berører oppdraget til det offentlige utvalget som skal utrede kriterier for prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenester og i tannhelsetjenester. Departementet vil avvente oppfølging av forslagene i

Helsedirektoratets rapport til etter at prioriteringsutvalget har avgitt sin innstilling.

Det ytes stønad til medisinsk forbruksmaterieell ved en rekke sykdommer, jf. blåreseptforskriften §5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens. Innenfor området inkontinens foreslås det en reduksjon av avansen for bleiebukser fra 37 til 25 pst., samt en reduksjon i nettoprisen, som er anslått å gi en innsparing på om lag 30 mill. kroner. Forbruket av disse produktene har økt mye. Det er behov for å dempe incentivet for utlevering av dyrere bleier enn nødvendig fra utleverer.

Det foreslås videre reduksjoner i nettopriser og avanser samt strukturelle tiltak på ulike hjemmelpunkt i blåreseptforskriften § 5, som til sammen anslås å gi en ytterligere innsparing på 7,9 mill. kroner i 2019.

I tillegg foreslås det at avansen for næringsmidler til fenylketonuri settes ned fra 25 pst. til 10 pst. Forslaget vil gi en innsparing på om lag 6,0 mill. kroner. Næringsmidler til pasienter med fenylketonuri er produkter med høy nettopris. Følgelig blir også avansen per utlevering/bruker høy, målt i kroner, og vil fortsatt være høyere enn for de fleste andre produkter som dekkes etter blåreseptforskriften §§ 5 og 6.

Legemidler i form av inhalasjonspulvere brukes i behandlingen av pasienter med astma og kols. Inhalasjonspulvere ble tatt opp på byttelisten for generiske legemidler fra 1. juli 2018, jf. Innst. 400 S (2017–2018) og Prop. 85 S (2017–2018), og fikk trinnpris fra 15. september 2018. Generisk bytte og trinnpris for disse legemidlene er anslått å gi en innsparing for folketrygden på 69 mill. kroner i 2019.

Som for de regionale helseforetakene, foreslås refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester underregulert sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til en innsparing for folketrygden på 16 mill. kroner i 2019.

Det foreslås å overføre finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormonforstyrrelser fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Legemiddelgruppen mot sjeldne sykdommer er lite homogen, men legemidlene som inngår i denne gruppen kjennetegnes med å ha få brukere og bruken styres av leger i spesialisthelsetjenesten. Ansvarsoverføringen vil gjelde fra 1. februar 2019, jf. omtale av det økonomiske opplegget for helseforetakene under pkt. 2.1.

### 3 Oversiktstabeller

#### Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

Betegnelse	mill. kr		
	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	835,3	1 147,7	37,4
10.10 Folkehelse mv.	791,7	851,7	7,6
10.20 Helseforvaltning	0,0	0,0	
10.30 Spesialisthelsetjenester	148 073,5	159 573,7	7,8
10.40 Sentral helseforvaltning	3 941,1	3 991,7	1,3
10.50 Legemidler	0,0	0,0	
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	11 324,1	12 115,0	7,0
10.70 Tannhelse	314,1	327,5	4,3
10.80 Kunnskap og kompetanse	671,7	747,8	11,3
Sum før lånetransaksjoner	165 951,5	178 755,1	7,7
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0,0
Sum Helse og omsorg	165 951,5	178 755,1	7,7
<i>Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	5 723,0	5 800,3	1,4
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	26 016,0	25 792,7	-0,9
30.90 Andre helsetiltak	247,8	244,0	-1,5
Sum før lånetransaksjoner	31 986,8	31 837,0	-0,5
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0,0
Sum Helsetjenester, folketrygden	31 986,8	31 837,0	-0,5
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	197 938,3	210 592,1	6,4

### Årsverk

I omtalen av hver virksomhet under Helse- og omsorgsdepartementet i Del II er det gitt tall for ansatte, målt i årsverk i 2016 og 2017.

### Oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak

Nedenfor gis en oversikt over oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak under Helse- og omsorgsdepartementet. Oversikten inkluderer alle vedtak fra stortingssesjonen 2017–2018 og alle vedtak fra tidligere stortingssesjoner hvor rapporteringen ikke ble avsluttet i forbindelse med behandlingen av Prop. 1 S (2017–2018), eller ev. i forbindelse med behandlingen av meldingen til Stortinget om anmodnings- og utredningsvedtak.

I enkelte tilfeller kan oppfølgingen av vedtakene være mer omfattende beskrevet under det aktuelle programområdet i proposisjonen. Det vil i disse tilfellene være en henvisning til hvor denne teksten finnes.

I kolonne 4 i tabell 3.1 angis det hvorvidt departementet planlegger at rapporteringen knyttes til anmodningsvedtaket nå avsluttes eller om departementet vil rapportere konkret på vedtaket også i neste års budsjettproposisjon. Rapporteringen på vedtak som innebærer at departementet skal legge frem en konkret sak for Stortinget f.eks. proposisjon, stortingsmelding, utredning el., vil normalt avsluttes først når saken er lagt fram for Stortinget.

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

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

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei)
2017–2018	2	Evaluering av fastlegeordningen	Nei
2017–2018	50	Internasjonalt samarbeid om medisinnkjøp	Nei
2017–2018	51	To protonsentre	Ja
2017–2018	105	Pasient- og brukerombud og tannhelsetjenester	Ja
2017–2018	361	Læringsplasser på sykehus	Ja
2017–2018	363	Medisinstudenter i primærhelsetjenesten	Nei
2017–2018	434	Kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler	Ja
2017–2018	436	Reduksjon i alkoholforbruk	Nei
2017–2018	438	Nye finansieringsformer-Boliger til eldre	Nei
2017–2018	462	Heldøgns omsorgsplasser – investeringstilskudd	Ja
2017–2018	463	Dagaktivitetsplasser	Ja
2017–2018	464	Legedekning i primærhelsetjenesten	Nei
2017–2018	465	Listelengde i fastlegeordningen	Nei
2017–2018	466	Utdanningsstillinger i allmenntidmedisin	Ja
2017–2018	467	Allmennlege i spesialisering (ALIS)	Nei
2017–2018	468	Legevakt- og fastlegeordningen	Nei
2017–2018	469	Evaluering av turnusordningen	Nei
2017–2018	471	Prioriteringsutvalget (NOU 2014: 12)	Ja

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei)
2017–2018	473	Innsatsstyrt finansiering i somatikken	Ja
2017–2018	506	Oppfølging av vedtak nr. 307 (taxfree-salg)	Nei
2017–2018	507	Barn på sykehjem	Nei
2017–2018	508	Institusjonsplasser for barn	Nei
2017–2018	509	Barn på sykehjem	Ja
2017–2018	577	Nyfødtscreening	Nei
2017–2018	614	Handlingsplan mot selvmord og selvskading	Nei
2017–2018	615	Regelverket for pasientreiser	Nei
2017–2018	616	Evaluering av pasientreiseforskriften	Nei
2017–2018	617	Organisering av pasientreiseordningen	Nei
2017–2018	620	Bakvakt og akuttmedisinforskriften	Nei
2017–2018	621	Bakvakt og vaktkompetanse	Nei
2017–2018	623	Samboergaranti for omsorgstjenester	Nei
2017–2018	624	Oppfølging av rapporten «Gode liv i Norge»	Nei
2017–2018	625	Styringen av helsevesenet	Ja
2017–2018	626	Folkehelseinstituttet – målesystem for livskvalitet	Nei
2017–2018	627	Nasjonale undersøkelser om livskvalitet	Nei
2017–2018	628	Data om livskvalitet	Nei
2017–2018	629	Rapportering om livskvaliteten i Norge	Nei
2017–2018	632	Mødre/foreldre med rusavhengighet	Ja
2017–2018	633	Tilbud til rusmisbrukere	Ja
2017–2018	634	Evaluering av LAR-ordningen	Ja
2017–2018	635	Forebygging av overdoser og overdosedød	Ja
2017–2018	636	Nasjonal overdosestrategi	Ja
2017–2018	641	Spesialisering innen geriatri	Nei
2017–2018	642	Spesialisering innen geriatri	Nei
2017–2018	643	Eldre pasienter med sammensatte lidelser	Nei
2017–2018	644	Pasientinformasjon mellom sykehus og kommuner	Nei
2017–2018	645	Bemannning på sykehjem	Ja
2017–2018	718	Assistert befruktning for enslige	Nei
2017–2018	719	Sæddonasjon	Nei
2017–2018	721	Assistert befruktning	Nei
2017–2018	722	Arbeids- og sluttavtaler for ledere i helseforetak	Nei
2017–2018	723	Sluttvederlag i helseforetakene	Nei

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei)
2017–2018	747	Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen	Nei
2017–2018	748	Jordmortjenesten	Nei
2017–2018	750	Fødselsomsorg	Ja
2017–2018	751	Følgetjeneste for gravide	Nei
2017–2018	752	Fødselsomsorg og liggetid	Ja
2017–2018	753	Fødselsomsorg	Nei
2017–2018	754	Helse Sør-Øst – avrusningsplasser	Ja
2017–2018	755	Vikarbruk i helseforetakene	Nei
2017–2018	756	Ekstern innleie i helseforetakene	Nei
2017–2018	757	Forebygging av overgrep i sykehjem	Ja
2017–2018	797	Seksuelle overgrep mot barn	Nei
2017–2018	839	Kosmetiske injeksjoner	Nei
2017–2018	840	Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser	Ja
2017–2018	841	Behandling av ruslidelse	Nei
2017–2018	842	Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser	Ja
2017–2018	843	Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser	Nei
2017–2018	844	Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser	Ja
2017–2018	845	Pakkeforløp og tverrfaglig rusbehandling	Ja
2017–2018	849	Tiltak som motvirker kroppspress	Nei
2017–2018	851	Markedsføring av kosmetisk kirurgi	Nei
2017–2018	860	Luftambulanseberedskap	Ja
2017–2018	861	Drift av luftambulansetjenesten	Nei
2017–2018	862	Erfaring og kompetanse i luftambulansetjenesten	Ja
2017–2018	863	Scenarioreport om luftambulansetjenesten	Ja
2017–2018	864	Luftambulansetjenesten	Ja
2017–2018	865	Anbudsprosess i luftambulansetjenesten	Nei
2017–2018	915	Tobakksskadeloven	Nei
2017–2018	922	Kvalitet i spesialistutdanning for leger	Nei
2017–2018	1011	Luftambulansetjenesten	Ja
2016–2017	108.27	Oppbygging av dagtilbud for demente	Ja
2016–2017	108.54	Strategi for psykisk helse	Ja
2016–2017	108.62	Utredning av to protonsentre	Ja
2016–2017	126	Ideell virksomhet i helse- og omsorgssektoren	Ja
2016–2017	307	Taxfree-salg av alkohol ved norske flyplasser	Nei

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei)
2016–2017	341	Informasjon om legemidler til barn i norsk helsetjeneste	Ja
2016–2017	600	Graviditet og vold	Ja
2016–2017	615	Helsetjenestetilbud til volds- og overgrepsofsatte	Nei
2016–2017	619	Behandlingstilbud for overgrepsofsatte	Nei
2016–2017	620	Helsestasjoner og bekymringsmeldinger	Ja
2016–2017	734	Helsestasjoner og skolehelsetjeneste	Ja
2016–2017	770	Autorisasjon av studier fra utlandet	Nei
2016–2017	847	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	848	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	849	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	850	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	851	Tannpleierkompetanse i kommunene	Nei
2016–2017	920	Etablering av overgrepsmottak	Ja
2016–2017	934	Spesialisthelsetjenesten – bearbeide traumer	Nei
2016–2017	992	Utvalg om autismefeltet	Ja
2016–2017	993	Tidlig innsats og samarbeid om autismebehandling	Ja
2016–2017	1001	Handlingsplan for fysisk aktivitet	Nei
2016–2017	1010	Program for teknologiutvikling i vannbransjen	Nei
2016–2017	1117	Ideelle organisasjoners pensjonsforpliktelser	Nei
2015–2016	22	Ergoterapikompetanse i kommunene	Ja
2015–2016	437.2	Helsepersonell blant beboere på mottak	Ja
2015–2016	521	Evalueringsplan etter lovendring	Ja
2015–2016	545	Basestrukturen for luftambulansen i Norge	Ja
2015–2016	627	Prevensjon til rusavhengige	Nei
2015–2016	628	Tilbud og informasjon om LAR-behandling	Ja
2015–2016	658	Samarbeid mellom helseregistre og andre aktører	Ja
2015–2016	786	Ungdomshelsestrategi og reklame	Ja
2015–2016	787	Ungdomshelsestrategi og tiltak mot kroppspress	Ja
2015–2016	839	Behandlingstilbud til barn og unge	Ja
2014–2015	494	Dagaktivitetstilbud – plikt for kommunene	Nei
2011–2012	408	Ordningen fast kontakt for ofre og pårørende	Ja
2007–2008	189	Kvalitetsforskriften til omsorgstjenesten	Ja

**Stortingssesjon (2017–2018)**

Evaluering av fastlegeordningen

Vedtak nr. 2, 11. oktober 2017

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

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

Anmodningsvedtaket følges opp ved at evalueringsoppdrag er gitt og evaluering er påbegynt. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Internasjonalt samarbeid om medisininnkjøp

Vedtak nr. 50, 4. desember 2017

«Stortinget ber regjeringen vurdere økt internasjonalt samarbeid om medisininnkjøp for å øke markedsmakten overfor legemiddelindustrien.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2017–2018), jf. Innst. 2 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at det er opprettet dialog med ulike land om samarbeid på legemiddelområdet. Innkjøpssamarbeid er imidlertid ikke på dagsorden, fordi det vurderes som svært krevende juridisk sett. Det er imidlertid etablert et samarbeid i regi av Nordisk Ministerråd som har hovedfokus på informasjons- og erfaringsutveksling. Videre er det nylig etablert et samarbeid mellom Finland, Sverige og Norge, hvor formålet er samarbeid om metodevurderinger. Det er også nylig inngått en politisk intensjonsavtale om felles forhandlinger om pris på enkelte legemidler mellom Danmark og Norge, som skal følges opp av de relevante aktørene i begge landene. De landene som har lengst erfaring med denne typen samarbeid, Belgia, Nederland, Luxemburg, Østerrike og Irland har ikke etablert felles prisavtaler ennå.

To protonsentre

Vedtak nr. 51, 4. desember 2017

«Stortinget ber regjeringen planlegge for to protonsentre i Norge, i tråd med Stortingets vedtak. Det andres senteret skal etableres i Bergen.

Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Helse Vest i oppdrag å planlegge for at dette senteret skal stå ferdig senest i 2025. Senterets kapasitet og størrelse tilpasses behov og utviklingen i behandlingsteknologi. Behandling av låneramme og konsept tas når Helse Vest har styrebehandlet saken. Helse Vest gis evt. mulighet til å forskuttere investeringen etter at låneramme og konsept er behandlet. Statens utbetalinger vil skje etter en planlagt fremdrift der senteret står ferdig i 2025. Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med sak der muligheten for en forskuttering av senteret i Bergen drøftes, innen statsbudsjettet for 2019 legges frem.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 21 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018). Her ble tilskuddsrammer og lånerammer for protonsentre ved Radiumhospitalet i Oslo og ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen vedtatt. Det vises til omtale under kap. 732, post 81.

Pasient- og brukerombud og tannhelsetjenester

Vedtak nr. 105, 7. desember 2017

«Stortinget ber regjeringen vurdere å utvide arbeidsområdet til pasient- og brukerombudene til også å gjelde fylkeskommunale tannhelsetjenester.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 150 L (2016–2017) Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten mv. (helsetilsynsloven), jf. Innst. 53 L (2017–2018).

Anmodningsvedtaket følges opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av høsten 2018 vil sende på høring forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og tannhelsetjenesteloven, herunder om utvidelse av arbeidsområdet til ombudene. Det vises også til omtale under kap. 709, post 01, hvor utvidelsen av arbeidsområdet er beskrevet.

Læringsplasser på sykehus

Vedtak nr. 361, 19. desember 2017

«Stortinget ber regjeringen sikre at sykehusene går foran i arbeidet for å sikre nok læringsplasser både for helsefag og for andre relevante utdanninger.»

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

Anmodningsvedtaket ble fulgt opp i felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene 16. januar 2018. Her ble de regionale helseforetakene bedt om å utarbeide strategier for å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere, og i dialog med utdanningsinstitusjonene arbeide for å få utdanninger bedre i samsvar med tjenestenes behov. De regionale helseforetakene ble også bedt om å sørge for at alle helseforetak har læreplasser innen helsefagarbeiderfaget.

Medisinstudenter i primærhelsetjenesten

Vedtaket nr. 363 (2017–2018), 19. desember 2017

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

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

Det er over tid identifisert behov for at en større andel av medisin og andre helseprofesjonsstudier ivaretas i primærhelsetjenesten. Utprøvinger av mer desentraliserte utdanninger pågår flere steder, og tiltak som kan bidra til å stimulere til dette vil bli vurdert. Vedtaket blir vurdert og fulgt opp i samarbeid med Kunnskapsdepartementet.

Kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler

Vedtaket nr. 434, 30. januar 2018

*«Stortinget ber regjeringen medvirke til at kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler og kapasitet i førstelinjen øker, ved å bidra til at kommunene kan ansette flere ergoterapeuter. I tillegg ber Stortinget regjeringen vurdere hvordan likemannsarbeidet i regi av frivillige organisasjoner kan styrkes, herunder som et bidrag til en styrking av kompetansen hos de kommunale syns- og hørselskontaktene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:57 S (2012–2018), Innst. 101 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved styrking av ergoterapikompetansen i kommunene gjennom Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019, jf. Prop. 1 S (2016–2017). Det er etablert et tilskudd som kommunene kan benytte til å øke ergoterapikompetansen. For å få tilskudd må kommunene synliggjøre samarbeid

med brukerorganisasjonene. I tillegg foreslås 100 mill. kroner av økningen i kommunenes frie inntekter i 2019 til styrking av opptrappingsplanen. Stortinget har vedtatt en endring i helse- og omsorgstjenesteloven som innebærer at alle kommuner fra 2020 skal ha knyttet til seg ergoterapeut i sitt tjenestetilbud. Likepersonsarbeidet utvikles i regi av pasientorganisasjonene. Tilskudd til frivillige organisasjoner videreføres i forslag til budsjett 2019.

Reduksjon i alkoholforbruk

Vedtaket nr. 436, 31. januar 2018

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

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i folkehelsemeldingen som planlegges fremlagt i 2019.

Nye finansieringsformer – Boliger til eldre

Vedtaket nr. 438, 31. januar 2018

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

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

Regjeringen har startet arbeidet med et kunnskapsgrunnlag og vil komme tilbake til Stortinget om saken på egnet vis.

Heldøgns omsorgsplasser – investeringstilskudd

Vedtaket nr. 462, 13. februar 2018

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsboliger likebehandler nybygg og oppgradering og modernisering av eksisterende bygningsmasse.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:7 S (2017–2018), Innst. 110 S (2017–2018).



Anmodningsvedtaket er fulgt opp i Prop. 1 S (2018–2019), jf. omtale under kap. 761, post 63 og post 69. Regjeringen foreslår at vedtaket følges opp ved at 50 pst. av den samlede tilsagnsrammen til investeringstilskudd nyttes til ren netto tilvekst og foreslås bevilget over kap. 761, post 69. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst over kap. 761, post 63. Bevilgningen på kap. 761, post 63 kan nyttes under kap. 761, post 69.

#### Dagaktivitetsplasser

*Vedtak nr. 463, 13. februar 2018*

*«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å heve tilskuddssatsene for etablering og drift av dagaktivitetsplasser til 50 prosent.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:7 S (2017–2018), Innst. 110 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp i Prop. 1 S (2018–2019), jf. Omtale under kap. 761, post 62. Regjeringen vil heve tilskuddssatsen fra 30 til 50 pst. Det legges til grunn at hevingen av tilskuddssatsen vil gjelde opprettelsen av nye plasser i 2019. Videre innebærer det å opprette 450 nye plasser med forhøyede tilskuddssatsen i 2019, svarende til om lag 50 mill. kroner.

#### Legedekning i primærhelsetjenesten

*Vedtak nr. 464, 13. februar 2018*

*«Stortinget ber regjeringen følge opp samhandlingsreformen og på egnet vis sikre opptrapping av legedekningen i primærhelsetjenesten generelt og i fastlegeordningen spesielt.»*

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

Anmodningsvedtaket følges opp bl.a. gjennom trepartssamarbeidet mellom staten, KS/Oslo kommune og Legeforeningen, evaluering av fastlegeordningen, utredninger og en handlingsplan for allmennlegetjenesten. Det foreslås i 2019 tilskudd til rekruttering av fastleger og spesialistutdanning i allmennmedisin. Vedtaket må sees i sammenheng med vedtak nr. 465–467. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### Listelengde i fastlegeordningen

*Vedtak nr. 465, 13. februar 2018*

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

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

Anmodningsvedtaket følges opp bl.a. gjennom trepartssamarbeidet mellom staten, KS Oslo kommune og Legeforeningen, evaluering av fastlegeordningen, utredninger og en handlingsplan for allmennlegetjenesten. Det foreslås i 2019 tilskudd til rekruttering av fastleger og spesialistutdanning i allmennmedisin. Vedtaket må sees i sammenheng med vedtak nr. 464, 466 og 467. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### Utdanningsstillinger i allmennmedisin

*Vedtak nr. 466, 13. februar 2018*

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

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at det gjennom trepartssamarbeidet mellom staten, KS/Oslo kommune og Legeforeningen utredes modeller for utdanningsstillinger i allmennmedisin og at det i budsjettet for 2019 foreslås midler til å øke antall utdanningsstillinger.

#### Allmennlege i spesialisering (ALIS)

*Vedtak nr. 467, 13. februar 2018*

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

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

Anmodningsvedtaket følges opp bl.a. gjennom trepartssamarbeidet mellom staten, KS/Oslo kommune og Legeforeningen, evaluering av fastlegeordningen, utredninger og en handlingsplan for allmennlegetjenesten. Det foreslås i 2019 tilskudd til rekruttering av fastleger og spesialistutdanning i allmenntjenestemedisin. Vedtaket må sees i sammenheng med vedtak nr. 464, 465 og 466. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### Legevakt- og fastlegeordningen

Vedtak nr. 468, 13. februar 2018

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

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

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom flere tiltak på legevaktfeltet bl.a. gjennomgang av akuttmedisinforskriften og oppfølging av forskriften gjennom avsatt bevilgning, veileder for legevaktjenesten, utvikling av kvalitetsmål for legevaktjenesten og pilotprosjektet på legevaktfeltet. I tillegg følges vedtaket opp gjennom oppfølgingen av anmodningsvedtak nr. 2, 464, 465, 466 og 467 fra stortingssesjonen (2017–2018). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med en redegjørelse av samlet oppfølging på egnet måte.

#### Evalueringsrapport om turnusordningen

Vedtak nr. 469, 13. februar 2018

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

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

Vedtaket vil bli vurdert som ledd i evalueringen av omlegging av turnusordningen for leger. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### Prioriteringsutvalget (NOU 2014: 12)

Vedtak nr. 471, 13. februar 2018

*«Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014: 12) og evaluere hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:49 S (2017–2018), jf. Innst. 111 S (2017–2018).

Det pågår allerede et betydelig utviklingsarbeid for å forbedre finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten. Det gjøres endringer i ISF bl.a. for å legge til rette for mer helhetlige pasientforløp og bruk av ny teknologi. Disse endringene vil påvirke insentivstrukturen i ordningen. I tillegg beregnes kostnadsvektene i ISF-ordningen fra 2018 på en ny og mer presis måte – med bruk av «kostnad per pasient»-data. Videre er det nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere endringer i inntektsfordelingen mellom regionene.

På nåværende tidspunkt vil det derfor ikke igangsettes en egen evaluering av hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene. Det vises for øvrig til omtale under kap. 732, post 76.

#### Innsatsstyrt finansiering i somatikken

Vedtak nr. 473, 13. februar 2018

*«Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 redusere andelen innsatsstyrt finansiering i somatikken til å utgjøre maksimalt 40 prosent.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:49 S (2017–2018), jf. Innst. 111 S (2017–2018).

ISF-andelen ble økt fra 40 til 50 pst. i 2014, jf. Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014) og Inns. 11 S (2013–2014). Spesialisthelsetjenesten er en kompleks virksomhet. Endringer i sentrale rammebetingelser bør derfor ses i sammenheng med ønsket utvikling av tjenesten. Det pågår et betydelig utviklingsarbeid knyttet til ISF, som vil fortsette i årene framover. Det vil være uheldig å endre på en sentral rammebetingelse for spesialisthelsetjenesten, samtidig som det pågår en rekke andre endringer som har til hensikt å gjøre

finansieringssystemet bedre. Det foreslås derfor at ISF-andelen videreføres med 50 pst. En ISF-andel på 50 pst. ligger til grunn for bevilgningsfor-slaget på kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering og kap. 732, postene 72-75 Basisbevilgning til regionale helseforetak. Det vises for øvrig til omtale under kap. 732, post 76.

Oppfølging av vedtak nr. 307 (taxfree-salg)

Vedtak nr. 506, 27. februar 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:50 S (2017–2018), jf. Innst. 124 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom en igangsatt utredning av saken. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Barn på sykehjem

Vedtak nr. 507, 27. februar 2018

*«Stortinget ber regjeringen fremme de nødvendige forslag til lov- og/eller forskriftsendringer for å sikre at kommuner ikke kan bosette barn i sykehjem i strid med familienes ønske og barnets beste.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:67 S (2017–2018), jf. Innst. 125 S (2017–2018).

Ved behandlingen av Dokument nr. 8:67 S (2017–2018), jf. Innst. 125 S (2017–2018), ble det truffet tre anmodningsvedtak vedrørende barn og opphold i sykehjem. Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtak nr. 509 gjennom et brev til landets kommuner og landets fylkesmenn. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte når det gjelder de øvrige anmodningsvedtakene i saken, herunder anmodningsvedtak nr. 507, 27. februar 2018 og anmodningsvedtak nr. 508, 27. februar 2018.

Institusjonsplasser for barn

Vedtak nr. 508, 27. februar 2018

*«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak med orientering om bruk av institusjonsplasser for barn i strid med barnets beste og familienes ønsker.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:67 S (2017–2018), jf. Innst. 125 S (2017–2018).

Ved behandlingen av Dokument nr. 8:67 S (2017–2018), jf. Innst. 125 S (2017–2018), ble det truffet tre anmodningsvedtak vedrørende barn og opphold i sykehjem. Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtak nr. 509 gjennom et brev til landets kommuner og landets fylkesmenn. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte når det gjelder de øvrige anmodningsvedtakene i saken, herunder anmodningsvedtak nr. 507, 27. februar 2018 og anmodningsvedtak nr. 508, 27. februar 2018.

Barn på sykehjem

Vedtak nr. 509, 27. februar 2018

*«Stortinget ber regjeringen umiddelbart klar-gjøre for kommunene at praksisen med barn som bosettes på sykehjem mot familiens ønske og barnets beste, er i strid med Stortingets intensjon og skal opphøre.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:67 S (2017–2018), jf. Innst. 125 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp og omtalt under kap. 761, post 21. Det er sendt brev til landets fylkesmenn og landets kommuner datert 14. august 2018. Kommunene er orientert gjennom dette brevet.

Nyfødtscreening

Vedtak nr. 577, 5. april 2018

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

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

Anmodningsvedtaket følges opp ved at Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, å etablere tekniske løsninger for, og gjennomføre informasjon til foreldre og barn i Nyfødtscreeningen om retten til å trekke tilbake samtykke og kreve destruksjon

av biologisk materiale. Det skal også etableres nødvendige ordninger for reservasjon. Dette skal være på plass innen 1. juli 2019. Prosjektet skal forankres i alle de regionale helseforetakene.

Handlingsplan mot selvmord og selvskading

Vedtak nr. 614, 19. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen fremlegge en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading, inkludert forebygging av selvmord blant pasienter innlagt i eller nylig utskrevet fra psykisk helsevern. Fagmiljø, pasient- og pårørende-grupper må involveres i utarbeidingen, og nullvisjon må vurderes som overordnet målsetting.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag om lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene, jf. Innst. 193 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket følges opp ved at det vil utarbeides en ny handlingsplan for selvmordsforebygging. Første fase med innhenting av kunnskapsgrunnlag om tiltak med dokumentert effekt er igangsatt. Forebygging av selvskading vil omhandles i den kommende Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse.

Regelverket for pasientreiser

Vedtak 615, 19. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen foreta en bred gjennomgang av regelverket for pasientreiser og fremme en sak for Stortinget med tiltak for å forenkle og forbedre ordningen.»*

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp gjennom oppdrag i tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2019.

Evalueringsprosess av pasientreiseforskriften

Vedtak 616, 19. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen starte evalueringsprosessen av pasientreiseforskriften i løpet august 2019.»*

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp gjennom oppdrag i tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2019.

Organisering av pasientreiseordningen

Vedtak 617, 19. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen i sitt oppdragsdokument be de regionale helseforetak gå gjennom organiseringen av pasientreiseordningen. Denne gjennomgangen bør foretas parallelt med evalueringen av pasientreiseforskriften.»*

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp med krav i foretaksmøte med de regionale helseforetakene.

Bakvakt og akuttmedisinforskriften

Vedtak nr. 620, 19. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen endre akuttmedisinforskriften § 7 slik at det ikke settes et generelt krav til bakvakt med utrykningsplikt.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 129 S (2017–2018) om å endre akuttmedisinforskriftens krav til bakvakt i legevakt, jf. Innst. 218 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom en helhetlig gjennomgang av akuttmedisinforskriften som vil starte i løpet av høsten 2018. Det ble besluttet en slik gjennomgang ved behandling av kgl.res. om endringer i forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) 20. april 2018.

Bakvakt og vaktkompetanse

Vedtak nr. 621, 19. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen sikre at alle legevakter har en ordning der bakvakt med lokalkunnskap og selvstendig vaktkompetanse er tilgjengelig på telefon for leger uten selvstendig vaktkompetanse.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 129 S (2017–2018) om å endre akuttmedisinforskriftens krav til bakvakt i legevakt, jf. Innst. 218 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom en helhetlig gjennomgang av akuttmedisinforskriften. Det vises til oppfølging av anmodningsvedtak nr. 620 over.

Samboergaranti for omsorgstjenester

Vedtak nr. 623, 19. april 2018

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

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

Regjeringen mener det er behov for nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, jf. Prop. 99 L (2015–2016). Innretningen av nasjonale kriterier vurderes på bakgrunn av erfaringer med kommunale kriterier og evalueringen av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene, og regjeringen vil i denne forbindelse vurdere om bestemmelser om samboergaranti skal innarbeides i disse nasjonale kriteriene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om saken på egnet vis.

Oppfølging av rapporten «Gode liv i Norge»

Vedtak nr. 624, 19. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen følge opp hovedanbefalingene i Helsedirektoratets rapport Gode liv i Norge, slik at helhetlig informasjon om livskvalitet kommer inn i grunnlaget for helsepolitikken.»*

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

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom oppfølging av regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) og i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå.

Styringen av helsevesenet

Vedtak nr. 625, 19. april 2018

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

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom at de regionale helseforetakene har ansvar for at befolkningen i regionene får tilgang til spesialisthelsetjenester. Målene for livskvalitet skal derfor være godt integrert i styringen av helsevesenet. Helseforetakene styres gjennom årlige oppdragsdokument. I oppdragsdokumentene er det konkrete mål for aktiviteter som kan bidra til bedre livskvalitet. De regionale helseforetakene rapporterer på Folkehelseinstituttets erfaringsundersøkelser i årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet. Brukerne blir i økende grad spurt om sin opplevelse av behandlingen blant annet i brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet. Regjeringen støtter også OECDs arbeid med pasientopplevd kvalitet gjennom Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS).

Folkehelseinstituttet – målesystem for livskvalitet

Vedtak nr. 626, 19. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen avklare om Folkehelseinstituttet er den best egnede etaten for koordineringen av målesystemet for livskvalitet.»*

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

Det er flere etater som kan være godt egnet for å koordinere målesystemet. Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp gjennom avklaring av målesystemet for livskvalitet.

Nasjonale undersøkelser om livskvalitet

Vedtak nr. 627, 19. april 2018

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

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

Helsedirektoratet la høsten 2018 fram en rapport om anbefalinger for hvordan livskvalitet best mulig kan måles. Regjeringen vil vurdere hvordan anbefalingene i rapporten kan brukes i oppfølgingen av anmodningsvedtakene 627, 628 og 629, som må sees i sammenheng.

Data om livskvalitet

Vedtak nr. 628, 19. april 2018

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

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

Helsedirektoratet la høsten 2018 fram en rapport om anbefalinger for hvordan livskvalitet best mulig kan måles. Regjeringen vil vurdere hvordan anbefalingene i rapporten kan brukes i oppfølgingen av anmodningsvedtakene 627, 628 og 629, som må sees i sammenheng.

Rapportering om livskvaliteten i Norge

Vedtak nr. 629, 19. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen rapportere om status for livskvaliteten i Norge som helhet, og for utvalgte sårbare grupper, i de ordinære statsbudsjettbehandlingene i Stortinget.»*

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

Helsedirektoratet la høsten 2018 fram en rapport om anbefalinger for hvordan livskvalitet best mulig kan måles. Regjeringen vil vurdere hvordan anbefalingene i rapporten kan brukes i oppfølgingen av anmodningsvedtakene 627, 628 og 629, som må sees i sammenheng.

Mødre/foreldre med rusavhengighet

Vedtak nr. 632, 24. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen gi mødre/foreldre med utfordringer knyttet til rusavhengighet tilbud om oppfølging og utredning.»*

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom de ordinære tjenestene, jf. vurderinger under kap. 734, post 21.

Tilbud til rusmisbrukere

Vedtak nr. 633, 24. april 2018:

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at man utvider det oppsøkende tilbudet til tyngre rusmisbrukere, for eksempel gjennom en styrket satsing på feltsykepleiere.»*

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom Opptrappingsplanen for rusfeltet, hvor utvikling av oppsøkende behandlingstilbud til mennesker med omfattende rusmiddelproblemer er et prioritert tiltak.

Evalueringsplan for LAR-ordningen

Vedtak nr. 634, 24. april 2018

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

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har satt i gang arbeidet med å revidere gjeldende retningslinje for LAR. Dette arbeidet vil bli ferdigstilt i løpet av 2019. Revidering av retningslinjen vil bl.a. medføre økt brukervirkning og vurdering av nye legemidler i LAR, jf. omtale under kap. 734, post 21.

Forebygging av overdoser og overdosedød

Vedtak nr. 635, 24. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen sikre at brukerne, pårørende, fagmiljøene, akademia og andre relevante aktører får en reell innflytelse på utformingen av en ny overdosestrategi, der formålet er å komme frem til nye kunnskapsbaserte forslag for å forebygge overdoser og overdosedød.»*

Vedtaket ble truffet i Stortinget behandling av Dokument 8:76 S (2017–2018), Innst. 216 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at oppdrag om utarbeidelse av ny fireårig overdosestrategi er gitt Helsedirektoratet. I oppdraget til Helsedirektoratet vises det også til representantforslag 179 S (2017–2018), komiteens innstilling (Innst. 216 (2017–2018)) og til debatten i Stortinget 24. april 2018, da representantforslaget ble behandlet. Det tas sikte på at den nye strategien vil gjelde fra 2019.

#### Nasjonal overdosestrategi

Vedtaket nr. 636, 24. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen innarbeide tiltak mot overdoser med sterke smertestillende medikamenter i ny nasjonal overdosestrategi.»*

Vedtaket ble truffet i Stortinget behandling av Dokument 8:76 S (2017–2018), Innst. 216 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en ny fireårig overdosestrategi. I dette oppdraget inngår også vurdering av nye tiltak mot overdoser ved inntak av sterke smertestillende medikamenter. Det tas sikte på at den nye strategien vil gjelde fra 2019.

#### Spesialisering innen geriatri

Vedtaket nr. 641, 24. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen sikre at det er tilstrekkelig kapasitet for spesialisering innen geriatri for leger og sykepleiere.»*

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp ved behandling av årlig melding for 2018. De regionale helseforetakene rapporterer der på oppdrag om å utarbeide strategier for å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere som ble gitt i foretaksmøtet 16. januar 2018.

#### Spesialisering innen geriatri

Vedtaket nr. 642, 24. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle akutt-sykehus i Norge har breddekompetanse innen behandling av eldre, og at alle store akutt-sykehus skal ha spesialist i geriatri.»*

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

Det har blitt formidlet i foretaksmøter med de regionale helseforetakene i 2016 at det skal legges til grunn at store akutt-sykehus skal ha geriatrisk kompetanse. De regionale helseforetakene har meldt tilbake at dette kravet er oppfylt. Det er et pågående arbeid med spesialiseringsstrukturen i helseforetakene. Regjeringen vil sikre at generalistkompetansen, samt nødvendig breddekompetanse i behandling av alle pasienter, også eldre blir ivarettatt. Læringsmålene for de ulike legespesialitetene i ny spesialiststruktur er nå forskriftsfestet, og forskriften trer i kraft 1.3.2019.

#### Eldre pasienter med sammensatte lidelser

Vedtaket nr. 643, 24. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle sykehus etterlever veiledningsplikten overfor kommunene og inngår forpliktende samarbeidsavtaler med kommunene om helhetlige og sammenhengende tjenester for gruppen eldre pasienter med sammensatte lidelser, med økt bruk av koordinator og individuell plan.»*

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

Regjeringen tar sikte på å følge opp anmodningsvedtaket i forbindelse med ny Nasjonal helse- og sykehusplan, som vil bli lagt fram for Stortinget i 2019.

#### Pasientinformasjon mellom sykehus og kommuner

Vedtaket nr. 644, 24. april 2018

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

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

Regjeringen følger opp anmodningsvedtaket i forbindelse med ny Nasjonal helse- og sykehusplan, som vil bli lagt fram for Stortinget i 2019.

Bemanning på sykehjem

Vedtak nr. 645, 24. april 2018

*«Stortinget ber regjeringen styrke legebemanning og geriatrisk kompetanse på sykehjem for å hindre unødvendige innleggelse på sykehus og sikre mer helhetlige tjenester for eldre pasienter med sammensatte lidelser.»*

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom det pågående arbeidet med allmennlegetjenestene i kommunene og Kompetanseløft 2020. Gjennom Kompetanseløft 2020 arbeider regjeringen for en faglig sterk tjeneste og for å sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Flere av tiltakene har ansatte i sykehjem som målgruppe, herunder kompetanse- og innovasjonstilskuddet hvor det gis tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene. Med midler fra dette tilskuddet fullførte om lag 240 ansatte i omsorgstjenestene en videreutdanning innen eldre- eller demensomsorg i 2017. Samtidig var i overkant av 350 under utdanning. Helseforetakene skal også bistå med geriatrisk kompetanse og veiledning til kommunene. Det foretas nå en bred gjennomgang av allmennlegetjenestene i kommunene, herunder det medisinskfaglige tilbudet på sykehjem og det skal legges frem en handlingsplan for allmennlegetjenesten i 2020.

Assistert befruktning for enslige

Vedtak nr. 718, 15. mai 2018

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

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 39 (2016–2017) Evaluering av bioteknologiloven.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med forslag til nødvendige lovendringer for å følge opp anmodningsvedtaket.

Sæddonasjon

Vedtak nr. 719, 15. mai 2018

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

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

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med forslag til nødvendige endringer i retningslinjer og praksis for å følge opp anmodningsvedtaket.

Assistert befruktning

Vedtak nr. 721, 15. mai 2018

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

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp gjennom utredning av nødvendige endringer i retningslinjer og regelverk for assistert befruktning.

Arbeids- og sluttavtaler for ledere i helseforetak

Vedtak nr. 722, 15. mai 2018

*«Stortinget ber regjeringen gjennomgå arbeids- og sluttavtaler for ledere av alle helseforetak for å avklare om avtalene er i samsvar med statens reviderte retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte av 13. februar 2015.»*

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

De regionale helseforetakene fikk i foretaks-møtet 13. juni 2018 i oppdrag å gjennomgå avtaler for ledende ansatte og tilse at disse er i tråd med statens retningslinjer. Det skal rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. desember 2018. Videre oppfølging vil bli vurdert etter dette.



### Sluttvederlag i helseforetakene

Vedtak nr. 723, 15. mai 2018

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

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

De regionale helseforetakene fikk i foretaks-møtet 13. juni 2018 i oppdrag å gjennomgå helseforetakenes bruk av sluttavtaler, etterlønn og avtaler om retrettstillinger til ledende ansatte, og på grunnlag av denne gjennomgangen vurdere om man bør etablere et felles normativt rammeverk for bruk og innretning av slike avtaler. Det skal rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. desember 2018. Videre oppfølging vil bli vurdert etter dette.

### Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen

Vedtak nr. 747, 24. mai 2018

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

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

Anmodningsvedtaket blir fulgt opp ved at de regionale helseforetakene får i oppdrag å rapportere hvordan retningslinjen generelt og anbefalingen om utreisevurdering spesielt, er implementert, jf. omtale kap. 732, post 70.

### Jordmortjenesten

Vedtak nr. 748, 24. mai 2018

*«Stortinget ber regjeringen styrke den kommunale jordmortjenesten og vurdere ny finansier-*

*ing, slik at det blir mer attraktivt for kommuner å tilsette jordmødre.»*

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

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom utredningsoppdrag til Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2019.

### Fødselsomsorg

Vedtak nr. 750, 24. mai 2018

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

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingen i omtalen under kap. 732, og i del III, kapittel 5 Spesialisthelsetjenesten, Nasjonal Helse- og sykehusplan 2016–2019.

### Følgetjeneste for gravide

Vedtak nr. 751, 24. mai 2018

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

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

De regionale helseforetakene vil få i oppdrag å kartlegge følgetjenesten for gravide. Regjeringen vil komme tilbake til oppfølging av anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

## Fødselsomsorg og liggetid

Vedtak nr. 752, 24. mai 2018

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

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingen i omtalen under kap. 732 og del III, kapittel 5 Spesialisthelsetjenesten, Nasjonal Helse- og sykehusplan 2016–2019.

## Fødselsomsorg

Vedtak nr. 753, 24. mai 2018

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at det gjøres en ny vurdering av behovet for å innføre et screening-tiltak for å avdekke depresjon blant gravide kvinner /barselkvinner.»*

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp gjennom oppdrag til Helsedirektoratet i tildelingsbrevet 2019, og komme tilbake til Stortinget i et senere budsjettframlegg.

## Helse Sør-Øst – avrusningsplasser

Vedtak nr. 754, 24. mai 2018

*«Stortinget ber regjeringen sikre at det i Helse Sør-Øst åpnes for et tilleggsanbud på 10 avrusningsplasser snarest mulig, som kan erstatte de 10 plassene som er bygget ned i helseregionen. Fram til et slikt anbud er gjennomført ber regjeringen, innenfor regelverket for offentlige anskaffelser og om nødvendig gjennom tilskudd, sikre at Blå Kors Borgestadklinikken kan opprettholde dagens drift.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:157 S (2017–2018), jf. Innst. 282 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket ble fulgt opp gjennom krav i foretaksmøtet med Helse Sør-Øst RHF 13. juni 2018. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å gjennomføre en tilleggsanskaffelse på 20 mill. kroner til behandlingsplasser innen rusomsorg. Anskaffelsen må realiseres innenfor etablerte faglige og anskaffelsesrettslige rammer, og må reflektere Stortingets bekymring for avrusningskapasitet. Det vises til omtale under kap. 732, post 70.

## Vikarbruk i helseforetakene

Vedtak nr. 755, 24. mai 2018

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

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2019.

## Ekstern innleie i helseforetakene

Vedtak nr. 756, 24. mai 2018

*«Stortinget ber regjeringen sørge for nedtrapping i bruken av ekstern innleie i helseforetakene parallelt med økt bruk av fast ansatte vikarer, også kjent som vikarpooler.»*

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

Regjeringen er opptatt av problemstillingene knyttet til innleie og vikarbruk. Det vises til tidligere stilte krav om dette i felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene i januar 2016. Dette vil bli fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom løpende rapportering fra de regionale helseforetakene.

## Forebygging av overgrep i sykehjem

Vedtak nr. 757, 24. mai 2018

*«Stortinget ber regjeringen vurdere konkrete tiltak for å forebygge overgrep i sykehjem gjennom god grunnbemanning, bedre ledelse og opplæring av ansatte i sykehjem.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:146 S (2017–2018), jf. Innst. 283 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom det pågående arbeidet med allmennlegetjenestene i kommunene og Kompetanseløft 2020. Gjennom Kompetanseløft 2020 arbeider regjeringen for en faglig sterk tjeneste, og for å sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Flere av tiltakene har ansatte i sykehjem som målgruppe, som gjennom å styrke kompetanse og holdninger bidrar til å forebygge overgrep i sykehjem. Tiltakene består blant annet av tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten og satsingen på etisk kompetanseheving.

#### Seksuelle overgrep mot barn

*Vedtak nr. 797, 29. mai 2018*

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at det utredes en helhetlig behandlings- og oppfølgingstjeneste til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn.»*

Anmodningsvedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:140 S (2017–2018), jf. Innst. 316 S (2017–2018).

Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp anmodningsvedtaket ved å gi Helsedirektoratet i oppdrag å utrede en helhetlig behandlings- og oppfølgingstjeneste til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Regjeringen vil komme tilbake til oppfølging av anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

#### Kosmetiske injeksjoner

*Vedtak nr. 839, 5. juni 2018*

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

Anmodningsvedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:174 S (2017–2018), jf. Innst. 348 S (2017–2018).

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:174 S (2017–2018), jf. Innst. 348 S (2017–2018). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

*Vedtak nr. 840, 5. juni 2018*

*«Stortinget ber regjeringen fremme tiltak som sikrer at ettervern blir en integrert del av behandlingstilbudet for pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:174 S (2017–2018), jf. Innst. 348 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom arbeidet med Opptrappingsplanen for rusfeltet og utvikling og implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Behovet for oppfølging og tjenester etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten kan være svært variert, og det er derfor viktig at det er enkeltpasientens behov som står i sentrum. Det er et mål å øke bruken av individuell plan, for å sikre koordinert og samordnet hjelp på pasientens premisser.

#### Behandling av ruslidelse

*Vedtak nr. 841, 5. juni 2018*

*«Stortinget ber regjeringen sikre at tilbydere av døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelse får et tydeligere ansvar for et forpliktende samarbeid med hjemkommunene om ettervern. Det skal alltid utarbeides en individuell plan for oppfølging etter behandling. Oppfølgingen skal ha mål om tilbakeføring til ordinært arbeidsliv, utdanning eller annen aktivitet, og en forpliktende plan for dette må være på plass før utskrivelse.»*

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i Helsedirektoratets utarbeidelse av pakkeforløp innen rus og psykisk helse.

Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtak nr. 842, 5. juni 2018

*«Stortinget ber regjeringen sikre at spesialisthelsetjenesten etablerer flere desentraliserte tilbud for pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser, slik som poliklinikker og oppsøkende team, gjerne i samarbeid med kommunene.»*

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp gjennom oppdragsdokumentet for 2019 til de regionale helseforetakene, jf. omtale under kap. 734, post 21.

Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtak nr. 843, 5. juni 2018

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

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

Anmodningsvedtaket forutsetter utredning av ulike finansieringsmodeller for ettervern. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med oppfølging av anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtak nr. 844, 5. juni 2018

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at pakkeforløp innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser inkluderer tilbud om egnet bolig, meningsfylt aktivitet og tiltak for nettverksbygging.»*

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i Helse- og omsorgsdepartementets utarbeidelse av pakkeforløp innen rus og psykisk helse, jf. omtale under kap. 781, post 21.

Pakkeforløp og tverrfaglig rusbehandling

Vedtak nr. 845, 5. juni 2018

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at pakkeforløp for pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling omhandler plan for spesialisthelsetjenestens oppfølgingsansvar etter utskrivning, som polikliniske tilbud og/eller oppsøkende team.»*

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

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i Helse- og omsorgsdepartementets utarbeidelse av pakkeforløp innen rus og psykisk helse, jf. omtale under kap. 781, post 21.

Tiltak som motvirker kroppspress

Vedtak nr. 849, 6. juni 2018

*«Stortinget ber regjeringen inkludere tiltak som motvirker kroppspress, samt andre tiltak som fremmer positivt selvbilde og selvfølelse, i opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), Innst. 344 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket vil følges opp gjennom forslag til tiltak i opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.

Markedsføring av kosmetisk kirurgi

Vedtak nr. 851, 6. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), jf. Innst. 344 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket vil følges opp i sammenheng med anmodningsvedtak nr. 839.

## Luftambulanseredskap

Vedtak nr. 860, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre luftambulanseredskapen over hele landet, med nødvendige tiltak på kort og lang sikt for å skape stabilitet og forutsigbarhet i tjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at regjeringen har iverksatt ulike tiltak for å styrke den umiddelbare beredskapen, og har gjennom krav til rapportering og planer fra spesialisthelsetjenesten forsikret seg om at tjenesten fungerer.

Forsvaret bisto luftambulansetjenesten med helikoptre i Finnmark frem til 27. juli 2018. Det har vært flere møter med de ulike partene i saken, blant annet i Bodø og Tromsø med nåværende operatør Lufttransport AS og pilotenes fagforening Norsk Flygerforbund, og i Tromsø med den påtroppende operatøren Babcock.

Norsk flygerforbund (som organiserer Lufttransports piloter) og NHO Luftfart (som representerer Babcock) kom 20. juni frem til enighet om en tariffavtale for piloter som ansettes i Babcock Scandianvian AirAmbulance. Alle pilotene som er ansatt hos dagens operatør ble tilbudt jobb i det nye selskapet på de betingelsene det ble enighet om, og med unntak av to som går av med pensjon går samtlige over til Babcock.

## Drift av luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 861, 7. juni 2018

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

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

Anmodningsvedtaket følges opp ved at departementet vurderer innretningen på mulige utredningsoppdrag av driftsmodeller for luftambulansetjenesten. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

## Erfaring og kompetanse i luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 862, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at erfaring og kompetanse i dagens luftambulansetjeneste videreføres, enten gjennom forhandlinger med operatør, gjennom ny anbudsrunde med krav om virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljølovens bestemmelser eller på annen egnet måte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Norsk flygerforbund (som organiserer Lufttransports piloter) og NHO Luftfart (som representerer Babcock) kom 20. juni frem til enighet om en tariffavtale for piloter som ansettes i Babcock Scandianvian AirAmbulance. Alle pilotene som er ansatt hos dagens operatør ble tilbudt jobb i det nye selskapet på de betingelsene det ble enighet om, og med unntak av to som går av med pensjon går samtlige over til Babcock. Gjennom dette har man sikret at dagens erfaring og kompetanse videreføres hos fremtidig operatør. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

## Scenarioreport om luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 863, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen offentliggjøre Risikoanalysen luftambulansetjenesten – overgang til ny operatør, vedlegg 1 i scenarioreport, datert 29. mai 2018, Helse Nord RHF.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Det konkrete dokumentet ble i samråd med Stortingets presidentskap lagt frem på egnet måte for interesserte stortingsrepresentanter. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

## Luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 864, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen offentliggjøre Luftambulansetjenesten HFs juridiske vurdering av hvor lave krav til kvalitet man kunne godta fra selskapene uten å bryte kriteriene i anbudet, jf. oppslag i Dagens Næringsliv den 15. mai 2018, om risikoanalyse og handlingsrom i forbindelse med kravspesifikasjon.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

De aktuelle dokumentene ble gjort offentlig tilgjengelige på Luftambulansetjenesten HFs hjemmesider. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Anbudsprosess i luftambulansetjenesten

*Vedtaket nr. 865, 7. juni 2018*

*«Stortinget ber regjeringen evaluere anbudsprosessen vedrørende luftambulansetjenesten og bruke erfaringene i den videre prosessen.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp ved at Luftambulansetjenesten HF vil evaluere den konkrete anbudsprosessen for å sikre erfaringer og kunnskap til eventuelle senere offentlige anskaffelser. Det er også naturlig at anbudsprosesser og forhold rundt operatørskifter inngår i den planlagte utredningen (jf. vedtak 861).

Tobakksskadeloven

*Vedtaket nr. 915 (2017–2018), 12. juni 2018*

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

Dokumentene som ligger til grunn for vedtaket, er representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Nicholas Wilkinson og Olaug V. Bollestad om endringer i tobakksskadeloven, jf. Dokument 8:189 S (2017–2018) og Innst. 367 S (2017–2018).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Kvalitet i spesialistutdanning for leger

*Vedtaket nr. 922, 12. juni 2018*

*«Stortinget ber regjeringen sikre kvaliteten i spesialistutdanningen for leger gjennom nasjonalt standardiserte læringsaktiviteter, og følge opp at de regionale helseforetakene legger anbefalt antall læringsaktiviteter, benevnt som prosedyrelistene, til grunn for å sikre grunnleggende og lik*

*kompetanse for alle legespesialister som utdannes i Norge.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:210 S (2017–2018), jf. Innst. 339 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket følges opp ved at Helsedepartementet har fått i oppdrag å iverksette en ny ordning for legenes spesialistutdanning. Departementet vil også følge opp gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene.

Luftambulansetjenesten

*Vedtaket nr. 1011, 15. juni 2018*

*«Stortinget ber regjeringen sikre forsvarlig drift og vedlikehold av luftambulansene ved den enkelte base.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 2 (2017–2018), jf. Innst. 400 S (2017–2018).

Babcock Scandinavian AirAmbulance avholdt informasjonsmøte 28 juli med de ansatte i LT Tech AS som i dag ivaretar vedlikeholdet for dagens operatør. Der presenterte Babcock sine personellbehov knyttet til fremtidige vedlikeholdstjenester. Babcock er i prosess med Avinor og Tromsø kommune for å bygge hangar og vedlikeholdsfasiliteter i Tromsø. Planen er å utføre alt tungt vedlikehold på alle Beech 250, også de tre som opererer i Sverige i dag, i Tromsø. I tillegg skal de ha «line teknikere» på alle basene der ambulansefly er stasjonert. Anmodningsvedtaket anses gjennom dette som fulgt opp.

### **Stortingssesjon (2016–2017)**

Oppbygging av dagtilbud for personer med demens

*Vedtaket nr. 108.27, 5. desember 2016*

*«Stortinget ber regjeringen om å vurdere tiltak for å stimulere til en raskere oppbygging av dagtilbudet for demente innen lovkravet trer i kraft fra 2020.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017).

Regjeringen vil, som oppfølging av Stortingets behandling av Dok 8:7 (2017–2018), Innst. 110 S (2017–2018), heve tilskuddssatsen fra 30 til 50 pst. Regjeringen har lagt til grunn at hevingen av tilskuddssatsen vil gjelde opprettelsen av nye plasser i 2019. Det foreslås å opprette om lag 450 nye

plasser med forhøyet tilskuddssats i 2019, svarende til om lag 50 mill. kroner.

#### Strategi for psykisk helse

Vedtak nr. 108.54, 5. desember 2016

*«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 om å legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for psykisk helse, som også særlig tar for seg barn og unges psykiske helse, som et forarbeid til en økonomisk forpliktende opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017), og er fulgt opp ved at regjeringen 25. august 2017 la frem en strategi for god psykisk helse, Mestre hele livet, hvor barn og unge er særskilt omtalt.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse ved årsskiftet 2018/2019.

#### Utredning av to protonsentre

Vedtak nr. 108.62, 5. desember 2016

*«Stortinget ber regjeringen om å gi de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede to protonsentre i Norge. Utredningen skal planlegge for bygging av ett senter innen 2022, og videre etappevis utbygging, avhengig av kapasitetsbehov og utvikling i behandlingsteknologi. Plasseringen av sentrene blir eventuelt i Oslo og Bergen.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018). Her ble tilskuddsrammer og lånerammer for protonsentre ved Radiumhospitalet i Oslo og ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen vedtatt. Det vises til omtale under kap. 732, post 81.

#### Ideell virksomhet i helse- og omsorgssektoren

Vedtak nr. 126, 9. desember 2016

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2015–2016), jf. Innst. 102 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingen under kap. 732.

#### Taxfree-salg av alkohol ved norske flyplasser

Vedtak nr. 307, 17. desember 2016

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 LS (2016–2017).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom en igangsatt utredning av saken. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte, jf. vedtak nr. 506 (2017–2018).

#### Informasjon om legemidler til barn i norsk helse-tjeneste

Vedtak nr. 341, 19. desember 2016

*«Stortinget ber regjeringen sikre en løsning som bidrar til at norsk helsetjeneste får en allmenn og nasjonal tilgang til solid, trygg og kvalitetssikret informasjon om alle legemidler som er i rutinemessig bruk til barn.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Kontaktpunktet for tverretattlig legemiddelinformasjon har foreslått tiltak for å bedre helsepersonells tilgang på legemiddelinformasjon, herunder informasjon om legemidler til barn. I tråd med Kontaktpunktets forslag har Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok fått i oppdrag å starte arbeidet med å tilrettelegge for et norsk oppslagsverk med informasjon om legemiddelbehandling av barn.

#### Graviditet og vold

Vedtak nr. 600, 25. april 2017

*«Stortinget ber regjeringen sikre rutiner slik at alle gravide blir spurt om de blir utsatt for vold, og at vold er tema på kontaktpunktene mellom nybakte foreldre og helsevesenet.»*

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

Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet i juni 2018 publiserte revidert Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (IS-2660). I tillegg har Helsedirektoratet et samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet om tiltak på området.

Helsetjenestetilbud til volds- og overgrepsutsatte

*Vedtak nr. 615, 25. april 2017*

*«Stortinget ber regjeringen legge til rette for et mer teambasert helsetjenestetilbud for å sikre tilstrekkelig kompetanse i møte med volds- og overgrepsutsatte.»*

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

Som ledd i å øke kompetansen og styrke behandlingstilbudet til volds- og overgrepsutsatte ønsker regjeringen å tilrettelegge for en bedre organisering av hjelpetilbudet. Regjeringen vil således legge til rette for et mer teambasert helsetjenestetilbud til volds- og overgrepsutsatte, slik det framgår av Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Siden dette målet berører innretningen av eksisterende tilbud, er det nødvendig å utrede hvordan endringen skal realiseres. Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp gjennom oppfølgingen av Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021).

Behandlingstilbud for overgrepsdømte

*Vedtak nr. 619, 25. april 2017*

*«Stortinget ber regjeringen videreføre arbeidet med å utvikle behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep, slik at de som trenger behandling, får det.»*

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

I tråd med Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), vil regjeringen følge opp anmodningsvedtaket gjennom å videreføre arbeidet med å utvikle behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep. Det er behov for mer

kunnskap om hva slags behandling som har best effekt. Folkehelseinstituttet skal, på oppdrag fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, kartlegge systematiske oversikter om effekt av behandling for personer utsatt for vold og seksuelle overgrep samt for utøvere av vold og seksuelle overgrep.

Helsestasjoner og bekymringsmeldinger

*Vedtak nr. 620, 25. april 2017*

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

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved lovendringer som tydeliggjør ansvaret for helse- og omsorgstjenestens ledelse, herunder kommunen, staten ved de regionale helseforetakene (spesialisthelsetjenesten) og fylkeskommunene (tannhelsetjenesten) for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Endringene trådte i kraft 1. januar 2018. Det er videre foretatt endringer i bestemmelser om opplysningsplikt til barnevernet som trådte i kraft 1. juli 2018.

Helsestasjoner og skolehelsetjeneste

*Vedtak nr. 734, 1. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen følge nøye med på om de nye nasjonale retningslinjene for helsestasjoner og skolehelsetjeneste endrer dagens praksis.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 65 S (2016–2017) om innføring av obligatorisk helsekontroll på helsestasjonene og senere gjennom skolehelsetjenesten for barn i alderen null til ti år, der kommunene plikter å følge opp barn som ikke møter til helsekontroll, jf. Innst. 317 S (2016–2017).

I Innst. 11 S (2017–2018) viser et flertall i komiteen til at vedtakets form krever jevnlig rapportering til Stortinget. Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp ved å følge utviklingen gjennom SSBs



Kostra-data fra tjenesten som legges fram årlig, og gjennom rapportering til Stortinget.

Autorisasjon av studier fra utlandet

*Vedtak nr. 770, 7. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen foreta en vurdering av mulige kompenserende tiltak som kan bidra til at studenter som har avsluttet profesjonsstudier i utlandet, men som ikke får autorisasjon i Norge som følge av endret praksis i Helsedirektoratet etter at de har påbegynt studiet ved den aktuelle utdanningsinstitusjonen, kan oppnå autorisasjon i Norge.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 16 (2016–2017), jf. Innst. 364 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket er delvis fulgt opp gjennom klarsignal for etablering av særskilt kvalifiseringsprogram for ELTE-utdannede innen psykologi. Det foretas og en mer generell vurdering av området.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

*Vedtak nr. 847, 8. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen legge til rette for en prøveordning som innebærer at kommuner som ønsker det, etter søknad kan få tillatelse til å overta ansvaret for tannhelsetjenesten fra 2020.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer oppfølging basert på fylkesmennenes kartlegging av kommuner som er interesserte i å delta i en prøveordning. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til oppfølging av anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

*Vedtak nr. 848, 8. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at prøveordningen som starter i 2020, i de kommunene som ønsker å overta tannhelsetjenesten, følgeevalueres frem til 2023. Basert på erfaringene i prøve-*

*tiden og endringer i kommunestruktur etter 2020, kan en videre utvidelse til flere kommuner tidligst skje etter 2023.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Vedtaket vil bli fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet etablerer en evaluering som skal følge prøveordningen. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til oppfølging av anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

*Vedtak nr. 849, 8. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen vurdere behovet for økonomiske incentiver for kommuner som ønsker å overta tannhelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til oppfølging av anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

*Vedtak nr. 850, 8. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med egen sak som vurderer overføring av den samlede tannhelsetjenesten basert på erfaringene fra prøveordningen som kan gi grunnlag for beslutning om overføring fra 2023.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Vedtaket vil bli fulgt opp basert på oppfølgingen av vedtak nr. 848. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til oppfølging av anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

### Tannpleierkompetanse i kommunene

*Vedtak nr. 851, 8. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen starte arbeidet med å bygge opp tannpleierkompetanse i kommunene. Slik oppbygging av tannpleierkompetanse i kommunene vil ha økonomiske og administrative konsekvenser som regjeringen vil måtte komme tilbake til i budsjettssammenheng.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til oppfølging av anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

### Etablering av overgrepsmottak

*Vedtak nr. 920, 14. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen snarest sørge for at det etableres overgrepsmottak i hele landet, som også har kapasitet til å ta imot barn.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:110 S (2016–2017), jf. Innst. 343 S (2016–2017).

Barn som er utsatt for vold og overgrep behandles i spesialisthelsetjenesten i de ordinære barneavdelingene i sykehusene, ikke i egne overgrepsmottak. Anmodningsvedtaket anses som utkvittert gjennom at de regionale helseforetakene i 2017 fikk i oppdrag å lage en plan for å øke kapasitet og kompetanse innen sosialpediatri. I årlig melding for 2017 framgår det at alle regionale helseforetak har utarbeidet slike planer og at arbeidet med å styrke kapasitet og kompetanse innen sosialpediatri i barneavdelingene følges opp i helseforetakene, jf. omtalen under anmodningsvedtak 108.55.

### Spesialisthelsetjenesten – bearbeide traumer

*Vedtak nr. 934, 14. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen sikre alle barn som er utsatt for menneskehandel, tilgang til spesialisthelsetjenesten slik at de raskt kan få hjelp til å bearbeide traumer.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:100 S (2016–2017), jf. Innst. 397 S (2016–2017).

Vedtaket følges opp bl.a. gjennom Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) og regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2016). De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har som en av sine oppgaver å bidra til kompetanseheving i helsesektoren knyttet til traumer, vold og overgrep, flyktningehelse og tvungen migrasjon. RVTS Øst viser i sin årsrapport for 2017 til oppdrag fra Helsedirektoratet om å gi opplæring til helse- og omsorgspersonell i arbeidet med å identifisere og følge opp ofre for menneskehandel. RVTS Øst opplyser at det i 2017 har vært samarbeidsmøte mellom landets RVTSer om temaet, konferanser om menneskehandel og møter med relevante aktører som arbeider med menneskehandel. Det opplyses at arbeidet videreføres i 2018.

### Utvalg om autismefeltet

*Vedtak nr. 992, 8. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen nedsette et bredt sammensatt utvalg som skal foreslå egnede og konkrete tiltak som styrker autismefeltet. Mandatet til utvalget må inkludere mål, tiltak, kompetanse, ansvarsforhold, beslektede diagnoser som Tourettes syndrom mm. Utvalgets arbeid skal resultere i en NOU.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:90 (2016–2017), jf. Innst. 451 S (2016–2017).

Utvalget er nedsatt og oppnevnt 22. juni 2018. Formålet med utvalgets arbeid er å få en bred og grundig drøfting av tjenestetilbudet innenfor autismefeltet, i lys av langsiktige hovedlinjer og utviklingstrekk. Målet er å kartlegge og beskrive behovene personer med autisme har og utfordringene på feltet. Basert på dette skal utvalget drøfte og foreslå tiltak for å bedre det samlede tjenestetilbudet til personer med autismeforstyrrelse. Utvalget skal levere sin utredning innen 31. desember 2019.

### Tidlig innsats og samarbeid om autismebehandling

*Vedtak nr. 993, 19. juni 2017*

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at helseforetakene og sykehusene prioriterer tidlig diagnostisering, oppfølging/veiledning av autismspekterforstyrrelser (ASF), samt stimulerer til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:90 S (2016–2017), jf. Innst. 451 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene 2018 ved at det er stilt krav til å styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismspekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner, jf. omtale under kap. 732, post 70.

Handlingsplan for fysisk aktivitet

Vedtaket nr. 1001, 19. juni 2017

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

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

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom utvikling av en ny handlingsplan med tiårig perspektiv for fysisk aktivitet. Det tas sikte på fremleggelse i 2019. Handlingsplanen skal omfatte statlige virkemidler og tiltak for å understøtte kommunesektorens ansvar og oppgaver. Videre skal planen legge til rette for innovasjon, offensive og fremtidsrettede løsninger for å skape et aktivitetsvennlig samfunn. Det er lagt opp til en prosess som også involverer partene i arbeidslivet, Norges idrettsforbund, friluftslivets organisasjoner og andre relevante aktører i utviklingsarbeidet. Mål og hovedstrategier i handlingsplanen vil inngå som en del av stortingsmelding om folkehelsepolitikken som fremmes for Stortinget våren 2019.

Program for teknologiutvikling i vannbransjen

Vedtaket nr. 1010, 20. juni 2017

*«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til en norsk modell for et program for teknologiutvikling i vannbransjen, som et spleiselag mellom staten, kommunene og leverandørindustrien.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:83 S (2016–2017), jf. Innst. 480 S (2016–2017).

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å utrede en modell for et program for teknologiutvikling i vannbransjen i samarbeid med Miljødirektoratet, Mattilsynet og relevante bransjeorganisasjoner. Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i folkehelsemeldingen som planlegges fremlagt våren 2019.

Ideelle organisasjoners pensjonsforpliktelser

Vedtaket nr. 1117, 21. juni 2017

*«Stortinget ber regjeringen i arbeidet med en ordning for kompensasjon av ideelle organisasjoners pensjonsforpliktelser vurdere nærmere målgruppe og virkeperiode.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 129 S (2016–2017), jf. Innst. 401 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i forbindelse med arbeidet med etablering av tilskuddsordning for historiske pensjonskostnader. Helse- og omsorgsdepartementet vil fremme lovforslag om tilskuddsordningen høsten 2018. Det vises til nærmere omtale under kap. 737, post 70.

### Stortingssesjon (2015–2016)

Ergoterapikompetanse i kommunene

Vedtaket nr. 22, 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 foreslo i Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen 339 å endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at ergoterapeut lovfestet som del av den kjernekompetanse som enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Departementet tok sikte på at slik lovendring kunne settes i kraft fra 1. januar 2020. Stortinget sluttet seg til lovendringsforslaget, jf. Innst. 378 L (2016–2017). Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at det ved Kongelig resolusjon 16. juni 2017 nr. 777 er besluttet at lovendringen hva gjelder ergoterapeut skal settes i kraft fra 1. januar 2020.

Helsepersonell blant beboere på mottak  
Vedtak nr. 437.2, 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 medhjelper.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk, jf. Innst. 399 S (2015–2016). Helse- og omsorgsdepartementet viser til omtale i Prop. 1 S (2017–2018) for budsjetterminen 2018 for Helse- og omsorgsdepartementet, kapittel 14.

Regjeringen har fulgt opp vedtaket ved at Justis- og beredskapsdepartementet 22. august 2017 sendte på høring forslag til ny § 1-1 b i forskrift 15. oktober 2009 nr. 1286 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsforskriften) som på nærmere vilkår ville gitt utvidet adgang for enkelte grupper asylsøkere til å utføre frivillig, vederlagsfritt arbeid. Forslaget møtte betydelige innvendinger i høringen og regjeringen har besluttet å ikke gå videre med forskriftsendringen. Innenfor gjeldende utlendingsregelverk vil det derfor fortsatt være svært begrenset adgang til å benytte asylsøkere med helsefaglig utdanning som helsepersonells medhjelper. Sett i lys av dette finner Helse- og omsorgsdepartementet det derfor lite formålstjenlig å utarbeide et rundskriv som informerer om hvilken adgang norsk helsepersonell har til å benytte medhjelpere innenfor gjeldende helseregulering. Under henvisning til ovennevnte anses anmodningsvedtaket som fulgt opp.

Evaluerings etter lovendring  
Vedtak nr. 521, 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 (Strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom oppdrag gitt til Helsedirektoratet i 2018 om å sørge for å starte arbeid med å oppsummere erfaringene med lovendringene.

Basestrukturen for luftambulansen i Norge  
Vedtak nr. 545, 17. mars 2016

*«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge.»*

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

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingen som er omtalt i kap. 732 og i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).

Prevensjon til rusavhengige  
Vedtak nr. 627, 28. april 2016

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

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

En ordning med gratis langtidsvirkende prevensjon vil reise juridiske, økonomiske og faglige spørsmål. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere dette spørsmålet etter å ha høstet erfaringer med gratis langtidsvirkende prevensjon til kvinner i LAR og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Tilbud og informasjon om LAR-behandling  
Vedtak nr. 628, 28. april 2016

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

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017 fremgår at de regionale helseforetakene skal sikre

at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå med revidering av gjeldende retningslinje for LAR. Dette arbeidet vil bli slutført i 2019.

Samarbeid mellom helseregistre og andre aktører

Vedtak nr. 658, 18. mai 2016

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:24 S (2015–2016) om et løft for norske biobanker, jf. Innst. 240 S (2015–2016).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom helsedatautvalget som Helse- og omsorgsdepartementet satte ned for å utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata. Helsedatautvalgets rapport og innspillene fra høringsrunden følges nå opp gjennom helsedataprogrammet og arbeidet med å etablere en helseanalyseplattform. Gjennom utvikling av helseanalyseplattformen er målet å etablere en nasjonal infrastruktur for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata som ivaretar behovene for forskere, helsetjenesten, næringslivet og andre aktører på en mer effektiv måte.

Ungdomshelsestrategi og reklame

Vedtak nr. 786, 7. juni 2016

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

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

I Prop. 1 S (2017–2018) vises det til program for folkehelse, og det kan gis inntrykk av at programmet skal videreutvikles for å imøtekomme vedtaket. Imidlertid skal Folkehelseprogrammet fremme psykisk helse og lokalt rusmiddelforebyggende arbeid. Programmet retter seg mot hele befolkningen, men barn og unge er en prioritert målgruppe i programmet. Tilskuddsordningen til

Program for folkehelsearbeid i kommunene forvaltes av Helsedirektoratet, og det er fylkeskommunene som kan søke om å bli programfylker. Programfylkene inngår samarbeid med kommuner, forsknings- og kompetansmiljøer og andre relevante aktører. Kommuner kan få økonomisk og faglig støtte til å designe og prøve ut nye tiltak. På bakgrunn av dette anses anmodningsvedtaket fulgt opp gjennom Barne- og likestillingsdepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av anmodningsvedtak nr. 849-853 truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), Innst. 344 S (2017–2018).

Ungdomshelsestrategi og tiltak mot kroppspress

Vedtak nr. 787, 7. juni 2016

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

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

I Prop. 1 S (2017–2018) vises det til program for folkehelse, og det kan gis inntrykk av at programmet skal videreutvikles for å imøtekomme vedtaket. Imidlertid skal Folkehelseprogrammet fremme psykisk helse og lokalt rusmiddelforebyggende arbeid. Programmet retter seg mot hele befolkningen, men barn og unge er en prioritert målgruppe i programmet. Tilskuddsordningen til Program for folkehelsearbeid i kommunene forvaltes av Helsedirektoratet, og det er fylkeskommunene som kan søke om å bli programfylker. Programfylkene inngår samarbeid med kommuner, forsknings- og kompetansmiljøer og andre relevante aktører. Kommuner kan få økonomisk og faglig støtte til å designe og prøve ut nye tiltak. På bakgrunn av dette anses anmodningsvedtaket fulgt opp gjennom Barne- og likestillingsdepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av anmodningsvedtak nr. 849-853 truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), Innst. 344 S (2017–2018).

Behandlingstilbud til barn og unge

Vedtak nr. 839, 9. juni 2016

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

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

Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet vil tilrettelegge for at medikamentfrie alternativer synliggjøres i faglig veiledning, bl.a. i håndbok for BUP som publiseres høsten 2018. Bup er gjennomgående en poliklinisk tjeneste, og nesten all behandling er frivillig. Det lave antallet døgnplasser gjør det lite aktuelt å opprette egne medikamentfrie enheter. I Strategi for psykisk helse som ble lagt fram 25. august 2017 framheves det imidlertid at medikamentfrie alternativer bør integreres i all behandling. Dette innebærer at det er barnet/ungdommen og/eller foresatte som velger om det skal brukes legemidler som en del av behandlingen dersom dette vurderes som et alternativ. Medikamentfrie alternativer for barn og unge blir omtalt i aktuelle pakkeforløp.

### **Stortingssesjon (2014–2015)**

Dagaktivitetstilbud – plikt for kommunene

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 tar sikte på i løpet av 2018 å sende på høring forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven slik at det fastsettes en plikt for kommunene til å sørge for dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.

### **Stortingssesjon (2011–2012)**

Ordningen fast kontakt for ofre og pårørende

Vedtaket nr. 408, 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) etter redegjørelse av justisministeren og forsvarsministeren om angrepene 22. juli 2011.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Stortinget i forbindelse med behandling av Prop. 71 L (2016–2017) sluttet seg til regjeringens forslag om å tydeliggjøre kommunenes plikt til psykososial beredskap. Anmodningsvedtaket er videre fulgt opp ved at det i Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer er anbefalt at rammede får en fast, navngitt kontaktperson i kommunen.

### **Stortingssesjon (2007–2008)**

Kvalitetsforskriften til omsorgstjenesten

Vedtaket nr. 189, 3. desember 2007

*«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»*

Anmodningsvedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Innst. 11 S (2007–2008). Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom ny kommunelov hvor det, for å hensynta intensjonen i anmodningsvedtaket, ble foreslått å lovfeste en rapporteringsplikt som innebærer at kommunedirektøren minst en gang i året må rapportere til kommunestyret om både internkontroll og resultater fra statlig tilsyn, jf. Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 25-2. Hensynene bak anmodningsvedtaket er langt på vei de samme som hensynene bak lovforslaget. Stortinget har sluttet seg til den foreslåtte lovbestemmelsen, jf. Innst. 369 S (2017–2018) og Lovvedtak 81 (2017–2018). Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom ny kommunelov.

*Del II*  
*Budsjettomtaler*





## 4 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Alle forslag er endringer sammenliknet med saldert budsjett 2018 så langt som annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2018 og uten bevilgningsforslag i 2019, 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 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
700	Helse- og omsorgsdepartementet	236 410	235 869	240 961	2,2
701	E-helse, helseregistre mv.	893 263	436 574	667 573	52,9
702	Beredskap	31 267	28 460	28 659	0,7
703	Internasjonalt samarbeid	57 562	65 880	51 832	-21,3
704	Helsearkivet			84 700	
709	Pasient- og brukerombud		68 496	74 021	8,1
	Sum kategori 10.00	1 218 502	835 279	1 147 746	37,4

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
01-23	Statens egne driftsutgifter	1 022 418	587 968	920 740	56,6
70-89	Andre overføringer	196 084	247 311	227 006	-8,2
	Sum kategori 10.00	1 218 502	835 279	1 147 746	37,4

## Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter	236 410	235 869	240 961
	Sum kap. 0700	236 410	235 869	240 961

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2018:

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

I sesjonen 2017–2018 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 21 S (2017–2018) – Endringer i statsbudsjettet 2017 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 26 L (2017–2018) – Endringer i behandlingsbiobankloven (varig lagring av blodprøvene i nyfødtscreeningen)
- Prop. 35 L (2017–2018) – Endringer i legemiddeloven (gebyr, avgifter og begrenset klageadgang)
- Prop. 60 L (2017–2018) – Endringer i alkoholloven, atomenergiloven, folkehelseloven, lege-

- middeloven, lov om medisinsk utstyr, strålevernloven og tobakksskadeloven mv. (overtredelsesgebyr mv.)
- Prop. 75 L (2017–2018) – Endringer i tobakksskadeloven (ulovlig handel med tobakksvarer mv.)
- Prop. 83 L (2017–2018) – Endringer i spesialisthelsetjenesteloven (godkjenning av virksomheter og helsetjenester)
- Prop. 95 S (2017–2018) – Endringer i statsbudsjettet 2018 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følge av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)
- Meld. St. 6 (2017–2018) – Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Meld. St. 15 (2017–2018) – Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

### Årsverk

Helse- og omsorgsdepartementet hadde om lag 213 årsverk i 2017, mot om lag 214 årsverk i 2016.

### Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 0,387 mill. kroner til kap. 510, post 01, knyttet til utvidet tjenestetilbud og etablering av nye fellestjenester i Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, jf. omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2018–2019).

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter	225 091		
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	517 380	250 933	488 181
70	Norsk Helsenett SF	112 236	147 019	140 526
71	Medisinske kvalitetsregistre	38 556	38 622	38 866
	Sum kap. 0701	893 263	436 574	667 573

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

Bevilgningen foreslås økt med:

- 60 mill. kroner til modernisering av Folkeregisteret
- 40 mill. kroner til Helseanalyseplattformen
- 37,4 mill. kroner til drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger
- 127 mill. kroner mot tilsvarende merinntekter over kap. 3701, post 02

Det foreslås å flytte:

- 10 mill. kroner til drift av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) til kap. 740, post 01
- 12 mill. kroner til kap. 762, post 63 knyttet til prosjektet medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke
- 1,5 mill. kroner til kap. 761, post 21 knyttet til flytting av prosjektleder i velferdsteknologiprogrammet til Helsedirektoratet

Bevilgningen foreslås redusert med:

- 5 mill. kroner, i tråd med framdriftsplanen til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
- 10 mill. kroner knyttet til avvikling av kompetansenettverk for utbredelse av elektroniske meldinger

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Bevilgningen dekker oppfølging og gjennomføring av prosjekter for å styrke digitaliseringen av helse- og omsorgstjenesten og sikre oppdaterte og tilgjengelige helsedata.

Det foreslås å flytte:

- 10 mill. kroner til drift av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) til kap. 740, post 01

- 12 mill. kroner til kap. 762, post 63 knyttet til prosjektet medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke
- 1,5 mill. kroner til kap. 761, post 21 knyttet til flytting av prosjektleder i velferdsteknologiprogrammet til Helsedirektoratet

Bevilgningen foreslås redusert med:

- 5 mill. kroner, i tråd med framdriftsplanen til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
- 10 mill. kroner knyttet til avvikling av kompetansenettverk for utbredelse av elektroniske meldinger

Bevilgningen foreslås økt med 37,4 mill. kroner knyttet til drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger. Det foreslås videre 40 mill. kroner til drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger som kjernejournal, e-resept og digitale tjenester på helsenorge.no på kap. 732, post 21.

Innbyggerne skal ha tilgang til offentlig finansierte helsetjenester av høy kvalitet. Økt digitalisering skal frigjøre tid til helsehjelp og pleie. Effektivisering gjennom bruk av teknologi skal bidra til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Et bærekraftig helse- og omsorgstilbud er avhengig av at teknologi innføres og tas i bruk i tjenesten. Digitale løsninger gjør det mulig for helsepersonell å levere helsetjenester på nye måter, og behandle og følge opp pasienter hjemme. Innbyggere og pasienter kan ha enklere kontakt med helse- og omsorgstjenesten og få større innflytelse over egen behandling og helse.

Ambisjonene for digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren er høye. Måloppnåelse er avhengig av at det legges til rette for bruk av nasjonale og internasjonale private leverandører der det er mulig. En grunnleggende forutsetning for digitaliseringen er at personvernet og informasjonssikkerheten ivaretas. Innbyggerne

skal ha tillit til at den enkeltes helseopplysninger behandles på en trygg og sikker måte. Arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet har høy prioritet. Direktoratet for e-helse utarbeidet i 2017 en rapport som beskriver hvordan krav til informasjonssikkerhet skal etterleves ved bruk av private leverandører. Se nærmere omtale under kap. 744, post 21.

På veien mot målet om én innbygger – én journal, er det behov for å videreutvikle dagens løsnin-ger. Etablerte løsninger som e-resept, kjernejournal og helsenorge.no vil være viktige komponenter for realisering av målbildet. Arbeidet med å sikre stabil drift og nødvendig forvaltning av løsningene skal styrkes i 2019. Se omtale under kap. 732, post 21.

EPJ-løftet for legekantor og fysioterapeuter er videreført for avtaleåret 2018/2019. Midlene for EPJ-løftet ble i 2018 flyttet fra kap. 762, post 63 til kap. 701, post 21.

#### E-helsetiltak for trygg og sikker legemiddelhåndtering

Feil bruk av legemidler er en av de vanligste årsakene til pasientskader. Direktoratet for e-helse leder arbeidet med å etablere pasientens legemiddelliste. Pasientens legemiddelliste er en felles, oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbruk. Legemiddellisten skal være tilgjengelig for helsepersonell i hele helse- og omsorgssektoren og for pasienten selv. Dette skal bidra til sikker legemiddelbehandling. Forskriftsendringer som er nødvendige for å etablere pasientens legemiddelliste ble vedtatt 8. desember 2017. Departementet skal fastsette når forskriftsendringene skal tre i kraft. Pasientens legemiddelliste vil realiseres trinnvis hvor gevinster i form av bedre legemiddelbehandling vil tas ut underveis.

Framdriften i innføring av pasientens legemiddelliste er avhengig av en rekke andre prosjekter og innføringsløp. Pasientens legemiddelliste skal bygge videre på etablerte nasjonale løsninger og infrastruktur som e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. Dagens e-reseptløsning må moderniseres for å forenkle innføringen av ny funksjonalitet, inkludert pasientens legemiddelliste. Innføring av e-resept og kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste er en sentral forutsetning for å lykkes med etablering av pasientens legemiddelliste. Innføring av disse tjenestene forutsetter tilpasninger i aktørenes journalsystemer og at kommunene har etablert infrastruktur og sikkerhetsløsning for pålogging. Videre vil det

være behov for at leger og annet helsepersonell får nødvendig informasjon og opplæring, som følge av nye arbeidsprosesser.

Direktoratet for e-helse har i 2018 startet arbeidet med en overordnet vurdering av helse- og omsorgssektorens behov for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon. Arbeidet gjøres i samarbeid med aktørene i sektoren. Se også omtale av Direktoratet for e-helses arbeid med nasjonal standardisering, herunder felles struktur for helseinformasjon, under kap. 744, post 21, og omtale av strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten under legemiddelområdet i del III kapittel 5.

#### Pasientens netthelsetjeneste

For pasientene skal det i framtiden være enkelt og naturlig å ha kontakt med helsetjenesten på nett. Den nasjonale helseportalen helsenorge.no er innbyggernes felles inngangsport til offentlige helsetjenester på nett. På helsenorge.no skal innbyggeren få bedre oversikt og innflytelse over egen helse og behandling. Sektoren samarbeider om å tilby kvalitetssikret informasjon og selvbetjeningsløsninger til innbyggere, eksempelvis gjennom felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten og etablering av løsninger for dialog og innsyn i egne opplysninger. I 2018 er det også etablert en elektronisk løsning som gjør det mulig å opprette et digitalt donorkort i kjernejournal via helsenorge.no. Som en del av pasientens netthelsetjeneste er det et mål at innbyggere skal kunne ha dialog og kontakt med helse- og omsorgstjenesten på nett, herunder e-konsultasjon mellom innbygger og fastlege. De regionale helseforetakene har utarbeidet planer for videre realisering av innbyggertjenester på helsenorge.no. Planene angir ulike tidspunkt for innføring som følge av forskjellige teknologiske utgangspunkt, men legger til grunn at selvbetjeningsløsninger som innsyn i journal, timebestilling mv., er innført og tilgjengelig for alle innbyggere i 2021. Tilsvarende arbeides det med å etablere digitale innbyggertjenester i kommunene.

Å koble innbyggernes og helsetjenestens behov med innovasjon er nødvendig for en effektiv og framtidsrettet utvikling av helse- og omsorgstjenesten. Standardiserte og åpne grensesnitt på helsenorge.no-plattformen skal bidra til at private aktører kan gjøre sine løsninger tilgjengelig for innbyggere via helsenorge.no. Dette skal bidra til at nye løsninger kan etableres raskere, og legge til rette for næringsutvikling.

### Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt velferdsteknologiprogram ledes av HelseDirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS. Programmet består av flere prosjekter, som teknologier for trygghet- og mestring, avstandsoppfølging av kronisk syke, sosial kontakt og verktøy for barn med nedsatt funksjonsevne. Programmet skal videreføres ut 2020. Nasjonalt velferdsteknologiprogram gir store muligheter for innovasjon og leverandørutvikling. Se omtale av prosjektene under kap. 761, post 21, og kap. 762, post 63.

En viktig del av velferdsteknologiprogrammet er arbeidet med nasjonal arkitektur og infrastruktur for realisering av velferdsteknologiske løsninger. Felles arkitektur skal bidra til helhetlige løsninger hvor ulike løsninger fungerer sammen uavhengig av leverandør, kommunegrenser og tjenestetyper i helse- og omsorgssektoren. Se nærmere omtale under kap. 701, post 70.

### Oppdaterte og tilgjengelige helsedata

Bevilgningen foreslås økt med 40 mill. kroner til Helsedataprogrammet for å utvikle en nasjonal fellesløsning for helseregistre for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata, samt utrede og innføre standarder som bidrar til å harmonisere helsedata.

Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020 (helseregisterstrategien) 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. Helseregisterstrategien følges opp gjennom Helsedataprogrammet i regi av Direktoratet for e-helse.

Helsedataprogrammet skal etablere nasjonale tekniske fellesløsninger for helseregistrene, etablere en plattform for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata, og utrede og innføre standarder som bidrar til mer harmoniserte helsedata. I 2018 ble nettstedet [helsedata.no](http://helsedata.no) lansert. Nettstedet samler informasjon om over 80 helseregistre for helse- og omsorgstjenesten, forskere og næringslivet. Nettstedet skal videreutvikles med nye tjenester og vil inngå som en del av arbeidet med å utvikle en helseanalyseplattform.

Direktoratet for e-helse har i 2018 utredet ulike konsepter for realisering av en helseanalyseplattform. Direktoratet anbefaler at helseanalyseplattformen etableres med en stegvis gjennomførings-

prosess. Anbefalingen innebærer at det utvikles en felles analyseinfrastruktur, innbyggertjenester og dataplattform med data fra helseregistre, kvalitetsregistre, biobanker, befolkningsbaserte helseundersøkelser og sosioøkonomiske data. Helseanalyseplattformen skal bidra til at behovet for å utlevere data reduseres. Det skal utvikles digitale innbyggertjenester som skal legge til rette for kontroll og medvirkning. Personverninnstillinger og sporing av bruk skal være integrert i løsningen. Enkle løsninger som forventes å gi gevinst på kort sikt utvikles først, og nye datakilder introduseres etter hvert. Den foreslåtte løsningen skal legge til rette for et offentlig og kommersielt økosystem av analysetjenester for å muliggjøre et godt og effektivt tjenestetilbud. Direktoratet utreder nå alternative modeller for en funksjon som skal forvalte tilgang til data og organisatorisk forankring av helseanalyseplattformen.

Ved behandling av Dokument 8:24 S (2015–2016) om et løft for norske biobanker gjorde Stortinget følgende vedtak (jf. vedtak nr. 658, 18. mai 2016): «*Stortinget ber regjeringen om å utrede modeller og en infrastruktur for et trygt og etisk forsvarlig samarbeid mellom norske offentlige biobanker, helseregistre og industrielle aktører.*» Vedtaket er fulgt opp gjennom helsedatautvalget som Helse- og omsorgsdepartementet satte ned for å utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata. Helsedatautvalgets rapport og innspillene fra høringsrunden følges nå opp gjennom helsedataprogrammet, og arbeidet med å etablere en helseanalyseplattform. Gjennom utvikling av helseanalyseplattformen er det et mål å etablere en nasjonal infrastruktur for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata som skal ivareta behovene for forskere, helsetjenesten, næringslivet og andre aktører på en mer effektiv måte.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble etablert 1. desember 2017. Registeret skal gi data for planlegging, styring, finansiering og evaluering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert tannhelsetjenesten. Opplysningene skal også kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og nasjonal kjernejournal. Første versjon av KPR ble tilgjengelig våren 2018, med statistikkbank og presentasjoner av data med særlig vekt på kommunenes behov for styringsdata. Registeret har løsninger for innsyn og reservasjon på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). Søknad om tilgang til KPR-data for styring, analyse og forskningsformål er integrert med HelseDirektoratets felles søknadskjema. Registeret skal utvides med personidenti-

fiserbare data fra omsorgstjenestene (basert på Iplos-meldinger). Det pågår arbeid med å utvide registeret med data fra fastlegeordningen, helsetasjons- og skolehelsetjenesten og tannhelsetjenestene. Se nærmere omtale under programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene og kap. 761, post 21.

#### Modernisering av Folkeregisteret

Bevilgningen foreslås økt med 60 mill. kroner til nødvendige endringer i helse- og omsorgssektorens IKT-systemer knyttet til modernisering av Folkeregisteret.

Skattedirektoratet skal i perioden 2016–2019 modernisere Folkeregisteret. Moderniseringen forutsetter endringer i helse- og omsorgssektorens IKT-systemer. Direktoratet for e-helse har ansvar for å koordinere helsesektorens arbeid. I 2018 har Direktoratet for e-helse i samarbeid med Folkehelseinstituttet utviklet ny digital melding om dødsfall og dødsårsak. Utprøving av digital melding om dødsfall og dødsårsak er startet hos et begrenset antall aktører i sektoren. Det er også startet utredning av hvilke folkeregistertjenester sektoren har behov for.

I 2019 skal arbeidet med innføring av digital melding om dødsfall og dødsårsak videreføres. Eksisterende melding om fødsel må oppdateres til modernisert register og utprøving av oppdatert melding om fødsel skal forberedes. Innføring av nye meldinger hos alle berørte parter, inkludert private og kommunale aktører, vil gå over flere år. Det vil videre tilrettelegges og utprøves nye felles løsninger for bruk av data og distribusjon fra modernisert register i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet må samordnes med Skattedirektoratets arbeid med modernisering av Folkeregisteret og Folkehelseinstituttet sitt arbeid med innføring av digital melding om dødsårsak. Se også omtale under kap. 745, post 01.

#### Be He@lthy – Be Mobile

Norges deltakelse i Be He@lthy – Be Mobile under Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale telekommunikasjonsunionen avsluttes i 2019. 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.

#### Post 70 Norsk Helsenett SF

Posten foreslås redusert med 10 mill. kroner knyttet til avvikling av kompetansenettverk (KomUT) som ble etablert i forbindelse med arbeidet med utbredelse av elektroniske meldinger i sektoren.

Norsk Helsenett SF har de siste årene hatt en betydelig vekst i både oppgaver og ressurser. Statsforetaket er en profesjonell nasjonal driftsleverandør med drift- og forvaltningsansvar for sentrale nasjonale felleskomponenter, som for eksempel Helsenettet samt nasjonale løsninger som kjernejournal, helsenorge.no og medisinske kvalitetsregistre.

Direktoratet for e-helse har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 utarbeidet forslag til ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodell. Norsk Helsenett SF har bidratt i arbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2019 vurdere hvordan anbefalingene fra Direktoratet for e-helse skal følges opp. Se også omtale på kap. 744, post 21.

#### Informasjonssikkerhet

Norsk Helsenett SF har ansvaret for å ivareta informasjonssikkerheten i informasjonsutvekslingen i helse- og omsorgssektoren, gjennom overvåking av trafikken i Helsenettet. Norsk Helsenett SF har etablert HelseCERT (Computer Emergency Response Team) som samarbeider tett med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), NorCERT og øvrige sektor CERTer for å oppdage, forebygge og håndtere ondsinnede inntrengingsforsøk og uønskede IKT-hendelser. HelseCERT er helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet. HelseCERT har i 2018 avdekket og behandlet flere varsler og hendelser. Ved utgangen av april 2018 var 369 kommuner medlemmer i nasjonalt beskyttelsesprogram (NBP). Gjennom NBP gjennomføres sårbarhetsskanninger for å avdekke sårbarheter i infrastrukturen. Arbeidet med å sikre regelmessig varsling og oppfølging, herunder økt kompetanse hos aktørene skal videreføres, slik at sårbarheten i infrastrukturen reduseres. Arbeidet med å videreutvikle HelseCERTs kapasitet innenfor monitorering, informasjonsdeling og forebygging videreføres i 2019.

Norsk Helsenett SF deltar aktivt i utviklingen av den nasjonale sikkerhetsinfrastrukturen og har i samarbeid med Direktoratet for e-helse utviklet HelseID. HelseID er en påloggingsfunksjonalitet som legger til rette for at helsepersonell kan få

engangspålogging, med én elektronisk ID (e-ID) i hele helse- og omsorgstjenesten. Bruk av HelseID krever at virksomhetene har tatt i bruk løsninger for digital signatur. HelseID vil spare tid for helsepersonell og gi raskere tilgang til nødvendig pasientinformasjon.

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. Det ble bevilget 2,1 mill. kroner i 2018 til å støtte opp under arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Midlene foreslås videreført i 2019.

#### Helsenettet og drift av nasjonale løsninger

Norsk Helsenett SF har ansvaret for drift av Helsenettet, som er helse- og omsorgstjenestens felles IKT-infrastruktur for kommunikasjon av helseopplysninger. Helsenettet er grunnstammen i en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur. Arbeidet med overgang til og oppkobling av nytt fibernett, stamnett, skal etter plan ferdigstilles i løpet av 2018. Stamnettet gir helse- og omsorgssektoren tilgang til en felles infrastruktur med høy kapasitet, sikkerhet og tilgjengelighet.

Norsk Helsenett SF har på vegne av de regionale helseforetakene ansvar for drift av medisinske kvalitetsregistre og helseadministrative registre. De medisinske kvalitetsregistrene driftes i dag på tre ulike plattformer. Arbeidet med å samle registrene på én felles plattform videreføres i 2019.

De helseadministrative registrene skal samles på en plattform – Grunndataplattformen. Registrene som utgjør Grunndataplattformen er nødvendige for den nasjonale sikkerhetsinfrastrukturen og inneholder informasjon om adresser, virksomheter, autorisasjoner mv. Driften av registrene reguleres av avtaler med høye krav til tilgjengelighet. Norsk Helsenett SF leverer drift i henhold til avtaler med virksomhetene som er dataansvarlige. Statsforetaket skal videreføre arbeidet med teknisk utvikling av felles plattform for sikker og stabil drift.

Norsk Helsenett SF etablerte fra 1. januar 2017 et brukerfinansiert tjenestesenter for IKT, anskaffelser og arkiv for alle etater i den sentrale helseforvaltningen. Tjenestesenteret er fra 1. juni 2018 fullt ut etablert med felles tjenester innen arkiv og dokumenthåndtering.

#### Forvaltning av meldingsutveksling

I 2017 ble det sendt 214 millioner meldinger i Helsenettet. Det er en økning på omlag 11 pst. fra 2016. Antall meldinger øker for hvert år og per 2018 er elektronisk meldingsutveksling i praksis innført for de viktigste aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Norsk Helsenett SF har ansvaret for forvaltning av elektronisk meldingsutveksling og har utviklet en teknisk løsning, Meldingsvalidator, for å verifisere format og innhold i de eksisterende meldingsformatene. Meldingsvalidatoren har redusert andel feil i meldingene betraktelig. Reduksjon i feil i meldingsstandardene gir vesentlige gevinster i form av økt pasientsikkerhet og bortfall av manuelle prosesser for oppfølging av sending og mottak av elektroniske meldinger. Arbeidet videreføres i 2019.

#### Nye digitale løsninger

Norsk Helsenett SF har i 2018 i samarbeid med Direktoratet for e-helse, noen utvalgte kommuner og deres leverandører, bidratt i utprøvingen av en løsning for å sikre overføring av informasjon fra velferdsteknologiske løsninger til kommunale fag- og journalsystemer. Dette gir automatisk informasjonsflyt mellom systemene og en mer effektiv hverdag for helsepersonell. Erfaringene viser at et slikt knutepunkt for informasjonsutveksling gir gode resultater. Knutepunktet er ikke begrenset til kommunal bruk, og det vil derfor fortløpende vurderes om også utprøvingen skal utvides til aktører fra spesialisthelsetjeneste og fastlege. Anbefalinger om videre arbeid skal foreligge i 2019.

#### Post 71 Medisinske kvalitetsregistre

Bevilgningen dekker finansiering av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). SKDE har en sentral faglig og koordinerende rolle på kvalitetsregisterområdet. Videre dekker bevilgningen videreutvikling av tekniske fellesløsninger i Nasjonal IKT, og implementering av felles infrastruktur (teknologiske, organisatorisk og faglig) for medisinske kvalitetsregistre, i regi de regionale helseforetakene.

Det er etablert en interregional styringsgruppe i regi av de regionale helseforetakene for å følge opp arbeidet på kvalitetsregisterområdet. SKDE er sekretariat for styringsgruppen. Det er også etablert regionale servicemiljø som bidrar i utvikling og implementering av felles tiltak for å

bedre datakvalitet, legge til rette for pasientrapporterte data samt bistå i bruk og analyse av kvalitetsregisterdata.

Hvert år offentliggjøres resultater fra kvalitetsregistrene for pasienter og befolkning på nettsiden [www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no). Statusrapporten for 2017 fra SKDE viser at det, på tross av positiv utvikling, fremdeles er store forskjeller mellom registrene med hensyn til dekningsgrad, datakvalitet, innhenting av pasientrapporterte resultater, og bruk av kvalitetsregistre til forskning og kvalitetsforbedring. I 2018 ble ett kvalitetsregister fratatt den nasjonale statusen av Helsedirektoratet. I midten av 2018 hadde 53 medisinske kvalitetsregistre nasjonal status.

Medisinske kvalitetsregistre er registre som løpende dokumenterer behandlingsresultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Det er både behov for flere nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og for å styrke arbeidet med bedre dekningsgrad. I tillegg er det behov for god datakvalitet og mer bruk av eksisterende registre. I oppdragsdokumentet for 2018 ble de regionale helseforetakene bedt om å legge til rette for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre utvikles på områder med behov for kunnskap, for eksempel innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. På områder der pasientgrunnlaget er lite, skal det tilrettelegges for internasjonalt samarbeid om kvalitetsregistre og forskning. De regionale helseforetakene har satt i verk flere tiltak som skal bidra til økt dek-

ningsgrad og datakvalitet. Fra 2019 innføres en prøveordning i innsatsstyrt finansiering (ISF), hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene.

De regionale helseforetakene har utarbeidet en strategi for nasjonale medisinske kvalitetsregistre for perioden 2016–2020, som er forankret i de regionale kvalitetsstrategiene, i strategien for Nasjonal IKT HF og nasjonale tiltak på helseregisterfeltet og e-helseområdet. Rapporten fra Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon om helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål, viser at det er behov for at de regionale helseforetakene sørger for at det etableres bedre system og samarbeid på tvers av helseregionene. De regionale helseforetakene arbeider med å etablere en finanserings- og styringsmodell for kvalitetsregistre. Det pågår et arbeid med å samle teknisk drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i Norsk Helsenett SF. Se omtale kap. 701, post 70.

De regionale helseforetakene og fagmiljøene knyttet til kvalitetsregistrene er viktige premissleverandører i det nasjonale arbeidet med å utvikle felles løsninger i regi helsedataprogrammet og i det videre arbeidet med én innbygger – én journal. Målet er å dreie ressursene fra datainnhenting til kvalitetssikring og analyse av data, og kunne analysere data fra flere fagområder enn i dag.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
02	Diverse inntekter	255 479	71 394	200 097
	Sum kap. 3701	255 479	71 394	200 097

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås økt med 127 mill. kroner mot tilsvarende merutgifter over kap. 701, post 21,

knyttet til utvikling av felles nasjonale e-helseløsninger.



**Kap. 702 Beredskap**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	25 147	24 607	24 762
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	6 120	3 853	3 897
	Sum kap. 0702	31 267	28 460	28 659

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

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

Mål for 2019:

- God sikkerhet, beredskap og krisehåndteringsevne basert på helhetlig risikostyring
- Styrket helseberedskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer
- Styrket helseberedskap for drikkevann, IKT, legemidler og materiell
- Styrket nasjonalt, sivilt-militært og internasjonalt helseberedskapssamarbeid

God sikkerhet, beredskap og krisehåndteringsevne basert på helhetlig risikostyring

Helsesektorens krisehåndteringsevne bygger på den daglige tjenesten, oversikt over risiko, forebygging, beredskapsplanlegging, øvelser og erfaring fra håndtering av hendelser.

Terrorangrepet mot regjeringskvartalet og på Utøya 22. juli, Ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015 og cyberangrepet på Helse Sør-Øst RHF 2018 er eksempler på hendelser hvor helsesektoren har tatt i bruk beredskapsplanverk. Evaluering av cyberangrepet på Helse Sør-Øst 2018 pågår. Evaluering av de øvrige hendelsene har avdekket læringspunkter, men har konkludert med at hovedinnretningen på helseberedskapen i Norge er god.

Evalueringen etter terrorangrepet mot regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011 er i all hovedsak fulgt opp. Gjenstående tiltak følges opp av Hel-

sedirektoratet og de regionale helseforetakene. Det gjennomføres fortsatt tiltak for å heve kompetansen i tjenesten på oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiserende hendelser. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har gjort en 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. Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om å tydeliggjøre kommunenes plikt til psykososial beredskap og oppfølging i helse- og omsorgstjenesteloven. Lovendringen trådte i kraft 1. januar 2018. Oppfølging av overlevende og pårørende etter 22. juli er fortsatt prioritert. Det vises til omtale under kap. 765 post 21 og post 75.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å revidere helseberedskapsloven, herunder vurdere behov for lovendringer. Direktoratet skal levere sin utredning til departementet innen 1. juni 2019.

Departementet startet i 2017 en toårig pilot for å etablere norske Emergency Medical Teams (Norsk EMT 1). Dette som del av oppfølgingen av Ebolainnsatsen i 2014–2015. Piloten ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret og frivillige organisasjoner. Norsk EMT 1 skal kunne stilles til disposisjon for internasjonal innsats via EUs krisehåndteringsmekanisme. Teamene er godkjent av WHO og EU og er innmeldt som en modul i EUs voluntary pool. Teamene har vært benyttet under utbruddene av Ebola i DR Kongo i mai og august i år. Helsedirektoratet vil evaluere piloten innen juni 2019.

Departementet fastsatte tredje versjon av Nasjonal helseberedskapsplan 1. januar i år og vil også fastsette Beredskapssystem for helsesektoren basert på Nasjonal helseberedskapsplan og Nasjonalt beredskapssystem. Nasjonal helseberedskapsplan beskriver lov- og plangrunnlag,

aktører, roller, ansvar, og viser helse- og omsorgssektorens systematiske risikostyring av samfunnssikkerhet og beredskap. Ifølge planen får Helsedirektoratet som hovedregel delegert fullmakt til å koordinere sektorens innsats ved kriser. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester 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, samt ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade – herunder sørge for smittevern, miljørettet helsevern, trygt drikkevann og strålevern. Overordnede planer er supplert av spesialiserte planer på enkeltområder.

Departementet og sektorens planverk vil bli øvet under NATOøvelsen Trident Juncture i høst. Helseøvelsen 2018 gjennomføres som en del av feltdelen av Trident Juncture, hvor en vil øve bl.a. medisinsk evakuering samt beredskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer.

#### Beredskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer

CBRNE er en fellesbetegnelse på hendelser som omfatter kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer (R), nukleært materiale (N) og eksplosiver (E) med høyt farepotensiale. Helsesektorens beredskap mot CBRNE-hendelser bygger på det alminnelige arbeidet med smittevern, miljørettet helsevern, og atomberedskap, supplert av spesialiserte planer og kompetansemiljøer. Det er etablert systemer for overvåkning, måling og analyse, samt varsling og tiltak for å forebygge og møte CBRNE-hendelser. Folkehelseinstituttet og Strålevernet har fagekspertiser som kan bistå kommunene og andre ved hendelser. Det er også etablert en nasjonal behandlingstjeneste for personer utsatt for kjemiske og biologiske agens, radioaktiv stråling og eksplosiver (CBRNE-skader), som er lagt til Helse Sør-Øst RHF og etablert ved Oslo Universitetssykehus HF. For å sikre rask koordinert håndtering i akuttfasen av radionukleære hendelser er det etablert et eget Kriseutvalg for atomberedskap, som Statens strålevern leder. For øvrig deltar Helsedirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret, Politidirektoratet, Mattilsynet, Kystverket og Utenriksdepartementet.

CBRNE-beredskapen følges opp i tråd med Meld. St. 10 (2016–2017) Risiko i et trygt samfunn og Nasjonal strategi for CBRNE beredskap 2016–2020, Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldin-

gen og Meld. St. 16 (2012–2013) Beredskap mot pandemisk influensa.

Departementet har sendt utkast til Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer, Mandat for og sammensetning av Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser og forslag til ny smittevernlov på høring.

Vaksine er et viktig tiltak for å beskytte befolkningen mot spredning av smittsom sykdom. Folkehelseinstituttet har ansvar for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap, jf. omtale under kap. 710 Vaksiner mv. Arbeidet med å styrke atomberedskapen, herunder kjøp og drift av utstyr for å bedre målekapasitet, videreføres i 2019, jf. omtale under kap. 747.

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

Kommuner og helseforetak har plikt til å utarbeide beredskapsplaner for tjenestene de har ansvar for. De skal som ledd i dette ha systemer for å sikre tilgang til energi, IKT, vann og mat, legemidler og medisinsk utstyr.

De regionale helseforetakene har rapportert at helseforetakene har beredskapsplaner for IKT, vann- og strømforsyning. Det innebærer at helseforetakene har prosesser for risikoerkjennelse og arbeider med å forbedre rutiner og metodikk for risiko- og sårbarhetsanalyser, og håndtering av sårbarhet og risikoreduserende tiltak. Dette er et kontinuerlig forbedringsarbeid som fordrer at helseforetakene løpende gjør risikovurderinger for å fange opp endrede forutsetninger.

De regionale helseforetakene har ansvaret for legemiddelberedskapen i spesialisthelsetjenesten. Legemiddelgrossistene skal ha beredskapslager av legemidler til bruk i primærhelsetjenesten for minst to måneders ordinær omsetning, jf. Forskrift om grossistvirksomhet med legemidler. Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Helsedirektoratet forvalter avtaler med grossister om beredskapslagre av antivirale legemidler og jod, samt utstyr og materiell. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har laget en risikoanalyse av legemiddelforsyningen som påpeker at legemiddelmangel er et økende globalt problem, som også berører Norge. Departementet har i tildelingsbrev for 2018 gitt oppdrag til Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetakene om å gjennomgå legemiddelberedskapen på ny i samarbeid under ledelse av Helsedirektoratet. Videre har departementet i tildelingsbrevet for 2018 gitt Sta-

tens legemiddelverk i oppdrag å vurdere behov for lovendringer for rasjonering av legemidler i normalsituasjoner samt Legemiddelverkets rolle og ansvar for legemiddelberedskapsplanen.

For drikkevann, mottar hoveddelen av Norges befolkning vann fra store vannforsyningssystemer med god kvalitet og gode beredskapsplaner. Om lag 90 pst. av vannverkene, som leverer vann til minst 50 fastboende personer, har rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplan etter helseberedskapsloven og matloven. Om lag halvparten av planene er ifølge rapportene blitt oppdatert siste år. En del mindre vannverk har mangler i sine beredskapsplaner og enkelte større vannverk mangler tilstrekkelig reservevannforsyning. Dette siste gjelder også Oslo kommune. Departementet og Mattilsynet følger særskilt opp arbeidet med Oslos nye reservevannforsyning som skal stå klar i 2028. For øvrig er den viktigste utfordringen på vannområdet gammelt og dårlig ledningsnett. Forebygging og beredskap på drikkevannsområdet følges opp i tråd med Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Nasjonale mål for drikkevann følges opp i en egen gjennomføringsplan som senest ble revidert i 2017. Ny drikkevannsforskrift med skjerpede krav om forbyggende sikring og beredskap for å kunne levere tilstrekkelige mengder drikkevann til enhver tid trådte i kraft 1. januar 2017. Fra samme tidspunkt ble Nasjonal vannvakt etablert – en rådgivningstjeneste til vannverk, for å styrke vannverkens evne til å håndtere kritiske situasjoner. Mattilsynet er bedt om å prioritere tilsyn og bruke strengere virkemidler overfor kommuner og vannverk som ikke oppfyller regelverket. Arbeid for å styrke drikkevannsområdet under totalforsvarsprogrammet vil bli videreført i 2019.

### Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	18 390	8 063	8 115
71	Internasjonale organisasjoner	39 172	57 817	43 717
	Sum kap. 0703	57 562	65 880	51 832

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

#### Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Departementet møter fast i Kriserådet og forvalter instruksjoner for Helseberedskapsrådet og Kriseutvalget for atomberedskap. Helsesektoren samarbeider med forsvaret om planverk og øvelser bl.a. i Program for å videreutvikle totalforsvaret og øke motstandsdyktigheten i samfunnskritiske funksjoner 2017–2020, som ledes av Justis- og beredskapsdepartementet.

Den nasjonale helseberedskapsplanen ivaretas innenfor en internasjonal ramme. Norge deltar i Verdens helseorganisasjon og Det internasjonale atomenergibyråets samarbeid om overvåking, analyse, varsling og tiltak ved hendelser. Norge samarbeider med EU og NATO på helse- og mattrykksområdet og har en Nordisk helseberedskapsavtale som omfatter informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer.

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

#### 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.

Mange av dagens helseutfordringer overskrider nasjonale grenser. Ingen land kan løse dem alene. De gode løsningene forutsetter internasjonalt samarbeid. Økt reiseaktivitet, handel, mar-

kedsføring, demografiske endringer, 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 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 man også dra nytte av andre lands erfaringer.

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. Tobakk, alkohol, usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet er viktige risikofaktorer for å utvikle kroniske sykdommer. Psykiske lidelser utgjør en betydelig del av landenes sykdomsbyrde og bidrar mer til den samlede uførheten globalt enn de fleste andre sykdommer. Psykiske lidelser er fortsatt ofte forbundet med stigma og diskriminering i mange land. Helse-systemer i mange deler av verden er dårlig tilpasset, har for lav kapasitet, og er ikke i stand til å møte voksende utfordringer knyttet til ikke-smittsomme sykdommer og en aldrende befolkning. I mange tilfeller undermineres de av dårlig tilgang på helsearbeidere, tilgang på medisiner, utilstrekkelig helse- og levekårsstatistikk og andre 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. Norge deltar i det internasjonale arbeidet på nordisk, europeisk og globalt nivå gjennom en aktiv deltakelse i ulike initiativ og organisasjoner. Norge skal fortsette å spille en aktiv rolle i det internasjonale arbeidet for å sikre fortsatt høy oppmerksomhet og for å utvikle globale løsninger på utfordringen.

Internasjonalt helsesamarbeid er integrert i de ulike fagområdene og finansieres i hovedsak over ordinære budsjettkapitler. Hovedområder er FN/Verdens helseorganisasjon (WHO), Verdens handelsorganisasjon (WTO), EU/EØS, Europarådet, OECD, nordisk samarbeid, Den nordlige dimen-

sjon og Barentssamarbeidet. Norge har bilaterale helsesamarbeid med Russland, Moldova, Colombia, Ukraina og Kina.

For nærmere omtale vises det til kapittel 9 Internasjonalt samarbeid i del III, Omtale av særlige tema.

Mål for 2019:

- Bidra til oppnåelsen av bærekraftsmålene.
- Styrke det norske arbeidet for oppnåelsen av universell helsedekning.
- Bidra til å ivareta WHO's globalt normative rolle og organisasjonenes evne til å drive helsepolitisk og helsefaglig arbeid.
- Støtte videre arbeid med styrking av WHO's helsekriseprogram.
- Arbeide for at WHO, FAO og OIE styrker sin normative rolle på antimikrobiell resistensfeltet og følger opp høynivåerklæringen om AMR fra FNs generalforsamling, og støtte opp om at organisasjonene og medlemslandene implementerer tiltakene som angis i den globale AMR-handlingsplanen.
- Bidra til god oppfølging i OECD, ILO og WHO av FNs høynivåkommisjon for helsearbeidere og økonomisk vekst.
- Fremme norske posisjoner relatert til verdens narkotikaproblem i CND og UNODC samt øvrige berørte organer, herunder WHO, og følge opp FNs generalforsamlings spesielseksjon (UNGASS) om narkotika i nært samarbeid med likesinnede nasjoner.
- Fortsette arbeidet med å styrke gjennomføringen av tobakkskonvensjonen både nasjonalt og internasjonalt.
- Gjennomføre de nye forpliktelsene i protokollen mot ulovlig handel med tobakk, og bidra i det internasjonale samarbeidet på feltet.
- Fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer, byråer og komiteer på helse- og mattrygghetsområdet.
- Bidra til å sikre at helserelaterte aspekter ved Storbritannias uttreden av EU blir ivaretatt innen rammen av EØS-samarbeidet.
- Bidra i WHO/UNECEs arbeid under protokollen om vann og helse, samt bidra og delta i miljø- og helseprosessen i regi av WHO Europa herunder følge opp Ostrava-erklæringen fra 2017, og i The Pan-European Program on Transport, Health and Environment (THE PEP) i regi av WHO/UNECE herunder forberede mulig norsk deltakelse i High Level Meeting høst 2019.

- Bidra og delta i internasjonalt samarbeid om aktiv og sunn aldring i FN, EU, OECD, Nordisk råd og bilateralt.
- Bidra i oppfølgingen av WHO's globale handlingsplan for fysisk aktivitet.
- Følge opp WHO's arbeid med ikke-smittsomme sykdommer, inkludert psykisk helse.
- Bidra og delta i WHO's og FAOs arbeid for bedre ernæring.
- Bidra i det globale nettverket som Norge har initiert for å øke fiskeforbruket.
- Delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser.
- Styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd.
- Ivareta norsk helsesamarbeid under Den nordlige dimensjon og Arktisk råd og gjennomføre det norske formannskapet i Barents helse- og sosialsamarbeid.
- Ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og investeringsavtaler.
- Videreutvikle det bilaterale helsesamarbeidet med Kina, Moldova, Russland, Ukraina og Colombia.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker kostnader til ekspertstillinger i internasjonale organisasjoner. Bevilgningen dekker videre kontingent til Europarådet. I tillegg dekker bevilgningen ulike tiltak/prosjekter finansiert med tilførte midler fra Ministerrådet, jf. kap. 3703, post 02.

### Post 71 Internasjonale organisasjoner

Bevilgningen dekker årlige kontingenter til programmer og byråer i EU hvor Norge er forpliktet til å delta. Kontingentenes størrelse fastsettes av EU og varierer fra år til år, som følge av generell årlig beregning av EØS/EFTA-landenes bidrag til EU for deltakelse i komiteer og programmer, basert på utviklingen av Norges BNP sammenliknet med EU-landenes BNP, valutautvikling og generell kostnadsutvikling i programmene. Bevilgningen foreslås redusert med 14,1 mill. kroner som følge av at anslag utarbeidet av EFTA-sekretariatet viser en nedgang i kontingentutgiftene på om lag 1,5 mill. euro.

## Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
02	Diverse inntekter	7 824	2 040	2 089
	Sum kap. 3703	7 824	2 040	2 089

### Post 02 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker tilførte midler fra Nordisk Ministerråd. Under det norske formannskapet i Nordisk Ministerråd i 2017, ble det satt i gang tre-

årige prioriteringsprosjekter. Helse- og omsorgsdepartementet får tilført midler fra Ministerrådet i tilknytning til nordisk forskningssamarbeid for bedre helse.

## Kap. 704 Helsearkivet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter			38 700
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>			46 000
	Sum kap. 0704			84 700

Norsk helsearkiv (NHA) er ny statlig virksomhet, og er organisert som en enhet i Arkivverket. Norsk helsearkiv inkludert digitaliseringsanlegget skal etableres på Tynset i 2019. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten. Norsk helsearkiv vil bl.a. være en viktig satsning for å fremme medisinsk og helsefaglig forskning.

Norsk helsearkiv ble etablert som interimorganisasjon under Riksarkivaren i 2010, og virksomheten er finansiert over kap. 781, post 21, med 10 mill. kroner per år.

Virksomheten Norsk helsearkiv er regulert i helseregisterloven, jf. § 12 Helsearkivregisteret, vedtatt 7. juni 2012. Helsearkivregisteret er et helseregister med personidentifiserbar pasientdokumentasjon om avdøde pasienter. Riksarkivaren er databehandlingsansvarlig for opplysningene i Helsearkivregisteret, jf. arkivloven § 4.

Etableringen av Norsk helsearkiv på Tynset vil være i nybygg dimensjonert for inntil 58 ansatte. Det vises til Kulturdepartements Prop. 1 S (2016–2017). Oppstartbevilgningen ble gitt av Stortinget i desember 2016. Endelig kostnadsramme for byggeprosjektet ble godkjent i tilknytning til Prop. 129 S (2016–2017), jf. Innst. S 401 (2016–2017). Planlagt ferdigstilling av bygget er i april 2019.

Virksomheten på Tynset skal ivareta funksjoner for mottak, digitalisering og tilhørende kassasjon, digital bevaring og tilgjengeliggjøring av pasientjournalene som inngår i Norsk helsearkiv. Alle funksjoner knyttet til Norsk helsearkiv, med unntak av varig bevaring av et utvalg papirarkiv i Mo i Rana, skal ivaretas av virksomheten på Tynset. Det vises til Kulturdepartements Prop. 1 S (2016–2017). Oppstartbevilgningen ble gitt av Stortinget i desember 2016.

Norsk helsearkiv skal ha kapasitet til mottak, digitalisering og digital bevaring av inntil hundre tusen hyllemeter papirbasert pasientarkivmateriale fra spesialisthelsetjenesten og andre avleveringspliktige virksomheter. Kapasitet på mottak og digitalisering av papirarkiver fordeles over en periode på 30 år. Med utstrakt digitalisering av papirdokumentene og kassering av originaler, vil behovet for magasinplass for papirarkiv bli redusert. Norsk helsearkiv skal videre ha kapasitet til mottak og bevaring av digitalt skapt pasientarkiv-

materiale fra spesialisthelsetjenesten og andre avleveringspliktige virksomheter.

Digitaliseringen av det papirbaserte pasientarkivmateriale fra spesialisthelsetjenesten og andre avleveringspliktige virksomheter vil føre til økt tilgjengelighet av dette arkivmateriale. Etablering av Norsk helsearkiv og helsearkivregister er en viktig satsning for å fremme medisinsk og helsefaglig forskning. Det vil også være nyttig for utvikling av annet type forskning samt utvikling av digital kompetanse, som skanning (overføring av tekst og bilder fra papir til digitalt format), inkludert fastsetting av kvalitetskrav og langtidslagring av digitalt materiale.

Etableringen av virksomheten Norsk helsearkiv på Tynset vil understøtte regjeringens regionalpolitikk.

### **Post 01 Driftsutgifter**

Bevilgningsforslaget er i hovedsak knyttet til lønnsutgifter, utgifter til lokaler, årlig support og utvidelse av IT lagring og andel av felleskostnader i arkivverket.

I henhold til byggeprosjektet og leiekontrakt med Statsbygg er det lagt til grunn at Norsk helsearkiv på Tynset kan starte opp virksomheten i april 2019.

For lønnsutgiftene er det forutsatt at hoveddelen av bemanningen vil være ansatt i løpet av første halvår 2019, og at virksomheten vil ha om lag 50 ansatte ved årsskiftet 2019/2020.

For lokalutgiftene er det forutsatt at husleien påløper fra og med 2. kvartal 2019. I husleieutgiftene inngår også leie av fast brukerutstyr (lagringsautomater) som er prosjektfinansiert av Statsbygg.

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres**

Bevilgningsforslaget er knyttet til investeringsutgiftene for løst brukerutstyr og inventar. Dette omfatter produksjonsmidler for håndtering av fysisk arkivmateriale, videre håndtering av fysisk materiale, digitalisering av fysiske pasientjournaler og etablering av datasenter som tilfredsstillende nasjonale og internasjonale anbefalinger for digital langtidslagring. I tillegg er det anskaffelse av utstyr til kontorinnredning, møterom, kantine m.m.

**Kap. 709 Pasient- og brukerombud**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter		68 496	74 021
	Sum kap. 0709		68 496	74 021

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

- 4 mill. kroner til å etablere et Nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud

**Samfunnsoppdrag**

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven av 2. juli 1999 nr. 63, kap. 8. Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettsikkerhet, samt bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene. Arbeidsområdet er den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ombudsordningen er et lavterskeltilbud for pasienter, brukere og pårørende. Henvendelser til ombudet blir løst på lavest mulig nivå og gjerne i direkte dialog med tjenestestedene.

Pasient- og brukerombudet er representert i alle fylker. I henholdsvis Hedmark og Oppland, Aust- og Vest-Agder samt 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.

Ombudenes viktigste oppgave er å være tilgjengelig for pasienter og brukere når de trenger ombudets tjenester og bistand. Videre prioriterer ombudene utadrettet og oppsøkende virksomhet for å spre kunnskap og informasjon, om rettigheter og om ombudsordningen. Gjennom møter med pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenestene samler ombudene erfaringer som brukes til å styrke kvaliteten i tjenestene. Direkte tilbakemelding til tjenesteyterne og beslutningstakere er et virkemiddel ombudene benytter kontinuerlig. Pasient- og brukerombudene bidrar til den årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

**Resultatrapport og tilstandsvurdering**

I 2017 mottok pasient- og brukerombudene i overkant av 15 000 henvendelser. Av disse henvendelsene var 60 pst. knyttet til spesialisthelsetjenester og 40 pst. knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vises til felles årsmelding for pasient- og brukerombudene. I årsmeldingen kommer ombudene med anbefalinger til tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Ombudene er tilgjengelige og bruker mye ressurser på utadrettet og oppsøkende virksomhet. De er også synlige i viktige lokale og nasjonale fora. Ombudene jobber med ulike metoder for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen og blant tjenesteytere. Ombudsordningen videreutvikler metoder og rutiner for innsamling av pasient- og brukererfaringer for å sikre kvalitativt gode tilbakemeldinger til tjenestestedene. Det jobbes med å etablere flere metoder for kompetansedeling og flerfaglig samarbeid internt.

Regjeringen vil etablere et Nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud hvor også tannhelse inngår som nytt ansvarsområde fra 2019, jf. Jeløyaerklæringen. Dette er et ledd i regjeringens satsning på helse- og omsorgstjenestetilbudet til eldre. Formålet er å styrke oppmerksomheten om eldres behov, eldreomsorg og gi eldre et talerør som kan sette eldreomsorg på dagsorden.

Nødvendige lovendringer sendes på alminnelig høring.

**Årsverk**

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

**Post 01 Driftsutgifter**

Det foreslås bevilget 4 mill. kroner i 2019 til etablering av et Nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud hvor også tannhelse inngår som ansvarsområde. Bevilgningsforslaget er i hovedsak knytt-

tet til lønnsutgifter, fagutvikling og informasjonstiltak. Bevilgningen skal benyttes til en generell styrking ved alle ombud og til en oppbygging av den nye nasjonale funksjonen.

Det tas sikte på at utvidelsen og omleggingen av ombudsordningen iverksettes annet halvår 2019.

#### Anmodningsvedtak

*Vedtak nr. 105 (2017–2018), 7. desember 2017*

*«Stortinget ber regjeringen vurdere å utvide arbeidsområdet til pasient- og brukerombudene til også å gjelde fylkeskommunale tannhelsetjenester.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 150 L (2016–2017) Lov om statlig tilsyn med helse-tjenesten mv. (helsetilsynsloven), jf. Innst. 53 L (2017–2018).

Anmodningsvedtaket følges opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av høsten 2018 vil sende på høring forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og tannhelsetjenesteloven, herunder om utvidelse av arbeidsområdet til ombudene. Det foreslås bevilget 4 mill. kroner til etablering av et Nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud, hvor også tannhelse inngår som ansvarsområde.



## Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
710	Vaksiner mv.	1 665 474	270 107	336 375	24,5
712	Bioteknologirådet	9 846	9 530	9 762	2,4
714	Folkehelse	446 528	444 274	435 291	-2,0
717	Legemiddeltiltak		67 762	70 287	3,7
	Sum kategori 10.10	2 121 848	791 673	851 715	7,6

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
01-23	Statens egne driftsutgifter	1 837 958	439 263	505 071	15,0
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	4 491			
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	78 118	87 102	98 013	12,5
70-89	Andre overføringer	201 281	265 308	248 631	-6,3
	Sum kategori 10.10	2 121 848	791 673	851 715	7,6

De nasjonale målene for folkehelsepolitikken er at:

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

Regjeringen legger målene til grunn for utvikling av nasjonal politikk med innsats i flere samfunnssektorer for bedre levekår og en mer helsevennlig livsstil. Det er fortsatt store sosiale helseforskjeller i Norge. Sosiale forskjeller i livsstilsfaktorer som røyking, kosthold og fysisk aktivitet utgjør en

vesentlig del av helseforskjellene. Målt i sykdomsbyrde er de sentrale risikofaktorene for helsetap og tapte leveår i Norge usunt kosthold, røyking, høyt blodtrykk, høy kroppsmasseindeks, høyt kolesterol, høyt fastende blodsukkernivå, høyt alkoholforbruk og fysisk inaktivitet. Det er en klar sosial gradient i hvordan disse risikofaktorene er fordelt i befolkningen knyttet til forhold som utdanning, arbeid og inntekt. Det er også store geografiske forskjeller, både innad i kommuner og mellom kommuner. Tiltak for å motvirke sosiale helseforskjeller er en viktig del av folkehelsepolitikken. Handlingsplaner og strategier gir føringer for hvordan disse utfordringene skal møtes. I tillegg er politikk på andre områder viktig for å motvirke sosiale forskjeller i levekår og helse.

Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 pst. innen 2025. I Norge er tidlig død definert som død før fylte 75 år. Målet er integrert i det nasjonale folkehelsemålet ved at økningen i forventet levealder skal nås gjennom reduksjon av tidlig død og utjevning av sosiale forskjeller i helse og levealder.

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

Norge har forpliktet seg til å følge opp FNs bærekraftsmål (Agenda 2030). På folkehelsefeltet gjelder dette bl.a. delmål 2.2 om ernæring, delmål 2.4 om bærekraftige matsystemer, delmål 3.3 om smittsomme sykdommer, delmål 3.4 om ikke-smittsomme sykdommer, delmål 3.5 om alkohol og narkotika, delmål 6 om drikkevann og delmål 3a om styrket gjennomføring av tobakkskonvensjonen. Samtidig vil innsats på folkehelsefeltet, som f.eks. god tilrettelegging for fysisk aktivitet påvirke en rekke av bærekraftsmålene. Se også omtale under kapittel 9 internasjonalt samarbeid i del III Omtale av særlig tema.

Regjeringen la våren 2015 fram Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Det er tverrpolitisk enighet om de overordnede folkehelsemålene, og at det hvert fjerde år skal legges fram en melding til Stortinget, som redegjør for status og utvikling. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2018 startet arbeidet med en ny folkehelsemelding, jf. Meld. St. 34 (2012–2013) og Innst. 478 S (2012–2013). Sentrale temaer vil være oppfølging av tiltak for å nå de globale NCD-målene, samt arbeid for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet. Betydningen av god oppvekst og tidlig innsats blant barn og unge vil bli vektlagt. Andre aktuelle tema er ensomhet og forebygging av demens.

Regjeringen la i 2017 fram Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) som har som mål at psykisk helse skal være

en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Som del av oppfølging av strategien ble det i 2018 gitt et oppdrag til Norges forskningsråd om å utrede hvordan forskningsressursene på psykisk helsefeltet brukes. Andre tiltak som følges opp er måling av livskvalitet i befolkningen og at psykisk helse skal være del av helsemyndighetenes kampanjer om levevaner. Strategiens del om å fremme god psykisk helse hos barn og unge er grunnlag for en opptrappingsplan som regjeringen tar sikte på å legge fram ved årsskiftet 2018/2019.

Regjeringen la våren 2017 fram Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle. Bærekraftig kosthold, sammenhengen mellom kosthold og psykisk helse og måltids glede er vektlagt i større grad enn tidligere. Tiltakene i planen er viktige for å oppfylle WHO's NCD-mål og FNs bærekraftsmål. Det er lagt vekt på innsats på tvers av sektorene og samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor. I handlingsplanen ble det signalisert at det vil bli vurdert å gjennomføre en midtveisevaluering, som et grunnlag for eventuell justering av innsatsen. Det tas sikte på en slik gjennomgang i løpet av 2019. Se også omtale under kap. 714 og kap. 740.

Den nasjonale tobakksstrategien (2013–2017) har gjennom en helhetlig politikk gitt gode resultater for folkehelsen. Tiltak i perioden har vært innføring av standardiserte tobakks pakninger og en ny registrerings- og tilsynsordning for tobakks salg. Helse- og omsorgsdepartementet vil videreføre innsatsen. Se også omtale under kap. 714 og kap. 740.

Regjeringen er i gang med å følge opp Stortingets vedtak om en ny handlingsplan for fysisk aktivitet med sikte på framleggelse i løpet av 2019. Mål om minst 10 pst. reduksjon i fysisk inaktivitet videreføres. Handlingsplanen skal omfatte virkemidler og tiltak i flere departementer for å understøtte kommunesektorens ansvar og oppgaver, samt legge til rette for innovasjon og framtidsrettede løsninger for å skape et mer aktivitetsvennlig samfunn. Utviklingsarbeidet er organisert som et prosjekt i et samarbeid med berørte departementer under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet, og det er lagt til rette for en bred involveringsprosess.

En helhetlig alkohol- og rusmiddelpolitikk innebærer oppfølging av alkohollovens og vinmopollovens system for regulert omsetning, sammenholdt med øvrige forebyggingsinnsatser som kampanjer, støtte til kommunenes arbeid bl.a. gjennom de regionale kompetansesentrene og støtte til frivillig innsats. Se også omtale under

kap. 714 og kap. 740. Videre har opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) en bred tilnærming, se omtale under programkategori 10.60. Innsatsområdene er tidlig innsats, riktig behandling og god oppfølging.

Når det gjelder smittevernarbeidet er særlig prioriterte områder å opprettholde et vaksinasjonsprogram av høy kvalitet med bred oppslutning i befolkningen, forebygge antimikrobiell resistens, redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner, virale hepatitter og nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Det er et viktig mål å sikre god beredskap mot pandemisk influensa og utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Disse områdene blir fulgt opp gjennom nasjonale strategier, handlingsplaner og beredskapsplaner.

I samsvar med regjeringens strategi mot antibiotikaresistens i et One health-perspektiv er det

utarbeidet handlingsplaner både for tiltak innenfor helsetjenesten og innenfor matproduksjonskjeden.

Trygg mat og trygt drikkevann er en forutsetning for god folkehelse. Det faglige ansvaret på mattrygghetsområdet er delt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet. Det er et omfattende og nært samarbeid mellom departementene. Det vises til Prop. 1 S (2018–2019) for Landbruks- og matdepartementet for nærmere omtale av mattrygghet og Mattilsynets virksomhet.

Den overordnede visjonen for legemiddelpolitikken er at den skal bidra til bedre folkehelse. Dette gjenspeiles i målene for legemiddelpolitikken. Riktig legemiddelbruk innebærer best mulig effekt, færrest mulig bivirkninger og at pasienten mestrer livet med behandling på en god måte.

## Kap. 710 Vaksiner mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter	837 904		
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	823 079	270 107	336 375
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 491		
Sum kap. 0710		1 665 474	270 107	336 375

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

- 18 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til merutgifter som følge av nye vaksineavtaler m.m.
- 43,6 mill. kroner flyttet fra kap. 745, post 01 knyttet til beredskapsavtale for vaksine mot pandemisk influensa

Av smittevernloven følger det at Helse- og omsorgsdepartementet skal fastsette et nasjonalt program for vaksiner mot smittsomme sykdommer og at vaksinasjon er et virkemiddel for gjennomføring av smitteverntiltak. Forslag til ny smittevernlov er sendt på høring. Videre er Folkehelseinstituttet en sentral faginstans overfor kommunene og helsestasjonene i forbindelse med vaksinasjon. Folkehelseinstituttet er pålagt å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap, mens det er kommunene som skal tilby vaksinasjonsprogrammet.

Barnevaksinasjonsprogrammet skal etter forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 4, tilbys alle barn i førskole- og grunnskolealder og gjennomføres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forskriften lister opp de vaksinene som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet. Fra høsten 2018 utvides programmet med HPV-vaksine til gutter på 7. trinn på lik linje med gutter. Influensavaksinasjonsprogrammet gjelder vaksine mot sesonginfluensa som årlig skal tilbys alle personer med økt risiko for komplikasjoner ved sesonginfluensa. Videre tilbys vaksine mot pandemisk influensa etter retningslinjer fra Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet gir faglige retningslinjer for gjennomføring av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet herunder målgrupper, hyppighet, og den tekniske sammensetningen av vaksinene. Instituttet sørger for innkjøp, lagring og distribusjon av vaksiner til nasjonalt vaksinasjonspro-

gram. Innkjøp av vaksiner gjennomføres etter utlyst anbud i EØS-området.

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

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte:

- 43,6 mill. kroner fra kap. 745, post 01 knyttet til beredskapsavtale for vaksine mot pandemisk influensa, jf. Innst. 400 S (2017–2018)
- 4 mill. kroner til kap. 745, post 01 knyttet til driftsutgifter til vaksinasjon av gutter mot HPV

i barnevaksinasjonsprogrammet og beskyttelsesstudie ved innføring av seks-valent vaksine, jf. Innst. 400 S (2017–2018)

Det foreslås videre 18 mill. kroner knyttet til merutgifter som følge av nye vaksineavtaler m.m. Økningen vil sikre nødvendig vaksineforsyning til kommunene og beredskapslager, jf. smittevernloven § 7-9.

Helse- og omsorgsdepartementet har bestillingsfullmakt til å foreta bestillinger knyttet til vaksiner utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger vedtatt ramme. Gjennom etatsstyringen delegeres fullmakten til Folkehelseinstituttet. Nivået på rammen for nye bestillinger og gammelt ansvar varierer gjennom året avhengig av hvor i avtalesyklusene til programvaksinene man er og hvilke bestillinger som foretas av salgs- og beredskapsprodukter (som eksempel reisevaksiner, påfyllingsvaksiner til voksne mm.). Variasjon forsterkes ved av lageroppbygning, prisøkning som følge av forhold i markedet og valutakurser. Det foreslås å øke bestillingsfullmakten til 580 mill. kroner, jf. Innst. S 400 (2017–2018).

## Kap. 3710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
02	Diverse inntekter	267 634		
03	Vaksinesalg	152 873	96 548	96 065
	Sum kap. 3710	420 507	96 548	96 065

### Post 03 Vaksinesalg

Bevilgningen dekker bl.a. anskaffelse av:

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

- beredskapslager av vaksiner mot sjeldne sykdommer reisevaksiner

Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I.

**Kap. 712 Bioteknologirådet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter	9 846	9 530	9 762
	Sum kap. 0712	9 846	9 530	9 762

Bioteknologirådet er et frittstående, rådgivende organ oppnevnt av regjeringen, hjemlet i genteknologiloven og bioteknologiloven. Bioteknologirådet er høringsinstans for norske myndigheter, skal bidra med informasjon til publikum og forvaltningen, og fremme debatt om de etiske og samfunnsmessige konsekvensene av bruk av bioteknologi. Rådet er også høringsinstans for søknader om godkjenning av genmodifiserte dyr og planter. Rådet er oppnevnt for fire år av gangen med 15 medlemmer og fem varamedlemmer. Nytt

råd skal utnevnes per 1. januar 2019. Bioteknologirådet arrangerer åpne debattmøter og driver utstrakt informasjons- og undervisningsaktivitet.

Bioteknologirådet hadde 7 årsverk i 2017, mot 7 årsverk i 2016.

**Post 01 Driftsutgifter**

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

**Kap. 714 Folkehelse**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	167 129	149 653	147 098
60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	78 118	87 102	98 013
70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	118 633	121 941	120 477
74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	20 151	20 335	20 568
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	62 497	65 243	49 135
	Sum kap. 0714	446 528	444 274	435 291

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

- 10 mill. kroner i økt bevilgning til program for folkehelsearbeid i kommunene
- 15 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at delfinansiering av HUNT4 er avsluttet
- 12,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til å styrke andre prioriterte tiltak

- 5 mill. kroner flyttet fra kap. 740 som følge av at bevilgningen til Statens seniorråd fra 2019 skal inngå i Program for et aldersvennlig Norge

Formålet med bevilgningen er å styrke det generelle folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helse-

trusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Viktige innsatsområder er å ha oversikt over utviklingen i helsetilstanden og forhold som påvirker denne, legge til rette for at andre sektorer som har virkemidler ivaretar sitt ansvar for å fremme befolkningens helse og livskvalitet samt å legge til rette for å gjøre sunne valg enkle. Videre er det en sentral oppgave å arbeide for en samfunnsutvikling som fremmer deltakelse og sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring. Regjeringens mål om å inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet er også et viktig innsatsområde.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker spesielle driftsutgifter knyttet til oppgaver på folkehelseområdet, herunder kontingenter og frivillig bidrag til internasjonalt arbeid og oppgaver finansiert av gebyrer og avgifter, jf. kap. 3714, post 04.

Det foreslås å flytte:

- 3 mill. kroner til kap. 745, post 01 knyttet til at Folkehelseinstituttets arbeid med nasjonal vannvakt m.m. er i permanent drift
- 5 mill. kroner fra kap. 740 som følge av at bevilgningen til Statens seniorråd fra 2019 skal inngå i program for et aldersvennlig Norge, jf. kap. 761, post 21

Videre foreslås bevilgningen redusert med 8,1 mill. kroner, utover ABE-reformen, for å styrke andre prioriterte tiltak.

### Program for folkehelsearbeid i kommunene

Det foreslås å øremerke 6 mill. kroner til kunnskapsstøtte og evaluering av folkehelseprogrammet, jf. post 60. Midlene er knyttet til implementering og kompetansestøtte fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, evaluering og øremerkede tilskudd til nøkkelaktører.

Helsedirektoratet er ansvarlig for implementeringen av programmet, og har i samarbeid med KS og Folkehelseinstituttet utviklet en struktur for kompetansestøtte til fylker og kommuner som mottar tilskuddsmidler, fylker som foreløpig ikke er med i programmet og andre aktuelle aktører. Helsedirektoratet har også etablert et samarbeid med sentrale aktører i frivillig sektor, blant andre Frivillighet Norge og Ungdom og fritid. Det foreslås å videreføre midler til tilskudd øremerket Ungdom og Fritid, Frivillighet Norge og Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjo-

ner (LNU). Disse organisasjonene vil kunne bidra i en prosjektperiode fram til og med 2021.

Det foreslås også å videreføre 1,5 mill. kroner av kompetansemidlene til tilskudd til Ungdata i regi av Nova ved OsloMet – storbyuniversitetet og 0,5 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål for å gjennomføre Ungdata junior i nye kommuner. Arbeidet med Ungdata ved OsloMet er styrket for å kunne gi kommunene en bedre oversikt over barn og unges situasjon lokalt, bl.a. har Ungdata junior (femte til sjuende trinn) blitt gjennomført i flere kommuner over hele landet. De regionale kompetansesentrene på rusfeltet bistår OsloMet med gjennomføringen av Ungdata-undersøkelsene.

Helsedirektoratet har satt i gang en evaluering av programmet som helhet. Det er gjennomført en nullpunktsundersøkelse og Sintef gjennomfører en følgeevaluering som bl.a. skal se på hvordan det jobbes med utvikling og gjennomføring av tiltakene i tilskuddsordningen. Tilskuddsordningen til fylkeskommunene er nærmere omtalt under post 60.

Flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn

Det foreslås å videreføre 2 mill. kroner knyttet til utviklingsprosjekter for å følge opp Flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. Formålet er å bidra til at flere eldre lever aktive liv og deltar i lokalsamfunnet gjennom kunnskaps- og metodeutvikling.

Statistisk sentralbyrå la høsten 2017 fram rapporten Morgendagens eldre i by og bygd, en framskrivning av aldring i norske kommuner og regioner sett i sammenheng med levekårsutvikling og andre samfunnsmessige forhold. Rapporten gir viktig kunnskapsgrunnlag for å utvikle aldersvennlige lokalsamfunn og vil inngå i Program for et aldersvennlig Norge, jf. nærmere omtale under kap. 761, post 21.

Kommunikasjon og kampanjer på levevaneområdene

Helsedirektoratet bruker kampanjer for å øke kunnskapen om sammenheng mellom levevaner og fysisk og psykisk helse, om forebyggende tiltak og for å motivere til atferdsendring.

Arbeidet med kommunikasjon og kampanjer om fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol videreføres i 2019 og gjennomføres i tråd med Helsedirektoratets helhetlige kommunikasjonsstrategi og andre føringer, herunder intensjonsavtalen med matvarebransjen.

Kampanjen Små grep, stor forskjell hadde i 2017 fokus på at barn og unge spiser for mye sukker. En kampanje om salt og helse ble også gjennomført. Årlig fokus på dette har økt folks bevissthet om salt. Det er gjennomført Nøkkelhullskampanjer i 2017 og 2018. Tilliten i befolkningen til Nøkkelhullet økte i 2018 fra 60 til 69 pst. Hele 96 pst. kjenner nå til Nøkkelhullet, uavhengig av kjønn og utdanning. Tilbudet av nøkkelhullsmarkedede matvarer øker.

Kampanjen Dine30 ble i 2017 videreført med en oppfordring til folk om å gjennomføre en kort test som gir et pålitelig mål på fysisk form og «fysiologisk alder». Over 300 000 personer gjennomførte testen, og de som var lite fysisk aktive fikk tilbud om et 30-dagers kom i form-program. Kjennskapen til kjernebefalingene om fysisk aktivitet er på 84 pst. Kampanjen er videreført i 2018 med mer vekt på praktiske råd til differensierte målgrupper.

Det ble i 2017 også gjennomført en kampanje for å informere om formålet med innføringen av standardiserte tobakkspakninger, nemlig å forebygge at barn og unge fristes til å begynne med tobakk. Støtten til tiltaket i befolkningen økte fra 50 til 60 pst. etter kampanjen.

På alkoholområdet har Helsedirektoratet vært til stede i sosiale medier i sammenhenger som russtid, sommerferie og julebordsesongen. Kampanjen RusOff, for synliggjøring av og bidrag til implementering av rusforebyggende råd for offentlig sektor, har i 2018 vært kjørt i sosiale medier og på fjernsyn.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å se på kampanjer og kommunikasjon på levevaneområdene under ett. Direktoratet har derfor i 2018 startet arbeidet med å utvikle et nytt overordnet kommunikasjonskonsept for levevaner hvor også psykisk helse skal være inkludert. Formålet med konseptet er å kommunisere at alle valgene man tar hver dag kan ha stor betydning for både psykisk og fysisk helse. Konseptet skal fokusere på kunnskap, å bygge mestringsfølelse og å gi folk endringskompetanse, konkrete verktøy, og bedre strategier på tvers av adferdsområder. Dette vil bli nærmere beskrevet i Folkehelsemeldingen. Målet er å hjelpe flere til å endre sine levevaner.

Forsøk med utvidet tid til kroppsøving og fysisk aktivitet i skolen

For å skape et bedre kunnskapsgrunnlag for framtidig arbeid med fysisk aktivitet og kroppsøving i hele grunnopplæringen, er det gjennomført et forsøk med utprøving og evaluering av modeller med

ekstra tid til fysisk aktivitet og kroppsøving på ungdomstrinnet.

Forsøket er gjennomført som et forskningsprosjekt under ledelse av Norges idrettshøgskole i perioden 2016–2018. Hovedstudien er gjennomført i skoleåret 2017–2018 med et utvalg på 29 skoler der om lag 2700 elever på niende trinn inngikk. Forsøket har gått som planlagt. Sluttrapport fra forsøket vil foreligge i desember 2018.

Erfaringer og funn fra forsøket vil inngå som del av kunnskapsgrunnlaget til det pågående arbeidet med en ny handlingsplan for fysisk aktivitet.

Næringslivsgruppe på matområdet – intensjonsavtale

Helse- og omsorgsdepartementet og matvarebransjen inngikk i 2016 en intensjonsavtale for å samarbeide om bedre kosthold. Det ble i 2017 åpnet for at serveringsbransjen kunne slutte seg til intensjonsavtalen. En rekke aktører fra kiosk, bensinstasjoner og øvrig serveringsbransje undertegnet avtalen i 2018. Avtalen inneholder konkrete målsetninger for reduksjon av salt, mettet fett og sukker, samt mål for å øke inntak av frukt, bær, grove kornvarer og fisk. Målsetningene er i tråd med målene i handlingsplanen for bedre kosthold. Helsemyndighetene har et særskilt ansvar for kommunikasjon og monitorering. Helsedirektoratets kommunikasjonskampanjer skal også i 2019 understøtte arbeidet knyttet til intensjonsavtalen. For å følge måloppnåelsen i avtalen blir ny metode for SSBs forbruksundersøkelser fulgt opp. Arbeidet med å få oversikt over omfanget av grensehandel av matvarer skal fortsette. Om lag 100 aktører er nå tilknyttet intensjonsavtalen. Som følge av økt avgift på alkoholfrie drikkevarer og sjokolade- og sukkervarer i 2018 har imidlertid mat- og drikkeprodusentene meldt at samarbeidet om reduksjon av inntak av tilsatt sukker inntil videre ikke kan fortsette. Regjeringen foreslår å redusere avgiften på sjokolade- og sukkervarer til prisjustert 2017-nivå. Det vises til Prop. 1 L (2018–2019) Skatter, avgifter og toll 2019, pkt. 13.14 og 13.15 for nærmere omtale av avgiftene. Intensjonsavtalen skal midtveisevalueres i 2019.

Innsats for barn og unges mat og måltidsvaner

Regjeringen er opptatt av tidlig innsats i erkjennelsen av at gode mat- og måltidsvaner dannes tidlig. Som oppfølging av handlingsplan for bedre kosthold har Helsedirektoratet revidert nasjonal faglig

retningslinje for mat- og måltider i barnehagen. Se nærmere omtale under kap. 740.

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet har i samarbeid med sju andre nasjonale sentre utarbeidet et inspirasjonshefte om måltidet som pedagogisk arena i barnehagen. Dette med bakgrunn i at mat og måltid har fått en tydeligere plass i ny rammeplan for barnehagen. Mat og måltid i barnehagen er kartlagt gjennom Utdanningsdirektoratets Spørsmål til barnehage-Norge. Kartleggingen viste at mye er bra, både når det gjelder oppfølging av retningslinjer, mat og måltidets plass i det daglige arbeidet og forankring i årsplanen, men det er forbedringspotensial. Det er viktig å følge utviklingen gjennom nye kartlegginger som del av evaluering av tiltakene i handlingsplan for bedre kosthold.

Nasjonalt senterets nettsted [www.mhfa.no](http://www.mhfa.no) samlar og formidler gode eksempler og kunnskap både på barnehage- og skolefeltet. Dette videreføres i tråd med handlingsplan for bedre kosthold. Tiltak for gode mat- og måltidsvaner i skoler og skolefritidsordning (SFO) følges opp gjennom et bredt samarbeid forankret i Opplysningskontoret for frukt og grønt, jf. omtale under kap. 714, post 74, Skolefrukt. Ungdata har inkludert kostholdsspørsmål i hovedmodulen fra 2017. Utdanningsdirektoratets Spørsmål til skole-Norge 2017 inneholdt spørsmål om mat og måltider i skolen. Undersøkelsen avdekket at det fremdeles er mange skoler som ikke sikrer nok spisetid, særlig gjelder dette 5.–7. trinn. Dette følges opp som del av handlingsplan for bedre kosthold. Nok spisetid er synliggjort i veileder til forskrift for miljørettet helsevern i barnehager og skoler som er under revisjon.

Som oppfølging av handlingsplanen pågår det et arbeid for å mobilisere barn for matglede og et sunt og bærekraftig kosthold (Matjungelen). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp resultater fra en pilot gjennomført i 2017. Det skal inngås avtale med partner(e) om første fase av en utrulling høsten 2018 i Hordaland, der pilotfasen er gjennomført.

Bransjens system for selvregulering av markedsføring av mat og drikke rettet mot barn, Matbransjens Faglige Utvalg (MFU), ble evaluert i 2016. Evalueringen viste at ordningen fungerer bra, men bør forbedres på noen områder som alder, markedsføring i sosiale medier og bruk av emballasje som markedsføringskanal. Dette er fulgt opp av MFU i 2017–2018. Det tas sikte på en ny evaluering i 2019.

#### Nasjonale mål for vann og helse

Arbeidet for å nå Nasjonale mål for vann og helse fastsatt av regjeringen i 2014 skal videreføres i samsvar med departementets gjennomføringsplan sist oppdatert høsten 2017. Målene er fastsatt i samsvar med Verdens helseorganisasjon/UNECEs Protokoll for vann og helse og bidrar til gjennomføring av FNs bærekraftsmål seks om rent vann og gode sanitærforhold. Etableringen av Nasjonal vannvakt er en del av dette, jf. nærmere omtale under kap. 745. Den viktigste utfordringen på drikkevannsområdet er for lav utskiftingstakt av gammelt og dårlig ledningsnett. Dette medfører stort lekkasjetap og fare for forurensning av drikkevannet. Departementet utreder forslag til modell for et program for teknologiutvikling i vannbransjen for å motvirke dette, jf. anmodningsvedtak nr. 1010 (2016–2017).

#### Tobakksforebyggende arbeid

Standardiserte tobakkspakninger trådte i kraft 1. juli 2017 med ett års overgangsperiode. Fra 1. juli 2018 må sigaretter, rulletobakk og snus selges i standardisert innpakning. Tiltaket vil over tid kunne få stor effekt på oppstart av tobakksbruk blant unge.

En ny registerings- og tilsynsordning for tobakksalg trådte i kraft 1. januar 2018. Ordningen skal bidra til økt overholdelse av tobakkskadelovgivningen, og tar særlig sikte på å forhindre salg til mindreårige. Kommunene fører tilsyn med utsalgsstedene, mens Helsedirektoratet fører tilsyn med grossistene, jf. kap. 740.

Stortinget vedtok 11. juni 2018 en rekke endringer i tobakkskadeloven som er nødvendige for gjennomføring i norsk rett av protokollen mot ulovlig handel med tobakksvarer, jf. Prop. 75 L (2017–2018). De viktigste gjelder etablering av en ny bevillingsordning for produksjon, import og eksport av tobakksvarer og et nytt system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer. Se også omtale under kap. 740.

#### Tidlig innsats

Opplæringsprogrammet Tidlig inn, der 163 kommuner har deltatt så langt, har hjulpet ansatte i relevante tjenester til å identifisere og samtale med gravide og småbarnsforeldre om alkoholbruk, psykiske vansker og vold i nære relasjoner. Helsedirektoratet viderefører innsatsen bl.a. gjennom utvikling av en nasjonal faglig retningslinje



med anbefalinger til kommunene om hvordan de kan sørge for å oppdage barn, unge og familier på et tidligere tidspunkt samt å sikre oppfølging.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål

Det foreslås 38,7 mill. kroner til det rusmiddelforebyggende arbeidet i regi av de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål (Korusene). Korusene skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. Formålet er å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet. Se kap. 765, post 74, for øvrig bevilgningsforslag og nærmere omtale av virksomheten i Korusene.

Ungdata

Det foreslås å øke tilskuddet til OsloMet til drift av Ungdata fra 3,3 mill. kroner til 4,1 mill. kroner for å sikre robust drift av Ungdata også i 2019. I perioden 2010–2017 har over 500 000 ungdommer deltatt i ungdataundersøkelsene. I starten var hovedtyngden fra ungdomstrinnet. I de siste årene har det også blitt flere undersøkelser på videregående skoler, i gjennomsnitt er 40 pst. av deltakerne er fra de videregående skole. I 2018 var det fire fylker som gjennomførte på alle videregående skoler i fylket; Oppland, Telemark, Troms, Finnmark. I 2018 var det 128 kommuner som gjennomførte Ungdata.

Andre tiltak

Det foreslås å videreføre følgende øremerkede tilskudd:

- 12,4 mill. kroner til videreutvikling av innsatsen i det alkohol- og narkotikaforebyggende arbeidet bl.a. til oppfølging av ansvarlig alkoholhåndtering, rusmiddelforebygging i utdanning og arbeidsliv og tidlig innsats, jf. også omtale under kap. 740, post 01.
- 2,4 mill. kroner til bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige skjenkebevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-3 første ledd nr. 1 og 2, jf. også kap. 3714, post 04.
- 3,6 mill. kroner i driftsstøtte til Nubu – Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge for utvikling av tverrfaglig kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn og unge.
- 1 mill. kroner til utvikling av et e-læringsprogram for styrke- og balansetrening som del av seniortrening på treningssentre. E-læringspro-

grammet utvikles på bakgrunn av et samarbeidsprosjekt mellom Treningssentre under Virke, Helsedirektoratet og NTNU og utprøving av en pilot som har fått gode evaluering. Det vises for øvrig til omtale på kap. 761, post 21.

- 0,5 mill. kroner til møteplass for folkehelse i regi av Frivillighet Norge.

### Post 60 Kommunale tiltak

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

Bevilgningen foreslås redusert med 1,5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Program for folkehelsearbeid i kommunene

Tilskuddsrammen til program for folkehelsearbeid i kommunene foreslås økt med 10 mill. kroner til 82 mill. kroner i 2019. Fra 2019 vil alle fylker få tilbud om å delta i programmet.

Programmet startet i 2017, og er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS som programeiere, Helsedirektoratet som forvalter av tilskuddsordningen og Folkehelseinstituttet som bidrar til kunnskapsstøtte og evalueringskompetanse. Programmet skal gjennom en tiårsperiode drive utviklingsarbeid for å fremme psykisk helse og lokalt forebyggende arbeid mot rus. Programmet skal bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Programmet retter seg mot hele befolkningen, og barn og unge er 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 å hindre utstøting. Dette kan bl.a. omfatte forebygging av ensomhet og tiltak for å bidra til å stimulere til gode mat- og måltidsvaner.

De første fem fylkene, Agder, Oppland, Oslo, Vestfold og Østfold, startet arbeidet med folkehelseprogrammet i 2017. Foreløpig er ingen tiltak avsluttet og evaluert, men en rekke lovende prosjekter er satt i gang. I Østfold utvikles for eksempel livsmestringsprogrammet Tankekraft som skal fremme elevenes psykisk helse og gi økt belastningsmestring. Et annet eksempel er prosjektet Trygg ung i bydel Ullern. Hensikten er å bevisstgjøre ungdom mellom 12 og 20 år, og innsatsen rettes særlig mot å fremme god psykisk helse og sunne holdninger til rus.

Opptappingsplanen mot vold og overgrep (2017–2021) legger til grunn at det vurderes hvor-

dan allerede igangsatte tiltak kan utvides til å inkludere arbeidet mot vold og overgrep. Folkehelseprogrammet legger til rette for at kommunene kan utvikle og spre metoder for å fremme psykisk helse og lokalt rusforebyggende arbeid. Denne modellen vil også kunne være egnet til å omfatte det forebyggende arbeidet mot vold og overgrep. Det foreslås 3 mill. kroner over kap. 765, post 75 slik at ett fylke fra 2019 kan få i oppdrag å vurdere og prøve ut særskilt hvordan arbeidet mot vold og overgrep kan utvikles og samkjøres med de andre nærliggende temaene.

#### Groruddalssatsingen

Det foreslås å videreføre 4,5 mill. kroner til bidrag på folkehelsefeltet i den tiårige områdesatsingen i Groruddalen som startet i 2017. Formålet med midlene er å utvikle mer helsefremmende og sosialt bærekraftige lokalmiljøer i utsatte områder. Tilskuddet skal benyttes i delprogram nærmiljø i samsvar med årlige utarbeidede handlingsprogram, herunder til å sammenstille kunnskap og erfaringer om hvordan overordnet og helhetlig byutvikling kan støtte opp under en positiv utvikling i utsatte områder. Midlene tildeles Oslo kommune etter søknad. Satsingen omtales i sin helhet i Prop. 1 S (2017–2018) Kommunal- og moderniseringsdepartementet, jf. kap. 590 Planlegging og utvikling, post 65 Områdesatsinger.

#### Tverrfaglig innsats på rusmiddelfeltet

Det foreslås å videreføre tilskuddsordning for bedre tverrfaglig innsats på rusfeltet med 3,2 mill. kroner. Tilskuddsordningen er samordnet med tilskuddsordningen for systematisk identifisering og oppfølging av utsatte barn som forvaltes av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Tilskuddsordningen er benyttet av mer enn 100 kommuner i løpet av 3 år, små og store kommuner er relativt jevnt fordelt. Tilskuddsmottakerne har god geografisk spredning, med unntak av Finnmark og Agderfylkene, som i mindre grad er representert. Alle kommuner har arbeidet med utvikling av modeller og systematisering av kommunens arbeid på tvers av nivåer og tjenester. Flere kommuner viser til styrket prioritering, forankring, tjenesteutvikling og kompetanse.

#### Andre tiltak

Det treårige utviklingsarbeidet om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse har pågått i perioden 2015–2017 og er i 2018 avsluttet som pro-

sjekt, men erfaringer, metoder og arbeidsformer videreføres gjennom program for folkehelsearbeid i kommunene. Sentralt i prosjektet er utprøving og utvikling av metoder for medvirkning med mål om at kvalitativ lokalkunnskap skal supplere kommunenes folkehelseoversikter som grunnlag i planprosesser og konkrete folkehelse tiltak. 40 kommuner i åtte fylker deltatt i prosjektet. Foreløpige funn viser at kombinasjonen av kvantitative og kvalitative data gir et godt kunnskapsgrunnlag for plan- og beslutningsprosesser. I arbeidet framover blir det viktig å styrke arbeidet med å integrere kunnskapen i styringssystem. Sluttkonferanse arrangeres i Stavanger i november 2018. Evalueringsrapport vil foreligge i 2019.

Det foreslås å videreføre 7,4 mill. kroner i driftsstøtte til Rustelefonen som drives av Oslo kommune. Det foreslås også å videreføre 0,8 mill. kroner til Sunne kommuner.

#### Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til rusmiddelforebyggende innsats.

Bevilgningen foreslås redusert med 5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Over tilskuddsordningen for frivillig rusmiddelforebyggende innsats ble det for 2017 gitt om lag 45 mill. kroner i tilskudd til 39 tiltak, mens det så langt i 2018 er gitt tilsagn om tilskudd for om lag 42,6 mill. kroner til 34 tiltak. Målet for tilskuddsordningen er i hovedsak å bygge opp under frivillig sektors forebyggende arbeid knyttet til innsatsområdene. Det er ikke lagt opp til en effektmåling av tiltakene. Helsedirektoratet vurderer at ordningen i hovedsak oppfyller sitt formål om å støtte opp om frivillige organisasjoners virksomhet, og dermed bidrar til større mangfold i samfunnets samlede rusmiddelforebyggende innsats overfor målgruppen. Helse- og omsorgsdepartementet har utredet om regelverket for tilskuddsordningen bør nedfelles i forskrift. Forslag til forskrift er sendt på offentlig høring. Det foreslås at tilskuddsordningen videreføres.

For 2018 har Stortinget bevilget 5 mill. kroner til en egen tilskuddsordning til rusmiddelforebyggende innsats rettet inn mot studenter og studiesteder i regi av bl.a. studentsamskipnader og studentorganisasjoner. Det er igangsatt et arbeid for å samordne tilskuddsordningen med tilskuddsordningen Studenters psykiske helse, jf. kap. 765, post 73. Dette arbeidet har forsinket tilskuddsforvaltningen, men Helsedirektoratet vil forvalte tilskuddsordning i tråd med formålet i 2018.

Over tilskuddsordningen til frivillige rusmiddelpolitiske organisasjoner (nasjonal grunnstøtte) ble det for 2017 gitt om lag 18 mill. kroner i tilskudd til 16 organisasjoner med et samlet medlemstall på om lag 24 000. I 2018 er det så langt gitt tilsagn om tilskudd for om lag 18 mill. kroner til 15 organisasjoner. Tilskuddsordningen bidrar til at frivillige organisasjoner som arbeider for å redusere forbruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler, har mulighet til å vedlikeholde og utvikle organisasjonsarbeidet og den frivillige innsatsen på området. Tilskuddsordningen stimulerer til engasjement og rusmiddelpolitisk aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå. Tilskuddet sikrer at organisasjonene kan drifte ut fra sine vedtekter, i tråd med demokratiske prinsipper, og sikrer dermed uavhengighet og mangfold i organisasjonslivet. Helsedirektoratet vurderer at ordningen i hovedsak oppfyller sitt formål om å støtte opp om frivillige organisasjoners virksomhet, og dermed bidrar til større mangfold i samfunnets samlede rusmiddelforebyggende innsats overfor målgruppen. Det foreslås at tilskuddsordningen videreføres.

Driftsstøtte til kampanjeorganisasjonen Av-og-til foreslås økt med 2,9 mill. kroner til 19,3 mill. kroner. Av-og-til har et bredt samarbeidsnettverk av medlemsorganisasjoner, offentlige virksomheter, kommuner og frivilligheten. Det ble i 2017 undertegnet samarbeidsavtale med 13 nye kommuner, slik at det nå er 50 Av-og-til kommuner. Etterspørselen etter samarbeid og oppfølging er stor.

Det foreslås 15,4 mill. kroner i driftsstøtte til Akan kompetansesenter. Akan-arbeidet er bygd opp omkring et samarbeid mellom staten, NHO og LO. Akan skal bygge opp under arbeidslivets evne til å forebygge rus og avhengighet, slik at sykefravær reduseres og effektivitet og livskvalitet økes. Det foreligger en evaluering av Akan fra 2017. Akan har fulgt opp anbefalingene fra rapporten i styret, og Helsedirektoratet vil se nærmere på enkelte av punktene. I hovedsak viser evalueringen at Akan oppfyller sin rolle.

Det foreslås 15,1 mill. kroner i driftsstøtte til rusfeltets samarbeidsorgan Actis. Actis er en paraplyorganisasjon for frivillige organisasjoner på rusfeltet som har aktivitet og kompetanse innenfor forebygging, holdningsskapende arbeid, behandling og ettervern.

Det foreslås 7,9 mill. kroner i driftsstøtte til Antidoping Norge og arbeidet mot doping som samfunnsproblem. Antidoping Norge har i 2017 lagt stor vekt på samarbeid med kommuner og fyl-

keskommuner, helse, politi, skole samt trenings-senterbransjen.

### Post 74 Skolefrukt mv.

Bevilgningen dekker tiltak som skal stimulere til gode kost- og måltidsvaner generelt og økt inntak av frukt og grønnsaker spesielt hos barn og unge, herunder abonnementsordningen Skolefrukt. Ordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønt på oppdrag fra Helsedirektoratet. Tiltakene er rettet mot skoleeier, foreldre og elever.

Bevilgningen foreslås redusert med 0,35 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Våren 2018 abonnerte om lag 57 000 elever på skolefrukt gjennom Skolefruktordningen. Det tilsvarer vel 9 pst. av elever i grunnskolen. Av disse var det om lag 20 000 som fikk gratis skolefrukt betalt av skole eller kommune. Andel skoler som deltok var vel 35 pst. Det er flest rene barneskoler som benytter tilbudet.

Sunn ungdomsmat er en videreføring av tiltaket NM i lunsj initiert av Helsedirektoratet 2016–2017 for å bedre mat- og måltidsmiljø på ungdomsskolen. Prosjektet er treårig, forankret i Opplysningskontoret for frukt og grønt, og finansiert av Gjensidigestiftelsen. De øvrige opplysningskontorene i landbruket og Sjømatrådet bidrar i arbeidet sammen med Helsedirektoratet og det er etablert en referansegruppe med representanter fra skole, foreldre og elever.

Helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet skal videreføre arbeidet med å samle og spre eksempler fra kommuner som arbeider godt med mat og måltid i skolen. Med bakgrunn i utfordringer med at andel som spiser frokost, reduseres med økende alder, skal det særlig ses på tiltak som kan bidra til å øke andelen som spiser frokost.

### Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid.

Det foreslås:

- 1 mill. kroner flyttet til kap. 780, post 50 knyttet til Euratom, jf. nærmere omtale der
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak
- 15 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at delfinansiering av HUNT4 er avsluttet. Se nærmere omtale under kap. 732, post 78

### Psykisk helse i skolen

Det foreslås å videreføre 19,8 mill. kroner tilskuddsordningen Psykisk helse i skolen. I 2016 gikk tilskuddet til Voksne for barn (Drømmeskolen og Zippys venner), Stiftelsen Psykiatrisk opplysning (Alle har en psykisk helse og Hva er det med Monica), Høgskulen i Sogn og Fjordane (Klapp), Forandringfabrikken (Mitt Liv Skole/Forandring med Varme), Organisasjonen Mot (Mot i ungdomsskolen), Uni Research/RKBU Vest (Olweusprogrammet), Fri (Rosa kompetanse skole), Trygg læring (Trygg læring), Mental Helse (Venn1) og Vestre Viken HF (VIP). Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen.

Som det går fram av Prop. 1 S (2017–2018) skal ordningen gjennomgås. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å gjennomføre en ekstern forskningsbasert evaluering av tilskuddsordningen for å sikre kunnskap om i hvilken grad kommuner og skoler benytter programmene i tilskuddsordningen, og i hvilken grad programmene inngår i kommunenes systematiske og helhetlige arbeid for barn og unges psykiske helse. Evalueringen vil foreligge i løpet av 2019. Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av evalueringsrapporten vurdere videre oppfølging.

### Psykologistudentenes opplysningsarbeid for unge (POFU)

Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner i tilskudd til Universitetet i Oslo til drift av undervisningsopplegg som skal øke elevers kunnskap og bevissthet omkring psykisk helse, bistå i lærernes og skolens arbeid med å fremme alle elevenes psykiske helse og gi psykologistudenter erfaring med forebyggende arbeid. Undervisningsopplegget gjennomføres i regi av psykologistudenter ved Psykologisk institutt og prøves ut ved en rekke ungdomsskoler. Opplegget startet i Oslo i 2017 og er utvidet til Bergen, Trondheim og Tromsø i 2018.

### Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen har som mål å forebygge ensomhet blant eldre. Det foreslås derfor å videreføre 1 mill. kroner i tilskudd til Seniordans Norge og 3 mill. kroner i tilskudd til Den Norske Turistforening og Røde Kors og deres arbeid med å aktivisere eldre fysisk og sosialt. Helsedirektoratet forvalter tilskuddene. Røde Kors og Turistforeningen samar-

beider om gågrupper for eldre. Begge tiltakene har som mål å få flere eldre som lever alene eller er ensomme med på aktiviteter. Tilbakemelding fra deltakere er at det er et positivt sosialt møte-sted og at de setter pris på den fysiske aktiviteten. Arbeidet har bidratt til etablering av nye seniordans-grupper i de fleste fylker, 58 nye gågrupper i 2017 (fra 23 i 2015) og mange flere deltakere. Det vises for øvrig til omtale under kap. 761.

### Ny avtale med Skadeforebyggende forum 2019–2023

Det foreslås 2 mill. kroner til å videreføre og forsterke samarbeid med frivillige og privat sektor i arbeidet med skadeforebygging i en fem års periode. Tilskuddet skal dekke samarbeidsavtalen med Finans Norge om Skadeforebyggende forum. Dette er et samarbeid mellom offentlig, private og frivillige som å stimulere til økt tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid mellom det frivillige, det offentlige og næringslivet, bl.a. med sikte på å spre Trygge lokalsamfunn, en modell som hjelper kommunene å arbeide systematisk med ulykkesforebygging. I avtalen vil det arbeides for å få inn nye partnere av private, frivillige og pårørende, og nye samarbeidsplattformer mot private og/eller de offentlige tjenestene. Tilskuddet skal også dekke videreutvikling av en plattform knyttet til robuste eldre i trygge boliger, med sikte på langsiktige avtaler knyttet til både offentlig/privat samarbeid og med frivillig sektor.

### Andre tiltak

Det foreslås å videreføre følgende øremerkede tilskudd:

- 6 mill. kroner til Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet til drift av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.
- 6 mill. kroner til Norges Arktiske Universitet til drift av Tromsøundersøkelsen.
- 3,7 mill. kroner i driftstilskudd til Norges astma- og allergiforbund, bl.a. til drift av Pollenvarslingen.
- 1,2 mill. kroner i driftstilskudd til Ammehjelpen for å fremme amming og hjelpe mødre som trenger mer kunnskap om amming.
- 1 mill. kroner i driftsstøtte til Norges sjømatråd til det nasjonale kostholdsprogrammet Fiskeprell. Programmet har startet arbeidet med effektevaluering som vil pågå over 3 år.
- 0,5 mill. kroner til forebyggende arbeid i regi av organisasjonen Mot.

**Kap. 3714 Folkehelse**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
04	Gebyrinntekter	2 396	2 356	2 412
	Sum kap. 3714	2 396	2 356	2 412

**Post 04 Gebyrinntekter**

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som forvaltes av Helsedirektoratet.

Bevilgningen dekker bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Bevilgningen

dekker videre gebyrer på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-3 første ledd nr. 1 og 2. Ordningene er selvfinansierte.

**Kap. 717 Legemiddeltiltak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		9 973	11 836
70	Tilskudd		57 789	58 451
	Sum kap. 0717		67 762	70 287

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

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

- 1,8 mill. kroner i økt bevilgning til oppfølging av anmodningsvedtak nr. 341 (2016–2017) om tilgang til informasjon om legemiddelbehandling av barn

I Norge mangler vi et åpent og tilgjengelig oppslagsverk der man kan finne systematisert og kvalitetssikret informasjon om legemiddelbehandling av barn. Kontaktpunktet for tverretattlig legemiddelinformasjon ble etablert i 2006 og har representanter fra Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet. Kontaktpunktet har laget en utredning om helsepersonellens behov når det gjelder legemiddelinformasjon, herunder informasjon om legemidler til barn. Det foreslås her å inngå et samarbeid med det nederlandske oppslagsverket «kinderformularium» for å få tilgang til informasjon om legemiddelbehandling

av barn. Videre foreslås det at Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok skal ha det redaksjonelle ansvar for et slikt oppslagsverk.

Bevilgningen nyttes til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboka. I tillegg nyttes bevilgningen til bl.a. Helsedirektoratets arbeid med tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk og Legemiddelverkets arbeid med tilsyn og tiltak på området medisinsk utstyr.

**Post 70 Tilskudd**

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike legemiddeltiltak.

Kompetansenettverk legemidler for barn

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at barns legemiddelbehandling skal være hensiktsmessig og trygg. Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen. Nettverket

har en styringsgruppe som foruten ledelsen består av representanter fra de ulike helseregionene og en allmennlege. I tillegg har nettverket en stab for å ivareta administrative og faglige oppgaver. Det er etablert lokale legemiddelutvalg ved alle sykehus som har barneavdelinger. Legemiddelutvalgene er tverrfaglige og består av leger, sykepleiere og farmasøyt.

Nettverket har fem arbeidsområder: Pasient-sikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling, vitenskapelig kompetanseutvikling og kunnskapsoppsummering og forskning på legemidler til barn. Nettverket bidrar til kvalitetssikringsarbeid i spesialist- og primærhelsetjenesten ved å støtte prosjekter faglig og økonomisk. Nettverket arrangerer også faglige seminarer.

I årene 2010–2018 har det blitt bevilget 5 mill. kroner per år til nettverket. I tillegg har det fra 2013 blitt bevilget en million kroner til sekretariatet for NorPedMed, et klinisk forskningsnettverk for legemiddelstudier på barn.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 6 mill. kroner til Haukeland Universitetssykehus til drift av kompetansenettverket i 2019. Videre foreslås det en bevilgning på 0,4 mill. kroner for å sikre norsk tilgang til British National Formulary for Children i 2019.

#### Apotek

Ved utgangen av 2017 var det 898 apotek i Norge, en økning på 30 apotek sammenliknet med året før. Per 15. juni 2018 var det 918 apotek i Norge.

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis det støtte til samfunnsfunksjoner ved Institutt for energiteknikk i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler. I 2018 er det gitt støtte til fem vaktapotek og åtte distriktsapotek. I 2017 fikk syv vaktapotek og syv distriktsapotek støtte.

#### Fraktfusjon av legemidler

Fraktfusjonsordningen gjelder for pasienter som har lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å oppsøke apotek. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder. I forbindelse med at det er åpnet for nettapotek, er fraktfusjonsordningen f.o.m. 2017 begrenset til visse legemidler/pasientgrupper.

#### Regionale legemiddelsentra

Det er fire regionale legemiddelinformasjonsentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehusene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis skal bidra til riktig legemiddelbruk gjennom gratis, produsentuavhengig informasjon til helsepersonell og publikum. Relis gir viktig informasjon ved legemidelforskrivning 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 hendelsesforløp og årsakssammenheng og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler.

Trygg mammamedisin er en gratis nettbasert tjeneste for publikum hvor Relis besvarer spørsmål om bruk av legemidler ved graviditet og amming.

Siden 2015 har Relis gjennomført Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp). Kupp er den norske versjonen av undervisningsmetoden «academic detailing» (AD). I Kupp tilbys allmennleger en faglig oppdatering om et terapiområde i en-til-en møter på legens kontor. Hensikten er å gi legen en kunnskapsbasert, produsentuavhengig oppdatering på et tema som er direkte anvendbart i den kliniske hverdagen.

Relis har gjennomført Kupp i alle helseregioner i perioden 2015–2018. Tema har vært riktig bruk av NSAIDs (betennelseshemmende legemidler) og antibiotika. I 2018 ble det startet en kampanje i alle regioner på legemiddelbehandling ved diabetes type 2. Siden oppstarten i 2015 er det gjennomført over 2000 legebesøk. Videre vil om lag 1200 fastleger få besøk om diabetes i 2018. Det foreslås en videreføring av bevilgningen på 3 mill. kroner til Relis i 2019.

#### 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 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
70	Legemiddeldetaljstavgift	93 849	68 000	63 000
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	6 331	4 900	4 900
73	Legemiddelleverandøragift	133 046	159 000	207 500
74	Tilsynsavgift		3 770	3 770
75	Sektoravgift tobakk			15 000
	Sum kap. 5572	233 226	235 670	294 170

Bevilgningen dekker sektoravgifter på legemiddelområdet og på tobakksområdet

**Post 70 Legemiddeldetaljstavgift (tidligere Legemiddelomsetningsavgift)**

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist, jf. legemiddeloven § 18. Avgiften dekker bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, Relis og tilskudd til apotek mv., jf. omtale under kap. 717, post 70, samt delfinansiering av driften ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001). Det legges til grunn en uendret avgiftssats på 0,3 pst. i 2019. Budsjettanslaget er helårsvirkning av denne satsen.

**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. Det legges til grunn en uendret avgiftssats på 1,2 pst. i 2019.

**Post 73 Legemiddelleverandøragift (tidligere Legemiddelkontrollavgift)**

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning, jf. legemiddeloven § 10 og legemiddelforskriften § 15-3 fjerde ledd. Avgiften skal finansiere myndighetenes utgifter til kvalitetskontroll, overvåking av bivirkninger, informasjon om legemidler, regulatorisk og vitenskapelig veiledning, metodevurderinger, tilsyn med legemiddelreklame og fastsettelse av pris på legemidler.

Avgiften skal også dekke myndighetenes utgifter ved deltakelse i vitenskapelige komiteer og faste grupper i EU/EØS-samarbeidet, kvalitetssikring og utstedelse av dokumenter knyttet til markedsføringstillatelser og markedsføring i Norge som ikke dekkes av gebyr eller oppdragsinntekt. Budsjettanslaget bygger på uendret sats fra 2018 på 1 pst. og anslag på legemiddelomsetning i 2019.

**Post 74 Tilsynsavgift**

Dette er en årsavgift på 3,77 mill. kroner som skal dekke Legemiddelverkets kostnader til tilsynsaktiviteter med e-sigaretter.

**Post 75 Sektoravgift tobakk**

Det foreslås en sektoravgift på 15 mill. kroner som belastes tobakksindustrien og som skal dekke etableringen av nytt register for bevillingsordningen, tilsyn med bevillingshaverne samt systemet for sporing- og sikkerhetsmerking. Norge ratifiserte 29. juni 2018 tobakkskonvensjonens protokoll mot ulovlig handel, jf. Prop. 79 S (2017–2018). Protokollen forplikter Norge til å opprette en ny bevillingsordning for produksjon, import og eksport av tobakksvarer, jf. Prop. 75 L (2017–2018) og omtale under kap. 740, post 01. Det forventes ikrafttredelse av disse nye ordningene i 2019. I forbindelse med dette må Helsedirektoratet etablere bevillingsregister og få dekket sine tilsynskostnader. Disse utgiftene er estimert til om lag 10 mill. kroner det første året.

Videre forplikter både protokollen og EUs tobakksproduktdirektiv Norge til å innføre et system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer, med det formål å bekjempe ulovlig handel med tobakk. Systemene er under utarbeid-

delse i EU og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på kostnadene for hvert enkelt land. Det er ennå ikke avklart om disse systemene også vil medføre kostnader for andre myndigheter enn Helsedirektoratet. Foreløpig estimat på kostnadene er 5 mill. kroner det første året.

Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i revidert nasjonalbudsjett 2019, når ordningene er ferdig utredet. Inntektsanslaget er foreløpig usikkert, og det foreslås derfor merinntektsfullmakt knyttet til kap. 5572, post 75.

### Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
85	Statens overskuddsandel	74 784	70 900	41 200
86	Utbytte	3	2	2
Sum kap. 5631		74 787	70 902	41 202

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.

Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet i hele landet. I 2017 åpnet Vinmonopolet 8 nye butikker. Ved utgangen av 2017 har selskapet totalt 323 butikker i 245 kommuner. 96,5 pst. av befolkningen bor nærmere enn 30 km fra nærmeste vinmonopolbutikk. Utvalget i butikkene varierer fra om lag 200 produkter til over 4500 produkter. Vinmonopolets varer kan også bestilles gjennom Vinmonopolets nettbutikk og kundesenter. Frakten er kostnadsfri for kunder som bor i kommuner uten vinmonopolbutikk.

Vinmonopolet solgte totalt 80,7 mill. liter i 2017. Dette er en nedgang på 625 000 liter eller -0,8 pst. målt mot 2016. Salget av svakvin gikk ned med 0,02 pst. til 65,7 mill. liter. Salget av brenne-

vin og brennevinsbaserte drikker gikk ned med 0,01 pst. til 11,2 mill. liter. Salget av sterkvin gikk ned med 0,02 pst. til 500 000 liter, mens det ble solgt 2,7 mill. liter sterkøl, en økning på 0,15 pst. fra 2016. Salget av alkoholfrie drikker økte med 0,07 pst. til 490 000 liter.

Vinmonopolets omsetning var 13,4 mrd. kroner eksklusiv mva. i 2017, en salgsinntektsøkning på 170 mill. kroner fra 2016. Av dette var 7 mrd. kroner alkoholavgift. Driftsresultatet var 147 mill. kroner, 32 mill. kroner lavere enn i 2016. Endring i driftsresultatet skyldes i hovedsak at lønnsøkningen er større enn økningen i omsetning, og at åpninger av flere mindre butikker øker driftskostnadene samtidig som omsetningen ikke har økt tilsvarende. Resultatet før skatt ble 167 mill. kroner, som er 32 mill. kroner høyere enn i 2016. Stortinget har fastsatt at 50 pst. av overskuddet etter skatt skal tilfalle staten. Dette utgjorde for 2017 63,5 mill. kroner som innbetales i 2018.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2017 et resultat på 7,2 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 er i 2018 fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2017 før ekstraordinære poster. Andelen på 50 pst. foreslås uendret i 2019. Forslaget bygger på en vurdering av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i



forbindelse med utvidelse av butikknett, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet og ønsket kapitalstruktur. Foreslått beløp er beregnet ut fra budsjettert resultat for 2018.

**Post 86 Utbytte**

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2017. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

## Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
732	Regionale helseforetak	140 318 989	147 747 171	159 182 450	7,7
733	Habilitering og rehabilitering	148 543	150 227	152 382	1,4
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	194 687	176 091	208 879	18,6
737	Historiske pensjonskostnader			30 000	
	Sum kategori 10.30	140 662 219	148 073 489	159 573 711	7,8

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
01-23	Statens egne driftsutgifter	110 530	108 836	183 894	69,0
70-89	Andre overføringer	140 551 689	147 964 653	159 389 817	7,7
	Sum kategori 10.30	140 662 219	148 073 489	159 573 711	7,8

Vesentlige endringsforslag er omtalt under hvert budsjettkapittel.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak ansvar for utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Innovasjon og samarbeid med næringslivet er viktig for å understøtte tjenesteutvikling. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret). De fire regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de eier. Sørge for-ansvaret ivaretas gjennom den offentlige

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

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken, innenfor lover og forskrifter og de økonomiske rammene. Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet. Departementet holder seg orientert om foretakenes virksomhet og om foretakene drives i samsvar med mål og krav gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom rapportering med påfølgende oppfølgingsmøter.

#### **Boks 4.1 Helse Sør-Øst RHF**

- Etablert i 2007
- Ansvar for befolkningen i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder (om lag 3 mill. innbyggere)
- Består av 11 helseforetak: Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF
- Forvalter driftsavtaler med Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset. I tillegg forvalter Helse Sør-Øst RHF avtaler med om lag 1000 avtalespesialister og om lag 80 avtaler med private institusjoner.
- Antall årsverk i 2017: 60 766
- Inntektsbudsjett i 2018: om lag 81,6 mrd. kroner

#### **Boks 4.2 Helse Vest RHF**

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane (om lag 1,1 mill. innbyggere)
- Består av 5 helseforetak: Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sjukehusapoteka Vest HF
- Forvalter driftsavtaler med Haraldsplass Diakonale Sykehus som en del av lokalsykehusstilbudet, og forvalter avtaler med om lag 280 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner
- Antall årsverk i 2017: 21 988
- Inntektsbudsjett i 2018: om lag 29,5 mrd. kroner

#### **Boks 4.3 Helse Midt-Norge RHF**

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Møre og Romsdal og Trøndelag (om lag 721 000 innbyggere)
- Består av 4 helseforetak: Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Forvalter avtaler med om lag 135 avtalespesialister og 20 avtaler med private institusjoner
- Antall årsverk i 2017: 16 967
- Inntektsbudsjett i 2018: om lag 21,8 mrd. kroner

#### **Boks 4.4 Helse Nord RHF**

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark (om lag 486 000 innbyggere)
- Består av 6 helseforetak: Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF, Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT
- Forvalter avtaler med om lag 80 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner
- Antall årsverk i 2017: 13 838
- Inntektsbudsjett i 2018: om lag 18 mrd. kroner

Programkategorien omfatter bevilgninger til drift og lån til de regionale helseforetakene (kap. 732), bevilgninger til tiltak innenfor habilitering og rehabilitering (kap. 733), bevilgninger til psykisk helse og rustiltak (kap. 734) og bevilgning til tilskuddsordning for historiske pensjonskostnader (kap. 737).

## Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	8 069	19 587	59 710
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	1 844 941	700 607	828 059
71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	528 749	539 252	552 116
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	49 765 572	51 985 750	53 579 738
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	17 564 836	18 327 061	18 784 161
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	13 256 477	13 865 726	14 272 545
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	11 878 478	12 403 447	12 728 492
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	33 686 523	36 062 556	37 843 728
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	3 265 921	3 129 988	3 119 112
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 145 337	1 170 188	1 216 053
79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	600 513		
80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	5 108 650	6 414 149	7 030 632
81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>		20 540	96 723
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	1 636 800	2 890 520	5 631 381
83	Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	28 123	60 800	81 000
86	Driftskreditter		157 000	3 359 000
	Sum kap. 0732	140 318 989	147 747 171	159 182 450

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

- 1 350 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til pasientbehandling i sykehusene
- 1,7 mrd. kroner i investeringslån til helseforetakene til pågående byggeprosjekter
- 575 mill. kroner i lån og tilskudd til Helseplattformen Midt-Norge i 2019, hvorav 110 mill. kroner er tilskudd til kommunene
- 495 mill. kroner i låne- og tilskuddsbevilgninger til nye byggeprosjekter i 2019 i helseforetakene, sammenlignet med saldert budsjett for 2018
- 170 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til mva-kompensasjon
- om lag 2,1 mrd. kroner i netto økning knyttet til endrede anslag for de regionale helseforetakenes pensjonspremier og -kostnader
- 40 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger
- 25 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til dekning av reisekostnader for barn som pårørende
- 6 mill. kroner i økt bevilgning til Nasjonalt tarmscreeningsprogram
- 6 mill. kroner i økt bevilgning til persontilpasset medisin
- 2,5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til endret aldersgrense for egenandelsfritak for

pasientbehandling ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam

- 1 283 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til overføring av finansieringsansvaret for legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene
- 145 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til reversering av legemiddelet Xolair til folketrygden
- 185 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av betalingsplikt for kommunene for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og rus
- 15 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til tilskuddsordning for historiske pensjonskostnader, hvor midlene er flyttet til kap. 737, post 70

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning (kap. 732, post 72–75) og aktivitetsbasert finansiering (kap. 732, post 76, Innsatsstyrt finansiering, kap. 732, post 77, Laboratorie- og radiologiske undersøkelser og kap. 732, post 80, Kompensasjon for merverdiavgift). I tillegg kommer bevilgninger til avtalespesialister (kap. 2711, post 70, og post 71) og private laboratorier og røntgeninstitutt (kap. 2711, post 76). Det gis også tilskudd basert på kvalitetsindikatorer for å øke kvalitet (kap. 732, post 71) og tilskudd til forskning og nasjonale kompetansetjenester (kap. 732, post 78).

I årlig melding 2017 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppdragsdokument og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2017 og status 2018 i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Årlig melding inngår som en del av grunnlaget for departementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2019.

#### Hovedtrekk i forslag 2019

Det vises til budsjettforslagets del I, pkt. 2.1 for en mer utfyllende oppsummering av hovedtrekkene i budsjettforslaget for de regionale helseforetakene for 2019 og omtale under postene 72-75.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2019 med 1 350 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2018. Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med

om lag 1,7 pst. neste år fra anslått aktivitetsnivå i 2018. Dette er en fortsatt høy budsjettert aktivitetsvekst.

Oppdaterte anslag for innsatsstyrt finansiering (ISF) og laboratorie- og radiologiske undersøkelser i 2018 tilsier at bevilgningene kan settes ned med 286 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett. Budsjettforslaget for 2019 tar utgangspunkt i det lavere bevilgningsbehovet i 2018. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,9 pst. Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene tar hensyn til at pensjonskostnadene anslås 1 100 mill. kroner lavere i 2019 sammenliknet med saldert budsjett 2018.

For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2018 til 2019, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på 2,9 pst. neste år.

Det foreslås til sammen 495 mill. kroner i låne- og tilskuddsbevilgninger til nye byggeprosjekter i 2019, sammenliknet med saldert budsjett for 2018. I tillegg kommer lån og tilskudd til Helseplattformen i Midt-Norge, til sammen 575 mill. kroner. Det foreslås to nye byggeprosjekter innenfor låneordningen, nytt sykehus i Narvik og nytt sykehus i Hammerfest.

Det foreslås 118 mill. kroner til nytt sykehus i Narvik, med en samlet låneramme på 1 716 mill. 2019-kroner. Det foreslås videre 38 mill. kroner i 2019 til nytt sykehus i Hammerfest, med en samlet låneramme på 1 893 mill. 2019-kroner.

Lån og tilskudd til protonbehandling ved Radiumhospitalet i Oslo og Haukeland universitetssykehus i Bergen ble vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018). Protonsenteret ved Radiumhospitalet har en samlet låne- og tilskuddsramme på 1 891 mill. 2018-kroner og får en økt låne- og tilskuddsbevilgning på til sammen 209,7 mill. kroner i 2019, sammenliknet med saldert budsjett for 2018. Protonsenteret ved Haukeland universitetssykehus har en samlet låne- og tilskuddsramme på 1 296 mill. 2018-kroner og får en økt låne- og tilskuddsbevilgning på til sammen 129,5 mill. kroner i 2019, sammenliknet med saldert budsjett for 2018.

Det foreslås å utvide lånerammen til nytt sykehus i Stavanger med 53 mill. 2019-kroner knyttet til universitetsarealer, hvor lånet til universitetsarealer utbetales fra 2020. I tillegg tas det sikte på å fremme forslag om låneramme til etablering av regional sikkerhetsavdeling på Ila ved Oslo universitetssykehus i statsbudsjettet for 2020, dersom tomtespørsmålet er avklart.

### Særskilte satsingsområder 2019

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasientene som partnere i utviklingen av tjenestene. Med dette som utgangspunkt vil styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2019 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- IKT
- Ressursutnyttelse og samordning

#### *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. I 2015 ble det etablert 28 pakkeforløp for kreft og 31 diagnoseveiledere for fastlegene. Helseforetakene skal bruke resultatene på indikatorene for pakkeforløp i eget forbedringsarbeid. Det skal legges vekt på å redusere variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft.

Regjeringen er opptatt av å ta erfaringene med pakkeforløpene for kreft med i arbeidet med andre sykdommer og lidelser. «De første» pakkeforløp for psykisk helse og rus vil være klare fra 2019. Helsedirektoratet vil i løpet av 2018 starte å utvikle pakkeforløp for «kreftpasienter hjem». Helsedirektoratet har lagt fram pakkeforløp for akuttfasen av hjerneslag, og skal etter planen legge fram og implementere pakkeforløp for rehabilitering etter hjerneslag i 2019. Videre ønsker regjeringen å utvikle pakkeforløp for smertebehandling, utmattelse og muskel- og skjelettlidelser.

Fritt behandlingsvalgreformene ble innført i 2015. Ordningen omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt enkelte tjenester innen somatik, herunder poliklinisk habilitering av barn og unge med medfødt eller ervervet hjerneskode.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere inklusjon av rehabiliteringstjenester i ordningen fra 2019. Fritt behandlingsvalgreformene innebærer også at de regionale helseforetakene skal kjøpe mer fra private gjennom anbud.

Det har siden 2015 vært gitt årlige oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Oppdragene har vært særlig rettet mot å etablere indikatorer og metodikk som avdekker uønsket variasjon, samt å tilgjengeliggjøre denne informasjonen slik at den kan brukes til forbedringsarbeid på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet følges opp i 2019.

Departementet har satt i gang et utredningsarbeid for å vurdere ev. endringer i reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og registrering av ventetider. Helsedirektoratet har levert en rapport som vurderer alternative modeller til departementet, og som departementet har sendt på høring med frist 2. oktober. Departementet tar sikte på å sende et høringsnotat med forslag til lov- og forskriftsendringer etter høringen.

Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten skal understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Fra 2019 gjøres det endringer i ISF-ordningen for å bedre understøtte øyeblikkelig hjelp-tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Videre gjøres det endringer for å legge til rette for mer sammenhengende pasientforløp. Dette innebærer å inkludere flere tjenestetilbud i ISF-ordningen, samt å harmonisere finansieringen av enkelte typer behandling som tilbys både i sykehus og som pasientadministrert behandling.

I budsjettforslag 2019 er det lagt til rette for en generell aktivitetsvekst på om lag 1,7 pst. som omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører.

#### *Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Regjeringen fortsetter å prioritere psykisk helsevern og rusbehandling i 2019. Det vil bli lagt til rette for økt brukerinnflytelse, kortere ventetider, bedre forutsigbarhet og bedre kvalitet, bl.a. gjennom etablering av pakkeforløp. De første pasientene kan henvises til pakkeforløp fra årsskiftet 2018/2019. Videre utvikling av lokalbaserte tjenester, herunder ambulante tilbud, skal prioriteres. Opptrappingsplanen på rusområdet videreføres.

Det skal også i 2019 være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rus-

behandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

Innsatsen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern fortsetter. I 2017 ble det etablert et nytt sett med nasjonale kvalitetsindikatorer om bruk av tvangsmidler. Indikatorene inngår i tertialrapporteringen fra helseforetakene, og gjør det mulig å følge utviklingen i bruk av tvang fortløpende.

Regjeringen vil legge frem en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Psykisk helsevern vil også bli et hovedområde i Nasjonal helse og sykehusplan 2019. Regjeringens strategi for psykisk helse «Mestre hele livet» vil ligge til grunn for disse dokumentene, sammen med nyere innspill fra brukere, tjenesten og andre fagmiljøer.

Regjeringens satsing på bedre helsetilbud til barn i barnevernet vil bli videreført i 2019.

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innføres fra 2019. Det foreslås å overføre midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kommunene, jf. omtale under postene 72 til 75. Betalingsplikten skal følge oppholdskommune.

### *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*

Den årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten skal være en kilde for ledelse og styring på alle nivåer. Det skal arbeides mer systematisk for bedre kvalitet og pasientsikkerhet og mindre uønsket variasjon.

Målene og arbeidet i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» videreføres i 2019. Tiltakspakkene videreføres som en varig og integrert del av pasientbehandlingen i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Helsedirektoratet videreføre arbeidet med å kartlegge omfanget av pasientskader gjennom metoden GTT og gjennomføre felles kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur (undersøkelsen ForBedring) også i 2019. Resultatene skal følges opp på alle nivå med konkrete tiltak for å forebygge og redusere antall pasientskader og forbedre pasientsikkerhetskulturen der det er behov. De regionale helseforetakene skal lage konkrete handlingsplaner for eget arbeid på pasientsikkerhet, i samsvar med plan for nasjonal samordnet innsats på pasientsikkerhetsområdet fra 2019.

I 2018 har de regionale helseforetakene implementert og tatt i bruk Nasjonalt kodeverk for uønskede hendelser (NOKUP) i avvikssystemet, og jobber med tiltak for økt bruk av uønskede hendelser til forbedring av pasientsikkerheten. I 2019 forventes det at de regionale helseforetakene bidrar til å videreutvikle og øke bruken av helseforetakenes avvikssystem for å bedre pasientsikkerheten.

Medisinske kvalitetsregistre er viktige for å sikre kunnskap om kvaliteten på diagnostikk og behandling i helsetjenesten. De regionale helseforetakene skal i 2019 videreføre arbeidet med å legge til rette for nye nasjonale kvalitetsregistre, samt fremme god datakvalitet og mer bruk av eksisterende registre. Fra 2019 innføres en prøveordning i innsatsstyrt finansiering (ISF), hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene. Arbeidet som pågår i helse-dataprogrammet og «en innbygger – en journal» er viktig også for videreutviklingen av kvalitetsregistre. De regionale helseforetakene forventes i 2019 å få på plass en styringsmodell som sikrer samarbeid mellom helseregionene slik at målene med registrene oppnås, at behovet for nye kvalitetsregistre ivaretas, og at kvalitetsregisterperspektivet ivaretas i de nasjonale e-helseprosessene. De regionale helseforetakene skal gjennom deltakelse i Helsedataprogrammet i regi av Direktoratet for e-helse, bidra i arbeidet med standardisering og utvikling og bruk av fellestjenester for nasjonale helseregistre. Det vises til kap. 701 for omtale av Helsedataprogrammet og medisinske kvalitetsregistre.

Departementet ga i 2018 de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, i oppdrag å etablere en nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine muligheter for annen etablert eller utprøvende behandling i Norge eller utlandet, jf. utredning gjennomført av de regionale helseforetakene i 2017. Ordningen videreføres i 2019.

### *Personell, utdanning og kompetanse*

Personell, utdanning og kompetanse er grunnleggende innsatsfaktorer i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste og for å gi gode og trygge helsetjenester. Det innebærer å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse, god arbeidsdeling og bedre bruk av personell. Personellområdet er

et sentralt tema i nåværende Nasjonal helse- og sykehusplan.

Personellframskrivninger har synliggjort et betydelig forventet merbemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten i årene framover. Oppmerksomhet må rettes mot sykehusenes store behov for spesialisert medisinsk og helsefaglig kompetanse. Samtidig opplever sykehusene endrede og nye kompetansebehov innen bl.a. realfag, IKT, logistikk og støttetjenester.

Helseforetakene, både regionalt og lokalt, må ha oppmerksomhet og kunnskap om framtidige personell- og kompetansebehov, og legge planer for hvordan disse best kan møtes. Gjennom foretaksmøtet er det stilt krav om å utvikle strategier og planer for dette. Sykehusenes behov for kompetanse og personell må også sees i sammenheng med behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Legenes spesialistutdanning er under modernisering. De første legene startet opp i ny ordning i utdanningens første del høsten 2017. Regionale sentra for å ivareta læringsaktiviteter er etablert og under oppbemanning ved regionsykehusene. Nye læringsmål og anbefalte læringsaktiviteter for spesialiseringens del 2 og 3, fastsatt av Helsedirektoratet, legges inn i et eget dataregistreringsverktøy ved sykehusene. Her skal alle legenes gjennomførte læringsaktiviteter, f.eks. ulike kurs og prosedyrer registreres, og ligge til grunn for vurdering av oppnådde læringsmål. Det er etablert regionale prosjekter, forankret i regionenes helseforetak for å implementere ny ordning. De regionale helseforetakene skal påse at ordningen iverksettes fra 1. mars 2019.

#### *Forskning og innovasjon*

Det er viktig å styrke kvaliteten på og omfanget av tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning, helsetjenesteforskning, innovasjon og næringsutvikling. Det er et mål å øke både antallet offentlig initierte kliniske studier og studier initiert av næringslivet. Det er lagt til rette for flere kliniske studier i helsetjenesten, jf. omtale under kap. 732, post 78, og i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med å styrke de kliniske utprøvingseenhetene og bruk av Norwegian Infrastructure for Clinical Trials, NorCRIN skal videreføres. Det er ønskelig å utrede muligheten for økt samarbeid med industrien for å understøtte NorCRIN som nasjonalt nettverk og inngangsport til kliniske studier i Norge. Nettside for pasientrettet informasjon om kliniske studier på [helsenorge.no](http://helsenorge.no) skal videreutvikles.

Arbeidet med utvikling av en nasjonal database over kliniske studier, som også omfatter data for de siste tre årene, skal videreføres. Det er utviklet indikatorer for kliniske studier og antall pasienter som deltar i kliniske studier, som på sikt vurderes benyttet som et økonomisk insentiv for å øke pasienters deltakelse i kliniske studier gjennom det resultatbaserte finansieringssystemet for forskning i de regionale helseforetakene. Det er gjennomført en prøverapportering i 2018. Foreløpige analyser viser at det er behov for å utvikle oppdaterte rutiner for registrering av studier i SPREK-portalen. Rapportering av kliniske studier for 2017 og 2018 skal gjennomføres i 2019. Program for klinisk behandlingsforskning skal videreutvikles med sikte på å legge til rette for kliniske studier der Nye metoder har synliggjort behov for forskningsbasert dokumentasjon enten som grunnlag for beslutning eller for dokumentasjon ved innføring av metoder. 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. Samarbeid med frivillige aktører som finansierer forskning skal vurderes.

Det er et mål å øke helseforetakenes deltakelse i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon og det nordiske samarbeidet om kliniske studier og persontilpasset medisin. HelseOmsorg21-strategien og regjeringens handlingsplan for oppfølging av denne bør tas hensyn til i forsknings- og innovasjonsarbeidet i de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene har i 2018 gjennomført prøverapportering ved bruk av nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene, basert på pilotprosjekt gjennomført i 2017. Det tas sikte på å måle indikatorer for nyttevurdering og faseinndeling fra 2019. Innovasjonseffekten av anskaffelser i helseforetakene bør økes, eksempelvis innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT. Det skal legges til rette for økt samarbeid med næringslivet, bl.a. gjennom tilrettelegging av infrastruktur og kliniske studier for uttesting av medisinsk-teknisk utstyr. Samarbeidet mellom aktørene følges opp gjennom stortingsmeldingen om helsenæringen og oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien.

#### *IKT*

Digitalisering er en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste og helhetlige pasientforløp. Innbyggere og pasienter skal ha mulighet til



digital dialog med spesialisthelsetjenesten på nett for å kunne administrere og delta i egen behandling.

Innbygger og pasient skal ha tillit til at personopplysninger behandles på en trygg og sikker måte. Helseforetakene, både lokalt og regionalt, skal ha høy prioritet på ivaretagelse av informasjonssikkerhet gjennom oppfølging av krav til teknologi, prosesser og kultur.

Realisering av gevinster av digitale løsninger forutsetter at det er etablert IKT-infrastruktur med høy sikkerhet og tilgjengelighet. Bruken av etablerte nasjonale e-helseløsninger skal økes for å sikre et likeverdig tilbud. Innføring av innbyggertjenester på helsenorge.no skal ha høy prioritet for å styrke den digitale kontakten med innbyggere og pasienter. De regionale helseforetakene skal, så langt der mulig, søke å samordne utvikling av nye løsninger. Felles anskaffelser skal gjennomføres der det er formålstjenlig. Det skal legges til rette for prosesser for erfaringsutveksling fra anskaffelsesprosesser og innføring av ny teknologi.

De regionale helseforetakene skal videreføre sine faglige og finansielle bidrag i utvikling av nasjonale løsninger og felleskomponenter, herunder felles standarder for deling av helseinformasjon. De regionale helseforetakene skal understøtte og bidra i allerede igangsatte programmer, som arbeidet med én innbygger – én journal, Helseplattformen og helseanalyseplattformen.

De regionale helseforetakene skal tilrettelegge for nye teknologiske løsninger slik at flere pasienter kan behandles og følges opp hjemme. Dette skal gjøres i samarbeid med fastlege og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Spesialisthelsetjenesten har kommet langt i å ta i bruk etablerte elektroniske meldinger. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Norsk Helsennett SF og aktuelle leverandører gjøre tiltak for å redusere feil bruk av standardiserte meldingsformater.

#### *Ressursutnyttelse og samordning*

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

takene skal legge til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Det er etablert flere felleseide nasjonale foretak for å sikre felles løsninger for spesialisthelsetjenesten. Det er stilt krav om at de regionale helseforetakene sikrer rammebetingelser for de felleseide nasjonale foretakene slik at de kan ha en utvikling i tråd med fastlagte mål og strategier. Det har i 2018 blitt avholdt egne rapporteringsmøter med ledelsen i de regionale helseforetakene om Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF og hvor virksomhetenes styreledere og adm. direktører har deltatt. Denne oppfølgingen vil bli videreført i 2019. De regionale helseforetakene har i 2018 fått i oppdrag, i samarbeid med Sykehusbygg, å legge et grunnlag for evaluering av utbyggingsprosjekter i løpet av 2018. Videre skal de, også i samarbeid med Sykehusbygg, utrede hvordan det bedre kan legges til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg og å utrede en internhusleieordning innenfor det enkelte helseforetak med sikte på å få en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene. Arbeidet skal ferdigstilles innen 1. november 2018.

De regionale helseforetakene er videre bedt om å la Sykehusinnkjøp HF bistå Legemiddelverket ved kjøp av legemidler finansiert over folketrygden.

#### Basestrukturen for luftambulansen i Norge

*Vedtak nr. 545 (2015–2016), 17. mars 2016*

*«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge.»*

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

De regionale helseforetakene fikk i 2016 i oppdrag å gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge. Utredningen om basestruktur ble ferdigstilt våren 2018 og viser at om lag 98 pst. av befolkningen nås med legebemannet ambulans i løpet av 45 minutter med dagens basestruktur (målet er 90 pst.). Utredningen anbefaler at det på sikt bør opprettes en ambulanshelikopterbase i Innlandet, men at beslutningen om når og hvor ikke gjøres før sykehusstruktur og funksjonsfordeling i Innlandet er endelig vedtatt. Det vises til omtale i kap. 732, post 70 og i del III, kapittel 5 Spesialisthelsetjenesten, Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019.

Ideell virksomhet i helse- og omsorgssektoren  
Vedtak nr. 126 (2016–2017), 9. desember 2016

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2015–2016), jf. Innst. 102 S (2016–2017).

Regjeringen har satt i verk en rekke ulike tiltak for å nå målsettingen om vekst i andelen av den samlede helse- og omsorgssektoren som er organisert og drevet av ideell virksomhet. Regjeringen har inngått samarbeidsavtale med KS og Virke, Frivillighet Norge, Ideelt Nettverk og KS Bedrift om leveranser av helse- og sosialtjenester. Avtalen fastsetter prinsippene for overordnet strategisk samarbeid mellom staten, KS og ideell sektor knyttet til ideell sektors leveranser av tjenester på helse- og sosialområde etter avtale. Videre skal de mulighetene EØS-regelverket gir for å legge til rette for at ideelle organisasjoner skal forbli viktige leverandører av helse- og omsorgstjenester utnyttes. De nye reglene presiserer at det er mulig å legge vekt på kvaliteter ved tilbudet, noe de ideelle tradisjonelt har vært gode på.

Hippeutvalget utredet i NOU 2016: 12 rimeligheten av kompensasjon for historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenstepensjonsordning for ideelle og enkelte andre virksomheter som har levert helse- og sosialtjenester til staten. I Prop. 1 S (2017–2018) foreslo regjeringen å innføre en tilskuddsordning. Forslag til lov og forskrift om en søknadsbasert tilskuddsordning ble sendt på høring 12. oktober 2017, med sikte på fremleggelse for Stortinget våren 2018. Ved behandlingen av Prop. 1 S (2017–2018) mente et flertall at innretningen på kompensasjonen måtte arbeides videre med før Stortinget vedtok en slik tilskuddsordning og at ordningen derfor ikke kunne besluttes. Lovforslag ble likevel ikke fremmet til behandling i vårsesjonen 2018 på grunn av stor usikkerhet knyttet til om man i praksis ville rekke å utbetale tilskudd av betydning i 2018.

I dette budsjettforslaget fremmer regjeringen på nytt forslag til tilskuddsordning for leverandører av statlige spesialisthelsetjenester og barneverntjenester, samtidig med fremleggelse av forslag til lovregulering for Stortinget. Det vises til omtale under kap. 737, post 70.

Som en oppfølging av Stortingets behandling av den nye loven om offentlige anskaffelser, ble det innhentet en nærmere utredning av handlingsrommet for bruk av ideelle leverandører av helse- og sosialtjenester. Utredningen legger til grunn at det på visse vilkår kan være anledning til å reservere konkurranse om kontrakter for ideelle virksomheter. Det er et mål å utnytte dette handlingsrommet. Nærings- og fiskeridepartementet har utarbeidet en veileder som klargjør vilkårene for å reservere kontrakter for ideelle. I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2018 ble veilederen fulgt opp ved å stille krav om at nye konkurranser reserveres for ideelle tjenesteleverandører innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i den grad de rettslige vilkårene for reservasjon anses som oppfylt. Videre ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene utreder muligheten for å framover reservere for ideelle tjenesteleverandører de volumene eller tilbudene som i dag ivaretas av ideelle innenfor psykisk helsevern og rehabilitering, samt å utrede muligheten for fremover å øke reservert volum for ideelle over tid.

Ved behandlingen av Dokument 8:104 S (2017–2018), jf. Innst. 194 S (2017–2018), ba Stortinget regjeringen om å instruere helseforetakene om at de ved kjøp av private institusjonsplasser skal prioritere ideelle aktører fremfor kommersielle aktører. Regjeringen er opptatt av å styrke de ideelle virksomhetene på en måte som ikke fører til et svekket pasienttilbud og det tas sikte på å konkretisere kravene til de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i januar 2019.

Når det gjelder den kommunale helse- og omsorgstjenesten, så er det kommunen som er ansvarlig for å organisere sitt tjenestetilbud ut fra lokale forhold og behov. Slik helse- og omsorgstjenesteloven i dag er utformet, har ikke staten adgang til å pålegge kommunene bruk av ideelle leverandører. Informasjonsarbeid rundt kommunenes handlingsrom vil imidlertid kunne påvirke bruk av en større andel ideelle leverandører.

Det er tatt initiativ overfor EFTAs overvåkningsorgan (ESA) for å få avklart rettslig om det er anledning til å yte tilskudd til ideelle aktører som leverer tjenester til rusavhengige. Videre pågår en sak for ESA om sykehjem utøver tvang i et slik omfang at kontrakter om sykehjemsplasser kan reserveres for ideelle. Utfallet av denne saken vil gi en viktig avklaring for kommunene.

Det er utarbeidet en veileder om Brukervalg i kommunal tjenesteyting. Veilederen tar sikte på å legge til rette for et større mangfold av løsninger, og involvere ideelle organisasjoner, sosiale entre-

prenører og næringsliv i arbeidet med å møte framtidens helse- og omsorgsutfordringer.

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å sette i gang et utredningsprosjekt med sikte på en kartlegging av ideell tjenesteproduksjon innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å få en oversikt over hvor stor andel av de kommunale helse- og omsorgstjenestene som i dag er organisert og drevet som ideell virksomhet, samt en oversikt over årsaker til at kommunene velger eller velger bort ideelle aktører som leverandør av kommunale helse- og omsorgstjenester. Som grunnlag for å utvikle egnede tiltak, skal kartleggingen også omfatte årsaker til at kommunene velger eller velger bort ideelle leverandører av kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet har bedt om at kartleggingen også skal omfatte kommersielle aktører for å få et helhetlig bilde av den kommunale helse- og omsorgssektoren. Departementet vil se nærmere på hvilke tiltak som kan være aktuelle når resultatene av kartleggingen foreligger.

Regjeringen innførte fritt behandlingsvalg-ordningen i 2015. Ordningen innebærer bl.a. at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan velge å motta behandling hos godkjente private leverandører. Flere av de godkjente leverandørene, både innen somatikk, psykisk helsevern og TSB, er ideelle virksomheter. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede innfasing av rehabiliteringstjenester i godkjenningsordningen fra 2019. Dette vil kunne åpne for at flere ideelle aktører kan søke om godkjenning som fritt behandlingsvalg-leverandør.

Vedtak nr. 750 (2017–2018), 24. mai 2018

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingen under del III, kapittel 5 Spesialisthelsetjenesten, Nasjonal Helse- og sykehusplan 2016–2019. Det pågår ingen aktiv sentralisering av fødeinstitusjoner i dag, men det vil kunne skje

endringer som følge av endringer i sykehusstrukturen, f.eks. hvis sykehus slås sammen.

Vedtak nr. 752 (2017–2018), 24. mai 2018

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

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

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderingen i omtalen under del III, kapittel 5 Spesialisthelsetjenesten, Nasjonal Helse- og sykehusplan 2016–2019. Det framgår av den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen at tidspunktet for utskrivning fra sykehus etter fødsel skal tilpasses kvinnens og det nyfødte barnets behov, og skal besluttes i samråd med kvinnen. Det er et faglig spørsmål når mor og barn skal reise hjem etter fødsel. Ingen skal reise hjem før familien er i stand til å ta vare på barnet hjemme. Dette er forhold som må vektlegges når det planlegges nye sykehus. Hvordan dette organiseres, er de regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar. Det vises til svar på spørsmål til skriftlig besvarelse nummer 1285 som gir en grundig gjennomgang av nye føde- og barselavdelinger, og som viser at helseforetakene planlegger tilbudet ut fra det som er medisinsk riktig.

## Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen over posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten.

Som oppfølging av regjeringens mål om økt digitalisering i helse- og omsorgssektoren, foreslås det å styrke bevilgningen med 40 mill. kroner til drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger som kjernejournal, e-resept og digitale tjenester på helsenorge.no. Arbeidet skjer i samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, de regionale helseforetakene, kommunesektoren, statlige etater og private aktører. Det vises også til omtale under kap. 701, post 21.

Nedenfor er noen av prosjektene som er finansiert i 2017 eller 2018:

- Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene fra Nifu (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning)
- Framskrivninger og analyser i helse- og omsorgstjenesten fra SSB (Statistisk sentralbyrå)
- Utvalg som har utredet palliasjonsfeltet
- Lovutvalg som gjennomgår tvangsregelverket i helse- og omsorgssektoren
- Utvalg som vurderer medias tilgang til helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, barnehager og skoler
- Utvalg som vurderer fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetakene

### Post 70 Særskilte tilskudd

Hovedregelen er at basisbevilgningene til de regionale helseforetakene budsjetteres over postene 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70. Det foreslås å flytte:

- 9 mill. kroner fra kap. 855, post 01 under Barne- og likestillingsdepartementets budsjett knyttet til psykisk helsehjelp i barnevernsinstitusjoner
- 3 mill. kroner fra kap. 734, post 72 til Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang
- 15 mill. kroner til kap. 737, post 70 til pensjonskostnad private ideelle

Følgende tiltak fra saldert budsjett 2018 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2019:

- 173,9 mill. kroner til rettsmedisinske fag
- 164,2 mill. kroner knyttet til omlegging av arbeidsgiveravgift tidligere år, med uendret fordeling mellom de regionale helseforetakene
- 115,9 mill. kroner til drift av Kreftregisteret inkludert kvalitetssikring av Mammografiprogrammet
- 38,4 mill. kroner til nasjonalt senter for e-helseforskning.
- 21 mill. kroner til medisinsk undersøkelse i Statens barnehus
- 9,9 mill. kroner til tilskudd til sykestuene i Finnmark
- 10,3 mill. kroner til landsdekkende modell for organisering av rettspsykiatri
- 6,3 mill. kroner til drift av Nye metoder
- 6,2 mill. kroner til å videreutvikle avansert hjemmesykehus for alvorlig syke barn
- 4,6 mill. kroner til økt kunnskap om behandling av personer med skadelig bruk av doping

- 3,6 mill. kroner til oppfølging av barn og unge med identifisert narkolepsi som mulig følge av influensavaksinen Pandemrix
- 1,7 mill. kroner til Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling
- 1 mill. kroner til tematisk biobank for CFS/ME

### Helseplattformen – tilskudd til kommunene

Det vises til omtale under kap. 732, post 82 Investeringslån. I tillegg vil det bli etablert en tilskuddsordning tilsvarende 100 pst. av den faste investeringskostnaden for kommunene og fastlegene, med en bevilgning på 110 mill. kroner i 2019. Med den faste investeringskostnaden for kommuner og fastleger menes engangskostnader knyttet til anskaffelse, innføring og driftsplattform som påløper uavhengig av hvor mange kommuner og fastleger som deltar i prosjektet. Dette er et tilskudd som skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen. Helseforetakenes rentevilkår vil bli benyttet. Det legges til grunn at kostnaden fordeles mellom kommunene basert på innbyggertall.

Ordningen blir etablert for å legge til rette for deltakelse fra kommuner og fastleger i Midt-Norge, slik at verken Helse Midt-Norge eller de kommuner som går inn i prosjektet skal bære risikoen for manglende deltakelse. Helseplattformen er et viktig prøveprosjekt for samhandling mellom statlig og kommunal sektor, og det er derfor avgjørende at flest mulig kommuner og fastleger deltar. Størrelsen på tilskuddet vil først gjøres kjent etter at kontrakt med leverandøren er undertegnet. Det legges til grunn at Helse Midt-Norge forvalter tilskuddet inntil en felles driftsorganisasjon eventuelt er på plass. Tilskuddet utbetales i tråd med framdriften i prosjektet.

### Kjøp av plasser innen rusomsorgen

Det ble bevilget 20 mill. kroner til kjøp av plasser innen rusomsorgen ved Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018), jf. Innst. 400 S (2017–2018). Midlene ble tildelt Helse Sør-Øst RHF. Det vises også til anmodningsvedtak 754 av 24. mai 2018, jf. Innst. 282 (2017–2018).

Anmodningsvedtaket ble fulgt opp gjennom krav i foretaksmøtet med Helse Sør-Øst RHF 13. juni 2018. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å gjennomføre en tilleggsanskaffelse på 20 mill. kroner til behandlingsplasser innen rusomsorg. Anskaffelsen må realiseres innenfor etablerte faglige og anskaffelsesrettslige rammer,

og må reflektere Stortingets bekymring for avrusningskapasitet.

Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp kravet i foretaksmøtet gjennom å utvide gjeldende avtale med ti behandlingsplasser, med en ettårig avtale som løper fra høsten 2018 til høsten 2019. Utvidelsen gir Helse Sør-Øst RHF merutgifter på om lag 26 mill. kroner, som innebærer at de dekker om lag 6 mill. kroner innenfor egen ramme.

#### *Persontilpasset medisin*

For å følge opp to av tiltakene i Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2017–2021), ble det gitt et tilskudd på 8 mill. kroner i 2017. Dette ble økt til 19,2 mill. kroner i 2018. Tilskuddet finansierer oppbygging og drift av en nasjonal, anonym database over genetiske varianter hos norske pasienter og etablering av et nasjonalt nettverk med oppbygning av regional, tverrfaglig kompetanse om persontilpasset medisin i alle helseregionene. Status for arbeidet er beskrevet i del III, spesialisthelsetjenester. Det foreslås å øke tilskuddet med 6 mill. kroner til 25,7 mill. kroner i 2019. Midlene skal også understøtte nødvendig utredningsarbeid knyttet til bl.a. juridiske problemstillinger.

#### *Nasjonalt program for screening av tarmkreft*

Formålet med screening av tarmkreft er å redusere forekomst og dødelighet av tarmkreft ved å oppdage og fjerne forstadier til kreft eller kreft. Regjeringen vil innføre et nasjonalt program for screening for tarmkreft i 2019, jf. Prop. 1 S (2017–2018).

Pilotprosjekt for et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft ble satt i gang i to helseforetak i Helse Sør-Øst i 2012. Piloten er tildelt midler over statsbudsjettet årlig siden 2012. I overgangen fra pilot til nasjonalt program, har Helsedirektoratet lagt opp til at man ruller ut et nasjonalt screeningprogram over fem år, der tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år. Kostnadene for fullt utrullet program vil være om lag 250 mill. kroner. Utfordringen er personellkapasitet, dvs. leger eller sykepleiere som kan utføre koloskopiene. Av den grunn anbefaler Helsedirektoratet å bygge opp koloskopikapasiteten gradvis.

Samlet foreslås det et tilskudd på 70,4 mill. kroner i 2019, dvs. en økning på 6 mill. kroner fra 2018. Fordelingen av tilskuddet i 2019 til de ulike aktørene vil bli besluttet i løpet av høsten 2018. Tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år, og skal gjøres landsdekkende innen 2024.

#### *Del 1 i spesialistutdanningen for leger og turnustjeneste for fysioterapeuter i sykehus*

Ved innføring av ny spesialistutdanning for leger fra 1. mars 2017 ble turnustjenesten for leger avviklet og erstattet av ny del 1 i spesialistutdanningen. LIS1 (stillinger for leger i spesialisering) er starten på spesialistutdanningen for legene, med tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Stillingsutlysninger skjer sentralt gjennom egen søknadsportal etablert av Helsedirektoratet, mens tilsettingene gjøres lokalt. Det ansettes om lag 950 stillinger årlig fordelt på to søknadsrunder. I 2017 var det over 2000 søkere. Helsedirektoratet publiserer statusrapport om utviklingen i søkere og søknader på de aktuelle stillingene to ganger i året. Det vises til kap. 783, post 61.

Fysioterapeutenes turnustjeneste er seks måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. I 2017 var det behov for turnusplass til om lag 340 kandidater mens det i 2018 var behov for nær 290 turnusplasser. Estimerer tilsier en økning i behov for turnusplasser for fysioterapeuter i 2019.

Det ytes et årlig tilskudd per LIS1-/turnusplass på om lag 28 500 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med. Hoveddelen av kostnadene dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, post 72–75). Det årlige tilskuddet kommer i tillegg og skal kompensere for tilrettelegging, veiledning og supervisjon av kandidatene. Det foreslås et tilskudd på 35,8 mill. kroner i 2019 som fordeles mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2019.

#### *Psykisk helsehjelp i barnevernsinstitusjoner*

Det foreslås å flytte 9 mill. kroner fra kap. 855, post 01 under Barne- og likestillingsdepartementets budsjett knyttet til psykisk helsehjelp i barnevernsinstitusjoner. I 2018 skal det etter planen etableres to omsorgs- og behandlingsinstitusjoner for barn som har behov for psykisk helsehjelp samtidig som de får langvarig og/eller spesialisert omsorg utenfor hjemmet. Samlet foreslås et tilskudd på 13 mill. kroner i 2019 over kap. 732.

#### *Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang*

Etter tilrådning fra Helsedirektoratet, foreslås det at ansvaret for og finansieringen av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i psykisk helsevern overføres fra Helsedirektoratet til Helse Nord fra og med 2019. Det foreslås å flytte 3 mill. kroner fra kap. 734, post 72 til kap. 732, post 70.

#### *Anestesibemannede legebiler*

Helse Sør-Øst RHF er i 2017 og 2018 tildelt 10 mill. kroner årlig til prosjektering av luftambulansbase Innlandet, jf. budsjettavtalen i Stortinget og Innst.11 S (2016–2017). Det har vært en forutsetning at prosjektering av luftambulansbase Innlandet må inngå som en del av de regionale helseforetakenes samlede gjennomgang av basestrukturen. Prosjektgruppen som har gjennomgått basestrukturen anbefaler at det på sikt bør opprettes en helikopterbase i Innlandet, men at beslutningen om og når ikke bør gjøres før sykehusstruktur og funksjonsfordeling i Innlandet er endelig vedtatt. Tiltaket på 10,2 mill. kroner videreføres i 2019 med formål å etablere anestesibemannede legebiler i Mjøsområdet og Grenlandsområdet. Dette vil gi befolkningen bedre beredskap.

#### *Historiske pensjonskostnader for ideelle virksomheter mv.*

Det ble i statsbudsjettet for 2018 bevilget 15 mill. kroner over kap. 732, post 70 til ny tilskuddordning for dekning av historiske pensjonskostnader for ideelle virksomheter mv. Midlene ble reversert i forbindelse med behandlingen av Prop. 85 S (2017–2018) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2018*. Tilskuddsordningen foreslås å starte i 2019 og midlene foreslås da bevilget på ny post, kap. 737, post 70. Det vises til omtale av ordningen der.

#### *Raskere tilbake*

Raskere tilbake ble lagt om i 2018. I den forbindelse ble det opprettet et tilskudd på 7 mill. kroner under kap. 732, post 70 til en forskningsbasert evaluering av Raskere tilbake samt monitorering og kunnskapsspredning. Midlene til evaluering er en engangskostnad. Det foreslås å videreføre et tilskudd på 2 mill. kroner til kunnskapsspredning og monitorering.

#### *Nasjonal klinisk multisenterstudie av ME*

Det har blitt bevilget 2 mill. kroner årlig i flere år til en nasjonal klinisk multisenterstudie av ME, ledet av Helse Vest. Stortinget bevilget ved behandling av Prop. 1 S (2017–2018) 1 mill. kroner til forskning på ME til Helse Vest. Studien avsluttes i 2017, og resultatene skal analyseres i 2018. Det foreslås at midlene på 3 mill. kroner ikke videreføres i 2019. Både Forskningsrådet og de regionale helseforetakene har vært med på å finansiere studien.

#### *Nasjonalt nødmeldeprosjekt*

Program for forbedring av nødmeldingstjenesten ble etablert i 2015 for å være en pådriver for det tverrsektorielle forbedringsarbeidet på tvers av nødetatene. Det har vært bevilget 1 mill. kroner over posten til programmet. Ansvaret for oppfølging av programmet ble overført til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap fra 2017. Midlene foreslås ikke videreført i 2019.

#### **Post 71 Kvalitetsbasert finansiering**

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene ble innført i 2014. Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet til de regionale helseforetakene gjøres avhengig av måloppnåelse på utvalgte kvalitetsindikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Ordningen inkluderer resultatindikatorer, prosessindikatorer og brukererfaringsindikatorer. Resultatindikatorer (f.eks. overlevelsesrater for ulike pasientgrupper) gir mest direkte uttrykk for effekten av behandlingen på pasientens helse. Videre er det viktig å fange opp brukererfaringer i en kvalitetsbasert modell. Ved også å inkludere prosessindikatorer, som beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløpet (f.eks. andel fristbrudd og korridorpasienter), 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. En bred tilnærming gjør ordningen mer robust og reduserer risiko for uønskede tilpasninger. I modellen vektet resultatindikatorer med 50 pst., pasientopplevd kvalitet med 30 pst. og prosessindikatorer med 20 pst.

Helsedirektoratet publiserer årlig regelverk for ordningen. Fordelingen for 2019 følger av tabell 4.1.

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

	Fordeling 2019	Fordeling 2018	Endring fra 2018 til 2019	Endring fra 2018 til 2019 i pst.	Fordeling sammen- liknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst	317,6	314,5	3,1	1,0%	19,9
Helse Vest	83,4	101,8	-18,5	-18,1%	-21,0
Helse Midt-Norge	94,4	83,0	11,4	13,7%	15,1
Helse Nord	56,8	39,9	16,9	42,2%	-14,0
Sum	552,1	539,3	12,9	2,4%	0

Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF får hhv. 19,9 mill. kroner og 15,1 mill. kroner i økte inntekter sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. Tilsvarende får Helse Vest RHF og Helse Nord RHF hhv. 21,0 mill. kroner og 14,0 mill. kroner i reduserte inntekter sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. Fordelingen av forbedringspoeng og beste plasseringspoeng til hver region er avhengig av prestasjonene til de andre regionene. Selv om en region forbedrer seg, kan en annen region ha forbedret seg mer, og ta poengene.

### Post 72-75 Basisbevilgning til regionale helseforetak

Basisbevilgningen fra staten til de regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Det ble innført et nytt inntektssystem i 2009 som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst (post 72), Helse Vest (post 73), Helse Midt-Norge (post 74) og Helse Nord (post 75). Nedenfor følger forslag med bevilgningsmessige konsekvenser for basisbevilgningene samt oppdatering av inntektssystemet i 2019.

#### Aktivitetsvekst på om lag 1,7 pst.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2019 med 1 350 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2018. Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 1,7 pst. neste år fra anslått aktivitetsnivå i 2018. Dette er en fortsatt høy budsjettert aktivitetsvekst.

Oppdaterte anslag for innsatsstyrt finansiering (ISF) og laboratorie- og radiologiske undersøkelser i 2018 tilsier at bevilgningene kan settes ned

med 286 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett. Budsjettforslaget for 2019 tar utgangspunkt i det lavere bevilgningsbehovet i 2018. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,9 pst. Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene tar hensyn til at pensjonskostnadene anslås 1 100 mill. kroner lavere i 2019 sammenliknet med saldert budsjett 2018.

Innenfor den foreslåtte styrkingen på 1 350 mill. kroner, skal 4,4 mill. kroner gå til nasjonale kompetansetjenester innen kirurgi ved fot og ankeldeformiteter i Helse Sør-Øst og psykiatri og utviklingshemming i Helse Sør-Øst, 3,6 mill. kroner til nasjonale behandlingstjenester innen endobronkial brakyterapi i Helse Vest og spesifikk bronkial provokasjon ved yrkesrelatert astma i Helse Vest.

Foreslått økt driftsbevilgning på 1 350 mill. kroner framkommer etter at det er gjort fratrukk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (177,7 mill. kroner), underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (26 mill. kroner), samt fratrukk for forventet innkjøpsrabatt i 2019 på legemidler de regionale helseforetakene overtok finansieringsansvaret for i 2018 (20 mill. kroner), jf. nærmere omtale i Prop. 1 S for 2018. Videre er det gjort fratrukk for utfasing av tilskudd til nasjonal klinisk multisenterstudie av CFS/ME (3 mill. kroner).

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen for de regionale helseforetakene gjennomføres i tråd med etablert praksis, jf. nærmere omtale under pkt. 2.35.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 350 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,7 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2018.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private

aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, TSB 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 2018, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2018. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer at den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,3 pst. i 2019.

For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2018 til 2019, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på 2,9 pst. neste år.

Fra 2019 gjøres enkelte endringer i ISF som stimulerer til mer sammenhengende forløp, samt endringer for å bedre understøtte ulike måter å organisere øyeblikkelig hjelp-tilbudet på. Det tas i tillegg sikte på, som en forsøksordning, å utvide ISF-ordningen til også å omfatte enkelte prosedyrer utført av avtalespesialister. Fra 2019 innføres en prøveordning i ISF, hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene.

Nye regler i skadeerstatningsloven om standardisert inntektserstatning til barn trådte i kraft 1. mars 2018. Regelverksendringen gir økte erstatningsutbetalinger for de regionale helseforetakene, som for 2019 anslås til 15 mill. kroner. Det forutsettes at de regionale helseforetakene dekker de økte kostnadene innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2019 med 1081,4 mill. kroner med følgende fordeling:

- 582,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 205,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 155,2 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 138,9 mill. kroner til kap. 732, post 75

#### *Fritt behandlingsvalg*

Fritt behandlingsvalgreformene ble innført i 2015 og er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Reformen består av tre elementer som gjensidig forsterker hverandre:

- En rett for pasientene til å velge seg til godkjente private aktører, om de har rett på behandling

- At mer ledig kapasitet hos private skal kjøpes gjennom anbud
- Fjerning av aktivitetstaket for offentlige sykehus

Ordningen omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt enkelte tjenester innen somatikk, herunder poliklinisk habilitering av barn og unge med medfødt eller ervervet hjerneskade. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere inklusjon av rehabiliteringstjenester i ordningen fra 2019. Siden innføring av ordningen i 2015 til første tertial 2018 har om lag 10 000 pasienter fått behandling gjennom ordningen, og det er utbetalt om lag 250 mill. kroner for behandling omfattet av ordningen. Det er om lag 50 godkjente private leverandører. Utgiftene til pasientbehandling som omfattes av fritt behandlingsvalg er anslått til 260 mill. kroner i 2019. Det er knyttet usikkerhet til anslaget.

#### *Barn som pårørende*

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, jf. helsepersonelloven § 10a. Videre skal helsepersonell bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at en forelder eller et søsken dør, jf. helsepersonelloven § 10b.

Plikten til helsepersonellet er ikke speilet i en tilsvarende rettighet for barn, og barn har ikke rett til dekning av reise- og oppholdsutgifter etter pasientreiseregelverket. Regjeringen vil endre dette slik at barn som pårørende får rett til dekning av utgifter knyttet til reise, kost og overnatting fra 2019. Dette krever endring i pasientreiseforskriften slik at barn som pårørende får dekket reiseutgifter etter bestemmelsene i denne forskriften. Endringen anslås å ha en kostnad på 25 mill. kroner årlig. Det foreslås å øke basisbevilgningene med 25 mill. kroner med følgende fordeling:

- 13,5 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 4,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 3,6 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 3,2 mill. kroner til kap. 732, post 75



### *Pensjon*

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 11 800 mill. kroner. Dette er 1 100 mill. kroner lavere enn bevilgningsnivået for 2018, vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2018). Reduksjonen foreslås fordelt følgende måte:

- 592,1 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 208,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 157,9 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 141,3 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 legemiddelgrupper fra 1. februar 2019. Finansieringsansvaret foreslås overført for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormonforstyrrelser. Bevilgningene til de regionale helseforetakene økes med 1283,2 mill. kroner svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2019.

Stortinget har sluttet seg til forslagene i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste, jf. Innst. 57 S (2016–2017), herunder målsetningen om at finansieringsansvaret skal følge behandlingsansvaret, og at flere legemidler vil flyttes fra blåreseptordningen til de regionale helseforetakene.

I Prop. 85 S (2017–2018) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2018, jf. Innst. 400 S (2017–2018), ble det varslet at finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og legemidler som brukes av små pasientgruppe, samt en fortsatt opprydding i terapiområder som bl.a. multippel sklerose, vurderes overført i 2019.

Helsedirektoratet har hatt på høring forslag til hvilke konkrete legemidler som skal omfattes av overføringen av finansieringsansvaret. Basert på innspill i høringen vil 61 legemidler til behandling av sjeldne sykdommer overføres. Legemiddelgruppen mot sjeldne sykdommer er lite homogen, men alle legemidlene kjennetegnes med å ha få brukere. Bruken av disse legemidlene krever spesialkompetanse som tilsier at den styres av lege i spesialisthelsetjenesten. Noen av legemidlene krever også fysisk overvåkning eller beredskap av spesialisthelsetjenesten eller utstyr som i all hovedsak besittes av spesialisthelsetjenesten.

I tillegg vil finansieringsansvaret overføres for alle legemidler med virkestoff oktreotid eller lanreotid, som brukes i behandling av akromegali og i tillegg anvendes innenfor kreftbehandling.

I Helsedirektoratets høring ble det også foreslått å overføre finansieringsansvaret for to legemidler som brukes ved multippel sklerose (fampridin og cannabinoidepreparatet Sativex). Basert på innspill i høringen foreslås det at disse legemidlene, samt tre antibiotika-preparater som brukes ved cystisk fibrose, likevel ikke omfattes av overføringen i 2019.

Fra 2017 ble det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Ordningen innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Som følge av ordningen legges deler av beløpet på 1283,2 mill. kroner, svarende til 256,6 mill. kroner, på kap. 732, post 80. Resten fordeles mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger.

Som følge av forslagene omtalt ovenfor flyttes det til sammen 1026,6 mill. kroner fra folketrygden til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Fordelingen mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger blir som følger:

- 552,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 194,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 147,4 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 131,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det vises til omtale under kap. 732, post 80 og kap. 2751, post 70. Det vises også til omtale i avsnittet nedenfor.

### *Delvis reversering av overføring legemidler*

Finansieringsansvaret for flere legemidler ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2018, jf. Prop. 1 S (2017–2018) og Innst. 11 S (2017–2018). En gruppe av legemidler som ble overført var legemidler til behandling av alvorlig astma, der ett av legemidlene (Xolair) i hovedsak benyttes utenfor spesialisthelsetjenesten. Dette legemiddelet oppfyller derfor ikke de kravene som er gitt for overføring til spesialisthelsetjenesten. I Prop. 85 S (2017–2018) ble det foreslått at finansieringsansvaret tilbakeføres til folketrygdens kap. 2751, post 70 i 2018, jf. Innst. 400 S (2017–2018). Tilbakeføringen foreslås videreført i 2019. Bevilgningene under kap. 732, postene 72–75 og 80 foreslås samlet redusert med 145 mill. kroner med følgende fordeling på postene 72-75:

- 62,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 22,0 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 16,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 14,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *Inkludering av legemiddelgrupper i innsatsstyrt finansiering*

I 2018 ble finansieringsansvaret for legemidler til behandling av alvorlig astma og legemidler til behandling av mastocytose, hiv, hepatitt B, samt gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Det ble flyttet til sammen 766 mill. kroner. Legemidlene skal fra 2019 inkluderes i innsatsstyrt finansiering. Overføring av finansieringsansvaret for legemiddelet Xolair, svarende til 145 mill. kroner, foreslås reversert. Dette er trukket fra i grunnlaget for forslaget om flytting av midler til post 76. Det foreslås å flytte 310,5 mill. kroner til kap. 732, post 76. Fordelingen mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger blir som følger:

- 167,1 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 58,9 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 44,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 39,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *ISF poliklinisk psykisk helsevern og TSB*

Fra 2017 er ISF-ordningen utvidet til også å omfatte polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I den del av ISF-ordningen som gjelder for somatisk pasientbehandling utgjør det aktivitetsbaserte tilskuddet om lag 50 pst. av finansieringen. Andelen aktivitetsbasert finansiering er lavere i den del av ISF-ordningen som gjelder for psykisk helsevern og TSB. Det foreslås å flytte 150 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til innsatsstyrt finansiering, kap. 732, post 76. Midlene fordeler seg på følgende måte mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger:

- 80,7 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 28,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 21,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 19,2 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *Samhandling med kommunene – utskrivningsklare pasienter*

I 2019 er betalingssatsen for utskrivningsklare pasienter 4 885 kroner. Betaling for utskrivningsklare pasienter i somatikk ble innført i 2012.

Regjeringen varslet i Prop. 88 S (2017–2018) at kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter skal utvides til også å omfatte pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling fra 2019. Betalingsplikten skal følge oppholdskommune, også for somatiske pasienter, fra 2019. Det vises til omtale under kap. 765. I tråd med dette foreslås det å flytte 185 mill. kroner fra kap. 732, post 72–75 til kap. 571, post 60 under Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, med følgende fordeling:

- 99,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 35,1 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 26,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 23,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *Stiftelsen Amatheia*

Departementet ga fra 2003 til 2006 føringer gjennom styringsdokumentene om at de regionale helseforetakene skulle gi tilskudd til Amatheia. Ordningen med tilskudd fra de regionale helseforetakene til Amatheia har eksistert i over ti år. Amatheia er en stiftelse som tilbyr tjenester som bidrar til samfunnets arbeid med å forebygge uplanlagt svangerskap og abort. Helsedirektoratet utbetaler også tilskudd til Amatheia, jf. kap. 762, post 74 Stiftelse Amatheia.

Departementet mener at det vil være mer hensiktsmessig at midlene fra regionale helseforetak overføres til kap. 762, post 73 Seksuell helse i stedet for som driftstilskudd Amatheia. Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av stiftelsen arbeid. Dette gir Helsedirektoratet større fleksibilitet i oppfølgingen av strategi for seksuell helse. Amatheia kan på lik linje med andre organisasjoner søke om tilskudd på denne posten.

Departementet foreslår å overføre midler tilsvarende utbetalt tilskudd i 2017 fra de fire regionale helseforetakene omregnet til 2019-priser. De regionale helseforetakene vil følgelig ikke ha midler til tilskudd til Amatheia fra 2019. Det foreslås å overføre 1,6 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 til kap. 762, post 73 Seksuell helse med følgende fordeling:

- 0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,4 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,3 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,1 mill. kroner fra kap. 732, post 75

#### *Inntektssystemet for de regionale helseforetakene*

Magnussenutvalgets forslag til ny fordeling av basisbevilgningene til de regionale helsefore-

takene (NOU 2008: 2) ble innført i 2009 til 2010. Systemet for fordeling av basisbevilgningen bør vurderes jevnlig, og Regjeringen har derfor satt ned et nytt utvalg våren 2018. Utvalget skal levere innstilling innen 15. november 2019.

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 2019 som vist i tabell 4.2.

Tabell 4.2 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2018 og 2019

	Ressursbehovsindeks		Andel befolkning per		Fordelingsnøkkel <sup>1</sup>	
	2018	2019	1.1.2017	1.1.2018	2018	2019
Helse Sør-Øst RHF	96,9	96,8	0,5611	0,5623	0,5435	0,5445
Helse Vest RHF	91,2	91,2	0,2096	0,2089	0,1912	0,1905
Helse Midt-Norge RHF	104,4	104,5	0,1371	0,1370	0,1431	0,1432
Helse Nord RHF	132,5	132,7	0,0922	0,0918	0,1222	0,1218
Norge	100,0	100,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

<sup>1</sup> Fordelingsnøkkel for inntektsgrunnlaget til regionale helseforetak. I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Endringer i fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene i 2019 skjer som følge av oppdatering av de ulike kriterieverdiene. Oppgaveendringer fra 2018 til 2019 vil også påvirke forde-

lingen. Tabell 4.3 viser de samlede endringene i 2019 etter pris- og lønnsjustering og oppgaveendring for 2018. Effekten av kapital- og gjestepasientoppgjør er innarbeidet.

Tabell 4.3 Endring i basisbevilgning i 2019 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør

	i mill. kroner (andel av basisbevilgning)
Helse Sør-Øst RHF	98 (0,2 %)
Helse Vest RHF	-74 (-0,4 %)
Helse Midt-Norge RHF	8 (0,1 %)
Helse Nord RHF	-32 (-0,3 %)
Sum	0

### Post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2017 og status 2018 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 53 580 mill. kroner i 2019.

### Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2017 og status 2018 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 18 784 mill. kroner i 2019.

### **Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge-for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2017 og status 2018 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 14 273 mill. kroner i 2019.

### **Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF**

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge-for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2017 og status 2018 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 12 728 mill. kroner i 2019.

### **Post 76 Innsatsstyrt finansiering**

Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Videre skal ordningen stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering. Arbeidet utføres i dialog med de regionale helseforetakene.

Det foreslås å flytte:

- 310,5 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75, knyttet til inkludering av legemidler i innsatsstyrt finansiering. Det vises til omtale nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75.
- 150 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75. Andelen aktivitetsbasert finansiering er lavere i den del av ISF-ordningen som gjelder for psykisk helsevern og TSB. Det ble varslet i forslaget til statsbudsjett for 2017 at det tas sikte på å øke denne andelen.

#### *Nærmere om ISF-ordningen*

Innsatsstyrt finansiering (ISF) omfatter somatisk pasientbehandling, både innleggelser og polikli-

nisk utredning og behandling. I tillegg ble den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen fra 2017.

ISF er rettet mot de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har egne modeller for fordeling av inntektene til det enkelte helseforetak, basert på lokal kunnskap om sykehus, pasientsammensetningen og kostnadsstrukturen ved disse.

ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten. Det pågår et utviklingsarbeid for at finansieringsordningen bedre skal understøtte sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi, innovasjon i tjenesteutforming og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på. Fra 2019 tas det sikte på å gjøre enkelte endringer som stimulerer til bruk av pasientadministrert legemiddelbehandling og hjemmedialyse. Pasientadministrert behandling som pasienten kan gjennomføre hjemme kan ofte både være bedre for pasienten og være mer kostnadseffektivt. Videre gjøres det endringer for å bedre understøtte ulike måter å organisere øyeblikkelig hjelp-tilbudet på. Endringene skal ikke stimulere til økt aktivitet, eller at terskelen for å motta behandling i spesialisthelsetjenesten senkes. Endringene forutsettes å være budsjettneutrale. Det tas i tillegg sikte på, som en prøveordning, å utvide ISF-ordningen til også å omfatte enkelte prosedyrer utført av spesialister som har inngått driftsavtale med regionale helseforetak (avtale-spesialister).

Utviklingsarbeidet skal bidra til at finansieringsordningen i størst mulig grad avspeiler og understøtter medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan imidlertid komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Disse hensynene må veies mot hverandre. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig, og det vil ikke være mulig å være å jour til enhver tid.

Innsatsstyrt finansiering bygger på DRG-systemet, jf. boks 4.1. ISF-andelen er 50 pst. i somatikken. Det innebærer at refusjonene er ment å dekke om lag 50 pst. av driftskostnadene knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. Det vises til omtale av vedtak nr. 471 (2017–2018). De øvrige kostnadene skal dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, postene 72–75. Innenfor hver enkelt pasientgruppe kan det for den enkelte

behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon.

Regelverket for innsatsstyrt finansiering beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. Helse- og omsorgsdepartementet publiserer regelverket og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

#### *Nærmere om poliklinisk psykisk helsevern og TSB*

ISF-ordningen ble fra 2017 utvidet til også å omfatte polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB. Omleggingen skjedde i tråd med en forutsetning om at den skulle være budsjettneutral. I den del av ISF-ordningen som gjelder for somatisk pasientbehandling utgjør det aktivitetsbaserte tilskuddet om lag 50 pst. av finansieringen. Andelen aktivitetsbasert finansiering er lavere i den del av ISF-ordningen som gjelder for

psykisk helsevern og TSB. Det ble varslet i Prop. 1 S (2016–2017) at det tas sikte på å øke denne andelen. På denne bakgrunn overføres 150 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 til kap. 732, post 76. ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB vil også i 2019 holdes atskilt fra den øvrige delen (somatikk), ved at det blir forskjellige enhetspriser for de to delene av systemet.

I forbindelse med inkluderingen av poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i ISF-ordningen fra 2017 er det blitt klart at det har foregått en praksis ved særlig barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og psykiatriske ungdomsteam (PUT) der pasienter også eldre enn 18 år ikke har betalt egenandel. Av tekniske årsaker kom dette særlig frem først i 2018. Egenandelsfritaket for denne pasientgruppen gjelder inntil fylte 18 år. Departementet vil sende på offentlig høring et forslag om å øke aldersgrensen for egenandelsfritak fra 18 år til 23 år i BUP og til 30 år i PUT fra 2019.

#### **Boks 4.5 Diagnoserelaterte grupper (DRG) og særtjenestegrupper (STG)**

DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. STG-systemet etablert for å hensynta aktivitet som faller utenfor rammen av tradisjonelle konsultasjoner og innleggelse, som f.eks. pasientadministrert behandling og ulike former for avstandsoppfølging. Det er i alt om lag 970 diagnoserelaterte grupper og 30 særtjenestegrupper. 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 9 000 prosedyre- eller tiltakskoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt DRG og STG har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall behandlinger
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-andel

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall ISF-poeng. Antallet ISF-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med 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 2017

I saldert budsjett 2017 ble det lagt til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,5 pst. i sykehusene fra 2016 til 2017, med utgangspunkt i anslag for 2016 basert på aktivitetstall per første tertial. Endelig aktivitet i 2016 ble noe lavere enn forutsatt. Dette innebærer at saldert budsjett 2017 ga rom for en aktivitetsvekst i sykehusene fra 2016 til 2017 på 2,1 pst. Faktisk aktivitet i 2017 viser om lag 1,1 pst. lavere vekst enn lagt til grunn i saldert budsjett. Analysene for 2017 tilsier at det er utbetalt 18 mill. kroner for mye for 2017-aktiviteten, utover det som ble lagt til grunn i Prop. 21 S (2017–2018). Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2017 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2018, inkludert ev. justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget. Ev. mer- eller mindretbetalingen i 2017 vil på vanlig måte bli motregnet mot a kontoutbetalinger til de regionale helseforetakene for 2018.

### Status 2018

Saldert budsjett 2018 legger til rette for et aktivitetsnivå som ligger om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2017, basert på aktivitet per første tertial 2017.

Hensyntatt noe lavere faktisk aktivitet i 2017 enn tidligere anslått gir saldert budsjett 2018 rom for en aktivitetsvekst på om lag 2,3 pst. Prognose for 2018 basert på aktivitetstall per første tertial indikerer en faktisk vekst på om lag 1,9 pst i 2018.

Aktivitetsdata per første tertial 2018 tilsier at utbetalingene for ISF for somatiske fagområder blir 0,5 pst. lavere enn det saldert budsjett gir rom for, mens utbetalingene for ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB blir 1,8 pst. høyere enn det saldert budsjett gir rom for.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til bevilgningsmessige konsekvenser av anslått aktivitet 2018 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2018 etter at ny informasjon om aktivitetstall for første og andre tertial 2018 foreligger.

### Mål 2019

For 2019 foreslås det bevilget 37 844 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2019 som ligger om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2018 basert på aktivitet per første tertial 2018.

Enhetsprisen for somatiske fagområder foreslås satt til 44 654 kroner, mens enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foreslås satt til 2743 kroner. Enhetsprisene er prisomregnet med 2,9 pst. I forslaget er det hensyntatt 177,7 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dette innebærer at enhetsprisene er redusert med 0,5 pst.

Ved fastsettelse av enhetsprisene er det lagt til grunn at enhetsprisene for 2018 er satt hhv. 0,8 pst. for lavt i somatikken og 2,5 pst. for lavt i poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Enhetsprisen for somatiske fagområder er underregulert med 0,3 pst. for å ta høyde for ev. registreringsendringer. 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 2019.

Fra 2019 innføres en prøveordning i ISF, hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene. Tiltaket finansieres gjennom å nedjustere enhetsprisen for somatiske fagområder med om lag 0,1 pst.

Prioriteringsutvalget (NOU 2014:12)

Vedtak nr. 471 (2017–2018), 31. januar 2018:

*«Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014: 12) og evaluere hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:49 S (2017–2018), jf. Innst. 111 S (2017–2018).

Etter departementets vurdering vil en ev. evaluering som forsøker å svare på hva slags effekter ISF har hatt på prioriteringsbeslutninger, ha begrenset betydning for videreutviklingen av ordningen. Det skyldes at det allerede pågår et betydelig utviklingsarbeid for å forbedre finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten. Det gjøres endringer i ISF bl.a. for å legge til rette for mer helhetlige pasientforløp og bruk av ny teknologi. Disse endringene vil påvirke insentivstrukturen i ordningen. I tillegg beregnes kostnadsvektene i ISF-ordningen fra 2018 på en ny og mer presis måte – med bruk av «kostnad per pasient»-data. Videre er det nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere endringer i inntektsfordelingen mellom regionene.

På nåværende tidspunkt vil det derfor ikke igangsettes en egen evaluering av hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.

*Vedtak nr. 473 (2017–2018), 31. januar 2018:*

*«Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 redusere andelen innsatsstyrt finansiering i somatikken til å utgjøre maksimalt 40 prosent.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:49 S (2017–2018), jf. Innst. 111 S (2017–2018).

Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering (ISF) er å understøtte de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Det betyr at ISF-refusjon utbetales til de regionale helseforetakene, slik at de kan finansiere tjenestene ut fra lokal kunnskap om pasientsammensetningen, sykehusene og kostnadsstrukturen ved disse. Videre bidrar ordningen til risikodeling mellom helseregionene og staten. Det betyr at staten tar sin del av ansvaret for usikkerheten knyttet til endringer i antall pasienter og pasientsammensetning.

ISF-andelen ble økt fra 40 til 50 pst. i 2014, jf. Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014) og Innst. 11 S (2013–2014). I 2015 ble aktivitetstaket fjernet, slik at sykehus med økonomi og kapasitet til det, kan øke aktiviteten utover budsjettet nivå. Etter snart fem år med en sats på 50 pst. ser vi gode resultater på bl.a. ventetid. En nedsettelse av ISF-satsen kan gjøre det vanskeligere å nå målene knyttet til ventetid, og derigjennom svekke befolkningens tilgang til spesialisthelsetjenester. En nedsettelse av ISF-satsen kan i tillegg, særlig i en overgangperiode, gjøre det vanskeligere for både regionale helseforetak og helseforetak å planlegge og styre sin aktivitet. Selv om ISF utbetales til de regionale helseforetakene kan reduksjon i ISF-satsen også medføre utilsiktede omfordelingseffekter mellom sykehus.

Spesialisthelsetjenesten er en kompleks virksomhet. Endringer i sentrale rammebetingelser bør derfor ses i sammenheng med ønsket utvikling av tjenesten. Departementet vil i denne sammenheng peke at det pågår et betydelig utviklingsarbeid knyttet til ISF, og det vil fortsette i årene framover. Målet er bl.a. at finansieringsordningen på en bedre måte skal understøtte helhetlige pasientforløp og bruk av ny teknologi. F.eks. kan mange tjenester som tradisjonelt ytes i sykehusene, i framtiden erstattes av behandling

som pasienten administrerer selv, eller av medisinsk avstandsoppfølging. Slike løsninger har mange fordeler – de er ofte bedre for pasienten og de kan være mer kostnadseffektive. Endringene som utredes og etter hvert innføres i ISF skal understøtte slike omlegginger. Det bør være tjenesteinnholdet – ikke teknologien, organiseringen eller måten tjenestene blir ytet på – som er grunnlaget for finansiering. Helsedirektoratet, som forvalter ISF, samarbeider tett med de regionale helseforetakene om utviklingsretningen og konkrete tiltak.

Det vil være uheldig å endre på en sentral rammebetingelse for spesialisthelsetjenesten, samtidig som det pågår en rekke andre endringer som har til hensikt å gjøre finansieringssystemet bedre. Foruten arbeidet med forløpsbasert finansiering, beregnes kostnadsvektene i ISF-ordningen fra 2018 på en ny og mer presis måte – med bruk av «kostnad per pasient»-data. Videre er det nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere endringer i inntektsfordelingen mellom regionene.

Det foreslås derfor at ISF-andelen videreføres med 50 pst. En ISF-andel på 50 pst. ligger til grunn for bevilgningsforslaget på kap. 732.76 Innsatsstyrt finansiering og kap. 732, postene 72-75 Basisbevilgningene til regionale helseforetak.

### **Post 77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser**

Bevilgningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene radiologi og laboratorievirksomheter. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår også. For 2019 foreslås det bevilget 3 119 mill. kroner, tilsvarende en vekst på om lag 2,9 pst. fra anslag for 2018.

Posten foreslås økt med 2,5 mill. kroner i forbindelse med endret aldersgrense for egenandelsfritak for pasientbehandling ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam. Det vises til omtale under kap. 732, post 76.

Finansieringssystemet for laboratorieanalyser ble lagt om fra 2018. Det var en forutsetning at systemomleggingen skulle være budsjettneutryl. Beregninger med grunnlag i regnskapsdata for årets to første måneder viser at forutsetningen er oppfylt, men beregningene skal gjennomføres på ny, med et større datasett. Dersom forutsetningen om budsjettneutrylhet ikke blir oppfylt, vil det

være aktuelt å justere refusjonene. En slik eventuell justering vil kunne skje løpende gjennom året. Systemomleggingen i 2018 omfattet ikke fagområdet patologi. Det tas sikte på å inkludere patologi i det nye refusjonssystemet fra 2020.

For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med om lag 26 mill. kroner utover ABE-reformen. Refusjonssatsene for radiologi og laborativirksomhet øker i gjennomsnitt med 1,4 pst. neste år.

#### Status 2018

Refusjonene for laborativirksomhet ble prisjustert med vel 0,2 pst. og radiologisk virksomhet med knapt 1,1 pst. fra 1. januar 2018. Forholdet mellom den aktivitetsbaserte refusjonen og andelen som finansieres gjennom rammefinansiering ble endret for laborativirksomheten, ved at 400 mill. kroner ble overført fra refusjonene til rammefinansieringen. I saldert budsjett 2018 ble det samlet sett lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 6,8 pst. utover anslått nivå i 2017 på posten. Dette var basert på regnskapstall per juni 2017, jf. Prop. 1 S (2017–2018). Basert på regnskapstall for perioden januar til mai 2018, er samlede utbetalinger i 2018 anslått til 2 980 mill. kroner. Dette er 150 mill. kroner lavere enn saldert budsjett 2018.

#### **Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester**

Det foreslås en styrking på 4,4 mill. kroner av tilskuddet til etablering av to nye nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten:

- Nasjonal kompetansetjeneste for kirurgi ved fot- og ankeldeformiteter
- Nasjonal kompetansetjeneste for psykiatri og utviklingshemning

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning skal være et økonomisk bidrag og insentiv for forskning i helseforetakene. Alle helseforetak skal ha forskning inte-

grert i pasientbehandling og sin virksomhet. Basisdelen (30 pst.) fordeles likt. Den resultatbaserte delen (70 pst.) fordeles etter et gjennomsnitt av forskningsresultater siste tre år.

- Program for klinisk behandlingsforskning eies og følges opp av de fire regionale helseforetakene og skal imøtekomme behovet for større nasjonale kliniske studier som svarer på identifiserte kunnskapsbehov.
- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester skal gi et økonomisk bidrag til drift av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å utvikle og heve kvaliteten på de leverte tjenestene i hele utrednings- og behandlingsforløpet.

#### Resultat 2017

Samlet bevilgning var 1145,3 mill. kroner i 2017. Tilskudd til forskning utgjorde 680,2 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 465 mill. kroner, herunder 207,1 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

#### Status 2018

##### *Forskning*

Tilskudd til forskning i helseregionene utgjør 695 mill. kroner i 2018. Dette inkluderer 136 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning, som ble etablert våren 2016 av de regionale helseforetakene og i dialog med Norges forskningsråd. Årlige målinger av forskningsaktiviteten i helseforetakene (Nifu) ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning over kap. 732, post 78. CRISin brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner (tabell 4.4). Indikatorene som inngår i poengberegningen er publiserte artikler, avlagte doktorgrader og uttelling for tildelinger av midler fra EU og Norges forskningsråd. For utdypende omtale av forskningsaktivitet og resultater for 2017, se del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.



Tabell 4.4 Gjennomsnittlig tre-årlige beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak

Gjennomsnitt	2015–2017	2014–2016	2013–2015
Helse Sør-Øst RHF	62,9	62,6	61,8
Helse Vest RHF	18,8	18,9	19,8
Helse Midt-Norge RHF	10,5	10,4	9,7
Helse Nord RHF	7,8	8,1	8,7

*Nasjonale kompetansetjenester*

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 476,6 mill. kroner i 2018, herunder 211,3 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser og 53,2 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord. Det er i alt godkjent 52 nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i 2018 etter forskrift.

## Mål 2019

Det foreslås bevilget 1216 mill. kroner i 2019. I forslaget er det tatt hensyn til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

*Forskning*

Det foreslås et tilskudd på 723,7 mill. kroner til forskning i 2019. Det inkluderer 139,2 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK). Videre inngår 15 mill. kroner som i 2016 ble overført fra kap. 732, post 78 til kap. 714, post 79 til delfinansiering av HUNT4, og som nå foreslås tilbakeføres til kap. 732, post 78 som følge av at delfinansieringen er avsluttet.

Tabell 4.5 Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten

	Basis (30 %)	Resultat (70 %) <sup>1</sup>	Sum
Helse Sør-Øst RHF	43,8	257,7	301,5
Helse Vest RHF	43,8	76,9	120,7
Helse Midt-Norge RHF	43,8	42,8	86,6
Helse Nord RHF	43,8	31,8	75,6
Totalt	175,3	409,1	584,4

*Tilskudd til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten*

Tilskuddet på totalt 139,2 mill. kroner fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene.

*Nasjonale kompetansetjenester*

Det foreslås 492,4 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 216,4 mill. kro-

ner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 54,5 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord. For å understøtte etablering av Nasjonal kompetansetjeneste for kirurgi ved fot- og ankeldeformiteter og Nasjonal kompetansetjeneste for psykiatri og utviklingshemning foreslås det å øke tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester med 4,4 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 4.6 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	348,9
Helse Vest RHF	34,4
Helse Midt-Norge RHF	38,1
Helse Nord RHF	71,0
Sum	492,4

Myndigheten til å fatte vedtak om godkjenning av nasjonale tjenester delegeres til Helsedirektoratet for søknader med søknadsfrist 15. januar 2019. Endringene vil redusere saksbehandlingstiden. Søknader med søknadsfrist i januar 2018 behandles fortsatt etter gjeldende prosedyrer, og godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet 2020. Særskilt tilskudd ved etablering av nye nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten foreslås avvirket fra og med statsbudsjettet 2020, og forutsettes finansiert innenfor rammene til de regionale helseforetakene. Dette vil gjelde søknader med frist 15. januar 2019.

### Post 79 Raskere tilbake

Midlene til Raskere tilbake-ordningen ble lagt om fra 2018, jf. Prop. 1 S (2017–2018) og Stortingets behandling. Midlene vil i større grad inngå i det ordinære pasienttilbudet, samtidig som de positive elementene i ordningen videreføres. Bevilgningen under post 79 ble i 2018–budsjettet derfor flyttet til kap. 732, postene 70–79. Det vises for øvrig til omtale under kap. 732, post 70 og del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Midler i Raskere tilbake-ordningen ble i 2017 benyttet til ulike behandlingstilbud i samsvar med formålet med ordningen. Midlene er gradvis dreid mot tiltak for å styrke tilbud til målgrupper som utgjør en stor andel av de sykemeldte, dvs. pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Når det gjelder private aktører, rapporterer regionene at de har videreført eller forlenget avtaler med private aktører. Helse Sør-Øst RHF har i 2017, på vegne av de fire regionale helseforetakene, også forvaltet avtaler og tilhørende helserelevante midler på 57 mill. kroner under kap. 732 post 70, som ble overført fra Arbeids- og sosialdepartementet som ledd i omleggingen av Raskere tilbake.

Det vises også til omtale av arbeid og helse, i kap 7.3, del II i Prop. 1 S (2018–2019) fra Arbeids- og sosialdepartementet.

### Post 80 Kompensasjon for merverdiavgift

Bevilgningen dekker kompensasjon for merverdiavgift til de regionale helseforetakene. Bevilgningen på posten skal dekke utbetaling av seks etterskuddsvise kompensasjonskrav i budsjettåret. Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for flere legemiddelgrupper fra 1. januar 2019. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetakene bevilges deler av midlene som overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene, svarende til 256,6 mill. kroner, på kap. 732, post 80. Det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75. Det foreslås bevilget 7 031 mill. kroner i 2019.

### Post 81 Protonsenter

Bevilgningen dekker tilskudd til etablering av protonbehandling på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus og på Haukeland universitetssykehus ved Helse Bergen.

Det vises til anmodningsvedtak 108.62 av 5. desember 2016, jf. Innst. 2 (2016–2017) og anmodningsvedtak 51 av 4. desember 2017, jf. Innst. 2 (2016–2017), hvor Stortinget ba regjeringen om å utrede og planlegge for to protonsentre i Oslo og Bergen.

Ved Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018) ble tilskuddsrammen fastsatt til henholdsvis 567 mill. 2018-kroner for prosjektet ved Radiumhospitalet og 389 mill. 2018-kroner for prosjektet ved Haukeland. Tilskuddsrammen utgjør 30 pst. av estimerte kostnader i prosjektene. Det er i 2018 utbetalt 95,5 mill. kroner med en fordeling på hhv. 57,5 og 38 mill. kroner til prosjektene i Oslo og Bergen. Utbetalingen omfatter midler bevilget i 2017 og 2018.

Det foreslås bevilget til sammen 96,7 mill. kroner i 2019. Tilskuddet fordeles med 59,7 mill. kroner til prosjektet på Radiumhospitalet og 37 mill. kroner til prosjektet på Haukeland.

### Post 82 Investeringslån

Bevilgningen dekker investeringslån som staten gir de regionale helseforetakene til investeringer på over 500 mill. kroner. Det kan gis lån på inntil

70 pst. av estimert kostnad etter konseptnivå. De regionale helseforetakene kan kun ta opp lån gjennom denne låneordningen.

foretakene, fordelt på investeringsprosjekter i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord. Helse Midt-Norge hadde ingen investeringsprosjekter som fikk lån i 2017.

#### Lån i 2017

I 2017 ble det totalt utbetalt 1 636,8 mill. kroner i lån til investeringsformål til de regionale helse-

Tabell 4.7 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2017 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kr)

	Lånesaldo per 31.12.16	Tildelt låneramme 2017	Påløpte opptreks- renter 2017 jf. kap. 3732, post 83	Innbetalte avdrag 2017 jf. kap. 3732, post 85, og 90	Lånesaldo per 31.12.17
Helse Sør-Øst RHF	8 541,0	715,0	9,2	546,5	8 718,7
Helse Vest RHF	2 535,0	358,8	6,2	213,2	2 686,8
Helse Midt-Norge RHF	3 030,4	0,0	0,0	244,1	2 786,3
Helse Nord RHF	3 159,5	563,0	12,7	148,6	3 586,6
Sum	17 265,9	1 636,8	28,1	1 152,4	17 778,4

#### Lån i 2018

Ved inngangen til 2018 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene om lag 17,8 mrd. kroner. Av dette er 14,8 mrd. kroner omgjort til langsiktige lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 3 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Saldert budsjett for 2018 utgjør 2 890,5 mill. kroner. Bevilgningen sikrer fortsatt framdrift av igangsatte investeringsprosjekter. I tillegg er det i 2018 vedtatt lånemidler til forprosjekteringsarbeid knyttet til ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus.

Nytt sykehus i Kirkenes ved Finnmarkssykehuset, A-fløya og PET-senteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge er ferdigstilt i 2018.

#### Budsjettforslag 2019

Det foreslås en bevilgning på 5 631,38 mill. kroner i 2019, hvor 884 mill. kroner gjelder lån til prosjekter som ikke lå inne i saldert budsjett for 2018. Dette omfatter prosjektene Helseplattformen i Helse Midt-Norge, nye sykehus i Narvik og Hammerfest i Helse Nord, protonsentert ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Vest og protonsentert ved Radiumhospitalet i Helse Sør-Øst.

Det foreslås å utvide lånerammen til nytt sykehus i Stavanger med 53 mill. 2019-kroner knyttet til universitetsarealer, hvor lånet til universitetsarealer utbetales fra 2020.

I tillegg tas det sikte på å fremme forslag om låneramme til etablering av regional sikkerhetsavdeling på Ila ved Oslo universitetssykehus i statsbudsjettet for 2020, dersom tomtespørsmålet er avklart.

#### Helseplattformen i Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF har behov for å erstatte dagens pasientadministrative system (PAS) og elektroniske pasientjournal (EPJ). Samtidig arbeider nasjonale helsemyndigheter med å sikre standardiserte og enhetlige løsninger for disse behovene på tvers av behandlingsnivå. På bakgrunn av dette har Helse Midt-Norge utredet og senere besluttet å utvikle en enhetlig og felles PAS/EPJ-løsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Programmet har fått navnet Helseplattformen og skal gi økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre pasientsikkerhet og mer brukervennlige systemer. Gjennom programmet settes helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte. Helseplattformen vil i tillegg til å innebære et IKT-samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og gi mulighet for å prøve ut nye former for pasientsamarbeid i helsetjenesten.

Det foreslås at Helse Midt-Norge får en låneramme tilsvarende 70 pst. av forventet investeringskostnad for spesialisthelsetjenestens del av prosjektet, med en bevilgning på 465 mill. kroner i 2019. Siden Helse Midt-Norge er i en anskaffelsesprosess vil ikke den samlede lånerammen gjøres kjent før i revidert nasjonalbudsjett 2019. I tillegg vil det bli etablert en tilskuddsordning tilsvarende 100 pst. av den faste investeringskostnaden for kommunene og fastlegene, med en bevilgning på 110 mill. kroner i 2019. Med den faste investeringskostnaden for kommuner og fastleger menes engangskostnader knyttet til anskaffelse, innføring og driftsplattform som påløper uavhengig av hvor mange kommuner og fastleger som deltar i prosjektet. Dette er et tilskudd som skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen. Helseforetakenes rentevilkår vil bli benyttet. Det legges til grunn at kostnaden fordeles mellom kommunene basert på innbyggertall.

Ordningen blir etablert for å legge til rette for deltakelse fra kommuner og fastleger i Midt-Norge, slik at verken Helse Midt-Norge eller de kommuner som går inn i prosjektet skal bære risikoen for manglende deltakelse. Helseplattformen er et viktig prøveprosjekt for samhandling mellom statlig og kommunal sektor, og det er derfor avgjørende at flest mulig kommuner og fastleger deltar. Størrelsen på tilskuddet vil først gjøres kjent etter at kontrakt med leverandøren er undertegnet. Det legges til grunn at Helse Midt-Norge forvalter tilskuddet inntil en felles driftsorganisasjon eventuelt er på plass. Lån og tilskudd utbetales i tråd med framdriften i prosjektet.

#### *Nytt sykehus i Narvik*

Nytt sykehus i Narvik skal erstatte tidligere sykehusbygg og samle tilbudet innen både fysisk og

psykisk helse og rusbehandling i ett felles bygg. Sykehuset skal bygges på Furumoen mellom Narvik sentrum og Hålogalandsbrua. Det nye sykehuset er planlagt ferdigstilt 2023/2024. Det foreslås at prosjektet får en låneramme på 1 716 mill. 2019-kroner, tilsvarende 70 pst. av estimert prosjektkostnad, med en bevilgning på 118 mill. kroner i 2019.

#### *Nytt sykehus i Hammerfest*

Nytt sykehus i Hammerfest skal erstatte tidligere sykehusbygg og skal bygges på ny tomt på Rossmolla. Prosjektet omfatter også universitetsarealer for Universitetet i Tromsø (UiT) sin aktivitet i Hammerfest. Denne aktiviteten drives i dag i leide lokaler fra Statsbygg. Hammerfest er et av de studiestedene der UiT/Norges arktiske universitet tilbyr helsefaglige universitetsutdanninger og har fagmiljø som driver helsevitenskaplig forskning og utviklingsarbeid. UiT har studentgrupper i Hammerfest som gjennomfører de to siste årene av profesjonsutdanningen i medisin.

Det foreslås 38 mill. kroner i lån til prosjektet i 2019, med en samlet låneramme på 1 893 mill. 2019-kroner, hvor universitetsdelen utgjør 200 mill. kroner. Lånerammen tilsvarer 70 pst. av estimert prosjektkostnad for sykehusdelen av prosjektet og 100 pst. av estimerte kostnader for universitetsdelen av prosjektet.

#### *Etablering av protonbehandling i Norge*

Lån til protonsenters ved Haukeland universitetssykehus og Radiumhospitalet ble vedtatt med en øvre låneramme på hhv. 907 mill. 2018-kroner og 1 324 mill. 2018-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018).

Tabell 4.8 Investeringslån 2017–2019

Prosjekt	Låneramme	Bevilgning 2017	Bevilgning 2018	Forslag 2019
Helseplattformen				465
Nytt sykehus i Narvik	1 716 mill. 2019-kr			118
Nytt sykehus i Hammerfest	1 893 mill. 2019-kr			38
Protonsenter Haukeland	907 mill. 2018-kr			100
Protonsenter Radiumhospitalet	1 324 mill. 2018-kr			163
Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2 738 mill. 2018-kr		90	305
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal	3 554 mill. 2018-kr		220	217
Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus	1 350 mill. 2018-kr		50	437
Nytt sykehus i Drammen	8 460 mill. 2017-kr	70	425	1 270
Nytt sykehus i Stavanger	5 930 mill. 2017-kr	175	264,9	700
Nytt sykehus i Stavanger – universitetsarealer	53 mill. 2019-kr			0
Oppgradering og modernisering i Helse Førde	1 125 mill. 2017-kr	18	150	260
Oppgradering av sentralblokk på Haukeland universitetssjukehus	370 mill. 2017-kr	90	94	100
Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus	567 mill. 2017-kr	80	160	260
Vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssjukehus	1 300 mill. 2016-kr	340	334	367,08
Byggetrinn II av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus	2 084 mill. 2014-kr	75,8	320	391,3
Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold	1 870 mill. 2014-kr	225	480	440
A-fløya ved Universitetssykehuset Nord- Norge	455 mill. 2012-kr	60	59,42	
PET-senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge	375 mill. 2015-kr	295	63,45	
Modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø	1 328 mill. 2008-kr	150	146,79	
Nytt sykehus i Kirkenes	600 mill. 2013-kr	58		
Forprosjektering regional sikkerhetsavdeling ved OUS			33	

Nytt sykehus i Kirkenes ved Finnmarks-sykehuset, A-fløya og PET-senteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge er ferdigstilt i 2018.

Når det gjelder bygging av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, ble den pågående anbudskonkurransen avbrutt i juni 2018. Byggstart vil derfor bli senere enn tidligere antatt. Helse Midt-

Norge/Helse Møre og Romsdal jobber nå med å sikre en forsvarlig gjennomføring av prosjektet innenfor de fastsatte økonomiske rammene uten å forsinke prosjektet unødvendig.

### 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 Finansdepartements budsjett (kap. 5605, post 84). I 2017 utgjorde opptreksrenter på denne posten 28,1 mill. kroner.

### Post 86 Driftskreditter

Bevilgningen på posten benyttes til å håndtere svingninger i forholdet mellom pensjonskostnader og -premier. Det foreslås en bevilgning på 3 359 mill. kroner i 2019.

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. Driftskredittrammene fordeles på samme måte som basisbevilgningen. 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. Hvis pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden, blir likviditet tilført gjennom økt tilførsel av driftskreditt. Hvis pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden, blir overskuddslikviditet trukket inn gjennom krav til nedbetaling av driftskreditt. Dersom det skjer betydelige endringer i pensjonskostnaden som ikke helseforetakene selv har kunnet påvirke, vurderes det i det enkelte tilfelle om det skal gjøres endringer i basisbevilgningene til helseforetakene.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2017  
Helseforetakenes samlede ramme for driftskreditt var per 1. januar 2017 på 5 996 mill. kroner. Ved behandling av Prop. 1 S (2016–2017) ble det

lagt til grunn en samlet pensjonskostnad på 13 700 mill. kroner og pensjonspremier på 13 630 mill. kroner. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjorde dermed 70 mill. kroner, som ble foreslått håndtert gjennom en tilsvarende reduksjon av driftskredittdelen. Samtidig ble det lagt opp til at helseforetakene skulle benytte 5 100 mill. kroner av premiefondet til premiebetinging. Driftskredittrammen ble redusert tilsvarende. Samlet reduksjon av driftskredittrammen ble dermed 5 170 mill. kroner.

Endelige beregninger av pensjonskostnaden for 2017 viste en pensjonskostnad på 13 200 mill. kroner. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017 ble derfor basisbevilgningen til de regionale helseforetakene redusert med 500 mill. kroner. Redusert lønnsvekstanslag i forhold til forutsetningene lagt til grunn i saldert budsjett 2017, ga videre en reduksjon i anslåtte pensjonspremier med 580 mill. kroner til 13 050 mill. kroner. Samtidig var det i saldert budsjett 2017 ikke tatt hensyn til at det ikke svares arbeidsgiveravgift av pensjonspremie som betales fra premiefond. Isolert sett innebærer det en likviditetslettelse på 720 mill. kroner, som dermed reduserer driftskredittdelen tilsvarende.

Den samlede likviditetsmessige effekten av redusert basisramme som følge av redusert pensjonskostnad, redusert pensjonspremie grunnet redusert lønnsvekstanslag og arbeidsgiveravgiftteffekt ved bruk av premiefond, ga et økt krav om nedbetaling av driftskreditt på 800 mill. kroner. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017) ble derfor nedbetalingskravet økt fra 5 170 mill. kroner til 5 970 mill. kroner. Dette ga en samlet driftskredittramme på 26 mill. kroner for de regionale helseforetakene.

Oppdatert informasjon høsten 2017 viste at pensjonspremien for 2017 ble på 12 800 mill. kroner inklusive arbeidsgiveravgift. Det nye anslaget innebar en reduksjon i pensjonspremien på 250 mill. kroner inklusive arbeidsgiveravgift i forhold til nivået lagt til grunn for håndteringen vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017). Gjennom Stortingets behandling av Prop. 21 S (2017–2018) ble det vedtatt at det reduserte likviditetsbehovet skulle håndteres gjennom redusert bruk av premiefond. Hensyntatt arbeidsgiveravgift, innebar dette at de regionale helseforetakenes bruk av premiefond i 2017 ble redusert med 218 mill. kroner fra 5 100 mill. kroner til 4 882 mill. kroner. Det ble derfor ikke foretatt endringer i de regionale helseforetakenes allerede vedtatte driftskredittramme.

#### Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2018

Saldert budsjett for 2018 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for helseforetakene på 12 900 mill. kroner og pensjonspremier på 16 300 mill. kroner. Anslag for pensjonspremie for 2018 er utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 3 pst. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 3 400 mill. kroner, som hovedsakelig håndteres gjennom bruk av helseforetakenes premiefond. Det er lagt opp til at helseforetakene skal benytte 2 842 mill. kroner fra premiefondet til premiebetaling i 2018. Den delen av pensjonspremien som betales fra premiefond er unntatt fra arbeidsgiveravgift, noe som reduserer likviditetsbelastningen med 401 mill. kroner. Det resterende likviditetsbehovet på 157 mill. kroner dekket gjennom en tilsvarende økning av driftskreditrammen.

Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene innebærer et anslag for pensjonskostnaden i 2018 på 11 800 mill. kroner, som er 1 100 mill. kroner lavere enn forutsatt i saldert budsjett. Dette skyldes hovedsakelig endringer i de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for beregning av pensjonskostnaden og en bedre avkastning på pensjonsmidlene i 2017 enn tidligere anslått. På denne bakgrunn ble basisbevilgningen til de regionale helseforetakene redusert med 1 100 mill. kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2018.

Premieanslaget i Prop. 1 S (2017–2018) var basert på et lønnsvekstanslag på 3,0 pst. Anslått lønnsvekst er redusert til 2,8 pst., noe som reduserer anslaget for pensjonspremie for 2018 med 600 mill. kroner til 15 700 mill. kroner. De regionale helseforetakenes likviditetsbehov reduseres tilsvarende. Nettoeffekten av de anslåtte endringene i pensjonspremie og pensjonskostnad gir et økt likviditetsbehov på 500 mill. kroner. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018) ble derfor driftskreditrammen til de regionale helseforetakene økt med 500 mill. kroner til 683 mill. kroner.

Endelig informasjon om nivået på pensjonspremie 2018 vil først være kjent høsten 2018. Regje-

ringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle endringer.

#### Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2019

Budsjettforslaget for 2019 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for helseforetakene på 11 800 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift og pensjonspremier på 16 850 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Anslag for pensjonspremie for 2019 er utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 3,25 pst. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 5 050 mill. kroner, som foreslås håndtert dels gjennom bruk av premiefond og dels gjennom økning av driftskreditrammen. Det legges opp til at helseforetakene skal benytte 1 482 mill. kroner fra premiefondet til premiebetaling i 2019. Ved bruk av premiefond for å betale pensjonspremier belastes ikke arbeidsgiveravgift, og likviditetsbehovet reduseres følgelig med 209 mill. kroner. Det resterende likviditetsbehovet på 3 359 mill. kroner foreslås dekket gjennom en tilsvarende økning av driftskreditrammen.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med private ideelle institusjoner som årlig mottar oppdrags-/bestillerdokument fra de regionale helseforetakene. Endringer i disse institusjonenes pensjonskostnader som følge av forhold de selv i liten grad kan påvirke, håndteres av de regionale helseforetakene som hovedregel på linje med egne helseforetak. Imidlertid fikk disse virksomhetene beholde hele den positive regnskapsmessige effekten i 2014 av at levealdersjustering var blitt innført for offentlige tjenestepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Økte pensjonskostnader i årene etter 2014 vil for disse virksomhetene måtte sees i sammenheng med den positive resultateffekten dette forholdet medførte i 2014. Per 2018 har ikke de private ideelle institusjonene hatt en samlet årlig kostnadsøkning som er større enn den positive resultateffekten fra 2014.

Endelig informasjon om nivået på pensjonskostnad i 2019 vil tidligst være kjent ultimo januar 2019, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2019. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle endringer.

Tabell 4.9 Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kroner)

	Årsslutt 2016	Prop. 1 S. (2016– 2017)	Prop. 129 S (2016– 2017)	Prop. 21 S (2017– 2018)	Prop. 1 S (2017– 2018)	Prop. 85 S (2017– 2018)	Prop. 1 S (2018– 2019)
1. Anslått pensjonskostnad		13 700	13 200	13 200	12 900	11 800	11 800
2. Anslått pensjonspremie		13 630	13 050	12 800	16 300	15 700	16 850
3. Benyttet premiefond		5 100	5 100	4 882	2 842	2 842	1 482
4. Arbeidsgiveravgifteffekt			720	688	401	401	209
5. Endring i driftskredittramme		-5 170	-800	0	157	500	3 359
6. Endring driftskreditt gjennom året (2–1–3–4)		-5 170	-5 970	-5 970	157	657	3 359
7. Samlet driftskredittramme	5 996	826	26	26	183	683	4 042

### Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
80	Renter på investeringslån	294 812	286 000	264 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	447 982	465 000	525 000
86	Driftskreditter	5 970 000		
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	704 425	632 000	632 000
	Sum kap. 3732	7 417 219	1 383 000	1 421 000

#### Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2017 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 294,8 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

Tabell 4.10 Oversikt over innbetalte renter i 2017 fordelt på regionale helseforetak (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	144,2
Helse Vest RHF	31,3
Helse Midt-Norge RHF	86,5
Helse Nord RHF	32,8
Sum	294,8

#### 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 2017 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 1 152,4 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak.

#### Post 85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. I 2017 utgjorde avdrag på denne posten 448 mill. kroner.



**Post 86 Driftskreditter**

Se omtale under kap. 732, post 86.

**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 704,4 mill. kroner i 2017.

**Kap. 733 Habilitering og rehabilitering**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	21 139	14 749	16 842
70	Behandlingsreiser til utlandet	125 057	126 504	127 954
72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	2 347	2 812	1 245
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		6 162	6 341
	Sum kap. 0733	148 543	150 227	152 382

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

- 2 mill. kroner er flyttet fra kap. 762, post 64 knyttet til ParkinsonNet

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. Habilitering og rehabilitering skal gis til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte rehabiliteringstjenester og habiliteringstjenester til barn, unge og voksne med medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne. Ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten er en arbeidsform som bør økes, med større bruk av videoteknologi/ telemedisin. Noen helseforetak har udekkede behov i habiliteringstjenestene for barn og voksne med sammensatte funksjonsnedsettelse.

Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator legges til grunn for utvikling av faglig gode tjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det arbeides med å utvikle kvalitetsindikatorer for lettere å kunne følge med på variasjon og kvalitetsutvikling innen habilitering og rehabilitering.

Det er gitt øremerkede midler til å forbedre tilbudet til barn og ungdom med ervervete hjerne-

skader og det skal iverksettes behandlingslinjer i alle regioner.

Det er utarbeidet en ny retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.

Det er også utarbeidet pakkeforløp for første del av behandlingen av hjerneslag. Arbeidet med andre del er igangsatt, og dette vil særlig dreie seg om rehabiliteringsdelen av forløpet.

Brukerne av rehabiliteringstjenester har fra 2017 fått større valgfrihet. Alle pasienter som har rett til rehabilitering kan fritt velge mellom offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Formålet med bevilgningen er å stimulere til utvikling av gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester og få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av fagfeltet. Dette skjer bl.a. gjennom prosjekter som skal styrke fagutvikling og kompetanse og øke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil prøve ut nye modeller for bedre behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. ParkinsonNet er en nederlandske modell hvor pasientens kunnskap om egen sykdom, tilpasset egen trening 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 en IKT-plattform med 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 er etablert et pilotprosjekt fra april 2017 til desember 2019 hvor sykehus og kommuner i Rogaland og Oslo skal prøve ut modellen i Norge. Helsedirektoratet har ansvaret for prosjektet, i nært samarbeid med pasientorganisasjonen Norges Parkinsonforbund. Evalueringen av prosjektet vil gi grunnlag for å vurdere en nasjonal videreføring av modellen. Det ble i 2018 gitt et tilskudd på 2 mill. kroner over kap. 733, post 21, og 3 mill. kroner over kap. 733, post 79, til prosjektet. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018) ble det flyttet 2 mill. kroner fra kap. 762, post 64 til kap. 733, post 21. Midler tilsvarende 7 mill. kroner foreslås videreført i 2019.

#### **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. Ordningen 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. Egenandelen for pasienter er omfattet av egenandelstak 2. I 2017 fikk 2 150 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 190 ledsagere. Det foreslås bevilget 128 mill. kroner i 2019.

#### **Post 72 Kjøp av opptrening mv.**

Livsstilsprosjektet ved Feiringklinikken har som formål å bygge opp og spre kunnskap om forebyg-

ging av hjerte- og karsykdommer gjennom samhandling og livsstilsendring. Bevilgningen foreslås redusert med 1,6 mill. kroner i 2019 knyttet til redusert behov. Det foreslås bevilget 1,2 mill. kroner i 2019.

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

Det ble i budsjettet for 2017 omprioritert 13,7 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 for å etablere et behandlingstilbud i alle helseregioner til barn med ervervet hjerneskade. De regionale helseforetakene har utredet hvordan behandlingstilbudet kan styrkes. De regionale helseforetakene skal etablere et sammenhengende behandlings- og rehabiliteringsforløp for barn og ungdom med ervervete hjerneskader. Forløpet skal omfatte tidligrehabilitering i sykehus og samarbeid med hjemkommune om videre rehabilitering, inkludert pedagogisk tilbud. De regionale helseforetakene er også bedt om å vurdere bruk av Sunnaas sykehus for enkelte pasientgrupper, samt vurdere tiltak for kompetansespredning og organisering av den mest spesialiserte delen av behandlingstilbudet.

#### *Rehabiliteringstilbud til ryggmargsskadde*

Camp Spinal er et tiltak i regi av Sunnaasstiftelsen, som i flere år har gitt rehabiliteringstilbud til ryggmargsskadde. Det arrangeres årlig motivasjons- og treningsleire for ryggmargsskadde som har pådratt seg en alvorlig skade og har fått varig funksjonsnedsettelse. Idrett og annen aktivitet er virkemidler som gir økt selvstendighet, integritet og et innholdsrikt liv. Det foreslås å videreføre et tilskudd på 1 mill. kroner til Sunnaasstiftelsen i 2019 til dette formålet.

**Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter	63 000	57 614	71 349
21	Spesielle driftsutgifter	18 322	16 886	35 993
70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	3 986	2 706	2 784
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	91 283	83 199	85 612
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	18 096	15 686	13 141
	Sum kap. 0734	194 687	176 091	208 879

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

- 19 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 734, post 21, for å styrke behandlingstilbudet til dømtede for seksuelle overgrep.
- 12,3 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 734, post 01, for å styrke driftsutgiftene til kontrollkommisjonene under det psykiske helsevernet.
- 3 mill. kroner flyttet til kap. 732, post 70, knyttet til Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang.

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser er omtalt under kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, kap. 732 Regionale helseforetak og del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det er et mål å styrke kvaliteten på TSB og psykisk helsevern. Utarbeidelse og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistre og etablering av pakkeforløp er sentrale virkemidler for å styrke kvalitet og kunnskapsbasert praksis i tjenestene. Regelen om prioritering av psykisk helsevern og TSB, jf. omtale under kap. 732. Innenfor psykisk helsevern skal BUP og DPS prioriteres. Redusert bruk av tvang og sikring av pasienters rettsstilling ved bruk av tvang er sentrale målsettinger.

Regjeringen vil legge frem en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Psykisk helsevern vil også bli et hovedområde i Nasjonal helse og sykehusplan 2019. Regjeringens strategi for psykisk helse «Mestre hele livet»

vil ligge til grunn for disse dokumentene, sammen med nyere innspill fra brukere, tjenesten og andre fagmiljøer.

Arbeidet med å sikre bedre helsetjenester til barn i barnevernet vil bli videreført i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet.

**Post 01 Driftsutgifter**

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjøring og andre utgifter for kontrollkommisjonene innen det psykiske helsevernet. Det foreslås å styrke posten med 12,3 mill. kroner til dekning av økte driftsutgifter. Samlet foreslås det å bevilge 66,6 mill. kroner i 2019.

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon. Landet har 54 kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonene ivaretar rettsikkerheten 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. Antall klager på tvangsvedtak har økt de senere år. Helsedirektoratet har et faglig og praktisk oppfølgingsansvar overfor kommisjonene. Den økonomiske forvaltningen er delegert til fylkesmennene gjennom embetsoppdrag og fullmaktsbrev.

Siden 2017 har det vært satt i verk tiltak for å styrke kvaliteten i kontrollkommisjonenes arbeid, som ledd i å øke pasientenes rettssikkerhet og medbestemmelse. Det er lagt større vekt på bru-

kerperspektivet i alle deler av kommisjonenes aktiviteter, og velferdskontrollene har økt. Helsedirektoratet har i perioden 2017-2018 utviklet et e-læringskurs om bruk av tvang, og en egen del av opplæringen vil handle om kravet om manglende samtykkekompetanse for å bruke tvang. Kurset er rettet mot helsepersonell i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, samt klageorganene. Fra 2017 har direktoratet innført en årlig samling for kommisjonenes ledere og varaledere, i tillegg til den årlige kontrollkommisjonskonferansen for alle medlemmer. Det gis også fra 2017 opplæring til alle nye medlemmer i forbindelse med årskonferansen. Helsedirektoratet har også etablert en modell for oppfølging og veiledning av kontrollkommisjonene, for å sikre god og lik praksis på landsbasis. En *faglig ressursgruppe* bestående av noen kommisjonsledere i hver region vil gi faglig veiledning og støtte til kommisjoner som trenger dette, samt bistå med normering av rutiner og praksis.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

#### *Behandling av personer dømt for seksuallovbrudd*

Det er behov for å styrke behandlingstilbudet for personer som er dømt for overgrep/sexuallovbrudd. Det ble i 2015 igangsatt et prosjekt for kartlegging og behandling av denne gruppen, i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus, Kriminalomsorgen region sør og Helse Sør-Øst RHF. Prosjektet har som mål å utvikle et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud til personer dømt for seksuallovbrudd, bidra til økt kunnskap om seksuallovbruddsdømte gjennom systematisk kartlegging av kjente statistiske risikofaktorer, samt formidle erfaringer med den valgte behandlingstilnærmingen til relevante aktører og samarbeidspartnere (kriminalomsorgen, helsetjenesten i fengsel og spesialisthelsetjenesten).

Tilbudet gis i dag kun ved enkelte fengsler. Helsedirektoratet finansierer i 2018 prosjektet med om lag 3,6 mill. kroner over kapittel 734, post 21. Kunnskapen fra prosjektet vil være viktig for å videreutvikle behandlingstilbudet til personer som har begått seksuelle overgrep. Som ledd i Opptrappingsplanen mot vold og overgrep og målet om å styrke behandlingstilbudet til gruppen, foreslås det å bygge ut prosjektet til et landsdekkende behandlingstilbud. Det foreslås å øke bevilgningen på posten med 19 mill. kroner i 2019.

#### *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

Helsedirektoratet startet i 2017 arbeidet med å revidere gjeldende retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Dette arbeidet planlegges ferdigstilt i løpet av 2019. I 2017 ble det gjennomført en Konsensuskonferanse om gravide i LAR. Panelet, som fikk i oppdrag å vurdere alle innspill, kom frem til at det var grunnlag for å innføre «føre-var» prinsippet overfor kvinner som hadde startet i LAR og som ble gravide. Etter planen vil den reviderte retningslinjen for gravide i LAR, inkludert høring, være ferdig i løpet av 2018. I påvente av den ferdigstilte retningslinjen, har Helsedirektoratet bedt de regionale helseforetakene om å følge dette «føre-var» prinsippet.

I regjeringens politiske plattform (Jeløya-erklæringen) fremgår at den vil gjennomføre forsøk med heroinassistert behandling. Helsedirektoratet fikk sommeren 2018 i oppdrag å utarbeide forslag til hvordan et prøveprosjekt for heroinassistert behandling kan innføres i Norge. En tilbakemelding på dette oppdraget vil etter planen foreligge i juni 2019. I Jeløya-erklæringen fremgår det videre at regjeringen vil etablere et nasjonalt kvalitetsregister for TSB. Gitt at Helsedirektoratet gir den endelige godkjenningen av registeret i løpet av 2018, vil de kunne starte planleggingen av hvordan registeret skal kunne implementeres.

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.

#### *Særskilte oppfølgingstiltak av utilregnelige lovbrytere*

Stortinget har gjennom endringer i straffeloven vedtatt utvidelse av anvendelsesområdet for de strafferettslige særreaksjonene. Prop. 122 L (2014–2015), jf. Innst. 79 L (2015–2016), innebar at personer som er strafferettslig utilregnelige og som begår gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art kan idømmes slik reaksjon. Utvidelsen omfatter både dom på overføring til tvungent psykisk helsevern og til tvungen omsorg. I Prop. 154 L (2016–2017), Endringer i straffeloven og straffeprosessloven mv. (skyldvne, samfunnsvern og sakkyndighet), foreslår regjeringen bl.a. en utvidelse av ordningen ved at også mindre alvorlige lovbrudd kan gi grunnlag for slik særreaksjon. Regjeringen har vurdert at

de ressursmessige konsekvensene for helsetjenesten vil være lav, men vil foreta en kartlegging av de faktiske konsekvensene i form av bruk av sikkerhetspsykiatri og andre døgntilbud.

### **Post 70 Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.**

Bevilgningen på posten dekker utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere ved alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet. Det foreslås bevilget 2,8 mill. kroner i 2019.

### **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 en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrutere. Ansvaret for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes særskilt over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. En vesentlig del av ressursene nyttes til veiledning og oppfølging av kommuner som har tatt imot domfelte. Samlet foreslås det bevilget 85,6 mill. kroner i 2019.

Fra januar 2002 til mai 2018 er til sammen 24 personer dømt til tvungen omsorg. Per juni 2018 er det fire personer i fagenhetens sengepost. Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært om lag fire personer (2017 og 2018). Ti personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar (for gjennomføring av dom til tvungen omsorg) per juni 2018. Fra januar 2002 til mai 2018 har det til sammen vært 39 kjennelser fra retten om innleggelse ved fagenheten for gjennomføring av varetektsurrogat etter straffeprosessloven § 188 og/eller rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167 (24 kjennelser for § 188, 15 for § 167). I perioden fra mai 2017 til mai 2018

ble 3 personer med dom til fengselsstraff og/eller forvaring, innlagt etter straffegjennomføringsloven § 12 etter avtale med Kriminalomsorgen.

### **Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus**

*Kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og Rettspsykiatri (SIFER)*

Behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser som begår grove kriminelle handlinger, stiller særlig krav til kompetanse. De tre regionale kompetansesentrene og sikkerhetsavdelingene (Oslo, Bergen og Trondheim) har spesialkompetanse innen fagområdene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som overføres både til lokale sikkerhetsavdelinger og til allmennpsykiatriske avdelinger ved behov. Driften av kompetansesentrene er forankret i de regionale helseforetakene. Nytt kompetansesenter er startet opp i Helse Nord i 2018. De regionale kompetansesentrene har etablert et nasjonalt kompetansenettverk seg imellom for å styrke de nasjonale forsknings- og fagutviklingsprosjektene innenfor de tre fagområdene. Det foreslås å videreføre tilskuddet til kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

*Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf)*

Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo (Seraf) har en omfattende virksomhet og er en viktig instans i å utvikle kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet, i særlig grad innen spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilskuddet til Seraf foreslås videreført i 2019.

*Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang*

I tråd med Helsedirektoratets forslag, foreslås det at Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i psykisk helsevern overføres fra Helsedirektoratet til Helse Nord RHF fra 2019. Det foreslås å flytte 3 mill. kroner til kap. 732, post 70.

**Kap. 737 Historiske pensjonskostnader**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
70	Tilskudd			30 000
	Sum kap. 0737			30 000

**Post 70 Tilskudd**

Det foreslås 42 mill. kroner i 2019 for å etablere en tilskuddsordning til dekning av ideelle og andre virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning, hvor av 30 mill. kroner på denne posten.

Historiske pensjonskostnader er framtidige kostnader knyttet til tidligere opptjente pensjonsrettigheter i offentlig tjenestepensjonsordning, som forfaller til betaling etter at opptjeningen er avsluttet. Fra 1970-tallet var det gjengs oppfatning om at lønns- og pensjonsordningene for ansatte i ideelle virksomheter som leverer helse- og sosialtjenester til det offentlige skulle være tilnærmet lik de som gjelder for ansatte i offentlig tjeneste.

Mange ideelle virksomheter innenfor disse tjenestene har derfor hatt offentlige tjenestepensjonsordninger for sine ansatte, hovedsakelig i KLP. Ut over 2000-tallet er det tidligere tette samarbeidet blitt erstattet av marked med konkurranse.

Hippe-utvalget leverte sin utredning NOU 2016: 12 Ideell opprydding 15. august 2016, med anbefaling om å etablere en ordning for dekning av historiske pensjonskostnader. Høringsinstansene støtter dette. Det vises også til anmodningsvedtak 108.56 av 5. desember 2016, jf. Innst. 2 (2016–2017).

Regjeringen fremmet forslag om tilskuddsordning for dekning av historiske pensjonskostnader i statsbudsjettet for 2018. Det vises til omtale i Prop. 1 S (2017–2018) for Helse- og omsorgsdepartementet, der tilskuddsordningen ble presentert. Et flertall i finanskomiteen i Innst. 2 S (2017–2018) avgitt 12. desember 2017 uttalte at «innretningen på kompensasjonen må arbeides videre med før Stortinget vedtar en slik tilskuddsordning, og at ordningen derfor ikke bør besluttes nå».

Lovforslag ble ikke fremmet til behandling i vårsesjonen 2018 på grunn av stor usikkerhet knyttet til om man i praksis ville rekke å utbetale tilskudd av betydning i 2018. Det fremmes lovforslag høsten 2018.

Det foreslås å legge utvalgets avgrensning av tilskuddsmottakere til grunn. Dette innebærer at ordningen skal gjelde privat virksomhet med offentlig tjenestepensjonsordning som har levert lovpålagte spesialisthelsetjenester og barneverntjenester som staten nå er ansvarlig for. Ordningen skal ikke gjelde for de tolv ideelle sykehusene med driftsavtale (bl.a. Diakonhjemmet og Haraldsplass), de 19 kirkelige familievernkontorene, medlemmer i Statens pensjonskasse, Overføringsordningens sikringsordning eller kommuner som har overtatt privat virksomhet. Kostnader knyttet til legeordningen og den lovfestede sykepleierordningen dekkes ikke.

Det foreslås at kompensasjonen innrettes slik:

- Pensjonsforpliktelsene blir værende i den eksisterende pensjonsordningen og staten kompenserer de årlige pensjonspremiene knyttet til historiske pensjonskostnader som pensjonsleverandøren krever av virksomhetene.
- Det gis kun tilskudd for historiske pensjonskostnader knyttet til opptjeningstid før 2010. Det legges opp til en manuell nøyaktig tilbakeføring av opptjeningstid og at sjablong kan brukes hvor informasjon ikke er tilgjengelig.
- Tilskuddet dekker ikke kostnader knyttet til annen aktivitet enn lovpålagte spesialisthelsetjenester og statlige barneverntjenester.
- Tilskuddet reduseres med avkastning på fondsmidler.
- Utgifter vil løpe så lenge det er pensjonister og etterlatte med rettigheter etter ordningen.

De regionale helseforetakene og Bufdir har avtalefestet at de private skal dekke pensjonskostnadene selv i avtaleperioden. Kompensasjon av kostnader som allerede er dekket av eksisterende avtaler frarådes av utvalget og er normalt i strid med reglene om offentlige anskaffelser. Tilskudd kan derfor ikke dekke slike kostnader før avtalene er reforhandlet eller avsluttet. På bakgrunn av dette reduseres tilskuddet vesentlig i 2019. Svært få avtaler utløper før 2021.

Tilskuddsordningen vil være regelstyrt. Det foreslås at posten får stikkordet «overslagsbevilgning».

Totale utgifter i 2019 anslås til om lag 42 mill. kroner. Beløpet inkluderer administrative utgifter. Anslaget er usikkert. Helsedirektoratet skal for-

valte tilskuddsordningen, også for den delen som gjelder statlige barnevernstjenester. Det foreslås derfor at 12 mill. kroner bevilges på kap. 740, post 21, mens 30 mill. kroner bevilges på kap. 737, post 70.

## Programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
740	Helsedirektoratet		1 332 455	1 375 552	3,2
741	Norsk pasientskadeerstatning		256 302	255 295	-0,4
742	Nasjonalt klageorgan for helse- tjenesten		162 962	162 431	-0,3
744	Direktoratet for e-helse		409 652	364 586	-11,0
745	Folkehelseinstituttet		1 212 019	1 198 797	-1,1
746	Statens legemiddelverk		296 510	318 252	7,3
747	Statens strålevern	114 388	118 154	117 162	-0,8
748	Statens helsetilsyn		133 083	159 164	19,6
749	Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten		20 000	40 433	102,2
Sum kategori 10.40		114 388	3 941 137	3 991 672	1,3

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
01-23	Statens egne driftsutgifter	111 445	3 733 037	3 792 857	1,6
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	2 943	20 480	16 971	-17,1
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen		80 000	81 908	2,4
70-89	Andre overføringer		107 620	99 936	-7,1
Sum kategori 10.40		114 388	3 941 137	3 991 672	1,3



**Kap. 740 Helsedirektoratet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter		1 172 992	1 212 918
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		30 576	30 421
60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger		80 000	81 908
70	Helsetjenester i annet EØS-land		48 887	50 305
	Sum kap. 0740		1 332 455	1 375 552

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

- 17,5 mill. kroner i økt driftsramme knyttet til kontroll med tobakksvarer mot økte inntekter over kap. 3740, post 04 og kap. 5572, post 75
- 3 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til elektronisk utveksling av trygdeinformasjon i EU/EØS
- 9 mill. kroner i redusert bevilgning i forbindelse med avvikling av meldeordningen knyttet til spesialisthelsetjenestelovens § 3-3
- 10 mill. kroner flyttes fra kap. 701, post 21, knyttet til forvaltning av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
- 5 mill. kroner flyttes fra kap. 761, post 21, knyttet til Iplos-registeret
- 5 mill. kroner flyttes til kap. 714, post 21, knyttet til ny organisering av Statens seniorråd
- 3,5 mill. kroner overføres til kap. 742, post 01 pga. at Helsedirektoratet/Helfø hadde større ressursbruk knyttet til klagesaksbehandling enn forutsatt ved ansvarsoverføring til Helseklage
- 3,2 mill. kroner overføres til Direktoratet for økonomiforvaltning (DFØ) knyttet til leveranser av tjenester fra DFØ
- 1 mill. kroner flyttes til kap. 745, post 01 knyttet til tobakksanalyser som Norge vil bli pålagt å utføre i henhold til EUs tobakksdirektiv

**Samfunnsoppdrag**

Helsedirektoratet skal bidra til at flere har god helse, at helseforskjellene blir mindre mellom folk og at flere får god og sikker behandling. Direktoratet understøtter også at pasienter og brukere skal få møte en samordnet tjeneste og tilrettelegger for økt samfunnsikkerhet og beredskap.

Hovedaktivitetene er å

- gi råd om kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse, alkohol, tobakk, vold og overgrep
- redusere helseforskjeller ved å samarbeide med helsesektoren og andre sektorer som skole, transport, nærmiljø og arbeidsliv
- sammen med helsepersonell og brukere utvikle tjenestene
- bidra til at pasientene får oppfylt sine rettigheter og påvirker behandling og tjenestetilbud
- videreutvikle og drifte finansieringsordningene for helsetjenestene og pasientene
- sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse
- ta ansvar for å koordinere helsetjenesten i en stor krise
- følge med på helseutviklingen og foreslå tiltak som skal gi folk bedre helse

**Roller**

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

- Fagrollen; Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenestemrådet. Dette inkluderer også fokus på området vold og overgrep. 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 folkehelse og helse- og omsorgssektoren.
- Gjennomføre vedtatt politikk; Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk på

folkehelse-, 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. 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 folkehelselovgivningen er Helsedirektoratets ansvar innen folkehelsearbeid fastsatt. Dette omfatter bl.a. tobakkskadeloven, alkoholloven, smittevernloven og folkehelseloven. Etter folkehelseloven § 24 har Helsedirektoratet bl.a. ansvar for iverksetting av nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid herunder fastsette normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

#### Bedre folkehelse og reduserte helseforskjeller

I arbeidet med å fremme befolkningens helse og utjevne sosiale helseforskjeller skal Helsedirektoratet bidra til implementering av folkehelseloven, herunder sikre et systematisk folkehelsearbeid i kommunene. Videre forvalter Helsedirektoratet en rekke virkemidler som bl.a. omfatter regulering av tilgjengelighet til tobakk og rusmidler, samarbeid med matvarebransjen og utviklingsarbeid og alliansebygging med offentlige, frivillige og private aktører.

Helsedirektoratet vil i 2019 bidra i oppfølgingen av en rekke viktige satsinger på folkehelseområdet, bl.a. Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022), Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), Program for folkehelsearbeid i kommunene herunder oppfølging av erfaringer fra Nærmiljøprosjektet, Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021), samt bidra i utviklingen av tobakksområdet og i utvikling og oppfølging av en ny nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet. For øvrig skal Helsedirektoratet bidra med faglig ressursinnsats i regjeringens satsinger i områder med levekårsutfordringer som bl.a. Groruddals-

satsingen, samt i pågående nordisk samarbeid om attraktive byer og byregioner.

Direktoratet bidrar i oppfølgingen av regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, Flere år – flere muligheter, med kunnskaps- og metodeutvikling om aktiv aldring og aldersvennlig samfunn. Gjennom metoden Eldretråkk er det utviklet kunnskap om hvordan få til bedre medvirkning og deltakelse fra eldre i nærmiljøene.

Helsedirektoratet har vært sekretariat for Statens seniorråd i perioden 2013–2017. Rådet har hatt som mandat å fremme aktiv og sunn aldring. Rådet avleverte sin seniorpolitiske redegjørelse i oktober 2017: Flere eldre – flere muligheter, som presenterer rådets arbeid og prioriteringer i perioden. I redegjørelsen anbefalte det avgående rådet at den framtidige rådsfunksjonen bør være mer fleksibel med en styrket sekretariatsfunksjon. Som følge av at det gjennom St. Meld. 15 (2017–2018) Leve hele livet etableres et program for et aldersvennlig Norge med et råd, vil dette erstatte Statens seniorråd. Se omtale under kap. 761.

Arbeidet med mobbing og barn og unges psykiske helse følges opp i samarbeid med Utdanningsdirektoratet. Videre skal Helsedirektoratet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet bidra i arbeid for økt fysisk aktivitet i barnehage, grunn- og videregående opplæring herunder i oppfølgingen av forskningsprosjektet om utprøving og evaluering av modeller for økt fysisk aktivitet og kroppsøving på ungdomstrinnet.

Helsedirektoratet koordinerer oppfølgingsarbeidet med Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle. Som oppfølging av handlingsplanen har Helsedirektoratet revidert nasjonal faglig retningslinje for mat og måltid i barnehagen med materiell som støtte til implementering av retningslinjen. Denne lanseres høsten 2018. Helsedirektoratet vil også lansere foreldrebrosjyren «Mat og måltider for spedbarn» som gjøres tilgjengelig på 14 ulike språk. I tillegg utvikles en digital løsning/app for spedbarnsernæring.

Oppfølging av kostholdsområdet omfatter bl.a. å ha forvaltningen av skolefruktordningen, jf. kap. 714, post 74, følge opp arbeidet med ernæringskriterier i offentlige anbud, samt følge opp og videreutvikle merkeordningen nøkkelhull. En nordisk merkevarestrategi for nøkkelhullet skal lanseres og implementeres i 2019. Høsten 2016 ble det inngått en overordnet intensjonsavtale mellom bransjen og helsemyndighetene for å sikre et helhetlig og langsiktig samarbeid om sunnere kosthold. Helsedirektoratet har sekretariatet for arbeidet, dette skal videreføres innenfor alle områdene

intensjonsavtalen dekker. Se også kap. 714 for omtale.

Det er et mål å styrke den kommunale forvaltningen av alkoholloven. Helsedirektoratet vil videreføre arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering som har bidratt til en bedre forvaltning av den kommunale alkoholpolitikken. Helsedirektoratet vil arbeide med implementeringen av nye verktøy i det rusmiddelforebyggende arbeidet, bl.a. det nye bevillingsregisteret og RusOff – råd om rusmiddelforebygging i offentlig sektor.

På alkoholområdet har direktoratet gjennomført dokumentbasert tilsyn med tilvirkningsbevillinger. Et nytt bevillingsregister er ferdigstilt, og digitalisering av systemet for omsetningsoppgaver er startet opp. I bevillingsregisteret er det hittil registrert kun 1667 bevillinger, som nødvendiggjør tiltak for å sikre at bevillingsregisteret blir oppdatert. Helsedirektoratet har kartlagt problemstillinger knyttet til salg av alkoholholdige drikkevarer over internett. Helsedirektoratet har også deltatt i faggruppe for grunnutdanning for vektere.

Som følge av forsinkelser i innlemmelsen av tobakksproduktdirektivet i EØS-avtalen har direktoratets oppgaver knyttet til dette blitt forskjøvet. På tobakksområdet har direktoratet i 2018 særlig fokusert på tilsyn med standardiserte tobakkspakninger og den nye registreringsordningen for tobakkssalg. Et nasjonalt register for tobakkssalg ble ferdig utviklet høsten 2017, og for å få flest mulig til å registrere seg, ble det gjennomført en liten kampanje i relevante bransjekanaler. I overkant av 8000 virksomheter har registrert seg per mai 2018.

I 2019 vil oppfølging av nye ordninger knyttet til tobakksdirektivet og den nye protokollen mot ulovlig handel med tobakk være viktige oppgaver.

Se for øvrig omtale under kap. 714 Folkehelse.

#### *Kvalitet og pasientsikkerhet*

En av tre rammes av hjernesykdom. Regjeringen har lagt fram Nasjonal hjernehelsetrategi (2018–2026). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å lage en plan for oppfølging. Helsedirektoratet la i 2017 fram de første pakkeforløpene for hjerneslag, og skal etter planen implementere pakkeforløp for rehabiliteringsdelen i 2019.

Helsedirektoratet er i tilleggsbrev til Oppdragsdokument for 2018 bedt om å utarbeide en nasjonal veileder for utprøvende behandling med utgangspunkt i de nasjonale prinsippene for utprøvende behandling. Denne vil kunne bidra til å sikre pasientsikkerhet og kvalitet når utprøvende

behandling tilbys enkeltpasienter, og legge grunnlag for en likere praksis, jf. prioriteringsmeldingen. Videre vil veilederen understøtte behovet for å utvikle en mer systematisk praksis for dokumentering av data om omfang, samt behandlingens effekt, risiko, bivirkninger, sikkerhet, ytelse og hendelser.

#### *Nasjonale kvalitetsindikatorer*

Utvikling og publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer er viktige bidrag i arbeidet med kvalitetsforbedring, økt åpenhet om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og som grunnlag for at pasienter og brukere skal kunne ivareta sine rettigheter. Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Ved utgangen av 2017 var det totalt 171 nasjonale kvalitetsindikatorer innen somatikk, psykisk helse og rus, spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Resultatene publiseres regelmessig på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). I tillegg til løpende publiseringer av resultater fra eksisterende indikatorer, legges det opp til at nye indikatorer rettes mot allmennlegjetjenesten. Bruker- og pårørendeundersøkelser i helse- og omsorgstjenesten er et annet prioritert område.

#### *Frikort egenandelstak 2*

Automatiseringen av frikort egenandelstak 2 i 2017 fungerer bra. I 2018 jobber Helsedirektoratet for at kommunene skal få på plass elektronisk innrapportering av egenandeler fra kommunal fysioterapi.

I 2017 ble det innvilget 283 000 egenandelstak 2 vedtak. Ved utgangen av 2017 innrapporterte 93 pst. av fysioterapeutene egenandeler elektronisk (mot 16 pst. i oktober 2016). Gjennomsnittstiden for å få frikort i 2017 var 12 dager.

#### *Tilgjengelig styringsinformasjon*

Rapporten SAMDATA kommune ble publisert i mars 2017. Rapporten ga ny kunnskap om ulike pasientgruppers bruk av ulike helse- og omsorgstjenester og om pasientforløpene på tvers av nivåene. Prosjektet opprettet også en ny webtjeneste som inneholder informasjon om ressursbruk og mottakere av helse- og omsorgstjenester på kommunenivå.

I 2017 har SAMDATA spesialisthelsetjenesten endret publiseringsform fra én stor rapport til kortere analysenotat. I løpet av året har Helsedirekto-

ratet også videreutviklet de nettbaserte løsnin-  
gene for presentasjon av styringsdata. Analysene  
fra SAMDATA spesialisthelsetjeneste illustrerer  
variasjoner i ressursinnsats, kapasitet, produktivi-  
tet og tjenesteprofil mellom regioner, helsefore-  
tak, institusjoner og geografiske områder i spesia-  
listhelsetjenesten. Dette er forhold som påvirker  
tilgjengelighet og bruk av tjenester i befolkning-  
en.

Helsedirektoratet vil gjennomføre ytterligere  
forbedringer av nettbaserte sider for styringsdata.

#### *Bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp*

Totalt rapporterte kommunene inn 34 791 innleg-  
gelser (eksklusive sykestuer) i 2017. Dette er en  
økning fra 2016, som delvis skyldes bedret kom-  
pletthet i data og delvis at noen kommuner også  
har økt antall plasser som følge av at tilbudet ble  
utvidet til å gjelde også for pasienter med psykisk  
helse og rusproblemer. Helsedirektoratet utarbei-  
der i 2018 en deskriptiv analyse basert på innrap-  
porteringen fra kommunene. I analysen vises det  
bl.a. utvikling og omfang i antall innleggelser,  
antall liggedøgn, aldersfordeling og årsak til inn-  
leggelser.

#### *Digitalisering og informasjonssikkerhet*

Digitalisering og effektivisering av arbeidsproses-  
ser ved å automatisere, tilrettelegge for økt selv-  
betjening og tilgjengeliggjøring av informasjon på  
en enkel og sikker måte der personvern hensyn og  
forskrifter tillater dette har hatt et stort fokus som  
del av digitaliseringen i Helsedirektoratet. Staten  
har fokus på brukervennlighet og brukerbehov  
har vært en sentral del av digitaliseringsaktivite-  
tene innenfor spesielt tjenesteområdene autorisa-  
sjon av helsepersonell, helserefusjonsfeltet, rettig-  
hetsområdet og produksjon av normerende pro-  
dukter. Informasjonssikkerhet er en integrert del  
av IKT utviklingen. Det er i tillegg satt opp et eget  
prosjekt for å sikre etterlevelse og kravene i den  
nye personvernforordningen (GDPR).

#### *Personell, kompetanse, autorisasjon mv.*

Det er i 2017 behandlet mer enn 21 500 søknader  
om autorisasjon og lisens fra søkere over hele ver-  
den, i tillegg til 2 500 søknader om offentlig spesi-  
alistgodkjenning. 17 748 autorisasjoner og 3 321  
lisenser, fordelt på 29 profesjoner, ble innvilget.  
5,2 pst. av de behandlede søknadene ble avslått,  
hvorav mange med veiledning om hva som mang-  
ler for å kunne innvilge.

Det er innvilget flest autorisasjoner innenfor  
profesjonene sykepleiere (5379), helsefagarbei-  
dere (4636), leger (4403), vernepleiere (844) og  
fysioterapeuter (834). De største endringene i  
antall autorisasjoner finnes for leger med en  
utdanning utenfor EU/EØS hvor økningen er 67  
pst. og for reseptarfarmasøyter 79,7 pst. Det er  
usikkert om dette avspeiler en reell økning i  
arbeidsinnvandringen for disse profesjonene, eller  
om det er uttrykk for at mange som har vært  
under kvalifisering en stund, nå har søkt innen  
utløpet av overgangsordningen for ny forskrift.

Etter den nye forskriften for personell utdan-  
net utenfor EØS stilles det tilleggskrav om kurs  
og fagprøver som søkerne selv må bekoste. Sø-  
kere som tidligere hadde fått avslag med veiled-  
ning om kompletterende tiltak, ble særskilt infor-  
mert om dette fra Helsedirektoratet tidlig i 2017.

Nedgangen i autorisasjoner for sykepleiere fra  
andre nordiske land fortsetter og var i 2017 på 10  
pst., mens sykepleiere med utdanning fra EU/  
EØS økte med 40,2 pst. Spesielt er det registrert  
mange søknader fra spanske sykepleiere som  
søker seg til jobb i Norge.

#### *Fritt behandlingsvalg og Velg behandlingssted på helsenorge.no*

I 2017 ble Velg behandlingssted utvidet med en  
rekke nye tjenester innen habilitering og rehabili-  
tering. Utvidelsen ble gjort i forbindelse med en  
endring i Pasient- og brukerrettighetsloven som  
inkluderte private rehabiliteringsinstitusjoner i  
retten til fritt behandlingsvalg. Det er gjennomført  
to informasjonskampanjer for Velg behandlings-  
sted i 2017. De regionale helseforetakene gjen-  
nomførte i samarbeid med Helsedirektoratet en  
kampanje på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepar-  
tementet i mai-juni. Helsedirektoratet gjenom-  
førte en ny runde av kampanjen med fokus på  
rehabilitering i november. Nettsidene på hel-  
senorge.no er oppgradert og det er satt i gang et  
arbeid med redesign av forsiden på Velg behand-  
lingssted med fokus på økt brukervennlighet.

Besøk på nettsiden: 503 792 (opp 23,6 pst. fra  
2016)

Telefonhenvendelser: 25 553 (ned 11,8 pst. fra  
2016)

Det er tendens til økning i antall besøk på nett-  
siden og antall telefonhenvendelser i 2018 sam-  
menlignet med 2017. Informasjon og visning av  
private avtalespesialister på Velg behandlingssted  
er en ønsket videreutvikling som vil gi innbygger  
samlet oversikt over valgmuligheter innen spesia-

listhelsetjenesten. Helsedirektoratet vurderer dette i 2018.

#### *Bruk av tvang i psykisk helsevern*

Ifølge tall fra Norsk pasientregister ble antall tvangsinnleggelses totalt redusert fra om lag 7 900 i 2016 til om lag 7 500 i 2017. Andelen tvangsinnleggelses viser en nedgang fra 16,3 pst. i 2016 til 15,9 pst. i 2017. Tallene viser at det fortsatt er store forskjeller i tvangsbruk mellom helseforetakene. Pasientdata fra ungdomspsykiatriske enheter viser at det i 2016 var om lag 150 tvangsinnleggelses og i underkant av 3 000 vedtak om bruk av tvangsmidler for pasienter under 18 år. Helsedirektoratet har bedt alle helseforetak om å kvalitetssikre egne tvangstall for barn og ungdom som ledd i arbeidet med å bedre kvaliteten på data om tvangsbruk.

#### *Akuttmedisinske tjenester*

Helsedirektorat har etablert Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester og Nasjonalt fagnettverk for akuttmedisinske tjenester som skal bidra til en mer helhetlig nasjonal utvikling innenfor akuttmedisinområdet med hensyn til retningslinjer, veiledere og standarder, forskning og utviklingsarbeid.

#### HELFO

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo forvalter i overkant av 35 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. Følgende overordnede mål er knyttet til Helfos virksomhet:

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

#### *Servicetjenester – informasjon og veiledning*

Servicetjenester til brukere og behandlere omfatter informasjon og veiledning på telefon, nett og øvrige kanaler og selvbetjeningsløsninger som bytte av fastlege og utstedelse av europeisk helse trygd kort. Målet er å gjøre hverdagen enklere for

brukerne. All informasjon til private brukere fra Helfo er samlet på helsenorge.no. Besøkstallene til helsenorge.no har økt betydelig og gjennomsnittlig besøk på nettsiden per måned i 2017 er nær 1,6 millioner, mens tilsvarende tall for 2016 var 1,3 millioner. Samtidig er besøk på Helfos innhold på nettstedet redusert med 6 pst. Bruken av selvbetjeningsløsningene på nett øker stadig. I 2017 ble nær 82 pst. av fastlegebyttene og 89 pst. av bestillingene av europeisk helse trygd kort foretatt gjennom selvbetjeningsløsningene på helsenorge.no. Helfo drifter flere brukerpanel og Helfos brukerinnsett brukes aktivt i utviklingsarbeid.

Nettstedet helfo.no er etablert som informasjonssted for behandlere. Portalen gir informasjon om forhold som avtaleinngåelse med Helfo, hvordan sende inn refusjonskrav og motta utbetaling og informasjon om regelverk, takster og refusjoner. I 2017 hadde helfo.no i alt 1,75 millioner nettbesøk fra behandlere, en økning på vel 2 pst. fra 2016. I 2017 mottok Helfo i alt 579 000 telefonhenvendelser fra innbyggere (privatpersoner og helseaktører), en nedgang på vel 20 pst. fra 2016. Reduksjon i antall henvendelser på telefon er et resultat av at stadig flere finner informasjon på nettsidene og benytter seg av selvbetjeningsløsningene.

800HELSE er en brukerstøttetjeneste for helsenorge.no som hadde i alt 388 000 henvendelser i 2017. Brukertilfredshet er på 86 pst., noe som betyr at kvaliteten på telefontjenesten er høy og ventetiden akseptabel. Veiledningstelefonen for behandlere hadde nær 100 000 henvendelser i 2017, en svak nedgang fra 2016. Brukertilfredsheten er på 85 pst. Legene står for 30 pst. av telefonhenvendelsene og apotekene 25 pst. Mange av henvendelsene dreier seg om pasientens vedtak om legemiddel eller frikort.

#### *Fritt behandlingsvalg*

Ordnningen Fritt behandlingsvalg ble innført i november 2015 og erstatter og utvider den tidligere ordningen Fritt sykehusvalg. Helfo behandler søknader fra private behandling sin stusjoner om å bli godkjent som helsetilbud i den nye ordningen. Per 2017 er det 44 leverandører i godkjenningsordningen i Fritt behandlingsvalg. Det ble i 2017 behandlet totalt 4 653 pasienter i godkjenningsordningen. Med henholdsvis 139 pasienter innen psykisk helsevern, 4 270 innen somatikk og 245 innen TSB. Innen TSB og psykisk helsevern tilbys kun døgntil behandling.

### *Fristbrudd*

Helfo har i 2017 registrert 8 880 fristbrudd, og av disse har 5 113 pasienter mottatt helsehjelp gjennom fristbruddsordningen. Øvrige pasienter har valgt å vente på behandling ved fristbruddsinstitusjonen. Det er en kraftig økning fra 2016 hvor 1 618 pasienter mottok tilsvarende helsehjelp. Den raske økningen har gitt lengre saksbehandlingstider. I 2017 mottok nær 60 pst. av pasientene et tilbud innen 10 virkedager, mot 75 pst. i 2016. Samtidig viser brukerundersøkelser at 97 pst. av pasientene er fornøyde med ordningen, og at 94 pst. av de som har mottatt tilbud fra Helfo er fornøyde med den helsehjelpen de har fått.

### *Saksbehandlingstider*

Helfo har i perioden 2014–2016 hatt manglende måloppnåelse for saksbehandling av legemiddelsaker. Prioriterte legemiddelsaker behandles innen fristen, men for øvrige saker har det tidligere vært store forsinkelser. Helfo oppnådde en forbedring i 2016 og den positive utviklingen fortsatte i 2017. Helfo mottok om lag 107 000 søknader på legemiddelområdet i 2017, en nedgang på 3,6 pst. fra 2016. I løpet av 2017 er gjennomsnittlig saksbehandlingstid for prioriterte saker redusert fra 11,0 dager til 5,6 dager og for øvrige saker fra 37,6 dager til 14,2 dager. Antall saker som ikke behandles innen frist er samtidig redusert fra nær 2 800 saker til 200 saker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjon for tannhelsebehandling er redusert fra 42,0 dager til 13,8 dager i løpet av 2017. Flere tannleger har i 2017 inngått avtale om direkteoppgjør, færre sender manuelle stønadskrav og flere sender elektroniske refusjonskrav over linje. Dette gav Helfo bedre forutsetninger for å utføre en mer effektiv tjenesteytelse.

Saksinngang for refusjonsordning for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdlovens § 5-24 a, har vært stabil de siste tre år og var i 2017 på 11 000 saker. Saksproduksjonen har hatt en positiv utvikling i 2017. Antall saker hvor frist for saksbehandlingstid er overskredet er redusert fra 430 saker ved utgangen av 2016 til i underkant av 50 saker ved utgangen av 2017. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid er redusert.

### *Innsending av refusjonskrav og oppgjør*

Helfo håndterte i 2017 vel 900 000 oppgjørsmeldinger fra behandlere, en økning på 27,5 pst. sammenliknet med 2016. Ved utgangen av 2017 sendte 89 pst. av alle behandlere sine krav elektro-

nisk over linje, en økning på 15 prosentpoeng fra utgangen av 2016. Økningen skyldes først og fremst at 88 pst. av fysioterapeutene nå sender sine oppgjør elektronisk over linje, mens tilsvarende andel ved utgangen av 2016 var 29 pst. i 2016. Automatisering av saksbehandling og utsending av frikort for egenandelstak 2 innebærer krav til fysioterapeuter om elektronisk innsending. Per utgangen av 2017 sender 98 pst. av legene og 79 pst. av tannlegene oppgjør elektronisk over linje.

### *Etterlevelse*

Rett behandlingsrefusjon og ytelse og bedre etterlevelse av regelverket er sentrale mål for Helfos virksomhet. Helfo legger vekt på en kunnskapsdrevet kontrollvirksomhet med fortløpende effektvurderinger. Videre er strategien «riktig første gang» en effektiv tilnærming for økt etterlevelse av regelverket og for å forhindre urettmessige utbetalinger av helserefusjoner. Helfo har en egen telefontjeneste for behandlere som ivaretar informasjon og veiledning, samt en pro-aktiv tjeneste som arbeider aktivt med rettleiding og informasjon ut mot behandlergruppene. Videre er det utviklet omfattende automatiserte kontroller i mottak og behandling av refusjonskrav og interne kontrolltiltak i saksbehandling av individuelle søknader.

Helfo gjennomfører etterkontroller etter kontrollplaner utarbeidet på basis av årlige risikovurderinger av stønadsområdene. Målsettingen med etterkontrollene er å øke opplevelsen av oppdagelsesrisiko og sikre økt etterlevelse fram i tid. Behandlere 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. Helfo gjennomførte en brukerundersøkelse knyttet til etterkontroll i 2017. Hovedfokus var brukernes opplevelse av kontrollgjennomføringens kvalitet og profesjonalitet. Brukertilfredsheten var på 75 pst.

I 2017 utgjorde tilbakekrevd beløp nær 38 mill. kroner fordelt på 219 saker. I forhold til 2016 er tilbakekrevd beløp redusert med 29 pst., men antall saker er langt flere (fra 90 saker i 2016 til 220 saker i 2017). Helfo har gjennomført mer avgrensede og spesifikke kontroller og nådd flere behandlere. Effektivitetene viser at spissede kontroller gir god effekt og bidrar til en god utnyttelse av kontrollressursene.

Tilsammen fikk vel 190 behandlere pålegg om endring av praksis, 5 behandlere ble fratatt retten

til å praktisere på trygdens regning og Helfo gikk til anmeldelse i 6 saker. Omfanget er på samme nivå som i 2016.

#### *Kontorstruktur og digitalisering*

Digitalisering og automatisering er sentralt for Helfos virksomhet. I 2017 ble frikort for helsetjenester helautomatisert. Nær 1,6 millioner frikort ble automatisk utsendt uten at brukere måtte søke eller levere noen form for dokumentasjon. Automatisering av egenandelstak 1 (2010) og egenandelstak 2 (2017) innebærer at også innbyggere som ikke er klar over at de har rett til frikort får oppfylt sine rettigheter. Utviklingen av en automatisert løsning har i tillegg gitt betydelige kostnadsbesparelser i forvaltning av området.

Helfo har gjennom 2017, etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, arbeidet med framtidig lokalisering av etatens kontorer i Norge. Etaten har i dag 22 kontorer spredt rundt i landet, samt tre enmannskontorer. Regjeringen har våren 2018 besluttet følgende:

- Kontorstrukturen består av kontorene i Fredrikstad, Tønsberg, Sola, Ørsta og Mo i Rana. Kontoret i Kirkenes skal videreføres.
- Kontorene i Brumunddal og Orkdal videreføres i en omstillingsperiode på inntil 4 år, kontoret i Vågå videreføres i inntil 2 år.
- Iverksetting av strukturtiltakene i Helfo – omorganisering gjennom endret kontorstruktur og investeringer i IKT – starter så raskt som praktisk mulig.
- Ansatte som blir berørt av omorganiseringen skal ivaretas innenfor gjeldende lov og avtaleverk og i samsvar med Kommunal- og moderniseringsdepartementets retningslinjer for personalpolitikk ved omstillingsprosesser.

Innovasjon og digitalisering er essensielt for å oppnå en brukerrettet og effektiv offentlig sektor. Økt bruk av selvbetjening og automatisering i Helfo vil få konsekvenser for arbeidsprosesser og kompetansebehov. Færre enkle, manuelle prosesser reduserer behovet for ansatte. Samtidig vil de komplekse oppgavene som gjenstår kreve helsefaglig, juridisk, økonomisk og administrativ kompetanse. I tillegg vil investeringen i IKT øke behovet for kompetanse på utvikling og drift av digitale løsninger. For å kunne svare på eksisterende og nye samfunnsoppgaver må Helfo derfor ha en kontorstruktur med færre og større fagmiljø. Det krever at kontorene er lokalisert på steder med godt fungerende arbeidsmarked

Helfo har i dag 550 ansatte fordelt på 22 kontorer spredt over hele landet. Hovedkontoret ligger i Tønsberg og har 195 ansatte, men hovedtyngden av kontorene er (svært) små: 8 kontorer har en bemanning på 3–5 personer, mens 7 kontorer har 8–13 ansatte. I tillegg vil en relativt stor andel ansatte nå pensjonsalder i løpet av de nærmeste årene. I 2018 vil Helfo ha 71 medarbeidere som er eldre enn 62 år, hvorav 42 er mer enn 65 år.

Dette betyr at selv uten regjeringens vedtak om styrt omlegning av Helfo sin kontorstruktur vil flere av dagens kontorer kunne bli nedlagt. Bare i perioden 2014–2018 ble to kontorer nedlagt (Tromsø og Vestvågøy) som følge av naturlig avgang og utfordringer knyttet til rekruttering.

Helfo planlegger IKT-investeringer på om lag 140 mill. kroner totalt over femårsperioden 2018–2022. Gjennom investeringer i IKT og ny kontorstruktur vil antall ansatte bli redusert med om lag 90–100 personer over 5 år. En slik reduksjon medfører at dagens små kontorer vil bli enda mindre. Det blir ikke grunnlag for å etablere større fagmiljøer som dekker flere kompetanseområder for å kunne levere tjenestene fra Helfo. Det blir også krevende å rekruttere ny kompetanse til så små kontorer.

Ved å satse på de største kontorene begrenser man antall personer som blir direkte berørt av ny kontorstruktur, samtidig som man bygger videre på de største kompetansetiljøene. Unntatt fra dette er beslutningen om å legge ned kontoret i Oslo. Oslokontoret er i dag det nest største kontoret med 68 ansatte. Regjeringen prioriterer høyt å flytte ut statlige arbeidsplasser ut fra Oslo.

Kontoret i Kirkenes skal videreføres. Kontoret har i dag 5 ansatte. Begrunnelsen er at Sør-Varanger kommune er inne i et omstillingsprogram i regi av Innovasjon Norge, i perioden 2016–2022. Kommunen har mistet svært mange arbeidsplasser knyttet til gruvevirksomhet og i oljerelaterte næringer.

#### *Årsverk*

Helsedirektoratet inkl. Pasient- og brukerombudene hadde 655 årsverk i 2017, mot 735 årsverk i 2016. Helfo hadde 518 årsverk i 2017, mot 535 årsverk i 2016.

#### **Post 01 Driftsutgifter**

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

Bevilgningen foreslås økt med 17,2 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 5572, post 75

og kap. 3740, post 04. Helsedirektoratet vil få nye oppgaver som følge av Norges ratifikasjon av tobakkskonvensjonens protokoll mot ulovlig handel med tobakksvarer, jf. Prop. 75 L (2017–2018). Av disse midlene er 10 mill. kroner knyttet til utvikling av nytt bevillingsregister og nye tilsynsoppgaver med bevillingshaverne, mens 5 mill. kroner er knyttet til etablering av nytt system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer, jf. omtale under kap. 714, post 21. Kostnadene foreslås dekket inn gjennom en sektoravgift på tobakksindustrien, jf. kap. 5572, post 75. Inntektsanslaget er foreløpig usikkert, og det foreslås derfor merinntektsfullmakt knyttet til kap. 740, post 01 og kap. 5572, post 75. Kostnadene knyttet til mottak og behandling av bevillingssøknader er estimert til om lag 2,2 mill. kroner. Disse utgiftene er foreslått dekket inn gjennom søknadsgebyr, jf. kap. 3740, post 04.

Bevilgningen foreslås videre økt med 0,3 mill. kroner til tilsyn med grossister og enkelte typer salgssteder for tobakksvarer, jf. tilsvarende økning i revidert nasjonalbudsjett 2018.

Bevilgningen er foreslått styrket med 3 mill. kroner til ferdigstilling av Helsedirektoratets arbeid med Elektronisk utveksling av trygdeinformasjon innenfor EU/EØS (EESSI). EU har i en egen forordning (883/2004) besluttet at trygdeoppgjørene mellom medlemmene i EU/EØS skal skje elektronisk, i egne strukturerte elektroniske dokumenter.

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Det foreslås å etablere en tilskuddsordning til dekning av ideelle og andre virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenstepensjonsordning, jf. omtale under kap. 737. Bevilgningen på dette kapitlet skal dekke Helsedirektoratets kostnader til forvaltning og kjøp av tjenester knyttet til etablering av ordningen, svarende til 12 mill. kroner for 2019.

Det er avsatt 3 mill. kroner til Helfos kontrollfunksjon rettet mot tannlegers krav om refusjon fra folketrygden. Formålet med kontrollene er å bidra til bedre etterlevelse av vilkårene for stønad og for bruk av takster, og rette opp feil og mangler ved innsendte krav.

### **Post 60 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger**

Gjesteinnbyggeroppjøret for fastlegeordningen er et oppgjør mellom landets kommuner for kost-

nader knyttet til pasienter som har fastlege i en annen kommune enn bostedskommunen. Oppjøret gjelder per capita-kostnadene.

For 2019 anses det at innbyggeroppjøret vil utgjøre om lag 802 mill. kroner i 2018. Dette er et nullsum-oppgjør, fordi det for hver avgivende kommune skal være et mottakende kommune.

Det er Helfo som står for gjesteinnbyggeroppjøret mellom kommunen.

Posten må ses sammen kap. 3740, post 06.

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

Forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land ble innført 1. januar 2011. Som ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet ble forskriften utvidet til å omfatte sykehusbehandling fra 1. mars 2015. Pasienten må 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. Helfo sender krav om dekning av utgiftene til hhv. kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene, og som inntektsføres på kap. 3740, post 70.

Det ble utbetalt refusjoner for 42,7 mill. kroner på posten i 2017. I tillegg ble det utbetalt 21,1 mill. kroner i 2017 over kap. 2756, post 70, under folketrygden for utgiftene til behandling i utlandet hos bl.a. kiropraktor, tannbehandling og blåreseptordningen. Samlet sett for de to postene var det fysioterapibehandling, som belastes kommunene, tannbehandling, som belastes folketrygden, og sykehusbehandling som belastes de regionale helseforetakene, som dominerte i 2017.

Antall søknader om refusjon for sykehusbehandling har økt siden forskriftsutvidelsen 1. mars 2015. I første halvår 2018 er det innvilget 535 refusjonskrav innen sykehusbehandling for til sammen 16,2 mill. kroner. Sammenliknet med samme periode 2017 er det en dobling i utbetalningene. De innvilgede sakene fordeler seg på flere diagnoser, men det er flest innen akutt hjelp i Spania. En tendens er at forsikringsselskaper søker regress og får innvilget det i ordningen. Dette omfatter tilfeller der vilkårene for refusjon etter forskriften er oppfylt og pasienten har overført kravet om refusjon til sitt forsikringsselskap. Det ble utbetalt 12,4 mill. kroner til forsikringsselskap i ordningen i første halvår 2018. Dette utgjør en høy andel av den totale utbetalingen for sykehusbehandling.



**Post 71 Oppgjørsordning  
h-reseptlegemidler**

H-reseptlegemidler er legemidler som helseforetakene har finansieringsansvar for, men som benyttes utenfor sykehus, og som rekvireres på h-resept. Legemidlene utleveres på apotek, og apotekene sender faktura for legemidlene til helseforetak. Nav vil belaste posten ved løpende utgiftsføring av utbetalinger til apotek. Helfo vil kreve refusjon fra helseforetakene og inntektsføre på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid. Som følge av at utbetalinger og innbetalinger ikke vil skje samtidig, vil det for posten kunne komme fram en regnskapsmessig saldo forskjellig fra null ved periodeavslutning.

**Post 72 Oppgjørsordning fritt  
behandlingsvalg**

Det vises til omtale av fritt behandlingsvalg under kap. 732 Regionale helseforetak. Fritt behandlingsvalg innebærer at private aktører som tilfredsstiller kravene, kan levere nærmere definerte helsetjenester til en fastsatt pris. Utgiftene til helsetjenester i fritt behandlingsvalg skal dekkes over bevilningene 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. 3740 Helsedirektoratet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2019
		2017	Saldert budsjett 2018	
02	Diverse inntekter		19 126	19 582
03	Helsetjenester i annet EØS-land		47 827	48 968
04	Gebyrinntekter		42 635	46 152
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.		69 373	63 000
06	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger		80 000	81 908
Sum kap. 3740			258 961	259 610

**Post 02 Diverse inntekter**

Inntektene er knyttet til salg av trykksaker, publikasjoner og gjennomføring av prosjekter og tiltak finansiert av andre offentlige organer.

0,3 mill. kroner knyttet til tilsyn med grossister og enkelte typer salgssteder, jf. omtale under kap. 740, post 01. Inntektsanslaget er foreløpig usikkert, og det foreslås derfor merinntektsfullmakt knyttet til kap. 3740, post 04.

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

Helfo skal sende krav om dekning av utgiftene for refusjoner belastet kap. 740, post 70, til kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene. Dette inntektsføres på post 03.

**Post 05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.**

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

**Post 04 Gebyrinntekter**

Bevilgningen foreslås økt med 2,2 mill. kroner knyttet til ny bevillingsordning for import, eksport og produksjon av tobakksvarer og med

**Post 06 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger**

Det vises til omtale under kap. 740, post 60.

**Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter		197 569	205 664
70	Advokatutgifter		38 219	39 327
71	Særskilte tilskudd		20 514	10 304
	Sum kap. 0741		256 302	255 295

**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 varig og betydelig, kan man i tillegg ha rett til menerstatning.

**Myndighet**

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er et ordinært forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE sin myndighet følger av pasientskadeloven med forskrifter. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og 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.

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

**Forvaltning**

Rask og god saksavvikling har høy prioritet i Norsk pasientskadeerstatning (NPE), samtidig som ressursbruken er tilpasset de økonomiske rammene.

Fra NPE ble opprettet i 1988 og fram til utgangen av 2017, har NPE mottatt 88 500 erstatningskrav, inkludert 1861 legemiddelsaker. Saksmengden har i store trekk vært økende fra år til år, og gikk opp fra 5625 erstatningskrav i 2016 til 5819 i 2017. Privat helsetjeneste, som ble en del av pasientskadeordningen i 2009, står for 13 pst. av erstatningskravene i 2017.

I 2017 ble det gitt medhold i 1222 erstatningskrav, men 3037 ble avslått. I tillegg ble 1132 krav avvist og 359 henlagt. Medholdsandelen er på 29 pst. for kravene som ble realitetsbehandlet.

Totalt ble det utbetalt 979 mill. kroner i erstatning i 2017. Det er omtrent på samme nivå som i 2016. I underkant av 3 pst. av erstatningsbeløpet er knyttet til privat helsetjeneste. I gjennomsnitt ble det utbetalt 747 000 kroner for saker som ble ferdig beregnet i 2017. Erstatningsbeløpene har en spredning fra 10 000 kroner til 12 mill. kroner.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra saken ble mottatt til ansvarsvedtak var 264 dager i 2017. Det er en økning på tre dager sammenliknet med 2016. For saker som ble ferdig beregnet i 2017 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra medhold til avsluttet erstatningsberegning 411 dager. Det er en økning på 41 dager sammenliknet med 2016. NPE har hatt fokus på å få avsluttet de eldste sakene, og det har påvirket den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden.

Arbeidet som er satt i gang for å redusere saksbehandlingstiden, fortsetter i 2018 og 2019.

Det er også en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Avviklingen i 2017 økte med 1 pst. fra 2016. Viktige elementer for å øke saksavviklingen er kompetansebygging og kontinuerlig arbeid med endringer i arbeidsmetodikken.

#### Fagutvikling

NPE har i 2017 jobbet med å følge opp strategien for virksomheten. Det er besluttet å utvide strategiperioden ut 2018. 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. gjennom metodikk som benyttes til kontinuerlig forbedring). I 2017 er det arbeidet mye i virksomheten med å gjennomføre prosjekter i utviklingsprogrammet Ny retning og beslutte og implementere tiltak. Hovedsiktemålet med program Ny retning er raskere saksbehandling og mer effektive løsninger for brukerne.

NPE har, etter at drift- og brukerstøtteoppgaver ble sentralisert i Norsk Helsenett 1. januar 2017, oppgaver innen IKT-forvaltning og utvikling for egen virksomhet og for Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage).

En viktig oppgave for NPE i årene framover vil være å utvikle gode digitale løsninger for erstatningssøkerne. Arbeidet med å utvikle en brukerportal (Min side), hvor erstatningssøkerne kan melde saken sin og følge behandlingen videre, er en del av utviklingsprogrammet Ny retning.

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 2019.

#### Årsverk

NPE hadde om lag 138 årsverk i 2017, mot om lag 140 årsverk i 2016.

#### Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås en styrking på 3,9 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet, herunder utgifter til medisinsk sakkyndige.

#### 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 Influensa A (H1N1) høsten 2009. I alle avtaler mellom stater og produsenter om levering av pandemivaksine var det forutsatt, med unntak for hendelser som skyldes ukorrekt framstilling eller kontroll av vaksinen, at produsenten ikke er ansvarlig for finansiering av eventuelle framtidige erstatninger knyttet til ukjente skader eller bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasientskadeerstatning skal behandle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og eventuelle skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordningen. For 2019 er utgiftene anslått til 10,3 mill. kroner. Sammenliknet med prognosen for 2018 innebærer det en reduksjon på om lag 10 mill. kroner i 2019. Nedgangen i utgiftene skyldes at hovedtyngden av sakene nå er ferdig behandlet, men etaten mottar fortsatt søknader om erstatning for vaksineskader.

## Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2019
		2017	Saldert budsjett 2018	
02	Diverse inntekter		6 448	6 602
50	Premie fra private		17 892	17 802
	Sum kap. 3741		24 340	24 404

### Post 02 Diverse inntekter

Inntektene på posten er relatert til en oppgjør-ordning mellom Norsk pasientskadeordning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Norsk pasientskadeordning har bl.a. i oppgave å utvikle IKT-systemene for Helseklage, herunder etablere systemene til de nye enhetene som inngår i Helseklage.

I tillegg er inntektene under posten knyttet til behandling av søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. Norsk pasientskadeordning fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenester.

### Post 50 Premie fra private

Pasientskadeloven trådte i kraft for privat helsetjeneste 1. januar 2009. Det er lovfestet at aktørene i privat helsetjeneste skal melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Tilskuddet skal dekke saksbehandling, advokatutgifter og erstatningsutbetalinger. Tilskuddene, som er fastsatt i forskrift, er differensiert i grupper av helsepersonell basert på skaderisiko og omfang på virksomheten. Innbetalingene av tilskuddene plasseres i et eget fond. Inntektene under post 50 er en overføring fra fondet til Norsk pasientskadeerstatning for å dekke etatens utgifter til saksbehandling av saker fra privat helsetjeneste.

## Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2019
		2017	Saldert budsjett 2018	
01	Driftsutgifter		139 970	146 594
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		22 992	15 837
	Sum kap. 0742		162 962	162 431

### Samfunnsoppdrag

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) ble etablert 1. januar 2016 og består av sekretariatene til Pasientskadenemnda, Helsepersonellnemnda, Apotekklagenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda. Nemndenes uavhengige stilling er opprettholdt. I tillegg er oppgaver fra Helfo og Helsedirektoratet overført til klageorganet.

Helseklage skal sikre at pasienters rettigheter blir ivaretatt innenfor etatens myndighetsområde. Gjennom ansvarsområdet til helsepersonellnemndas skal etaten bidra til sikkerhet for pasien-

ter og kvalitet i helsetjenesten samt tillitt til helsepersonell og helsetjenesten. Samtidig skal helsepersonellens rettssikkerhet ivaretas.

Foruten søknadsbehandling skal 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.

Helseklage 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.

## 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 eller lisens og avslag på søknad om spesialistgodkjenning. Videre behandler nemnda klager over vedtak fra Statens helsetilsyn om suspensjon, tilbakekalling eller begrensninger i autorisasjon, avslag på søknad om ny autorisasjon og avslag på søknad om endringer i begrensninger i autorisasjon. Nemnda er også Apotekklagenemnd for enkelte avgjørelser truffet av Statens legemiddelverk.

Klagenemnda for behandling i utlandet behandler klager etter pasient- og brukerrettighetsloven. Klagen 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 har overtatt 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 de klagesakene knyttet til autorisasjonsordningen for helsepersonell som behandles av Helsedirektoratet.

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

## Omstillingsprosessen

Etter en lengre omstilling- og flyttefase, med midlertidige lokaler, flyttet Helseklage våren 2018 inn i nye aktivitetsbaserte lokaler i sentrum av Bergen. Omstillingen har fulgt oppsatt plan, og Helseklage vil i løpet av 2018 komme i ordinær drift med full bemanning i Bergen. Organet har fortsatt utfordringer med restanser på enkelte saksområder, men det gjennomføres mange tiltak for å håndtere situasjonen og bygge ned restansene.

## Saksbehandlingen generelt

Klagesakene i Helseklage behandles på noe forskjellig vis. For pasientskadesakene er hovedregelen behandling i nemnd med tre eller fem medlemmer, avhengig av sakens kompleksitet og betydning. De prinsipielle sakene behandles i fast nemnd. Saker som ikke byr på vesentlig tvil, behandles av Helseklage i egenskap av sekretariat etter delegasjon fra nemnda.

Det foreligger ingen delegasjonsfullmakt fra de øvrige nemndene, og her gar derfor samtlige saker i nemnd. Klagesakene fra Helfo, Helsedirektoratet og Fylkesmannsembetene behandles av Helseklage som klageorgan, og altså ikke i egenskap av sekretariat.

## Pasientskadesakene

Etter flere års økning i antall klagesaker på pasientskadeområdet, var det ventet en økning på 10 pst. fra 2016 til 2017. Dette skjedde ikke, idet det knapt fant sted noen økning i det hele tatt (+ 1 pst.). Resultatene så langt i år viser heller ingen tendenser til økning, men dette kan raskt endre seg. Antall klagesaker på dette området avhenger av saksavviklingen i Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Saksavviklingen totalt økte med 47,7 pst. fra 2016 til 2017.

Gjennomsnittlig historisk saksbehandlingstid for avviklede saker var ved utgangen av 2017 over 20 måneder, mens den framtidig forventede saksbehandlingstiden utgjorde 15 måneder. Det er i tildelingsbrevet for 2018 satt som mål at forventet framtidig saksbehandlingstid skal være redusert til 10 måneder ved utgangen av 2018. Dette målet kommer ikke til å bli nådd, men det er en målsetting at framtidig forventet saksbehandlingstid skal nærme seg 12 måneder.

#### Helsepersonellnemnda og Apotekklagenemnda

Helseklage mottok dobbelt så mange saker på helsepersonellområdet i 2017 som i 2016, mens det på legemiddelområdet ikke kom inn noen saker i det hele tatt. Både historisk og framtidig forventet gjennomsnittlig saksbehandlingstid utgjorde om lag 10 måneder i 2017, mot åtte–ni måneder i 2016. Det er en målsetning at saksbehandlingstiden ikke skal overstige 10 måneder.

Det er for tidlig å si noe om antall klagesaker kommer til å holde seg på et tilsvarende nivå som i 2017.

Mens det på pasientskadeområdet er Helseklages rettssaksavdeling som håndterer alle rettsaker, håndteres disse av Regjeringsadvokaten på helsepersonell- og legemiddelområdet.

#### Årsverk

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten hadde om lag 109 årsverk i 2017, mot om lag 92 årsverk i 2016.

#### Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås en bevilgning på 143,4 mill. kroner i 2019. Det foreslås overført 3,5 mill. kroner fra Helsedirektoratet/Helfo. Årsaken er at ressursbruken knyttet til behandling av de klagesaker som ble overført fra Helsedirektoratet og Helfo til Helseklage i 2017 var større enn det som ble lagt til grunn i forkant av ansvarsoverføringen.

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Etableringen av Helseklage som virksomhet og flytting til Bergen var forutsatt gjennomført over 3 år. I 2019 vil det også påløpe kostnader til det midlertidige Oslo-kontoret. Dette gjelder husleie og felleskostnader, samt avsetning til omstillingshjelp og endelige seniorløsninger. For å kunne behandle et mindre antall nøkkelmedarbeiderne i Oslo på en god måte, og nyttiggjøre seg av deres kompetanse, trenger Helseklage som arbeidsgiver et visst handlingsrom i 2019. Sammenliknet med saldert budsjett for 2018 foreslås det å redusere bevilgningen med 7 mill. kroner i 2019.

### Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
50	Premie fra private		2 430	2 418
	Sum kap. 3742		2 430	2 418

#### Post 50 Premie fra private

Bevilgningen dekker Helseklages arbeid med behandling av saker fra privat helsetjeneste. Det

vises til kap. 3741, post 50, for nærmere omtale av ordningen.

### Kap. 744 Direktoratet for e-helse

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter		209 352	213 594
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		200 300	150 992
	Sum kap. 0744		409 652	364 586

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

- Bevilgningen foreslås redusert med 50 mill. kroner, knyttet til arbeidet med én innbygger – én journal. Bevilgningen var til et tidsavgrenset oppdrag knyttet til forprosjekt om nasjonal kommunal journal.

#### Samfunnsoppdrag

Direktoratet for e-helse skal sørge for nasjonal koordinering og styring på e-helseområdet, samt legge til rette for realisering av digitale løsninger som forenkler og forbedrer helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal ha høy legitimitet i sektoren gjennom samarbeid og dialog med helseforetak, kommuner, myndigheter og interesseorganisasjoner.

#### Myndighetsrolle

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 videre en pådriverrolle og skal bidra til utvikling av nasjonale IKT-løsninger i helse- og omsorgssektoren.

Direktoratet for e-helse har ansvaret for å utrede og foreslå 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 skal tilrettelegge for utvikling av nye modeller for bruk av økonomiske og regulerende virkemidler.

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 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 faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende med ansvar for nasjonale utredningsopp-

drag og situasjonsanalyser innenfor etatens fagområder.

#### Kommunikasjon

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

#### Årsverk

Direktoratet for e-helse hadde om lag 314 årsverk i 2017, mot om lag 304 årsverk i 2016.

#### Post 01 Driftsutgifter

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

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker oppfølging og gjennomføring av Direktoratet for e-helses myndighetsrolle.

Bevilgningen foreslås redusert med 50 mill. kroner. Bevilgningen var til et tidsavgrenset oppdrag knyttet til forprosjekt om nasjonal kommunal journal. Utredningen er nå til kvalitetssikring. Oppfølgingen av dette vil regjeringen måtte komme tilbake til.

#### Nasjonal samordning av e-helse

Digitalisering i helse- og omsorgssektoren krever stor grad av nasjonal samordning. Behovet for samordning aktualiseres gjennom store utviklingsløp som Helseplattformen i Midt-Norge, utredning av en nasjonal kommunal løsning for pasientjournal, videreutvikling av eksisterende nasjonale løsninger, større krav til informasjonssikkerhet mv. Digitalisering bør skje koordinert og så langt som mulig gjennom felles initiativer.

Direktoratet for e-helse skal gjennom sitt ansvar for samordning av det nasjonale digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren legge til rette for transparente prosesser som gir god dialog med og involvering av aktørene i utvikling av nye løsninger.

Direktoratet for e-helse legger gjennom å være sekretariat for den nasjonale porteføljesty-

ringen til rette for helhetlig oppfølging og koordinering av tiltak på e-helseområdet for best mulig utnyttelse av sektorens samlede ressurser. Direktoratet for e-helse har ansvaret for å gjennomføre utredninger og samfunnsøkonomiske analyser av digitaliseringstiltak for bedre gevinstrealisering. Utvikling skal følge av vedtatte politiske mål og omforente strategier.

Direktoratet for e-helse har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 utarbeidet forslag til ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodell. Norsk Helsenett SF har deltatt i arbeidet. Det anbefales at myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse tydeliggjøres, og at dagens leveranseoppgaver overføres til en nasjonal tjenesteleverandør med utgangspunkt i dagens Norsk Helsenett SF. Det anbefales videre at det utarbeides en ny styringsmodell for nasjonale e-helseløsninger og en ny finansieringsmodell med større grad av felles finansiering av løsningene. Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2019 vurdere hvordan anbefalingene fra Direktoratet for e-helse skal følges opp.

#### Én innbygger – én journal

Regjeringens mål er én innbygger – én journal. Arbeidet videreføres i 2019 gjennom tre parallelle tiltak. Helseplattformen i region Midt-Norge, som en regional utprøving av det nasjonale målbildet (se omtale under kap. 732, post 82), samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger, og utredning av felles journalløsning for kommunene utenom Midt-Norge.

Direktoratet for e-helse har i 2018 levert en konseptvalgutredning for å løse behovene knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og for samhandlingen med øvrig helsetjeneste. Utredningen anbefaler et konsept med etablering av en nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling. Konseptvalgutredningen kvalitetssikres høsten 2018 i tråd med Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av store statlige investeringer. Det tas sikte på å fortsette arbeidet med kommunal løsning i 2019.

#### Nasjonal arkitekturstyring og standardisering

Helse- og omsorgssektoren er fortsatt preget av tekniske standarder, kodeverk og terminologier med lokale tilpasninger, manglende felles oppdatering og ulik versjonshåndtering. Flere store og pågående digitaliseringsløft som legemiddelområ-

det, Helseplattformen, helseanalyseplattformen, arbeidet med velferdsteknologisk knutepunkt, sikkerhetsinfrastruktur mv. har mange og like behov for at det gjøres nasjonale avklaringer av hvilke tekniske forutsetninger som skal gjelde. For at helseinformasjon skal kunne kommuniseres og forstås på en enhetlig måte er det nødvendig å etablere en felles struktur for informasjonen som skal dokumenteres i de kliniske systemene og rapporteres til helseregistre.

Direktoratet for e-helse har ansvaret for å utarbeide anbefalinger som underlag for å innføre nasjonale krav, og utarbeide nasjonale retningslinjer på e-helseområdet. I dette ligger også ansvaret for forvaltningen av nasjonale helsefaglige kodeverk og terminologier, tekniske standarder mv. Felles krav til infrastruktur og grensesnitt skal legge til rette for at markedsleverandører kan utvikle nye løsninger basert på eksisterende løsninger og åpne data. Innovasjon og markedsutvikling er et viktig område for å sikre en bærekraftig digitalisering i helse- og omsorgstjenesten.

#### Informasjonssikkerhet og personvern

Helse- og omsorgstjenesten er avhengige av private leverandører innenfor digitalisering. Direktoratet for e-helse leverte i 2017 sine anbefalinger om hvordan krav til informasjonssikkerhet skal etterleves ved bruk av private leverandører. Direktoratet for e-helse legger i sin rapport til grunn at det ikke er grunnlag for å konkludere med at noen typer tjenester aldri kan overlates til private leverandører. Direktoratet for e-helse skal følge opp informasjonssikkerhetsområdet med utarbeidelse av retningslinjer og kommunikasjonstiltak for helse- og omsorgssektoren.

Informasjonssikkerheten i digitale løsninger for helsepersonell og innbyggere er avhengig av grunndata for identitetsforvaltning, sporbarhet og tilgangsstyring. Grunndata består av ulike registre som inneholder informasjon om organisasjoner og personell i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet med å videreutvikle registrene med felles styring og forvaltning for å sikre høy datakvalitet skal videreføres i 2019. Se også omtale på kap. 701, post 70.

Det er i 2018 publisert en ny versjon av Norm for informasjonssikkerhet (Normen) med tiltak for å møte ny personopplysningslov (inkludert GDPR). Direktoratet for e-helse har gjennomført veiledningstiltak om det nye regelverket for ansatte i helse- og omsorgssektoren. Det er videre utarbeidet maler og sjekklister som er tilgjengelige på ehelse.no.



## Kunnskapsbasert e-helseutvikling

Direktoratet for e-helse skal med sin kompetanse bistå aktørene i deres digitaliseringsarbeid gjennom innhenting, sammenstilling og formidling av kunnskap. Oppdatering og tilgjengeliggjøring av nøkkeltall som beskriver utviklingen på e-helse-

området skal danne grunnlag for å følge med på utviklingen. Direktoratet for e-helse utarbeidet i 2018 rapporten Utviklingstrekk på e-helseområdet. Rapporten danner et viktig kunnskapsgrunnlag og felles ramme for den videre strategiske utviklingen av e-helseområdet.

**Kap. 745 Folkehelseinstituttet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter		1 059 233	1 044 831
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		140 601	141 489
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		12 185	12 477
	Sum kap. 0745		1 212 019	1 198 797

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

- 43,6 mill. kroner flyttet til kap. 710 knyttet til beredskapsavtale for vaksine mot pandemisk influensa
- 4 mill. kroner flyttet fra kap. 710, post 21 knyttet til driftsutgifter til vaksinasjon av gutter mot HPV i barnevaksinasjonsprogrammet og bevilgningen til beskyttelsesstudie ved innføring av seks-valent vaksine
- 3 mill. kroner flyttet fra kap. 714, post 21 knyttet til at arbeidet med nasjonal vannvakt m.m. er i permanent drift

## Samfunnsoppdrag

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

Folkehelseinstituttet er direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Instituttet arbeider med beredskap og kunnskap. Instituttet skal understøtte Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Mattilsynet, Miljødirektoratet og andre nasjonale og lokale myndigheter med relevant kunnskap. Folkehelseinstituttet skal sammenstille og kommunisere kunnskap om helserelevante tema for å

bidra til kunnskapsbasert praksis og offentlig debatt. Folkehelseinstituttet er faglig uavhengig.

## Roller

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i den nasjonale og globale helseberedskapen, jf. helseberedskapsloven, smittevernloven og lov om folkehelsearbeid. Beredskapsarbeidet skjer i tett samarbeid med nasjonale og internasjonale myndigheter og fagmiljø. Samarbeidet med Helsedirektoratet er tett og bygger på en rolledeling med utgangspunkt i ansvarsprinsippet. I definerte kriser er det Helsedirektoratet som koordinerer håndteringen, mens Folkehelseinstituttet overvåker helsetilstanden og yter kunnskapsstøtte og gir råd til direktoratet, andre beslutningstakere og publikum.

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt, jf. smittevernloven § 7–9, med tilhørende funksjoner og ansvar. Instituttet er en sentral rådgiver for kommunale og statlige myndigheter, helsevesen og publikum innen smittevern og miljømedisin.

Folkehelseinstituttet har ansvar for innkjøp, lagring, distribusjon og oppfølging av vaksiner i vaksinasjonsprogrammene, jf. også omtale under kap. 710 Vaksiner mv. 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.

Folkehelseinstituttet driver internasjonalt arbeid på instituttets fagområder.

#### Myndighetsfunksjoner

Folkehelseinstituttet gir faglige retningslinjer for gjennomføring av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet (Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 3), anbefalinger om innholdet i tuberkuloseundersøkelsen (Forskrift om tuberkulosekontroll § 4-5) og samordner utarbeiding av faglige veiledere og retningslinjer for smittevernarbeidet (Forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3-3). Folkehelseinstituttet godkjenner skadedyrsbekjempere (Forskrift om skadedyrbekjempelse § 4-2).

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

#### Forvaltningsoppgaver

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag deles inn i målområdene:

- God kunnskap
- God beredskap og sikkerhet
- Effektive tjenester og infrastruktur

Områdene omtales nærmere under post 01 Driftsutgifter.

#### Fagutvikling

Folkehelseinstituttet driver fagutvikling på samtlige av instituttets fagområder. Instituttet driver bl.a. en rekke utviklingsprosjekter for digitalisering av virksomheten og tjenestene, samt satsinger på tiltaksforskning, sykdomsbyrdeanalyser, kunnskapsoppsummeringer av folkehelse tiltak, helseanalyser, og samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenestene om psykisk helse, rus og vold og om smittevern og miljømedisin. Instituttet er også pådriver i arbeidet for bedre tilgang til helsedata og biobanker, innovasjon og utviklingen av et kunnskapssystem for bedre folkehelse i tråd med HelseOmsorg21-strategien.

#### Kommunikasjon

Folkehelseinstituttet skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine

målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Folkehelseinstituttet skal formidle kunnskap og 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. Instituttet utvikler kontinuerlig nettsiden og bruken av sosiale medier.

#### Årsverk

Folkehelseinstituttet hadde om lag 911 årsverk i 2017, mot om lag 1248 årsverk i 2016. Reduksjonen fra 2016 til 2017 skyldes i hovedsak utskillelse av område for rettsmedisin fra Folkehelseinstituttet til Ullevål universitetssykehus og nedbemannning.

#### Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte:

- 4 mill. kroner fra kap. 710, post 21 knyttet til driftsutgifter til vaksinasjon av gutter mot HPV i barnevaksinasjonsprogrammet og bevilgningen til beskyttelsesstudie ved innføring av seks-valent vaksine
- 3 mill. kroner fra kap. 714, post 21 knyttet til arbeidet med nasjonal vannvakt m.m
- 1 mill. kroner fra kap. 740, post 01 knyttet til tobakksanalyser som Norge vil bli pålagt å utføre i henhold til EUs tobakksdirektiv
- 43,6 mill. kroner til kap. 710, post 21 knyttet til beredskapsavtale for vaksine mot pandemisk influensa, jf. omtale der
- 1,99 mill. kroner til kap. 1605, post 01, knyttet til levering av lønns- og regnskapstjenester fra Direktoratet for økonomistyring

#### God kunnskap

Folkehelseinstituttet skal bidra med god og nyttig kunnskap på folkehelse- og helsetjenestefeltet basert på forskning og helseanalyse som inkluderer helsetjenesteanalyse, helsetjenesteforskning, kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og risikovurderinger. Kunnskapsstøtten skal gi Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, kommunene og andre myndigheter nødvendig grunnlag for riktige prioriteringer og policy- og tjenesteutvikling, slik som befolkningsrettede virkemidler, forebyggende tiltak og helsefremmende arbeid. Kunnskapsstøtten skal også fremme kunnskapsbasert praksis, kvalitetsforbe-

dring og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene, samt understøtte Nye Metoder.

Instituttet skal gi råd om effekt av tiltak som kan virke helsefremmende eller forebyggende. Dette omfatter bl.a. temaene smittevern, miljømedisin, fysisk helse, psykisk helse, rus, vold, overgrep m.m. På de områdene der Folkehelseinstituttet er nasjonalt kompetanseorgan, skal instituttet også være en bidragsyter innenfor global helse.

Vitenskapelige artikler produsert ved Folkehelseinstituttet har i perioden 2015–2017 økt. Andelen artikler i nivå-2-tidsskrifter var på 26 pst. i 2017. Videre har instituttet levert rapporter med analyse av helsetilstand og helsetilbud i Norge, bl.a. Helsetilstanden i Norge 2018 som er en kortversjon av Folkehelse rapporten. I tillegg er det publisert oppdaterte folkehelseprofiler for kommuner, fylker og bydeler. I forbindelse med Opptrappingsplanen mot vold og overgrep (2017–2021) har instituttet i samarbeid med andre aktører på feltet utredet datagrunnlaget for å inkludere vold og overgrep i folkehelseprofilene. Departementet vil vurdere hvordan anbefalingen fra instituttet skal følges opp i 2019, jf. omtale under 765, post 21.

Folkehelseinstituttet fikk i 2018 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å bidra til en evaluering av fastlegeordningen ved å gjennomføre en undersøkelse av brukernes erfaringer og deres vurderinger av behandlingen og oppfølgingen de har fått hos sin fastlege. Det ble tildelt 1 mill. kroner over kap. 762, post 21 til dette formålet i 2018, og det foreslås at det bevilges 0,5 mill. kroner over samme post i 2019 til å ferdigstille oppdraget.

Senter for fruktbarhet og helse ble etablert som et senter for fremragende forskning ved Folkehelseinstituttet 1. november 2017. 11 vitenskapelige artikler er publisert siden etableringen av senteret. Videre har de utviklet nye metoder for å studere samspill mellom gener, arv og miljø i studier av foreldre-barn trioler.

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler årlig midler til KS som i samarbeid med Folkehelseinstituttet driver flere nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp. Det foreslås å videreføre læringsnettverkene i 2019 og det vises til omtale under kap. 762, post 21 og kap. 765, post 21.

Oppdraget om å bidra til utvikling av indikatorer på NCD-området knyttet til rapportering av den globale og nasjonale NCD strategien videreføres som et bredt nasjonalt samarbeid fram mot 2025. Informasjon om utviklingen av NCD i Norge oppdateres og formidles fortløpende. Evaluering av handlingsplanen for bedre kosthold og en ny

handlingsplan for fysisk aktivitet med nye datainnsamlinger på voksne vil inngå som en viktig del av arbeidet med å følge utviklingen på NCD-området fram mot 2025. I 2018 beregner Folkehelseinstituttet oppdaterte tall på bruk av alkohol, narkotika og tobakk (ANT), basert på tall fra årlige undersøkelser som SSB gjennomfører for Folkehelseinstituttet. Resultatene publiseres i artikler om forbruk, konsekvenser og forebyggende tiltak på ANT (i form av rapporten «Rusmidler i Norge»). Folkehelseinstituttet skal bidra i arbeidet med oppfølging av ny folkehelsemelding.

Senter for informerte helsebeslutninger skal utvikle metoder som skal gjøre kunnskapsopsummeringer lettere tilgjengelig og mer forståelige, samt å øke befolkningens evne til kritisk vurdering av helsepåstander. I 2018 har senteret bl.a. publisert en artikkelserie om bruk av kvalitativ forskning i beslutningsprosesser, bidratt til å utforme et nytt, mer brukervennlig format for Cochrane-oversikter.

CO-CREATE-prosjektet som ble lansert i juni 2018 – skal undersøke hvordan samfunnet kan legge til rette for å redusere problemet med overvekt og fedme hos barn og unge over hele Europa. Dette er et av de største eksternt finansierte forskningsprosjektene Folkehelseinstituttet vil gjennomføre de nærmeste årene, jf. kap. 745, post 21.

Antallet kjemiske stoffer som produseres øker veldig. Folkehelseinstituttet er involvert i internasjonale fora (REACH, EFSA, SCCS, WHO) for rådgivning når det gjelder helseeffekter av kjemikalier generelt og luftforurensning fra ulike kilder. For å kunne bidra med ny kunnskap og evaluere eksisterende kunnskap deltar i Folkehelseinstituttet i europeiske konsortier (EUROMIX, Helix, HBM4EU) om hvordan blandinger av kjemiske stoffer påvirker helsen.

Innvandring forventes å by på stadig nye muligheter, samtidig som det kan være en utfordring for deler av helsetjenesten. Forskning på og formidling om migrasjonshelse har blitt styrket med innlemmelsen av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) i instituttet i 2018 og vil videreutvikles i 2019.

For å skaffe mer kunnskap for implementeringen av tobakkskontroll i EU/EØS området, bl.a. tilsetningsstoffer i tobakk og e-sigaretter, deltar Folkehelseinstituttet i Joint Action for Tobacco Control (JATC).

Folkehelseinstituttet er norsk kontaktpunkt for det europeiske narkotikaovervåkningscenteret EMCDDA.

## God beredskap og sikkerhet

Folkehelseinstituttets beredskapsansvar er i hovedsak forankret i smittevernloven, helseberedskapsloven, folkehelseloven, sikkerhetsloven og objekt-sikkerhetsforskriften, samt i overordnede nasjonale beredskapsplaner som beredskapsplanen for pandemisk influensa, og Ny nasjonal helseberedskapsplan mv. Folkehelseinstituttet skal tilby nødvendige tjenester i eksterne og interne krisesituasjoner og være i stand til å håndtere situasjoner innen instituttets ansvarsområder som krever ekstraordinær innsats over tid. God nasjonal helseberedskap er også avhengig av en god global helseberedskap. Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for bl.a. EUs og WHO's meldesystemer for smittsomme sykdommer.

Instituttet skal understøtte myndigheter og operative enheter med kunnskap om risiko og helsekonsekvenser av hendelser, herunder smittevern-vakt, mikrobiologisk beredskapsvakt, nasjonal vannvakt og vaktordning for kjemikalieberedskap ved Giftinformasjonen. Dette omfatter også laboratoriekapasitet og vaksineforsyning i beredskaps-situasjoner. Ved miljø- og kjemikaliehendelser bistår Folkehelseinstituttet kommuner, nødetater, helse-tjenesten og befolkningen med råd om helserisiko forbundet med akutt eller langvarig eksponering for helseskadelige kjemikalier. Antall henvendelser til Folkehelseinstituttet om miljø- og kjemikaliehendelser er økende bl.a. som følge av en tydeliggjøring av instituttets ansvar på dette området

Folkehelseinstituttet er sekretariat for Nasjonal vannvakt som er en døgnbemannet rådgivningstjeneste for vannverk som trenger råd og støtte ved akutte hendelser. Vaktordningen har vært i permanent drift siden 2017. Som en følge av det, foreslås 3 mill. kroner overført fra kap. 714, post 21 til drift av Nasjonal vannvakt og gjennomføring av prosjekter i henhold til gjennomføringsplanen for Nasjonale mål for vann og helse, jf. omtale ovenfor. Arbeidet med å nå de nasjonale målene på drikkevanns- og sanitærområdet videreføres i 2019.

Folkehelseinstituttet skal videreutvikle kapasiteten knyttet til miljø- og kjemikaliehendelser som kan skade mennesker. Døgnåpen varslingsordning for mottak og håndtering av varsler om hendelser iht. varslingsplikt for kommuner i forskrift om miljørettet helsevern er etablert ved instituttet. Folkehelseinstituttet bistår lokale helsemyndigheter og Mattilsynet ved en rekke utbrudd av smittsomme sykdommer årlig. Folkehelseinstituttet gir råd og bistand for håndteringen og har også en feltepidemiologisk gruppe rykker ut i

snitt 2–3 ganger i året for lokal bistand. Etter invitasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte EUs smittevernbyrå (ECDC) i mars 2018 en gjennomgang av status på arbeidet med å implementere Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020). ECDC ga en sterk anbefaling om at utbruddsetterforskningen ved Folkehelseinstituttet raskt måtte styrkes med tanke på å forebygge spredning av multiresistente bakterier (som VRE og CRE) i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere hvordan dette skal følges opp.

Folkehelseinstituttet vil fra høsten 2018 delta i Joint Action for vaccination (EU JAV). EU JAV har som mål å utvikle verktøy for å bedre vaksinasjonsdekning i EU og dermed bedre folkehelsen. Prosjektet vil bygge videre på eksisterende initiativ og prosjekter, for å styrke det europeiske samarbeidet på vaksinasjonsfeltet.

Folkehelseinstituttet er vertsinstitusjon for sekretariatet for CEPI- Coalition for Epidemic Preparedness Innovations hovedkontor, som også har avdelinger i London og Washington DC. CEPI er et internasjonalt initiativ som finansierer og koordinerer utvikling av vaksiner mot smittsomme sykdommer som kan bli epidemier.

Folkehelseinstituttet har gjennomført en større omlegging og modernisering av laboratorievirkosheten sin i 2018. Overgangen til ny teknologi muliggjør effektivisering av prosesser samt nye muligheter innen smittevernsarbeidet. Bl.a. gir teknologien mer detaljert utbruddsetterretning og bedre muligheter for modellering av utfall av ulike folkehelseiltak. Mer detaljert informasjon om endringene er tilgjengelig bl.a. på Folkehelseinstituttets nettsider.

## Effektive tjenester og infrastruktur

Folkehelseinstituttet skal utvikle og levere tjenester og infrastruktur som møter brukernes og helse- og omsorgstjenestenes behov, bl.a. vaksineinnkjøp og distribusjon, giftinformasjon, utlevering av data fra nasjonale helseregistre og helseundersøkelser, bibliotekstjenester inkludert Helsebiblioteket, biobanktjenester og datainnsamling, og nettbaserte tjenester som «Mine vaksiner». Folkehelseinstituttet skal i tillegg drifte og videreføre en infrastruktur for kunnskap der nasjonale helseregistre, eksisterende helseundersøkelser, data fra helsetjenesten, biologisk materiale (biobanker), og laboratorievirkosighet er sentrale elementer. Instituttet skal legge til rette for bruk av digitale tjenester som skal bygge på tilgjengelig nasjonale felleskomponenter.

Folkehelseinstituttet skal gjennom deltakelse i Helsedataprogrammet bidra til sektorens planer om realisering av fellestjenester og utvikling av en helseanalyseplattform. Folkehelseinstituttet skal i sitt helseregisterarbeid prioritere arbeid med å ta i bruk fellesløsninger for personverntjenester og innbyggertjenester for relevante helseregistre. Videre skal Folkehelseinstituttet bidra til harmonisering og interoperabilitet mellom helseregistrene for at data i større grad skal kunne analyseres på en effektiv måte på tvers av datakilder.

Folkehelseinstituttet følger opp arbeidet med helseundersøkelser, med særlig fokus på folkehelse i kommunene (fylkeshelseundersøkelser). Innsamling av nye data baseres i all hovedsak på web-løsninger. I 2018 har heldigital datainnsamling blitt gjennomført i en folkehelseundersøkelse i Hordaland, med 42 pst. oppslutning. Instituttet har i 2018 fokusert på å sikre at forvaltningen av Den norske mor og barn undersøkelsen (MoBa) tillater størst mulig gjenbruk av data, inkluderte genetiske data, samt startet forberedelse av overgangen når barna i MoBa-undersøkelsen blir voksne. Dette arbeidet fortsetter i 2019.

Folkehelseinstituttet har i 2018 arbeidet med utvikling, planlegging og pilotering av elektronisk melding om dødsfall og dødsårsak i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Arbeidet fortsetter i 2019 med videre innføring av ny digital løsning i helse- og omsorgssektoren. Innføring av den elektroniske meldingen må samordnes med Skattedirektoratets arbeid med å modernisere Folkeregisteret og Direktoratet for e-helse sitt samarbeidsprosjekt for modernisert folkeregister i helse- og omsorgssektoren. Se nærmere omtale under kap. 701, post 21.

I 2018–2019 gjennomfører Folkehelseinstituttet som del av HUNT – Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, pilotering av en befolkningsundersøkelse om psykiske lidelser og ruslidelser. Gjennomføring av tilsvarende undersøkelser i de tre største norske byene er forventet å gi representative resultater for den norske befolkningen.

Folkehelseinstituttet implementerte i 2018 «System for innføring av vaksiner i offentlig regi»,

slik at prosessen som fører fram til beslutning om at vaksiner skal finansieres av det offentlige er forutsigbar, transparent og kunnskapsbasert. System for metodevarsling og metodevurdering er tatt i bruk for vaksiner slik som for andre legemidler, og det er opprettet en faglig referansegruppe for nasjonale vaksinasjonsprogram.

#### Vitenskapskomiteen for mat og miljø

God kunnskap og vitenskapelig dokumentasjon er avgjørende for å nå målene i matpolitikken. Vitenskapskomiteen for mat og miljø (VKM) er en tverrfaglig uavhengig komité. VKM har egne vedtekter fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 30. april 2018. Komiteen består av om lag 100 vitenskapelige eksperter fra en rekke fagfelt. Komiteen er avhengig av at kunnskapsinstitusjonene legger til rette for at deres ansatte kan delta i komiteens arbeid. VKM utfører uavhengige, vitenskapelige risikovurderinger på mat- og miljøområdet på oppdrag fra Mattilsynet og Miljødirektoratet. Sekretariatet er en egen organisatorisk enhet i Folkehelseinstituttet, og er bl.a. norsk kontaktpunkt for den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (EFSA), deltar i EFSA Advisory Forum og i EFSA's faglige nettverk. Ny komite ble oppnevnt i 2018.

#### Post 21 spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter, herunder utgifter til eksternfinansierte oppdrag. Se nærmere omtale under post 01 God kunnskap.

Bevilgningen foreslås redusert med 2,4 mill. kroner, utover ABE-reformen, for å styrke andre prioriterte tiltak.

#### Post 45 Større utstyrsanskaffelser

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider.

## Kap. 3745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
02	Diverse inntekter		180 481	184 787
	Sum kap. 3745		180 481	184 787

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker bl.a. inntekter fra oppdrags- og bidragsfinansiert aktivitet, laboratorieprøver, salg av forsøksdyr mv.

Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I.

## Kap. 746 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter		296 510	288 252
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>			30 000
	Sum kap. 0746		296 510	318 252

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

- 3 mill. kroner til styrking av arbeidet som fagmyndighet på området medisinsk utstyr
- 1,6 mill. kroner overført til Kunnskapsdepartementets budsjett knyttet til styrking av etisk komité (Rek) for å ivareta kravene til nytt EU-regelverk for kliniske utprøvinger

### Roller

Legemiddelverket er gjennom forskrifter tillagt spesiell myndighet for regulering av legemiddelmarkedet på produsent-, grossist- og detaljistnivå samt forvaltning av forhåndsgodkjent refusjon i blåreseptordningen. Fra 1.januar 2018 fikk Legemiddelverket også ansvar for produktregelverket for medisinsk utstyr.

### Samfunnsoppdrag

Legemiddelverkets samfunnsoppdrag er å være nasjonalt forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og fagmyndighet for medisinsk utstyr. Legemiddelverket skal bidra til at de overordnede målene for legemiddelpolitikken blir oppfylt. Målene er å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, at legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og legge til rette for forskning og innovasjon. Som fagmyndighet for medisinsk utstyr skal Legemiddelverket påse at medisinsk utstyr som selges og brukes i Norge er trygt og sikkert.

### 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 fullmaktsgrensen. Legemiddelverket fatter vedtak om apotekkonsesjon og om tillatelse til tilvirknings- og grossistvirksomhet med legemidler, og de er tilsynsmyndighet overfor legemiddelprodusenter, grossister og apotek.

Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA), Heads of Medicines Agencies (HMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Legemiddelverket er fagmyndighet for medisinsk utstyr i Norge og representerer Norge i europeiske fora på området medisinsk utstyr. Markedsovervåking og regelverksutvikling på området medisinsk utstyr er også Legemiddelverkets ansvar.

#### Forvaltningsoppgaver

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt og vurdering av nytte/risikoforholdet ved godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), godkjenning av produktinformasjon (preparatomtale, pakningsvedlegg og merking), fastsettelse av maksimalpris og trinnpris for reseptpliktige legemidler til mennesker, opptak på forhåndsgodkjent refusjon, vurdering av om sykehuslegemidler er kostnadseffektive (Nye metoder), endringer og vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll og tilsyn med aktører i legemiddelforsyningskjeden. Videre inngår veiledning om riktig legemiddelbruk, godkjenning av legemiddelutprøvinger, utviklingsplaner for legemidler til barn og 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, legemiddelutvikling og utvikling av medisinsk utstyr. 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 legemiddelinformasjonssentre) og Vetlis (Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter). Legemiddelverket har siden 2016 forvaltet ordning med registrering av homøopatiske legemidler, og fra 2018 ny registreringsordning etter tobakksdirektivet. Forvaltning av bestemmelsene i lov og forskrift om medisinsk utstyr samt tilsyn med at disse etterleves er fra 1. januar 2018 også lagt til Legemiddelverket.

#### 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 området medisinsk utstyr 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 relevante tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Etaten skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode helse- og omsorgstjenester.

#### Årsverk

Statens legemiddelverk hadde om lag 263 årsverk i 2017, mot om lag 255 årsverk i 2016.

#### Post 01 Driftsutgifter

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

Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner til styrking av forvaltningsområdet medisinsk utstyr. Det foreslås at 1,6 mill. kroner flyttes til Kunnskapsdepartementets budsjett og de regionale etiske komiteers arbeid med å implementere nytt regelverk for kliniske utprøvinger av legemidler til mennesker. Videre foreslås det å flytte 15,928 mill. kroner til ny 21 post.

#### God kvalitet ved behandling med legemidler

Søknader om markedsføringstillatelser for viktige/nye innovative legemidler behandles innenfor et europeisk samarbeid hvor Norge har de samme plikter og rettigheter som andre europeiske land. Aktiv og målrettet deltagelse i det europeiske samarbeidet gir arbeidsdeling, styrker kvaliteten på vedtakene som fattes og bidrar til å sikre god nasjonal forvaltning. Legemiddelverket yter særlig innsats innen biologiske og biotilsvarende legemidler, avanserte terapier (celler og vev og genterapi) og legemidler med immunologiske effekter. Kreftlegemidler, vaksiner, antibiotika og legemidler til bruk mot sykdommer i sentralnervesystemet er prioriterte terapiområder. Det europeiske samarbeidet gir Norge muligheter til å effektivisere gjennom arbeidsdeling, påvirke godkjenning og bruk av legemidler og utforming av det europeiske regelverket.

Innen veterinærmedisin er legemidler til fisk et spesielt viktig område siden tilgangen på effektive vaksiner og andre legemidler har stor betydning for oppdrettsnæringen.

Antall preparater med markedsføringstillatelse på det norske markedet er i løpet av de siste 10 årene mer enn firedoblet. Samtidig 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 beredskapen for akutt håndtering av mangelsituasjoner. Legemiddelverket har opprettet samarbeid med Legemiddelindustriforeningen, Apotekforeningen, Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Sør-Øst (OUS) og legemiddelgrossister for å håndtere utfordringen best mulig. Legemiddelverket er også aktive i nordisk og europeisk samarbeid på området.

Bivirkningsovervåking av legemidler til mennesker er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Bivirkningsmeldinger samles i en nasjonal database ved Legemiddelverket. Data i denne databasen deles internasjonalt. Dette samarbeidet gjør at nye bivirkninger kan identifiseres raskt og at harmoniserte tiltak kan settes i verk. Legemiddelverket arbeider med å fornye og digitalisere det nasjonale systemet for bivirkningsovervåking.

Legemiddelverkets tilsynsaktivitet omfatter årlig om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg føres det tilsyn med kliniske legemiddelutprøvinger, systemer for bivirkningsrapportering, blodbanker og virksomheter som håndterer celler og vev. Som følge av Norges internasjonale forpliktelser på legemiddelområdet gjennomføres også inspeksjoner av legemiddelprodusenter og kliniske utprøvinger i land utenfor EØS.

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. Legemiddelverkets tilsynsoppgaver har dermed økt. 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.

Forfalskede legemidler er en trussel for folkehelsen. Legemiddelverket arbeider sammen med

politi- og tolletaten samt internasjonalt i regi av EU og Europarådet for å redusere risikoen for at forfalskede legemidler når norske utsalgssteder.

For å avdekke nye stoffer og stoffgrupper som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripes, Toll- og avgiftsdirektoratet og Statens institutt for rusmiddel-forskning. Før oppføring på listen vurderer Legemiddelverket hvor farlig og hvor vanedannende et stoff er.

Legemiddelverket informerer om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler. Informasjonsarbeidet er rettet mot både helsepersonell og publikum. For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet tjenesten Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte, Fest, som en del av e-reseptløsningen. Fest muliggjør oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journalsystemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Dataene i Fest inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder også informasjon som gjør at legene i forskrivningsprosessen kan få informasjonsvarsler for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Varsler fra Legemiddelverket er også tatt i bruk av Felleskatalogen. Legemiddelverket jobber for bruk av varselfunksjonen også i andre informasjonskanaler.

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 er trinnprissystemet innført. Trinnprissystemet omfatter 122 virkestoff (per april 2018). Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen.

Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler

Statens legemiddelverk har ansvar for å utføre hurtigmetodevurderinger av legemidlers kostnadseffektivitet etter bestilling fra regionale helseforetak i nasjonalt system for metoder i spesialisthelsetjenesten. Statens legemiddelverk har også fått ansvaret for tidligvarsler om nye legemidler.



Det er vedtatt endringer i legemiddelforskriften og blåreseptforskriften for å implementere prinsippene for prioritering i regelverket for legemidler som finansieres over folketrygden, jf. Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste og Innst. 57 S (2016–2017). Fra 1. januar 2018 er det innført krav om metodevurdering for alle nye legemidler som vurderes for offentlig finansiering.

#### Legge til rette for forskning og innovasjon

I 2019 skal ny lovgiving for klinisk legemiddelutprøving tre i kraft i Europa. Vesentlige endringer er at søknader om studier som involverer flere land skal sendes inn i en felles europeisk portal og det skal gis ett svar tilbake fra myndighetene. Pasientene vil få mulighet til innsyn i hvilke studier som er planlagt eller pågår og resultater av avsluttede studier gjennom denne portalen. Legemiddelverket har fått ekstra oppgaver med hensyn til å koordinere den nasjonale delen av prosessen mellom Legemiddelverket og etiske komitéer. Legemiddelverket bistår og gir innovasjonsstøtte til bedrifter og akademia med veiledning og råd innen utvikling av legemidler og medisinsk utstyr, klinisk forskning og helseøkonomi. Legemiddelverket veileder også apotek, grossister og tilvirkere av legemidler og medisinsk utstyr. Det forventes større satsning på innovasjon og bedriftsetablering innen helseområdet i årene som kommer. For å øke sannsynligheten for å lykkes med å ta fram et produkt som kan få markedsføringstillatelse (legemidler) eller bli CE-merket (medisinsk utstyr), er det viktig med en god regulatorisk strategi. Veiledning fra Legemiddelverket er et vesentlig bidrag til dette. Beslutningen om offentlig finansiering er i mange tilfelle avgjørende for når pasientene får reell tilgang. God og relevant dokumentasjon om kostnadseffektivitet er sentral for denne beslutningen, og det er derfor viktig med nasjonal rådgivning også på helseøkonomiområdet før det settes i gang kliniske studier. Legemiddelverket etablerte innovasjonskontor i 2017 for å intensivere oppsøkende virksomhet og synlig-

gjøre verdien av rådgivningstjenesten overfor aktørene.

#### Tobakksdirektivet

EUs tobakksdirektiv oppstiller en rekke nye registrerings- og produktkrav for e-sigaretter, jf. Prop. 142 L (2015–2016). Med forbehold om Stortingets samtykke til innlemmelse av direktivet i EØS-avtalen, vil Legemiddelverket få nye registrerings- og tilsynsoppgaver for e-sigaretter.

#### Medisinsk utstyr

Rollen som fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge ble fra 1. januar 2018 overført fra Helsedirektoratet til Legemiddelverket. Dette innebærer å føre tilsyn med produkter, produsenter og andre omsettere, samt tekniske kontrollorgan.

Medisinsk utstyr dekker et stort spekter av produkter. Produktene blir stadig mer avanserte, og utviklingen går i retning av utvidet bruk av bio-, gen- og nanoteknologi. Samtidig kan utstyret inneholde bl.a. legemidler, celler/vev og derivater av blod.

Lov om medisinsk utstyr regulerer produksjon, merking/markedsføring, omsetning og bruk av medisinsk utstyr. Forskrift om medisinsk utstyr retter seg mot enhver som produserer, markedsfører eller omsetter utstyr for bruk i Norge eller annen EØS-stat og tekniske kontrollorgan. Forskriften har som formål å sikre at medisinsk utstyr ikke medfører fare for pasienter, brukere og ev. andre personers sikkerhet i forbindelse med produksjon, konstruksjon, omsetning og bruk av slikt utstyr.

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Posten omfatter Legemiddelverkets kostnader knyttet til oppdragsvirksomhet/inntektsgivende arbeid innefor det europeiske samarbeidet på legemiddelområdet, jf. kap. 3746, post 02.

**Kap. 3746 Statens legemiddelverk**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
02	Diverse inntekter		15 557	30 000
04	Registreringsgebyr		90 059	92 193
05	Refusjonsgebyr		3 087	
	Sum kap. 3746		108 703	122 193

**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.). Inntektene foreslås økt med 14,072 mill. kroner mot tilsvarende økning på kap. 746, post 21.

**Post 04 Registreringsgebyr**

Bevilgningen dekker gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillatelser eller vurdering av klinisk utprøving av et

legemiddel. Videre dekker bevilgningen registreringsordning etter tobakksdirektivet og registreringsordning for homøopatiske legemidler.

**Post 05 Refusjonsgebyr**

Stortinget har sluttet seg til forslag i Meld. St. 34 (2015–2016), jf. Innst. 57 S (2016–2017), om at alle nye legemidler, som skal finansieres av det offentlige, skal metodevurderes. Dette er fulgt opp gjennom endringer i legemiddelforskriften og blåreseptforskriften som trådte i kraft 1. januar 2018. Siden det ikke lenger er industrien som skal velge om et legemiddel skal metodevurderes som grunnlag for beslutning om offentlig refusjon, vil det ikke lenger være grunnlag for refusjonsgebyr.

**Kap. 747 Statens strålevern**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter	92 265	92 189	94 236
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 180	17 670	18 432
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 943	8 295	4 494
	Sum kap. 0747	114 388	118 154	117 162

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

- 4 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ferdigstilling av innkjøp og arbeid med fornyelse av kobolt-60 kilde

**Samfunnsoppdrag**

Statens strålevern er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Etaten skifter navn til «Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)» fra 1. januar 2019.

Statens strålevern arbeider for å redusere negative følger av stråling ved å påse at all håndtering av strålekilder, all medisinsk strålebruk og all håndtering av radioaktivt avfall og utslipp er riktig og forsvarlig. Strålevernet arbeider for å redusere eksponering for radon og UV.

Strålevernet arbeider for økt atomsikkerhet både nasjonalt og internasjonalt, og bidrar til ikke-spredning av radioaktivt materiale. Rest-risiko håndteres ved å sikre en forsvarlig atomberedskap med god krisehåndteringsevne.

Etter invitasjon fra regjeringen skal Det internasjonale atomenergibyrådet (IAEA) i 2019 gjennomføre en helhetlig revisjon av norsk forvaltning på strålevern- og atomsikkerhetsområdet.

#### Roller

Statens strålevern utøver sitt samfunnsoppdrag bl.a. ved å forvalte regelverk, føre tilsyn, informere, overvåke, veilede, bygge og forvalte kunnskap. Strålevernet er fag- og forvaltningsmyndighet på områdene strålevern og atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall.

Statens strålevern overvåker naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv, leder den nasjonale tverrsektorielle atomberedskapen, og driver forsknings- og utviklingsvirksomhet og internasjonale prosjekter på strålevern- og atomsikkerhetsområdet.

Statens strålevern er nasjonalt referanselaboratorium på vegne av Justervesenet for måleenheter innenfor stråling og radioaktivitet.

#### Myndighetsfunksjoner

Strålevernet har selvstendig beslutningsmyndighet etter strålevernloven og atomenergilovent. Strålevernet er Klima- og miljødepartementets direktorat på området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø og skal sikre effektiv forvaltning av forurensningsloven på sitt område gjennom informasjon, håndheving og tilsyn. Statens strålevern er fagdirektorat for Utenriksdepartementet på områdene internasjonal atomsikkerhet, ikke-spredning, nedrustning og eksportkontroll. Videre skal Strålevernet forestå forvaltning av tilskuddsmidler under regjeringens Atomhandlingsplan. Strålevernet er innstillende myndighet overfor Forsvarsdepartementet når det gjelder anløp av militære reaktordrevne fartøy. Statens strålevern leder, har sekretariat og operasjonslokale for den nasjonale atomberedskapen.

#### Forvaltningsoppgaver

Statens strålevern har ansvar for forvaltning og tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning, med de to forskningsreaktorene i Norge, ved anløp av reaktordrevne fartøyer og med radioaktive utslipp og radioaktivt avfall. Statens strålevern skal holde oversikt over stråledoser til befolkningen og i miljøet fra alle kilder, og øke kunnskapen om forekomst, risiko og effekt av stråling.

#### Fagutvikling

Strålevernet deltar i et Senter for fremragende forskning finansiert av Forskningsrådet, i samarbeid med Norges miljø- og bio-vitenskapelige universitet, Folkehelseinstituttet, Meteorologisk institutt og Norsk institutt for vannforskning. Videre deltar etaten i nordiske- og EU-finansierte prosjekter. Prosjektporteføljen understøtter og bidrar til videreutvikling av myndighetsrolle og forvaltning. Den bidrar også til Strålevernets fagbaserte råd til departementene. Strålevernet følger kontinuerlig med på ny kunnskap, normer og anbefalinger som utvikles i internasjonale fora, blant andre IAEA, WHO og United Nations Scientific Committee on Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR) og legger dette til grunn for videreutvikling av nasjonal forvaltning.

Statens strålevern har standardlaboratorium for måling av stråledose og radioaktivitet.

#### Kommunikasjon

Statens strålevern legger den statlige kommunikasjonspolitikken til grunn for sin kommunikasjonsvirksomhet. Strålevernet har som hovedmål å formidle kunnskap til samfunnet innenfor sine fagområder, for på den måten bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt og til å påvirke beslutninger og atferd til vern for helse og miljø. Strålevernets kommunikasjon skal være målrettet, korrekt og dekkende, og utformet i et forståelig og klart språk. Strålevernet er opptatt av å ha gode og brukervennlige digitale løsninger for sin kommunikasjon med omverdenen.

#### Årsverk

Statens strålevern hadde om lag 116 årsverk i 2017, mot om lag 119 årsverk i 2016.

## Post 01 Driftsutgifter

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

Medisinsk diagnostikk og behandling, nye utfordringer

Nasjonal oversikt over omfang og doser innen medisinsk strålebruk er et viktig styrings- og forvaltningsverktøy. Fra 2020 er det et forskriftsbestemt krav at virksomhetene etablerer systemer for monitorering av individuelle pasientdoser som støtter analyse og rapportering. Dosemonitorering skal være basert på automatisk doseoverføring. Strålevernet skal i 2019 innhente opplysninger om frekvens og dose innen medisinsk strålebruk. Innrapporteringen vil gi en oppdatert nasjonal oversikt over omfang, bruksmønster og doser innen medisinsk strålebruk. Innrapporteringen vil forberede virksomhetene og Strålevernet på den kommende automatiske virksomhetsrapporteringen.

Norge skal bygge to sentre for protonterapi i Norge innen 2023 og 2025. Bestråling med protoner medfører eksponering av pasienter og risiko for eksponering av arbeidstakere, befolkning og miljø, og Strålevernet vil derfor være involvert i etablering og drift av slike sentre både som myndighet og fagdirektorat. Strålevernet skal i 2019 samarbeide med helseforetakene og Sykehusbygg for å ivareta strålevern ved planlegging av bygg.

Atomsikkerhet og miljø, nukleære anlegg – drift og avfall

Institutt for energiteknikk (IFE) er operatør for de to forskningsreaktorene i Norge. Det er store utfordringer knyttet til atomsikkerhet, sikring og sikkerhetskultur generelt, noe som har ført til at IFE fra 2015 er satt under intensivt tilsyn. Strålevernet skal også i 2019 ha fokus på dette arbeidet. Intensivt tilsyn skal opprettholdes så lenge det er behov.

Strålevernet skal følge opp konseptvalgutredningene knyttet til håndtering av avfall fra en framtidig nedlegging av forskningsreaktorene, inkludert forsvarlig oppbevaring og framtidig lagring av det brukte brenselet fra reaktorene.

Norsk nukleær dekommisjonering (NND) er etablert av Nærings- og fiskeridepartementet og er et nasjonalt organ for opprydning etter nukleær virksomhet inklusive avfallshåndtering. NND er

underlagt Statens stråleverns kontroll og tilsynsregime i henhold til bl.a. atomenergiloven og forurensningsloven.

I 2019 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 og etablering av nytt lager for radioaktivt avfall. Se også omtale i Prop. 1 S (2018–2019), kap. 1423 Radioaktiv forurensning i det ytre miljø.

Nukleært og radioaktivt materiale, sikkerhet og ikke-spredning

Strålevernet skal i 2019 fortsatt ha fokus på anbefalingene fra IAEAs evaluering av Norges gjennomføring av forpliktelsene i Konvensjonen om fysisk sikring. Arbeidet innebærer bl.a. pålegg om tiltak av sikkerhetsmessig art, oppdatering av regelverk og tversektorielt samarbeid. Strålevernet skal følge opp IFEs arbeid med sikring av de nukleære anleggene og materiale, inkludert arbeidet med cyber-sikkerhet, i tråd med ny dimensjonerende trusselvurdering som ble fastsatt årsskiftet 2017/2018. Strålevernet leder Myndighetsforumet som består av Strålevernet, Politiets Sikkerhetstjeneste (PST), Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), Politidirektoratet (POD) og Tollvesenet for sikring av norske atomanlegg. Norges deltagelse i det internasjonale arbeidet med å hindre smugling av nukleært og radiologisk materiale som kan brukes i terrorsammenheng skal intensiveres. Styrket grensekontroll for å hindre smugling av nukleært og annet materiale er et viktig element i dette arbeidet.

I 2019 skal Strålevernet vurdere om det er behov for å stille strengere krav i regelverket til sikkerhet ved innførsel, transport, bruk og avhending av radioaktive kilder.

I 2019 skal Strålevernet arbeide spesielt med å bidra til å redusere risikoen for hendelser i nærområdene i Russland, Ukraina og Øst-Europa som kan få konsekvenser for Norge. Strålevernet skal delta aktivt i det internasjonale arbeidet knyttet til ikke-spredning av kjernevåpen og radioaktivt materiale samt for verifikasjon av nedrusting, og bistå Utenriksdepartementet i eksportkontrollarbeidet. I 2019 skal Strålevernet planlegge og bistå Utenriksdepartementet i oppfølgingen av resultater og anbefalinger fra den internasjonale konferansen i Oslo i 2018 om å minimere og eliminere bruken av høy-anriket uran i sivil sektor.

**Beredskap, trusselbilde i endring**

Strålevernet skal være pådriver for ytterligere styrking av den operative krisehåndteringsevnen for den norske atomberedskapsorganisasjonen. Oppdaterte planverk for etatene i Kriseutvalget for atomberedskap skal være på plass våren 2019. Strålevernet skal i 2019 følge opp Nasjonal strategi for CBRNE-beredskap (2016–2020). Endringer i trusselbildet skal tas opp i planverk og aktiviteter for å møte endrede behov i beredskap. Det økte antall anløp av reaktordrevne fartøy til havområder og havner, vil vies spesiell oppmerksomhet også i 2019. Strålevernet skal i 2019 forberede en stor nasjonal atomberedskapsøvelse i 2020.

Atomberedskapen er styrket ved at målekapasiteten er økt og avtaler er etablert med målelaboratorier. Det gjennomføres kompetanseoppbygging og øvelser. En ny strategi skal ferdigstilles i 2019 med fokus på å ytterligere videreutvikle målekapasiteter, modellverktøy og tiltaksstrategier som på sikt vil gi en nødvendig styrking av den nasjonale atomberedskapen. Strålevernet vil som sekretariat for Kriseutvalget for atomberedskap være en sentral pådriver for dette.

Videre skal Strålevernet videreutvikle samlet beredskapsplanverk for roller og ansvar innenfor miljøsektoren, Se også omtale i Prop. 1 S (2018–2019), kap. 1423 Radioaktiv forurensning i det ytre miljø.

**Ultrafiolett stråling (sol og solarier) og radon, nasjonale strategier**

Hudkreft er i økende grad et folkehelseproblem i Norge, en bred innsats for å stanse utviklingen er nødvendig. Strålevernet skal i 2019 følge opp tiltakene i UV- og hudkreftstrategien i samarbeid med

den nasjonale koordineringsgruppen og andre relevante aktører.

Strålevernet skal videreføre arbeidet i den tverrsektorielle koordineringsgruppen med gjennomføringen av den nasjonale radonstrategien og aktivt bidra til å øke andelen boligeiere som måler og reduserer radon i inneluft. Videre skal Strålevernet arbeide med kartlegging og håndtering av radonutsatte områder og overvåke befolkningens eksponering.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

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

Bevilgningen foreslås økt med 0,65 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3747, post 04, knyttet til Strålevernets arbeid med søknad fra Institutt for energiteknikk om forlenget konsesjon for å eie og drive atomanlegg på Kjeller og for brenselinstrumentverksted i Halden.

Videre foreslås bevilgningen redusert med 0,3 mill. kroner, utover ABE-reformen, for å styrke andre prioriterte tiltak.

**Post 45**

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeid herunder oppgradering, fornyelse og drift av basalt måleutstyr på atomberedskapsområdet i tråd med strategien for forvaltning av radioaktivitet i før og næringsmidler utarbeidet av Strålevernet og Mattilsynet.

Bevilgningen foreslås redusert med 4 mill. kroner knyttet til ferdigstilling av innkjøp og arbeid med fornyelse av kobolt-60 kilde som benyttes til kalibrering av stråledoser. Kilden må fornyes hvert tiende år.

**Kap. 3747 Statens strålevern**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
02	Diverse inntekter	22 038	19 369	19 831
04	Gebyrinntekter	8 467	8 302	9 151
	Sum kap. 3747	30 505	27 671	28 982

### Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til salg av tjenester og prosjektfinansiering, f.eks. doseovervåkning, yrkeseksponerte og kalibrering av solariet og strålevekilder i sykehus.

Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I.

### Post 04 Gebyrinntekter

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

Endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I:

- 0,65 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 747, post 21, jf. omtale der.

## Kap. 748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
01	Driftsutgifter		133 083	159 164
	Sum kap. 0748		133 083	159 164

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

- 23 mill. kroner i økt bevilgning knyttet utvidelse av varselsordningen og tilsyn med IKT i helse- og omsorgstjenestene

- svikt i tjenestene forebygges, avdekkes og følges opp

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

### Samfunnsoppdrag

Tilsynsmyndighetene er Statens helsetilsyn og fylkesmennene. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret 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:

- rettssikkerhet, pasientsikkerhet og befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenestene er forsvarlige og til beste

### 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, sosialtjenesteloven og helsetilsynsloven.

I juni 2017 la regjeringen fram Meld. St. 38 (2016–2017) IKT-sikkerhet – Et felles ansvar. IKT-brukens omfang har nådd et nivå som griper inn i vurderingene av faglig forsvarlig virksomhet, hvor Statens helsetilsyn og fylkesmennene er de primære tilsynsaktørene på IKT innenfor sine tjenestemråder.

### Myndighetsfunksjoner

Som overordnet tilsynsmyndighet har Statens helsetilsyn myndighet til å overprøve fylkesmannens avgjørelser av eget tiltak, herunder kontrollere om det foreligger feil ved faktum, saksbehandling og/eller rettsanvendelse.

### Varsler og undersøkelser

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten skal straks varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser som er utenfor påregnelig risiko, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Statens helsetilsyn skal ta imot, undersøke og håndtere alle varslene 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.

Stortinget har vedtatt at dagens varselsordning (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a) skal utvides til å gjelde alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, samt at pasienter og pårørende gis rett til å varsle til Statens helsetilsyn. Det tas sikte på at utvidelsen av varselsplikten skal tre i kraft 1. juli 2019. På bakgrunn av Stortingets vedtak om utvidelse av varselsordningen har Helse- og omsorgsdepartementet sendt på høring forslag om å avvikle meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

### Tilsynssaker

Fylkesmannen oppretter tilsynssaker på grunnlag av klager fra barn, brukere, pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenestene. Når det gjelder barnevern og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, er det fylkesmennene som har ansvaret for å avslutte hver enkelt tilsynssak. De fleste tilsynssakene mot helsepersonell og virksomheter i helse-tjenestene blir avsluttet av fylkesmennene, og disse avgjørelsene er endelige og kan ikke påklages. Når fylkesmannen mener at det kan være grunnlag for å reagere mot helsepersonell og/eller virksomhet, blir saken sendt til Statens helsetilsyn som har myndighet til å gi administrative reaksjoner.

### Planlagt tilsyn

Prioritering av områder for planlagt tilsyn bygger på vurderinger av fare for svikt i tjenestene. 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.

Statens helsetilsyn har myndighet til å gi pålegg om å rette forhold i helse- og omsorgstjenestene som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig. Dersom pålegg overfor spesialisthelsetjenesten ikke etterkommes, kan tvangsmulkt og stengning av institusjon brukes.

### Tilsyn utført av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn fører 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. Det vil i løpet av 2018 avklares om og ev. i hvilket omfang avtalen skal videreføres.

### Fagutvikling og brukerinvolvering

Bruker- og pårørendeinvolvering i tilsyn har vært satsningsområde for Statens helsetilsyn og fylkesmennene i perioden 2015–2018. Formålet har vært å utvikle arbeidsmåter og etablere praksis som bidrar til at pasienter, brukeres og pårørendes erfaringer og kunnskap blir brukt mer og bedre i alle former for tilsyn. Fylkesmennene har prøvd ut og høstet erfaringer med involveringspraksiser som vil bli viktige framover. I løpet av 2018 vil det bli etablert et fast brukerråd for Statens helsetilsyn.

Det er satt i verk en følgeforskning av det landsomfattende tilsynet med gjenkjennelse og behandling av blodforgiftning i sykehus i 2016–2018, som skal gi kunnskap om tilsynets effekt.

I flere år har Statens helsetilsyn gjennomført kurs i samtaler med barn på barneverninstitusjoner. Fra 2018 vil nye kurs startes opp annet hvert år.

Statens helsetilsyn vil i 2019 samarbeide med fylkesmennene om å utvikle tilsyn med kvaliteten på samhandling mellom barnevern og helsetjenester når barn har behov for tjenester fra begge.

Statens helsetilsyn samarbeider med fylkesmennene og involverer andre fagmiljøer og brukere i utvikling av nye og forbedrede veiledere for

tilsyn og klagesaksbehandling. Tilsynsskolen er et læringsopplegg for å sikre at tilsynet holder et faglig høyt nivå, og at praksis er lik over hele landet.

Helsetilsynet arbeider langsiktig for å skape bedre sammenheng mellom ulike former for tilsyn med bakgrunn i enkelthendelser og planlagt tilsyn basert på risikovurderinger, og for å styrke samlet effekt av tilsynet.

Statens helsetilsyn har i 2017 videreført samarbeidet med Utdanningsdirektoratet om samordning og samarbeid om tilsyn. Etatene utarbeider i 2018 et felles tilsynsopplegg om meldeplikten til barnevernet for skole, barnehager, helsestasjon og skolehelsetjenestene som fylkesmennene kan benytte fra 2019.

Statens helsetilsyn skal bidra til å legge til rette for bedre samordning av fylkesmennenes tilsyn med beredskap i kommunene. Statens helse-tilsyn skal i 2018 utarbeide et felles tilsynsopplegg i samarbeid med Direktoratet for sikkerhet og beredskap og utvalgte fylkesmannsembeter, og regner med å kunne pilotere tilsynet våren 2019.

#### 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 om helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester og barnevern, og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Tilsynet skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode velferdstjenester og godt folkehelsearbeid.

Tilsynsmeldingen, årsrapporten og andre publikasjoner på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) gir mer omfattende omtale av tilsynserfaringer og Statens helsetilsyns måloppnåelse.

#### Årsverk

Statens helsetilsyn hadde 107 årsverk i 2017 mot 108 årsverk i 2016.

#### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Det foreslås å øke bevilgningen til Statens helsetilsyn med til sammen 23 mill. kroner, hvorav 9 mill. kroner er knyttet til forslag om avvikling av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, jf. forslag på kap. 740, post 01.

Stortinget har vedtatt utvidelse av varselsordningen til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Utvidelsen medfører økte kostnader for Helsetilsynet, både i form av flere varsler som skal håndteres og følges opp, samt kostnader til oppgradering av elektroniske hjelpemidler. Det tas sikte på at utvidelsen av varselsplikten skal tre i kraft 1. juli 2019.

Tilsynsmyndighetene skal føre tilsyn med IKT på helse- og omsorgstjenesteområdet. Det foreslås å styrke Statens helsetilsyns bevilgning for å bygge opp nødvendig kapasitet og kompetanse på feltet. I hovedsak dreier det seg om teknologisk og juridisk kompetanse.

#### Varsler og undersøkelser

I 2017 avsluttet Statens helsetilsyn den tilsynsmessige oppfølgingen av 638 varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Varslene følges opp på ulike måter avhengig av innhold og alvorlighetsgrad. 311 saker ble avsluttet etter innledende undersøkelser. 194 saker ble avsluttet ved at de ble overført til fylkesmannen for tilsynsmessig vurdering. 20 saker ble avsluttet etter vurdering av egenvurderinger fra virksomhetene der de selv kartlegger og analyserer for å identifisere områder hvor det er nødvendig med korrigerende tiltak. 15 saker ble avsluttet etter at det var utført stedlig tilsyn eller tilsvarende oppfølging fra Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn vil videreutvikle arbeidet med å innhente egenvurderinger ved alvorlige hendelser som grunnlag for å vurdere om og hvordan virksomhetene har fulgt opp kravene om forsvarlig virksomhet. Videre vil Statens helsetilsyn videreutvikle metodikk for å analysere de alvorlige hendelsene for å avdekke svikt og ansvar både på individ- og virksomhetsnivå.

Statens helsetilsyn vil formidle funn fra varsler og stedlig tilsyn gjennom en oppsummeringsrapport der både lovbrudd og forbedringspunkter skal vektlegges for å bidra til forsvarlige tjenester og bedre pasientsikkerhet.

#### Tilsynssaker

Fylkesmennene avsluttet 3454 tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester, 845 tilsynssaker om tjenester og tiltak innen barnevernet og 72 tilsynssaker innen sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen i 2017.

Tilsynssaker som avsluttes hos fylkesmannen i 2019 skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet. Saker



hvor det er viktig å gripe inn raskt, der konsekvensene av svikt er alvorlige, skal ha høyest prioritet. Henvendelser om barnevern og sosiale tjenester som gjelder fare for liv, helse og overgrep skal alltid følges opp og prioriteres.

Statens helsetilsyn behandlet 450 tilsynssaker i 2017. Det ble gitt 291 reaksjoner til helsepersonell og konkludert med brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 53 virksomheter. Til sammen 160 autorisasjoner ble tilbakekalt. Den hyppigste årsaken var misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen (eks. tyveri av legemidler, narkotikalovbrudd og vold).

Statens helsetilsyn avsluttet i 2017 to tilsynssaker om medisinsk og helsefaglig forskning, hvor begge sakene gjaldt manglende forhåndsgodkjenning fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det ble gitt varsel om tvangsmulkt til en virksomhet som ikke hadde oppfylt opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Virksomheten oppfylte opplysningsplikten innenfor angitt frist, og tvangsmulkten ble derfor ikke effektuert.

#### Planlagte tilsyn

Fylkesmennenes tilsyn innen Statens helsetilsyns områder inkluderte i 2017 følgende:

- 948 tilsyn med barneverninstitusjoner. 35 pst. av tilsynene var uanmeldte, og det ble gjennomført samtaler med 53 pst. av de registrerte barna.
- 61 tilsyn med omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere.
- 22 tilsyn med kommunalt barnevern og 6 systemrevisjoner i det landsomfattende tilsynet med Bufetats bistandsplikt (i hver av inntaksenhetene i Bufetats regioner, samt Nasjonalt inntaksteam).
- 66 tilsyn tilsvarende systemrevisjoner med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, de fleste som ledd i det landsomfattende tilsynet med kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusavhengighet.
- 188 tilsyn tilsvarende systemrevisjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten hvorav 40 i det landsomfattende tilsynet med tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse.
- 56 tilsyn med spesialisthelsetjenesten, i all hovedsak fordelt mellom tilsyn med spesialisthelsetjenester til pasienter med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse og oppfølgingstilsyn i form av journalgjennomganger etter tidli-

gere landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjenning av pasienter med blodforgiftning.

For årene 2019–2020 planlegges det landsomfattende tilsyn med tjenester til innlagt pasient som, pga. plassmangel, mottar spesialisthelsetjenester på annen avdeling/sengepost/enhet enn den som har spesifikk kompetanse. Dette representerer en risiko for at disse pasientene ikke får tilstrekkelig undersøkelse, oppfølging og behandling.

I 2019 skal det gjennomføres landsomfattende tilsyn med barnevernstjenestens tilbud om ettervern og samhandling med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, med vekt på overgangsfaser, helhetlig tilbud og brukermidvirkning.

Statens helsetilsyn utarbeidet i 2017 et ramme- og policydokument for tilsyn med folkehelseloven. Dokumentet beskriver rammebetingelser for tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid og tiltak for å ivareta og videreutvikle virkningsfullt og faglig godt tilsyn. Det neste landsomfattende tilsynet med folkehelseloven blir gjennomført i 2019. Tema for tilsynet er kommunens arbeid med tilsyn med miljørettet helsevern i skoler og barnehager.

Tilsyn og områdeovervåking utført av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har i perioden 2016–2018 gjennomgått om lag 100 barnevernssaker om akutt-plassering og omsorgsovertakelse. Oppgaven avsluttes høsten 2018 med rapport til Barne- og likestillingsdepartementet. Gjennomgangen vil gi kunnskap om risiko i barnevernstjenesten som Helsetilsynet vil benytte i framtidig tilsynsvirksomhet. Kunnskapen fra prosjektet vil være viktig i den pågående kompetansesatsingen innenfor det kommunale barnevernet, og fylkesmennenes oppgaver på barnevernsområdet.

Statens helsetilsyn har i flere år fulgt med på praktiseringen av vilkår i sosialtjenesteloven § 20 og fra 2017 implementeringen av vilkår om aktivitet for personer under 30 år i § 20 a. Helsetilsynet vil i 2019 undersøke og vurdere ulike tilsynsaktiviteter som kan bidra til en praksis i samsvar med lovkravene.

Iht. avtale med Forsvarsdepartementet har Statens helsetilsyn ført tilsyn med tjenester til militært personell i utenlandsoppdrag. Arbeidet er finansiert av Forsvarsdepartementet, jf. kap. 3748, post 02.

Med bakgrunn i tilsynserfaringer påbegynte Statens helsetilsyn i 2016 gjennomgang av alvor-

lige tilsynssaker innen svangerskaps- og fødselsomsorgen. Formålet var å kartlegge hvordan virksomhetene har fulgt opp hendelsene med tiltak for å forebygge at det samme skjer igjen, og hvilken oppfølging og informasjon pasient/pårørende fikk i etterkant av den alvorlige hendelsen. Dette arbeidet blir avsluttet i 2018 og publisering av resultater med tanke på læring og forbedring har skjedd fortløpende.

I 2017 ble det gjennomført 11 tilsyn med besøk ved totalt 72 enheter ved virksomheter som håndterer blod, blodkomponenter, celler, vev og organer.

Statens helsetilsyn vil i 2019 særlig undersøke hvordan virksomhetene sikrer forsvarlig blodoverføringer hos pasienter i kommunale helse- og omsorgstjenester. Statens helsetilsyn vil fortsette samarbeidet med tilsynsmyndigheter i EU/EØS land, Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk for hensiktsmessig oppfølging av virksomheter som håndterer humant materiale.

#### Fylkesmennenes klagesaksbehandling

Fylkesmennene avsluttet 3497 klagesaker etter sosialtjenesteloven, 3055 klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenester og 607 klager på barneverntjenester eller på bruk av tvang og begrensninger i barneverninstitusjoner i 2017.

Fylkesmannen skal prioritere klagesaker hvor det er viktig å gripe inn raskt, og der konsekvensen av svikt er alvorlige.

#### Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt

Fylkesmannen må godkjenne vedtak før kommunen kan sette i verk tvangstiltak for å avverge skade eller for å dekke grunnleggende behov overfor personer med utviklingshemning. I 2017 overprøvde fylkesmennene 1615 vedtak og godkjente 1512 av dem. Det ble gjennomført 223 stedlige tilsyn for å kontrollere tvangsbruk. Prosedyre for gjennomføring av stedlige tilsyn er under revidering. Målet er at dette skal bidra til en mer helhetlig praksis, og det skal følges opp og vurderes om det har ønsket effekt i løpet av 2019.

Når helsetjenesten fatter vedtak om bruk av tvungen somatisk helsehjelp overfor pasienter uten samtykkekompetanse, skal fylkesmannen gjennomgå vedtaket. Fylkesmennene gjennomgikk 4269 slike vedtak i 2017 og opphevet 12 pst. av dem. 1807 vedtak ble etterkontrollert fordi de hadde varighet utover tre måneder. Det har vært en jevn økning i antall vedtak om tvungen somatisk helsehjelp siden bestemmelsene trådte i kraft 2009. Statens helsetilsyn vurderer det som svært sannsynlig at økningen vil fortsette. Fylkesmennene og Statens helsetilsyn som tilsynsmyndigheter må beregne økt ressursinnsats i årene framover. Retningslinjen for fylkesmennenes behandling av vedtak etter kapittel 4 A er under revidering. Målsetningen er å bidra til en mer riktig og ensartet behandling hos fylkesmennene.

## Kap. 3748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2017	Saldert budsjett 2018	2019
02	Diverse inntekter		1 522	1 558
	Sum kap. 3748		1 522	1 558

### Post 02 Diverse inntekter

Inntekten skyldes i hovedsak overføringer fra Forsvarsdepartementet i forbindelse med tilsyn med

helsetjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet.

**Kap. 749 Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2019
		2017	Saldert budsjett 2018	
01	Driftsutgifter		20 000	40 433
	Sum kap. 0749		20 000	40 433

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

- 20 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til helårsdrift av Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten

**Samfunnsoppdrag**

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) skal undersøke alvorlige hendelser og andre forhold som kan påvirke pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Hensikten med undersøkelsene er å utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger for å bidra til læring og forebygging av alvorlige hendelser. Undersøkelseskommissjonen skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

**Roller**

Ukom er i lov 16. juni 2017 nr. 56 om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten gitt myndighet til å foreta undersøkelser av alvorlige hendelser eller andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Ukom er et forvaltningsorgan administrativt underlagt departementet, men skal utføre sine oppgaver uavhengig og selvstendig. Ukom kan ikke instrueres i faglige spørsmål. Det tas sikte på at loven trer i kraft i løpet av første kvartal 2019.

**Myndighetsfunksjoner**

Ukom setter i gang undersøkelsessaker på grunnlag av varsler om alvorlige hendelser eller fra

andre kilder. Den avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller alvorlige forhold som skal undersøkes. Det skal den utarbeides en rapport som skal redegjøre for hendelsesforløpet i saken og undersøkelseskommissjonens vurderinger av årsaksforholdene. Rapporten skal også inneholde undersøkelseskommissjonens ev. tilrådninger om tiltak som bør vurderes eller gjennomføres for å forebygge liknende hendelser i framtiden. Rapporten skal offentliggjøres.

**Kommunikasjon**

Tjenesteytere, pasienter eller brukere, nærmeste pårørende eller andre som undersøkelsen angår, skal få underretning dersom det settes i verk en undersøkelse og skal gis mulighet til å uttale seg om hendelsen eller forholdet. Undersøkelseskommissjonen vil videre kunne innhente forklaring fra enhver som den mener kan gi opplysninger som kan være av betydning for undersøkelsen.

**Post 01 Driftsutgifter**

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

Bevilgningen foreslås økt med 20 mill. kroner til drift i 2019

I 2018 etableres Ukom som en egen virksomhet med virkning fra 1. januar 2019. I arbeidet med etableringen inngår praktisk tilrettelegging, ansettelse av personell og utvikling av en virksomhetsstrategi med interne systemer for drift og saksbehandling, rutiner for håndtering og oppfølging av varsler, samt definering av Ukom rolle i relasjon til andre aktører i helsetjenesten, forvaltningen og samfunnet i sin helhet.

## Programkategori 10.60 Kommunesjenerne

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
761	Omsorgstjeneste	7 947 544	8 205 381	8 825 717	7,6
762	Primærhelsetjeneste	844 867	949 202	1 028 548	8,4
765	Psykisk helse og rusarbeid	2 081 049	2 151 728	2 242 703	4,2
769	Utredningsvirksomhet mv.	20 755	17 812	17 991	1,0
Sum kategori 10.60		10 894 215	11 324 123	12 114 959	7,0

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
01-23	Statens egne driftsutgifter	355 156	389 067	421 823	8,4
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	5 547	5 557		-100,0
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	9 102 496	9 394 271	10 119 458	7,7
70-89	Andre overføringer	1 431 016	1 535 228	1 573 678	2,5
Sum kategori 10.60		10 894 215	11 324 123	12 114 959	7,0

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

- 239,9 mill. kroner i økt bevilgning til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, hvorav 130,8 mill. kroner til første års utbetaling av tilskudd til 1500 flere plasser, likt fordelt mellom netto tilvekst og rehabilitering/utskifting og 109 mill. kroner knyttet til tilsagn gitt tidligere år.
- 172,2 mill. kroner i økt bevilgning til forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, hvorav 41,1 mill. kroner som følge av økt anslag for merkostnader og 111,8 mill. kroner til å forlenge forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene, samt utvide med de kommunene som skal slå seg sammen med dagens forsøkskommuner. I tillegg er 19,3 mill. kroner overført fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til forsøket.
- 59,2 mill. kroner i økt bevilgning til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, hvorav 50 mill. kroner til om lag 450 nye plasser i 2019.
- 50 mill. kroner i økt tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene, som en del av opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.
- 48 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til gjennomføring av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.
- 42,4 mill. kroner i økt rentekompensasjon som følge av økt rentesats.

- 25 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til rekruttering av fastleger.
- 12 mill. kroner i økt bevilgning til ny spesialistutdanning i allmennmedisin som del av samlet styrking på 46 mill. kroner.
- 5,6 mill. kroner i økt bevilgning til Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til spredning av individuell jobbstøtte, som en del av regjeringens inkluderingsdugnad.
- 4,5 mill. kroner i økt bevilgning til longitudinell studie ved NKVTS av overlevende etter 22. juli.
- 19,5 mill. kroner i redusert bevilgning til vertskommuner pga. frafall av beboere.
- 4,7 mill. kroner i redusert bevilgning til styrking av andre prioriterte tiltak.
- 12 mill. kroner i netto flytting til kategori 10.60 fra andre kategorier/departement.

Programkategorien omfatter bevilgninger til utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert statlige stimuleringsmidler til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, 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 9 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 fysioterapijenester, omtalt under programområde 30 og del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et faglig godt tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Regjeringens mål er å skape pasientens og brukerens 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 for-

bedrer helse- og omsorgstjenestene. Dette vil bl.a. bidra til nye løsninger for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag.

Regjeringen følger opp Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet i tråd med Innst. 40 S (2015–2016). Meldingen foreslo tiltak som skal bidra til å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at innbyggerne opplever at tjenestene er mer kompetente, bedre samordnet og mer tilgjengelige. Dette samsvarer med samhandlingsreformens målsetting og tar reformen et steg videre.

Sentrale tiltak i meldingen er å legge til rette for økt tverrfaglighet og bedre samarbeid gjennom arbeid i team. Målet med teamorganiseringen er å bedre tilgjengeligheten til tjenesten, skape større bredde i tilbudet, bedre opplæringen og oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og dem med store og sammensatte behov, og å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester.

Det er i 2018 igangsatt en pilot med primærhelseteam. Primærhelseteamet skal bedre tilbudet til brukerne og samtidig utnytte de samlede ressursene i en fastlegepraksis bedre ved en riktige arbeidsdeling mellom lege, sykepleier og helsesekretær. I piloten prøves det ut to ulike finansieringsmodeller.

Det er i tillegg igangsatt en utprøving av oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov. Oppfølgingsteamet arbeider systematisk og tverrfaglig med utgangspunkt i dagens tjenestetilbud og krav om koordinerende enhet, koordinator og arbeid med individuell plan.

Nye arbeidsformer innen legevaktområdet prøves ut fra høsten 2018. Dette omfatter en organisering som skal bidra til å sikre en mer bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i framtiden.

Det har blitt vanskeligere å rekruttere nye fastleger i alle deler av landet. Regjeringen tar dette på alvor og har igangsatt flere tiltak for å sikre god legedekning i hele landet, bl.a. ved å videreføre, justere og øke rekrutteringstilskuddet.

Det pågår en grundig evaluering av fastlegeordningen for å få kunnskap til å gjennomføre forbedringer. Sentrale tema som evalueringen skal belyse er kvalitet i tjenesten, fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser, øvrige aktørers vurdering av samarbeidet med fastlegene og brukernes erfaringer.

Trepartssamarbeidet mellom Legeforeningen, staten og KS/Oslo kommune er reetablert for å få en tettere dialog om utfordringer og tiltak i fastlegeordningen.

Regjeringen vil legge fram en handlingsplan for allmennlegetjenesten våren 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om endring i spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Forslaget legger bl.a. opp til at det innføres krav om veiledning og supervisjon gjennom hele utdanningsløpet for disse spesialistkandidatene. Det foreslås også en registreringsordning for utdanningsvirksomheter på kommunalt nivå i tillegg til dagens godkjenningsordning for utdanningsvirksomheter i spesialisthelsetjenesten.

Digitale verktøy er en nøkkel til å forbedre og forenkle helse- og omsorgstjenesten. Ulike velferdsteknologiske løsninger prøves ut i mange kommuner, herunder medisinsk avstandsoppfølging. Som et ledd i regjeringens modernisering av fastlegeordningen arbeides det med å legge til rette for e-konsultasjoner i fastlegepraksisene. Det arbeides også med en nasjonal kommunal løsning for pasientjournal som del av målsetningen om én innbygger – én journal. For å ivareta pasientsikkerheten og kunne tilby helhetlige tjenester, er det behov for en samordnet nasjonal forbedring av kvaliteten på journalløsninger i helse- og omsorgstjenestene. Se nærmere omtale i kap. 744, post 21.

Regjeringen har våren 2018 lagt fram Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene.

*Leve hele livet* har fem innsatsområder: et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. På hvert av innsatsområdene legger reformen fram fem forslag til løsninger basert på lokale eksempler som kommunene og spesialisthelsetjenesten, i samarbeid med frivillig sektor og andre aktører i lokalsamfunnet, kan gjennomføre med lokale tilpasninger.

For å få mest mulig samtidighet og felles framdrift er reformperioden fastsatt til fem år, med felles oppstart 1. januar 2019 og med ulike faser knyttet til kartlegging, planlegging, gjennomføring og evaluering. Det skal etableres et eget støtteapparat som skal bistå kommunene med å tilpasse løsningene til lokale behov og lokale ressurser. Videre vil kommuner som omstiller seg i tråd med reformen bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. Det forutsettes at kommunene gjennom politisk behandling har tatt stilling til forslagene i

reformen, og beskrevet hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt.

For 2019 foreslås Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* fulgt opp ved å samlet bevilge 48 mill. kroner til gjennomføring av reformen.

Helse- og omsorgsdepartementet har allerede lagt fram en rekke meldinger og planer for å utvikle gode og bærekraftige løsninger. Disse danner grunnlaget for Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, bl.a. primærhelsetjenestemeldingen, *Omsorg 2020*, *Demensplan 2020* og *Kompetanseløft 2020*.

*Omsorg 2020* er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020, med tiltak for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i sykehjem og hjemmetjenester. For 2019 foreslås *Omsorg 2020* fulgt opp ved å legge til rette for tilsagn om tilskudd til rehabilitering og bygging av 1 500 heldøgns omsorgsplasser og 450 flere dagaktivitetsplasser til hjemmeboende personer med demens. Investeringstilskuddet foreslås delt på to poster hvorav den ene posten nyttes til rehabilitering og utskifting og den andre posten til netto tilvekst.

Forsøk med statlig finansiering foreslås forlenget ut 2022 for de seks kommunene som allerede deltar i forsøket. Videre foreslås bevilget midler til å dekke inntektspåslag fra 1. juli 2019 for de kommunene eksisterende forsøkskommuner skal slå seg sammen med fra 2020. Disse kommunene må søke om deltakelse innen utgangen av desember 2018. Det foreslås bevilget 111,8 mill. kroner til forlengelse og utvidelse av forsøket i 2019. Det foreslås også å utvide forsøket med seks nye kommuner fra 2020, med sikte på oppstart senest andre halvår 2020. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til søknadsfrist for de seks nye kommunene.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse i 2018. Planen skal omfatte helsefremmende og forebyggende tiltak, så vel som behandling. Barn og unge selv er de viktigste premissleverandørene for arbeidet.

Gjennom Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* styrker regjeringen tjenestene til personer med rusproblemer. Opptrappingsplanen skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats på rusfeltet. Hovedfokus ligger på kommunesektoren. Planen har en bred tilnærming over tre innsatsområder: tidlig innsats, behandling og oppfølging. Opptrappingsplanen følger og styrker i hovedsak etablerte løp og satsinger

innen helse-, men også i justis- og andre deler av velferdssektoren. Det foreslås 281 mill. kroner til oppfølging av opptrappingsplanen for 2019, hvorav 200 mill. kroner som vekst i kommunens frie inntekter med begrunnelse i opptrappingsplanen for rusfeltet i 2018, 11 mill. kroner til avrusning i fengsel, 20 mill. kroner til flere tiltaksplasser for mennesker med rusproblemer og 50 mill. kroner øremerket til boligiltak for mennesker med rusproblemer.

Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika fra straff til hjelp, behandling og oppfølging. Det skal derfor gjennomføres en rusreform, hvor ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Regjeringen har satt ned et offentlig utvalg for å forberede gjennomføring av reformen. Utvalget skal levere utredningen innen utgangen av 2019.

Opptrappingsplan habilitering og rehabilitering, som skal bidra til at kommunene settes i

stand til å gi et godt og tilrettelagt tilbud til innbyggerne og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten, videreføres i 2019. Det bevilges ytterligere midler til opptrappingsplanen ved at 100 mill. kroner av økningen i kommunenes rammetilskudd er begrunnet med denne planen.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble etablert 1. desember 2017. Første versjon av registeret ble tilgjengelig våren 2018, med statistikkbank og presentasjoner av data med særlig vekt på kommunenes behov for styringsdata. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å videreutvikle registeret med data fra bl.a. fra omsorgstjenestene (Iplos-meldinger), fastlege- og tannhelsetjenestene, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og tannhelsetjenestene. Første versjon av KPR inneholder data fra eksisterende registre, men vil på sikt utgjøre et helhetlig register for kommunale helse- og omsorgstjenester. Se nærmere omtale under kap. 701, post 21 og kap. 761, post 21.

## Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	126 547	133 796	179 641
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	144 390	16 651	10 125
61	Vertskommuner	931 368	928 286	934 778
62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	254 539	280 681	347 998
63	Investeringsstilskudd - rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	3 622 500	4 038 857	4 213 357
64	Kompensasjon for renter og avdrag	850 305	834 500	876 900
65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	1 337 866	1 274 183	1 482 840
67	Utviklingstiltak	85 822	69 500	70 227
68	Kompetanse og innovasjon	366 904	388 387	398 050
69	Investeringsstilskudd - netto tilvekst, <i>kan overføres</i>			65 400
71	Frivillig arbeid mv.	16 548	17 007	17 500
72	Landsbystiftelsen	76 654	78 724	81 007
73	Særlige omsorgsbehov	21 080	23 704	23 975
75	Andre kompetansetiltak	8 195	11 314	10 944
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	104 826	109 791	112 975
	Sum kap. 0761	7 947 544	8 205 381	8 825 717

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

- 239,9 mill. kroner i økt bevilgning til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, hvor av 130,8 mill. kroner til første års utbetaling av tilskudd til 1 500 flere plasser, likt fordelt mellom netto tilvekst og rehabilitering/utskifting og 109 mill. kroner knyttet til tilsagn gitt tidligere år.
- 172,2 mill. kroner i økt bevilgning til forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, hvor av 41,1 mill. kroner som følge av økt anslag for merkostnader og 111,8 mill. kroner til å forlenge forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene, samt utvide med de kommunene som skal slå seg sammen med dagens forsøkskommuner. I tillegg er 19,3 mill. kroner overført fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til forsøket.
- 59,2 mill. kroner i økt bevilgning til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, hvorav 50 mill. kroner til om lag 450 nye plasser i 2019.
- 48 mill. kroner i økt bevilgning til gjennomføring av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.
- 42,4 mill. kroner i økt rentekompensasjon som følge av økt rentesats.
- 5,6 mill. kroner i økt bevilgning til Helseinnovasjonssenter i Kristiansund.
- 19,5 mill. kroner i redusert bevilgning til vertskommuner pga. frafall av beboere.
- 4 mill. kroner i redusert bevilgning til styrking av andre prioriterte tiltak.
- 1,5 mill. kroner flyttes fra kap. 701, post 21, knyttet til velferdsteknologiprogrammet.

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg og aktiv alderdom.

Utgangspunktet for Leve hele livet er en erkjennelse av at de gode løsningene finnes ute i kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, men at de i liten grad spres til andre. Reformen har derfor blitt til gjennom en omfattende dialogprosess med brukere, pårørende, frivillige, ansatte, ledere og forskere for å få innspill til gode eksempler og løsninger.

Reformen Leve hele livet har fem innsatsområder, hvor vi vet at det for ofte svikter i tilbudet til eldre i dag:

1. Et aldersvennlig Norge
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltider
4. Helsehjelp
5. Sammenheng i tjenestene

For hvert av innsatsområdene gir reformen fem forslag til løsninger. Løsningene er basert på eksempler som kommunene og spesialisthelsetjenesten kan tilpasse lokalt, og gjennomføre i samarbeid med frivillig sektor og andre aktører i lokalsamfunnet.

For å få mest mulig samtidighet og felles framdrift er reformperioden fastsatt til fem år, med felles oppstart 1. januar 2019 og med ulike faser knyttet til kartlegging, planlegging, gjennomføring og evaluering.

Regjeringen og KS inngikk i juni 2018 en avtale om samarbeid om gjennomføring av reformen. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Formålet med avtalen er å skape et godt samarbeid om gjennomføring av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, både på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå i perioden 2019–2023. Partene vil bidra til å være pådrivere for et aldersvennlig Norge og videreutvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestetilbud for eldre på grunnleggende områder som: mat og måltider, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Avtalen skal bidra til samarbeid og partnerskap på nasjonalt nivå, og legge grunnlaget for tilsvarende samarbeid regionalt og lokalt.

Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. Det forutsettes at kommunene gjennom politisk behandling tar stilling til forslagene i reformen og beskriver hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt. Både på nasjonalt og regionalt nivå vil det bli etablert et støtteapparat for gjennomføring av reformen, med utgangspunkt i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, KS, fylkesmannen og ulike fagmiljøer og brukerinteresser. Støtteapparatet skal informere og spre kunnskap om reformen, skape interesse og oppslutning om reformens løsninger og støtte og bistå kommuner og fylkeskommuner i praktisk



omstillings- og implementeringsarbeid. Hovedinnsatsen fra statens side vil ligge på regionalt nivå, der det regionale støtteapparatet for reformperioden vil drive nettverksarbeid, gi informasjon, råd og veiledning og bistå kommunesektoren i planlegging, omstillings- og endringsarbeid.

På nasjonalt nivå skal det etableres et program for et aldersvennlig Norge. Programmet skal bidra til å forankre Leve hele livet i flere sektorer og vil også konkretisere Flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig Norge. Oppgavene vil være å etablere et nettverk for aldersvennlige kommuner, bidra til å styrke medvirkning av eldrebefolkningen i kommunal planlegging og få eldre mennesker til selv å tilrettelegge for sin alderdom og fremme eldreressursen. Programmet skal også bidra med bedre dokumentasjon om Eldres situasjon og til idéskaping om et aldersvennlig Norge. For å bidra til å gjennomføre programmet etableres et råd for et aldersvennlig Norge, som avløser Statens seniorråd hvor representanter for eldreorganisasjoner, nærings- og arbeidsliv, teknologi og forskning skal inviteres til partnerskap. Helsedirektoratet skal bidra i programmet.

Det foreslås bevilget 48 mill. kroner til gjennomføring av reformen i 2019. Det vises til nærmere omtale på post 21.

Helse- og omsorgsdepartementet har allerede lagt fram en rekke meldinger og planer for å utvikle gode og bærekraftige løsninger, bl.a. om folkehelse, primærhelsetjeneste, sykehus og spesialisthelsetjeneste og Omsorg 2020. Disse meldingene og planene danner grunnlaget for Leve hele livet.

Som et ledd i regjeringens satsing på helse- og omsorgstjenestetilbudet til eldre vil regjeringen etablere et Nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud fra 2019, jf. Jeløyaerklæringen. Det vises til nærmere omtale under kap. 709 Pasient- og brukerombud.

## 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. Omsorg 2020 og dens tiltak utgjør et sentralt fundament i Leve hele livet. Følgende hovedsatsingsområder løftes fram for 2019:

### *Forsøk med statlig finansiering*

1. mai 2016 startet forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene i seks kommuner. I forsøket skal det prøves om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Forsøket følgeevalueres. Andre evalueringsrapport forelå i januar 2018. Av erfaringer fra følgeevalueringen trekkes det fram bedre samhandling og kontroll i kommunene. Bedre og hyppigere vurdering av vedtak, økt brukermedvirkning og opprydding i saksbehandlingssystemer. Neste rapport vil foreligge ved årsskiftet 2018/2019. I tillegg ble det publisert en egen rapport om enhetspriser og det økonomiske opplegget for forsøket i august 2018.

Forsøket skulle i utgangspunktet vare i tre år. Regjeringen foreslår i budsjettet for 2019 å forlenge forsøket ut 2022 med eksisterende kommuner. Videre foreslås bevilget midler til å dekke inntektspåslag fra 1.7.2019 for de kommunene eksisterende forsøkskommuner skal slå seg sammen med fra 2020. Disse kommunene må søke om deltakelse innen utgangen av desember 2018. Det foreslås bevilget 111,8 mill. kroner til forlengelse og utvidelse av forsøket i 2019. Det foreslås også å utvide forsøket med 6 nye kommuner fra 2020, med sikte på oppstart senest andre halvår 2020. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til søknadsfrist for de seks nye kommunene.

Helsedirektoratet har hatt ansvaret for utredningsprosjektet og er også ansvarlig for gjennomføringen av forsøket. Det foreslås bevilget 172,2 mill. kroner til forsøket i 2019. Regjeringen vil komme tilbake til bevilgningsbehovet i i.f.m revidert nasjonalbudsjett for 2019 når det er kjent hvilke kommuner som vil inngå. 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 heldøgns omsorgsplasser. I årene som kommer vil det være behov for å øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser i kommunene. Stortinget vedtok derfor å endre investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser fra og med 2021 til kun å omfatte plasser som gir netto tilvekst, med en overgangsordning for perioden 2017–2020.

Regjeringen foreslår som oppfølging av vedtak nr. 462 (2017–2018), 13. februar 2018, at inves-

teringstilskuddet splittes på to poster og at 50 pst. av den samlede tilsagnsrammen nyttes til ren netto tilvekst. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst, jf. nærmere omtale under kap. 761, post 63 og post 69. Det foreslås samlet bevilget 156,8 mill. kroner som første års utbetaling av innvilgede tilskudd i 2019. I budsjettet for 2019 legges det til rette for å gi tilsagn om tilskudd til rehabilitering og utskifting av om lag 750 plasser og netto tilvekst av om lag 750 plasser. Det vises til post 63 og post 69 for nærmere omtale.

#### *Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens*

Som del av Demensplan 2020 videreføres tilskuddsordningen til dagaktivitetstilskudd for hjemmeboende personer med demens. Det foreslås 50 mill. kroner til om lag 450 nye dagaktivitetsplasser. Kommuner som etablerer nye dagaktivitetsplasser i 2019 vil få økt tilskuddssats for disse svarende til om lag 50 pst. av antatte kostnader. Det er da lagt til rette for vel 8800 plasser gjennom tilskuddsordningen fra tilskuddet ble opprettet i 2012 t.o.m. 2019. Det vil anslagsvis være etablert opp mot 3800 plasser med støtte fra tilskuddsordningen ved utgangen av 2018, som inkluderer videreførte og nye plasser. Ved videreføring av opprettede plasser fra 2012–2018 vil kommunene få beregnet tilskudd på 30 pst. av antatte kostnader, som for 2018. Målet er å bygge ut tjenestetilbudet før plikten for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gjøres gjeldende fra 1. januar 2020.

Det vises til post 21, 62, 68 og 71 for nærmere omtale av tiltakene i Demensplan 2020.

#### 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) Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, og Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

Gjennom Kompetanseløft 2020 samles tiltak knyttet til kompetanseheving, rekruttering og fagutvikling 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. Samlet foreslås det bevilget om lag 1,5 mrd. kroner til Kompetanseløft 2020 i 2019.

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. Se nærmere omtale under kap. 761, post 21, kap. 765, post 21 og kap. 770, post 70.

Som oppfølging av vedtak nr. 645 (2017–2018), 24. april 2018, viderefører regjeringen Kompetanseløft 2020 og vil legge fram en handlingsplan for allmennlegetjenesten i kommunene våren 2020.

Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020, har som formål å bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Tall innhentet fra Helsedirektoratet viser at om lag 560 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en videreutdanning innen eldreomsorg eller demensomsorg med midler fra det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet i de to første årene av planperioden for Kompetanseløft 2020 (2016–2020), og at det i tillegg var i overkant av 350 ansatte under utdanning i 2017. Helseforetakene skal også bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og bistå med geriatrisk kompetanse og veiledning til kommunene.

Det har vært en jevn økning i gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem. Fra 2013 til 2017 har antallet legetimer økt fra 0,46 til 0,55. Det er en antatt sammenheng mellom omfanget av legetjenester og kvaliteten på helse-tjenesten til beboeren på sykehjem.

Regjeringen har igangsatt en evaluering av fastlegeordningen, og trepartssamarbeidet mellom KS/Oslo kommune, Legeforeningen og staten har nedsatt flere arbeidsgrupper som skal drøfte både alternative finansieringsordninger for fastlegeordningen og utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin. Når evalueringen er gjennomført og arbeidsgruppene har ferdigstilt sitt arbeid, skal det legges fram en handlingsplan for allmennlegetjenesten i kommunene.

Som oppfølging av vedtak nr. 757, 24. mai 2018, viderefører regjeringen en rekke tiltak i Kompetanseløft 2020 for å sikre god grunnbemanning, bedre ledelse og opplæring av ansatte i sykehjem.

Kompetanseløft 2020 har som formål å bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at tjenestene har

tilstrekkelig og kompetent bemanning. Flere av tiltakene i Kompetanseløft 2020 er innrettet mot eller inkluderer ansatte og fagmiljøer i sykehjem som målgruppe, og bidrar til å styrke kompetanse og holdninger som virker forebyggende med hensyn til overgrep i sykehjem.

Tiltakene består bl.a. av generelt tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, rekrutteringssatsingene Menn i helse og Jobbviner, samt satsingen på etisk kompetanseheving.

Om lag 48 000 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning med tilskudd fra Kompetanseløft 2020 de to første årene i planperioden 2016–2020. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser samtidig en vekst på 7500 årsverk i omsorgstjenestene for 2016 og 2017 samlet, som var en vekst på om lag 5,5 pst. fra nivået i 2015.

#### Andre saker

##### *Fribeløp og egenandeler på sykehjem*

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester ble i 2018 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 8400 kroner med virkning fra 1. januar 2019. Samtidig foreslås det å justere maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G fra 205 kroner til 210 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, foreslås det å endre maksimal egenandel fra 160 kroner til 165 kroner per døgn. Satsen for dag/ nattopphold foreslås endret fra 80 kroner til 85 kroner.

Langtidsbeboere på sykehjem som uten selv å ønske det legges på dobbeltrom, får redusert egenandel gjennom at det tilstås et fribeløp. For å oppdatere fribeløpet i samsvar med den generelle kostnadsøkningen, foreslår departementet at dette justeres fra 39 300 kroner til 40 400 kroner med virkning fra 1. januar 2019.

Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

##### *Unge personer med funksjonsnedsettelse i sykehjem*

Unge personer med funksjonsnedsettelse bør ikke bo i institusjoner beregnet for eldre. Med institu-

sjon regnes primært somatiske sykehjem. Kommunene skal melde fra til fylkesmennene om antallet personer mellom 18 og 49 år som er innskrevet på langtidsopphold i sykehjem. Fylkesmennene skal på bakgrunn av innmelding fra kommunene veilede kommunene for å finne en tilfredsstillende løsning. Fylkesmennene rapporterer 92 personer mellom 18 og 49 år innskrevet for langtidsopphold i syke- og aldershjem i 2017. Antallet varierer noe fra år til år, men har vist en nedadgående tendens de siste årene. Fylkesmennenes oversikt viser at det var 11 av de 92 som ønsket et annet botilbud. Av disse hadde 9 personer en konkret flytteplan. En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området.

Som oppfølging av vedtak nr. 509, 27. februar 2018 om kommunal praksis med barn som bosettes på sykehjem, er det sendt brev til landets fylkesmenn og landets kommuner datert 14. august 2018. Kommunene er orientert gjennom dette brevet.

##### *Landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*

I 2016 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn av kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Fylkesmennene undersøkte 57 kommuner. 12 kommuner hadde ingen lovbrudd. I de øvrige 45 fant fylkesmennene til dels alvorlig svikt i tjenestetilbudet. Samlerapporten Det gjelder livet oppsummerer funnene som er avdekket.

Som oppfølging av det landsomfattende tilsynet i 2016, har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide veiledningsmaterieell som tydelig formulerer hva som er forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming, og hva som skal til for at tjenestene er individuelt tilrettelagt der brukerne medvirker i utvikling og gjennomføring av eget tilbud.

#### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Iverksetting av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre og oppfølging av Omsorg 2020 skal prioriteres. Viktige områder er kvalitet i tjeneste-

tilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell og bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering.

Det foreslås å flytte:

- 4 mill. kroner fra kap. 761, post 60, knyttet til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere
- 1,5 mill. kroner fra kap. 701, post 21, knyttet til nasjonalt prosjekt for behandling og oppfølging av kronisk syke på avstand ved hjelp av velferdsteknologi
- 0,5 mill. kroner fra kap. 761, post 69, knyttet til arbeidet med Huntington-web prosjektet
- 5 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til Iplos

Bevilgningen foreslås styrket med 48 mill. kroner til gjennomføring av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*.

Videre foreslås bevilgningen redusert med 6,3 mill. kroner, utover ABE-reformen, for å styrke andre prioriterte tiltak.

#### Leve hele livet

Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* skal legge til rette for at kommuner, helseforetak og andre kan lære av hverandre og implementere gode løsninger i tjenestene.

Det foreslås bevilget 48 mill. kroner til gjennomføring av reformen. Midlene skal bl.a. brukes til et nasjonalt og regionalt støtteapparat for reformen. Støtteapparatet skal informere og spre kunnskap om reformen, skape interesse og oppslutning om reformens løsninger og støtte og bistå kommuner og fylkeskommuner i praktisk omstillings- og implementeringsarbeid.

Ansvar for spredning og implementering av *Leve hele livet* legges til Helsedirektoratet. I gjennomføring av tiltak rettet mot helse- og omsorgssektoren knytter Helsedirektoratet til seg et nasjonalt fagmiljø etter nærmere avtale. Midlene skal bl.a. brukes til å utvikle gode verktøy og gi faglig bistand på reformens hovedområder. Helsedirektoratet skal i samarbeid med andre aktører følge opp det regionale arbeidet gjennom felles samlinger og individuell hjelp, sikre felles oppstart og framdrift, stå for informasjonsarbeidet til allmennheten og kommunikasjon med berørte parter.

På nasjonalt nivå vil det også bli organisert et samarbeid for å gjennomføre et nasjonalt program for et aldersvennlig Norge, der flere sektorer,

bransjer, organisasjoner og virksomheter inviteres til partnerskap. I 2019 foreslås totalt 10 mill. kroner til programmet, hvorav 5 mill. kroner over kap. 714, post 21.

Hovedinnsatsen fra statens side vil ligge på regionalt nivå, der fylkesmennene inngår samarbeid med KS og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, fylkeskommunene og andre regionale fagmiljø, samt fylkeseldreråd og aktuelle organisasjoner. Sammen skal de etablere et strukturert samarbeid om gjennomføring av reformen.

Det foreslås bevilget til sammen 48 mill. kroner til gjennomføring av reformen i 2019. Av dette foreslås å bevilge 26 mill. kroner til regionalt gjennomføringsapparat for reformen, herunder 10 mill. kroner til fylkesmennene, 10 mill. kroner til KS og 6 mill. kroner til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Videre foreslås det å bevilge 5 mill. kroner til å gjennomføre program for et aldersvennlig Norge. Det foreslås i tillegg å avsette 5 mill. kroner til følgeforskning av reformen og 2 mill. kroner til Fylkesmannen i Trøndelag for å tilgjengeliggjøre Ressursportalen til alle kommuner i landet. De øvrige midlene bevilges til Helsedirektoratet og et nasjonalt fagmiljø (etter avtale) for å utvikle gode verktøy, drive utstrakt informasjonsarbeid og gi faglig bistand på reformens hovedområder.

#### Fylkesmennene

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak knyttet til fylkesmennenes oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre og 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 forbedre kvaliteten i omsorgstjenestene. Videre har fylkesmennene utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling.

Utgifter til faglige kurs og konferanser som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen.

Det foreslås å øke bevilgningen til fylkesmennene knyttet til gjennomføring av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* med 10 mill. kroner i 2019, jf. omtalen

under Leve hele livet. Fylkesmannen skal etablere et samarbeid med KS og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), fylkeskommunene og andre regionale fagmiljø, samt fylkeseldreråd og aktuelle organisasjoner. Det regionale støtteapparatet for reformperioden skal drive nettverksarbeid, gi informasjon, råd og veiledning og bistå kommunesektoren i planlegging, omstillings- og endringsarbeid.

#### 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.

#### Statlig finansiering av omsorgstjenestene

Bevilgningen dekker utrednings- og gjennomføringskostnader, samt følgeevaluering av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Forsøket er gjennomført i henhold til plan. Andre evalueringsrapport om 2016 er levert. Rapport om enhetsprisene og det økonomiske opplegget i forsøket ble levert i august 2018. Alle kommunene som deltar i forsøket har gjennomført de prosesser som det er lagt opp til fra forsøkets side. Det er bl.a. jobbet med løsninger for elektronisk pasientjournal (EPJ), arbeidsrutiner og klart språk. Bedre EPJ-løsninger som er utarbeidet innenfor prosjektet, vil alle landets kommuner få tilgang til.

Helsedirektoratet har hatt ansvaret for utredningsprosjektet og er også ansvarlig for gjennomføringen av forsøket. I 2017 brukte Helsedirektoratet 6,4 mill. kroner til gjennomføring og evaluering av forsøket. I 2018 ble det bevilget 6 mill. kroner til samme formål. Bevilgningen foreslås videreført i 2019 da forsøket foreslås forlenget og utvidet. Enkelte kommunale administrasjonskostnader dekkes også over post 65. Se for øvrig omtale under post 65.

#### Pårørendeprogrammet

Formålet med Program for en aktiv og framtidigrettet pårørendepolitikk 2014–2020 (Pårørendeprogrammet) er å forbedre vilkårene for den uformelle omsorgen, samt å bidra til å forbedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen.

Det ble i 2018 bevilget 11 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 framtidigrettet pårørendepolitikk. Helsedirektoratet har utarbeidet en pårørendeveileder for helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet samarbeider med Fylkesmennene og ulike kompetansesentre for å gjøre veilederen og anbefalingene kjent i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har laget implementeringsmaterieil (film, presentasjoner, artikler på helsenorge.no), og vil vurdere behov for å utarbeide ytterligere materieil.

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 2018 ble mindreårige barn som pårørende tatt inn i Pårørendeprogrammet. I tillegg til barn som pårørende, ble tilskuddet prioritert til prosjekter for å utvikle modeller for fleksible og tilrettelagte avlastningsordninger.

Det ble i 2017 innvilget 27 søknader helt eller delvis. Høsten 2017 ble det arrangert en nettverkssamling for kommunene som fikk tilskudd. Tilskuddsordningen stimulerer til mye lokal aktivitet på pårørendeområdet.

Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2019.

#### Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen har som mål å forebygge ensomhet 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 2017 mottok fem landsdekkende frivillige organisasjoner tilskudd. Tilskuddsmottakerne driver med opplæring av eldre i bruk av nettbrett, smarttelefon og PC, og søker å finne fram til gode modeller for opplæring innenfor sine organisasjoner. Følgeevaluering gjennomført av Nasjonalt senter for e-helse-

forskning viser at kursing i bruk av nettbrett og smarttelefon kan bidra til at eldre opprettholder kontakt med familie og venner, og kan bidra til at flere eldre får tilgang til nettbank, e-post og media på nett. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det ble bevilget 3 mill. kroner til dette i 2018. Bevilgningen foreslås videreført i 2019. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Se kap. 701, post 21 for en helhetlig omtale av programmet.

#### *Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet*

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet og passivitet, og å skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Tiltaket bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 i FNs bærekraftsmål.

Kommuner og ideelle/frivillige organisasjoner kan søke. I 2017 ble målgruppen for tilskuddet utvidet. Tilskuddet endret navn fra Aktivitet for seniorer og eldre i tråd med utvidelse av målgruppen.

Ordnningen har bidratt til igangsetting og videreutvikling av mange gode og noen innovative prosjekter. I 2017 fikk 56 prosjekter tildelt tilskudd. Prosjektene handler bl.a. om opprettelse eller videreutvikling av møteplasser som aktivitetssentre og seniorsenter, men det er også gitt støtte til aktivitetsgrupper av ulike slag, møteplasser på tvers av generasjoner og kulturer, og til aktiviteter der de eldre stimuleres til å bidra med sine ressurser i frivillig arbeid. Mat, matlaging og måltider er relevante aktiviteter som kan skape gode relasjoner. I Helsedirektoratets tilskuddsordning om Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet er dette synliggjort i tråd med Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Det er igangsatt en evaluering av tilskuddsordningen, som etter planen vil ferdigstilles i løpet av 2018.

Det ble i 2018 bevilget 18,8 mill. kroner til tiltaket, hvorav 0,5 mill. kroner ble avsatt til evaluering av ordningen. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2019.

#### *Frivillighetsstrategien*

Helse- og omsorgsdepartementet har i fellesskap med Frivillighet Norge og KS utarbeidet Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020). I 2018 har partene arbeidet for å spre informasjon om strategien, og oppfordret kommunale myndigheter og frivillige organisasjoner til å utvikle lokale strategier for frivillighet.

#### *Livsglede for eldre og livsgledesertifisering*

Det ble i 2013 igangsatt 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. 24 nye sykehjem er blitt sertifisert som «Livsgledesykehjem» i 2017, og 50 ble resertifisert. Ved ytterligere 36 sykehjem er det satt i gang en prosess hvor målet er livsgledesertifisering.

Bevilgningen i 2018 var totalt 6,5 mill. kroner. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019. Det foreslås å avsette 0,5 mill. kroner til evaluering av ordningen i 2019. 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 mobilisere og lede frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Målgruppen er ledere og medarbeidere som samarbeider med frivillige i omsorgstjenestene.

I 2017 arbeidet senteret innen palliasjon, demens, akuttmedisinsk eldreomsorg, frivillighet og kultur. Frivillighetskoordinering – eldreomsorg (FRI) hadde tre fulltallige kurs. Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom (OLS) hadde to fulltallige kurs. Siden starten har kurset hatt deltakere fra 100 kommuner i 18 fylker. Så langt har 315 frivillighetskoordinatorer blitt utdannet. Videre har totalt 4000 ansatte fra 96 kommuner i 19 fylker gjennomført etterutdanning i omsorg ved livets slutt.

I 2018 ble det bevilget 9 mill. kroner til Verdighetscenterets arbeid med opplæring av frivillighetskoordinatorer og spredningen av opplæringsprogrammet Omsorg ved livets slutt. Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet i 2019. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og i Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet.

tet. Det foreslås å avsette 0,5 mill. kroner til evaluering av ordningen i 2019.

#### *Teknologier for trygghet og mestring*

Hovedmålet med satsingen på teknologier for trygghet og mestring er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

Prosjektet om teknologier for trygghet og mestring gikk i 2017 over i en sprednings- og innføringsfase, der over 200 kommuner ble gitt prosessveiledning med bakgrunn i Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi.

KS har i samarbeid med SINTEF og Høgskolen i Sørøst-Norge utviklet Velferdsteknologiens ABC, som er en tverrfaglig opplæringspakke for ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Målet er å gi ansatte i helse- og omsorgstjenestene grunnleggende kompetanse i velferdsteknologi og tilgang til nødvendige arbeidsverktøy for å vurdere, ta i bruk og følge opp tjenester og tiltak der velferdsteknologi brukes. Utviklingsentrene for sykehjem og hjemmetjenester har i 2017 gitt tilbud til kommunene om opplæring i Velferdsteknologiens ABC.

Over 250 kommuner har fått støtte til å ta i bruk teknologier for trygghet og mestring. Bevilgningen har i tillegg gått til følgeforskning, informasjon, veiledning mv. av kommuner og andre aktører i spredning og implementering av velferdsteknologi, og til et samarbeid med Leverandørutviklingsprogrammet om felles innovative anskaffelser på området.

Det ble bevilget 18,3 mill. kroner til satsingen over posten i 2018. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2019.

Satsingen omfatter også tilskudd til kommuner gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68 og tilskudd på kap. 769, post 70. Samlet bevilgning til satsingen vil være om lag 41 mill. kroner i 2019. For samlet omtale av velferdsteknologiprogrammet, se kap. 701, post 21.

#### *Demensplan 2020*

Demensplanen er regjeringens femårs plan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens. Brukerne har hatt en sentral rolle i utviklingen av planen.

Tilskudd til modellprogram for systematisk oppfølging etter diagnose ble utlyst høsten 2016

og det ble gitt tilskudd til 14 prosjekter i 2017. Utprøvingen vil omfatte bruk av veiledningsmaterieell innenfor ulike arenaer og kommer i tillegg til Demensomsorgens ABC, som er implementert i de fleste kommuner allerede.

Høsten 2017 startet utviklingsprosjektet med nye modeller for tjenester til hjemmeboende personer med demens og 14 prosjekter er etablert. Helsedirektoratet, i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, gjennomfører det treårige modellutviklingsprogrammet. Nasjonal retningslinje om demens er ferdigstilt og ble lansert på Demensdagene i desember 2017. E-læringsprogram for palliativ omsorg til personer med demens ble lansert i april 2018.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til Demensplan 2020, i 2019. Det foreslås å videreføre støtten på 1 mill. kroner til Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelse sitt lokale informasjons- og veiledningsarbeid. Det vises videre til tilskudd knyttet til Demensplan 2020 over post 62, 68 og 71, samt kap. 780, post 50.

#### *Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC*

Gjennom ABC-modellene Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC tilbys gratis studiematerieell til kommunene beregnet på bedriftsintern tverrfaglig opplæring i studiegrupper. Opplæringsmateriellet på Demensomsorgens ABC er revidert i 2017 med flere påbygningsmoduler og oppdateres til å omhandle lindrende behandling, tvungen helsehjelp, miljøbehandling, systemperspektiv, internkontroll og personsentrert omsorg. I 2017 har om lag 2 500 personer fullført Eldreomsorgens ABC og om lag 6 600 personer har fullført Demensomsorgens ABC, ifølge Helsedirektoratets anslag. Per 31. desember 2017 har 96 pst. av landets kommuner tatt i bruk opplæringsprogrammene. Det er bevilget 9,9 mill. kroner til formålet i 2018. Tiltaket foreslås videreført i 2019 som del av Kompetanseløft 2020 og Demensplan 2020.

#### *Tilskudd til personer med neurologiske skader og sykdommer*

Det er etablert en tilskuddsordning til informasjon og veiledningsarbeid om neurologiske sykdommer og skader i regi av brukerorganisasjoner. Det ble samlet bevilget 5 mill. kroner til tiltak for å bedre tilbudet til personer med neurologiske skader og sykdommer i 2018, herunder 1 mill. kroner til spredning og implementering av en modell for tilpasset trenings-, dag- og aktivitetstilbud og

1 mill. kroner til Hjerneverket. Bevilgningen foreslås redusert med 4 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Hjerneverket på 1 mill. kroner i 2019. Det vises også til bevilgning til Fagnettverk Huntington over post 75, og bevilgningen til frivillige organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid over post 72.

#### *Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt*

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2018) ble det bevilget 9 mill. kroner til å styrke tiltak som skal gi økt kompetanse i lindrende behandling. Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

Helsedirektoratet ferdigstilte i 2018 veiledningsmateriellet Nasjonale faglige råd for behandling i livets slutfase. De faglige rådene skal implementeres i 2019. I 2018 er det utviklet et e-læringsprogram for helsepersonell i møte med personer med demens. Programmet vil implementeres videre i 2019. Demensomsorgens ABC er i 2018 revidert og tilført et eget hefte om lindrende behandling. Digital opplæringspakke i lindrende behandling for helsefagarbeidere ble ferdigstilt i 2017. Implementeringen har startet i kommunene og vil fortsette i 2019.

Den nasjonale faglige retningslinjen i barnepalliasjon som ble publisert i 2016, følgeevalueres av OsloMet. Evalueringen ferdigstilles i 2018. Det er fortsatt behov for videreføring av implementeringen av denne i 2019.

Etableringen av videreutdanning i barnepalliasjon på masternivå for sykepleiere har som målsetting å kvalifisere sykepleiere til å være sentrale ressurspersoner for palliative team for å bedre samhandlingen mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste. Første kull startet i januar 2017 og seks studenter ble tatt opp til studiet i 2018. Det er under vurdering å utvide studiets målgruppe ved at det åpnes for at andre helse- og sosialfaglige yrkesgrupper også kan søke opptak.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 2 mill. kroner til Verdighetssenteret, 1,5 mill. kroner til Foreningen for barnepalliasjon og 1,5 mill. kroner til videreutdanningstilbud innen barnepalliasjon ved OsloMet. Det foreslås å videreføre 4 mill. kroner til arbeidet med implementering av nasjonale faglige råd for behandling i livets slutfase, e-læringsprogram for helsepersonell i møte med personer med demens, digital opplæringspakke i lindrende behandling for helsefagarbeidere og den

nasjonale faglige retningslinjen i barnepalliasjon. Tilskuddene inngår i Kompetanseløft 2020.

#### *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 2017 mottok Foreningen for barnepalliasjon tilskudd.

Det ble i 2018 bevilget 2 mill. kroner til ordningen. Det foreslås at midlene videreføres i 2019. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

#### *Ledelse, rekruttering og fagutvikling*

##### *Styrking av ledelseskompentanse*

Nasjonal 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. Erfaringer fra de første kullene tyder på at utdanningen treffer godt og oppleves som nyttig. Bevilgningsøkningen i 2016 og 2017 ga rom for å utvide kapasiteten til hhv. 162 og 216 studieplasser. Det ble i 2018 bevilget 16,2 mill. kroner til tiltaket over posten. 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.

##### *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. Menn i helse rekrutterte menn fra åtte fylker i 2017, hvor 31 besto fagprøven.

Følgeevalueringen av Menn i helse ble lagt fram i 2018. Evalueringen viser at prosjektet erfarer som hensiktsmessig og nyttig for å øke andelen menn i omsorgssektoren, i tillegg til å være et kvalifiseringstiltak.

Det ble i 2018 bevilget 6 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2019. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.



*Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere*

Formål med bevilgningen er å bidra til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Prosjektet ledes av KS i samarbeid med Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund. Prosjektet bygger videre på de gode erfaringene fra Bli helsefagarbeider. Det foreslås å bevilge 4 mill. kroner til tiltaket i 2019. Det vises for øvrig til omtale på kap. 761, post 60.

*Fallforebyggende arbeid*

Formålet med tiltaket er å øke kompetanse om fallforebygging blant ansatte i hjemmetjenester og på sykehjem gjennom å utvikle et e-læringsprogram om fallforebygging.

E-læringen skal ha et helhetsperspektiv på hva som påvirker fallrisiko, og ha som utgangspunkt at fallforebygging så langt som mulig skal integreres i ADL-trening og hverdagsaktiviteter for brukeren/pasienten. I 2018 ble det bevilget 1 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre bevilgningen til e-læringsprogrammet på samme nivå i 2019. Det vises for øvrig til omtale under kap. 714, post 21.

Satsingen skal ses i sammenheng med regjeringens arbeid med å utvikle en nullvisjon for fallulykker i og ved hjemmet, som medfører alvorlige personskader og død. Det vises til omtale under del 1, kap. 1.2.

*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 samspeillet mellom forskning, innovasjon, utdanning og praksis. Det er etablert et partnerskap med HUNT forskningssenter (NTNU), Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune og Nord Universitet (NU). Det er NU som administrerer tiltaket.

Det ble bevilget 3 mill. kroner til tiltaket i 2018. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Nord Universitet på vegne av partnerskapet for Nasjonalt kompetansesenteret for kultur, helse og omsorg i 2019.

*Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang*

Det ble i 2018 bevilget 5 mill. kroner for å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbe-

handling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Nord Universitet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er hovedsamarbeidspartnere i utviklingen av opplæringsprogrammet.

I 2017 er opplæringsmaterieell for musikkbasert miljøbehandling og nettsted for kurstilbudet utviklet og det er oppnådd god spredning. Det er utviklet et fagskoletilbud. Kursaktiviteter gjennomføres i alle landets helseregioner.

Det foreslås at øremerket tilskudd til Nord Universitet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg videreføres i 2019. Det foreslås at 0,5 mill. kroner av tilskuddsordningen avsettes til evaluering av tilskuddet.

*Senter for alders- og sykehjemsmedisin*

Det ble i 2018 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. Senter for alders- og sykehjemsmedisin driver utstrakt undervisning og kursing i forbindelse med implementering av forskning i primærhelsetjenesten. Senteret underviser også helsefagstudenter ved universitet, høyskole og fagskole og har gjennomført åtte tverrfaglige seminargrupper med aktuelle temaer innen alders- og sykehjemsmedisin. I 2017 sto senteret bak 18 vitenskapelige publikasjoner i nasjonale og internasjonale fellesvurderte tidsskrifter. Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet til Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen i 2019.

*Teknologisk støtte i fritidsaktiviteter for barn med funksjonsnedsettelse 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, og at foreldre lettere kan kombinere arbeid med omsorgen for barna. Aktivitetene skal støtte opp under den enkeltes habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Kommunene Drammen, Horten, Risør og Sandnes fikk tilskudd over ordningen i 2017. I tillegg fikk Valnesfjord Helseportssenter midler for å komme i gang med et prosjekt sammen med Horten.

Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennomførte en følgeevaluering i 2017 av prosjektet.

Resultatene avdekket mange gevinster for barna, bl.a. i form av økt mestring, mindre behov for assistent, økt frihet til å ferdes alene og mindre stigma knyttet til bruk av hjelpemidler. Det ble i 2018 bevilget 4 mill. kroner til dette tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført på samme nivå i 2019. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Se kap. 701, post 21 for en helhetlig omtale av programmet.

#### *Kompetansehevende 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. Tiltaket tar utgangspunkt i modellen til Demensomsorgens ABC. Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse i oppdrag å utvikle opplæringsmateriell og implementere det i landets kommuner. Mitt livs ABC består av 2 permer med 10 hefter hver. Perm 1 er ferdigstilt og tatt i bruk. Perm 2 er planlagt ferdigstilt høsten 2018. Ved utgangen av 2017 har 1555 personer i 69 kommuner startet med Mitt Livs ABC. Av disse er det 112 personer så langt som har fullført perm 1. I 2017 ble det også utarbeidet en felles nettside for alle ABC opplæringene som skjer i regi av Aldring og helse. Dette skal bl.a. bidra til å gjøre det enklere for kommunene å komme i gang med opplæringen.

I 2018 ble det bevilget 6 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2019. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

#### *Senter for medisinsk etikk*

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (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 etikkomiteer i helseforetakene og bistå kommuner som ønsker å etablere kliniske etikkomiteer.

Det ble i 2018 bevilget 3,2 mill. kroner som et øremerket tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til SME i 2019. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og ses i sammenheng med tilskuddet til nasjonal koordinering og fagutvikling av kliniske etikkomiteer i helseforetakene. Det vises til kap. 781, post 79 for nærmere omtale.

#### *Formidling av forskning og innovasjon*

Det ble i 2018 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 2019.

#### *Evaluering av Omsorg 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.

#### *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*

Bevilgningen dekker arbeidet med utvikling av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Det er gjennomført en toårig følgeevaluering av rettighetsfestingen. KS har vært involvert i arbeidet gjennom konsultasjonsordningen. Helsedirektoratet viser til at tjenester organisert som BPA har hatt en jevn økning og at evalueringen viser at rettighetsendringen ikke dramatisk har endret kommunenes tjenester. Samtidig viser følgeevalueringen at en stor andel av brukerne er fornøyd med BPA og mener ordningen bidrar til økt samfunnsdeltakelse og selvstendighet. Mange brukere mener kommunen bør infor-

mere bedre om ordningen. Det har også vært en svak økning i antall klager som Fylkesmannen har tatt til følge. Bevilgningen videreføres i 2019 til videre arbeid med utvikling av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse. Det vises til omtale om opplæring tilknyttet tiltaket under post 68.

#### Andre tiltak

##### *Kvalitetsindikatorer*

Regjeringen vil innføre kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren bl.a. basert på bruker- og pårørendeferinger. Kvalitetsindikatorer er ett av flere verktøy for å måle kvaliteten i tjenestene.

Helsedirektoratet har ansvar for å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester, og det er hittil utviklet 25 nasjonale indikatorer som publiseres på helsenorge.no. Det er fortsatt behov for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for omsorgstjenestene. 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. Det ble bevilget 3,8 mill. kroner til utviklingen av bruker- og pårørendeundersøkelser i 2018. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2019.

##### *Noklus*

Det ble i 2014 igangsatt et pilotprosjekt for å vurdere organiseringen av laboratorievirksomheten for brukere av hjemmetjenestene. I 2016 startet prosjektet med å kvalitetsforbedre all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten i tre fylker, og dette ble utvidet til to nye fylker i 2017. 97 pst. av alle enhetene har takket ja til å delta. I 2017 ble det overfor hjemmetjenesten gjennomført 45 innledende møter, besøkt 93 enheter og arrangert 89 kurs med 1072 deltakere. Videre ble det i 2017 gjennomført 21 500 e-læringskurs, og dette er en dobling i antall gjennomførte kurs siden 2016. Noklus etablerte i 2017 et samarbeid med Antibiotikasenteret for primærmedisin og Folkehelseinstituttet. Via hyppig kontakt med deltakerne kan Noklus både bidra med og implementere faglige retningslinjer for bruk av antibiotika, og følge opp at retningslinjene brukes.

Det ble i 2018 bevilget 7,8 mill. kroner til Noklus. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Noklus i 2019.

##### *Iplos*

Iplos (individbasert statistikk for pleie og omsorgstjenestene) 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 pasient- og brukerregister (KPR). KPR ble etablert 1. desember 2017. Første versjon av registeret skal inneholde data fra de eksisterende registrene Kuhr (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) og Iplos. Iplos vil i sin helhet integreres i det personidentifiserbare registeret KPR. Det er et mål at det nye registeret ikke skal medføre økt rapporteringsbyrde. Se omtale av KPR under kap. 701, post 21.

Helsedirektoratet vil være databehandlingsansvarlig og forvalter av det historiske Iplos. Det ble bevilget 11,4 mill. kroner til formålet i 2018. I 2019 overtar Helsedirektoratet mottak, kvalitetskontroll, innsamling, behandling, utlevering og lagring av opplysninger av data fra kommunale helse- og omsorgstjenester. Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra kap. 761, post 21 til kap. 740, post 01.

##### *Antibiotikaresistens*

Bevilgningen skal nyttes til arbeidet med antibiotikaforskrivning rettet mot leger i kommunale institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester, ved Antibiotikasenter for primærmedisin. I 2018 ble det bevilget 3 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2019. Antibiotikasenter for primærmedisin mottar også tilskudd på 4 mill. kroner over kap. 762, post 70.

#### **Post 60 Kommunale kompetansetiltak**

Bevilgningen dekker ulike kommunale kompetansetiltak.

Det foreslås å flytte:

- 4 mill. kroner til kap. 761, post 21, knyttet til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere
- 2,7 mill. kroner til Kunnskapsdepartementets kap. 240, post 60, knyttet til prisjustering av tilskuddsordning til fagskoleutdanning

Bevilgningen foreslås redusert med 0,3 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

### *Fagskoletilskudd*

Tilskuddet til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag ble avsluttet ved utgangen av 2017, samtidig som 116 mill. kroner av midlene i ordningen ble flyttet til en ny tilskuddsordning til fagskoleutdanning på kap. 240, post 60 på Kunnskapsdepartementets budsjett fra 2018.

Tall fra Database for statistikk om høgre utdanning (NSD) viser at om lag 1 000 personer fullførte en fagskoleutdanning innen helse- og sosialfag i 2017. Samtidig viser tall at utdanningsaktiviteten økte fra om lag 2 800 registrerte studenter i 2017 til om lag 3 100 i 2018.

### *Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere*

Det ble i 2017 bevilget 4 mill. kroner til etablering av Jobbvinner, et nytt rekrutteringstiltak med formål å bidra til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Prosjektet ledes av KS i samarbeid med Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund. Prosjektet bygger videre på de gode erfaringene fra Bli helsefagarbeider.

Prosjektet har i 2017 iverksatt en rekke lokale delprosjekter/piloter i ulike geografiske områder hvor ulike rekrutteringstiltak utprøves. Det er etablert tre piloter i Trøndelag, én i Hedmark, én i Agder, én i Østfold og én i Nordland. Til sammen er om lag 30 kommuner involvert i prosjektene.

Det ble bevilget 4 mill. kroner i 2018. Det foreslås å flytte midlene til kap. 761, post 21. I 2018 ble det i tillegg avsatt 2,7 mill. kroner som en engangsbevilgning til formålet. Disse midlene foreslås flyttet til Kunnskapsdepartementets budsjett, da de utgjør prisjustering på fagskoletilskuddet som i 2018 ble flyttet til kap. 240, post 60. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

### *Kurspakke for ufaglærte*

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har siden 2010 hatt i oppdrag å utvikle og tilby en kurspakke for ufaglærte. Formålet er opplæring av ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider, alternativt kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. I 2017 startet 196 deltakere opplæringen og 142 besto. Ved utgangen av 2017 hadde 429 av deltakerne bestått Vg3 skriftlig eksamen til helsearbeiderfaget og 234 bestått fagprøven og blitt helsefagarbeidere. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Fra og med 2018 ble tilskuddsordningen Kvalifisering av fremmedspråklige innlemmet i Kurspakke for ufaglærte. Gjennom Kvalifisering av fremmedspråklige ble det gitt tilskudd til om lag 140 kursdeltakere i 2017. De to ordningene har i all hovedsak hatt samme formål og målgruppe. Den sammenslåtte ordningen vil gi mer effektiv måloppnåelse gjennom en velutviklet modell for kvalifisering av ufaglærte med fremmedspråklig bakgrunn. Dagens deltakere i kvalifisering av fremmedspråklige skal ivaretas innenfor ordningen kurspakke for ufaglærte.

Det ble i 2018 bevilget 8,9 mill. kroner til kurspakke for ufaglærte. Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

### **Post 61 Vertskommuner**

Bevilgningen foreslås redusert med 19,5 mill. kroner som følge av frafall av beboere.

Etter ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede, som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet, overtok 33 kommuner ansvaret for en rekke beboere hjemmehørende i andre kommuner. Formålet med den øremerkede tilskuddsordningen er å kompensere de 33 vertskommunene for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen. Tilskudd er fordelt iht. antall gjenværende vertskommunebeboere. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektregnskap for tilskuddet. Kommunene må kunne legge dette fram for Helsedirektoratet på forespørsel.

En del av vertskommunene vil pga. frafall av beboere kunne få store endringer i inntekt fra ett år til et annet. Dette kan gi enkelte kommuner utfordringer i arbeidet med omstilling og nedbygging av tjenestetilbudet. For å sikre vertskommuner mot brått inntektsbortfall, er det innført en skjermingsordning slik at ingen kommuner ved frafall av beboere, trekkes mer enn et fastsatt beløp knyttet til antallet innbyggere i kommunen. Skjermingsbeløpet per innbygger skal svare til beløpet som gjelder for overgangsordningen i inntektssystemet. Uttrekk av midler vil bli foretatt uavhengig av øvrige uttrekk av rammetilskuddet til kommunene. Den delen av 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 19,5 mill. kroner i 2019 som følge av dette. Uttrekket for 2019 er noe lavere enn tidligere år da, for stort uttrekk i 2016 og 2017 vil bli tilbakeført til de kommuner det gjelder.

### Post 62 Dagaktivitetstilbud

Bevilgningen dekker tilskudd til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens.

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 kommunene oppfordres til å benytte seg av Inn på tunet-leverandører.

Ved opprettelsen av tilskuddet i 2012 ble det anslått et behov for 9 200 dagaktivitetsplasser. Gjennom de årlige budsjettframleggelsene fra 2012 til og med 2019 har det blitt lagt til rette for vel 8 800 plasser gjennom tilskuddsordningen. Tilskuddet er utnyttet i mindre omfang enn forventet.

Det er Helsedirektoratet som forvalter tilskuddet på vegne av departementet. 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.

Det foreslås 50 mill. kroner til om lag 450 nye dagaktivitetsplasser. Som oppfølging av vedtak nr. 463 (2017–2018), 13. februar 2018 og vedtak 108.27 (2016–2017), 5. desember 2016 og Stortingets behandling av Dokument 8:7 (2017–2018), Innst. 110 S (2017–2018), vil kommuner som etablerer nye dagaktivitetsplasser i 2019 få økt tilskuddssats for disse svarende til om lag 50 pst. av antatte kostnader. Dette vil kunne bidra til å stimulere til en raskere oppbygging av dagtilbudet for hjemmeboende personer med demens.

Ved utgangen av 2019 er det lagt til rette for vel 8 800 plasser gjennom tilskuddsordningen fra tilskuddet ble opprettet i 2012 t.o.m. 2019. Det vil

anslagsvis være etablert opp mot 3 800 plasser med støtte fra tilskuddsordningen ved utgangen av 2018, som inkluderer videreførte og nye plasser. 20 av plassene er forbeholdt, og benyttes av kommuner som benytter seg av Inn på tunet-leverandører.

Ved videreføring av opprettede plasser fra 2012–2018 vil kommunene få beregnet tilskudd på 30 pst. av antatte kostnader, som for 2018. Målet er å bygge ut tjenestetilbudet før plikten for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gjøres gjeldende fra 1. januar 2020.

### Post 63 Investeringstilskudd – rehabilitering mv.

Bevilgningen dekker investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser gitt i perioden fram til og med 2018. Bevilgningen dekker videre tilsagn til investeringstilskudd til rehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser fra og med 2019.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet har vært å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Tilskuddet forvaltes av Husbanken.

Gjennom budsjettene for 2014–2018 er den statlige tilskuddsordningen forbedret og regjeringen har lagt til rette for hele 13 100 heldøgns omsorgsplasser. I denne perioden har regjeringen satt av om lag 21,3 mrd. kroner (løpende priser) til tilsagn til heldøgns omsorgsplasser. I årene 2008–2013 ble det satt av om lag 7,6 mrd. kroner (løpende priser) til tilsagn til heldøgns omsorgsplasser.

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 4 213,3 mill. kroner i 2019, hvorav 65,4 mill. kroner er knyttet til

tilskudd som innvilges i 2019 og 4 147,9 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2019. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 8 009,2 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 1 306,3 mill. kroner i 2019. Rammen vil kunne dekke tilskudd til rehabilitering/modernisering og utskifting av om lag 750 heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig. Det foreslås å heve den maksimale anleggskostnaden per enhet fra 3,226 mill. kroner til 3,317 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og fra 3,69 mill. kroner til 3,794 mill. kroner for pressområdekommuner. Som følge av økte maksimale anleggskostnader, heves dermed de maksimale tilskuddssatsene som vist i tabell 4.11.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2020 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

#### *Om innretningen på tilskuddet*

Mange gamle og uhensiktsmessige institusjonsplasser og omsorgsboliger er blitt fornyet med investeringstilskuddet 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 antall brukere som vil komme fram mot 2030. Stortinget vedtok derfor i budsjettet for 2017, jf. Innst. 11 S (2016–2017) en omlegging av ordningen fra 2021. Fra det året skal det kun gis tilskudd til plasser som gir netto tilvekst tilsvarende det antall plasser det er søkt tilskudd til. Kommunen må opprettholde netto tilveksten i ti år fra søknadstidspunktet. Det ble vedtatt en overgangsordning for perioden 2017–2020.

Som oppfølging av vedtak nr. 462 (2017–2018), 13. februar 2018, foreslås det at 50 pst. av den samlede tilsagnsrammen til investeringstilskuddet nyttes til ren netto tilvekst og foreslås bevilget over kap. 761, post 69. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst over kap. 761, post 63. Bevilgningen på kap. 761, post 63 kan nyttes under kap. 761, post 69. Det vises også til omtale under kap. 761, post 69.

#### *Rapportering*

I 2017 utbetalte Husbanken investeringstilskudd for 3 623,3 mill. kroner. Det ble i 2017 innvilget tilskudd til 2 942 omsorgsplasser, fordelt på 1 131 plasser i omsorgsbolig og 1 811 plasser i institusjon. Det ble også innvilget tilskudd til bygging av 300 kvm. fellesareal i tilknytning til eksisterende boligmasse, slik at det kan ytes heldøgns tjenester i boligene. Tilsagnsrammen ble benyttet i sin helhet.

Tilsagnsrammen for 2018 er satt til 4 235,5 mill. kroner etter at bevilgningen ble styrket med en tilsagnsramme svarende til om lag 700 flere plasser i Revidert nasjonalbudsjett 2018. Rammen gir rom for at det i 2018 kan innvilges tilskudd til om lag 2 500 heldøgns omsorgsplasser, hvorav 40 pst. av rammen er øremerket netto tilvekst. Av denne rammen var det ved utgangen av august 2018 innvilget tilskudd til i alt 1 092 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på 566 plasser i omsorgsbolig og 526 plasser i institusjon. Fra årets start til utgangen av august er det fremmet søknader fra kommunene tilsvarende 1 149 heldøgns omsorgsplasser. Tallene lar seg ikke umiddelbart sammenligne med tidligere år. Dette da søknader som omhandler renovering og utskiftning behandles kvartalsvis i 2018, mens søknader som omhandler netto tilvekst behandles løpende.

Investeringstilskuddet evalueres. Etter planen vil evalueringen være ferdigstilt i løpet av 2019.

#### *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 også i 2018 gjennomført en undersøkelse av kommunenes utbyggingsplaner og behovsanslag i den neste fireårsperioden. Undersøkelsen viser at kommunene planlegger å bygge ferdig om lag 8 000 heldøgns plasser, fornye og modernisere nesten 4 600 plasser og legge ned knapt 3 300 plasser i økonomiplanperioden 2018–2021. KS peker på metodiske svakheter ved undersøkelsen og understreker at tallene derfor må tolkes med varsomhet.

Statistisk Sentralbyrå (SSB) utarbeidet i 2016 nye framskrivninger av behovet for arbeidskraft og heldøgns omsorgsplasser helt fram mot 2060. Framskrivningen er senere oppdatert av SSB, og lagt fram i Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Avhengig av hvilke

forutsetninger som legges til grunn, viser framskrivningene et stort variasjonsområde for tiårene som kommer. Legger man 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 økt behov for om lag 36 000 flere plasser i 2040. Et framskrivningsalternativ med uendret helsetilstand, kan innebære at behovet øker til 85 000 flere heldøgns plasser.

Regjeringen og KS sammenholder foreliggende materiale fra KS, SSB, diverse undersøkelser, samt statistikk og vurderinger fra Husbanken med sikte på nærmere analyser av behovet i årene framover og som grunnlag for fastsettelse av investeringsrammen i framtidige års budsjett. Planarbeidet forankres i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Plansamarbeidet har også bl.a. resultert i et felles notat om forståelsen av heldøgnsbegrepet til bruk i statistikk.

Tabell 4.11 Foreslåtte tilskuddssatser i 2019 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per plass i 2019 (tusen kroner)	Pressområde- kommuner	Andre kommuner
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2 086	1 824
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 707	1 492
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 897	1 658
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	3 793,5	3 316,5

### Post 64 Kompensasjon for renter og avdrag

Bevilgningen dekker renter og avdrag for oppstartstilskudd som ble gitt under handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2003 og opptrappingsplanen for psykisk helse 1994–2004.

For omtale av tildelingskriterier vises det til Prop. 1 S (2009–2010) Kommunal- og regionaldepartementet. Ordningen forvaltes av Husbanken.

I 2017 ble det utbetalt 850,3 mill. kroner i kompensasjonstilskudd. Bevilgningen for 2018 er etter behandlingen av revidert nasjonalbudsjettet på 887,8 mill. kroner.

Som følge av økt rentesats, foreslås bevilgningen økt med 42,4 mill. kroner i 2019. Rentesaften for 2019 er på 1,5 pst. Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragkompensasjon.

Det foreslås bevilget 876,9 mill. kroner i 2019.

### Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Bevilgningen dekker driftsutgifter og inntektpåslag til kommunene som inngår i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Forsøket startet opp 1. mai 2016. Formålet med forsøket er å se om statlig finansiering av omsorgstjenestene gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktigere behovsdekning.

De seks kommunene som allerede er med i forsøket inviteres til å delta i forsøket ut 2022. I tillegg vil de kommunene som de eksisterende forsøkskommunene skal slå seg sammen med, bli invitert til å delta. Disse kommunene må søke om deltakelse innen utgangen av desember 2018. Samlet foreslås det bevilget 111,8 mill. kroner til forlengelse og utvidelse av forsøket i 2019. Det legges videre opp til å utvide forsøket med seks nye kommuner med sikte på oppstart senest andre halvår 2020. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til søknadsfrist for de seks nye kommunene.

Forsøket er finansiert gjennom overførte midler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet svarende til netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i deltakerkommunene i året forut for forsøksoppstart, samt midler i toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester tilknyttet forsøksdeltakerne. Deltakende kommuner mottar også et årlig inntektpåslag svarende til 4 pst. av netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i året før forsøksoppstart. Inntektpåslaget er oppad begrenset til 25 mill. kroner årlig (2016-priser) og øremerket omsorgstjenester. Taket utgjør 27 mill. 2019-kroner.

Forsøket omfatter fram til 1. mai 2019 to modeller. I modell A benyttes en statlig finansieringsmodell og statlige tildelingskriterier, mens midlene til omsorgstjenestene er øremerket i modell B. Stjørdal, Hobøl, Os og Lillesand inngår i

forsøkets modell A til 1. mai 2019. Spydeberg og Selbu inngår i forsøkets modell B til 1. mai 2019. Forsøket vil bare forlenges med modell A. For nærmere omtale av forsøket vises det til omtale i Prop. 1 S (2015–2016) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Bevilgningen foreslås økt med 172,2 mill. kroner i 2019 utover pris- og lønnsvekst. I forbindelse med behandling av revidert budsjett for 2018 ble bevilgningen, som følge av merkostnader i forsøket, økt med 140 mill. kroner, jf. Innst. 400 (2017–2018). Den foreslåtte økningen for 2019 dekker merkostnader for allerede deltakende kommuner fram til 1. mai 2019 (41,1 mill. kroner). 111,8 mill. kroner dekker merkostnader for å forlenge og utvide forsøket ut 2019. Av de 111,8 mill. kronene knytter 13 mill. kroner seg til inntektspåslag fra 1. juli 2019 for fire kommuner som skal slå seg sammen med eksisterende forsøkskommuner fra 1. januar 2020. Det legges opp til at siste halvår 2019 benyttes til å innføre finansieringsmodellen og at modellen implementeres i sin helhet fra 1. januar 2020 for de sammenslåtte kommunene. Kommuner som allerede inngår i modell A og ønsker fortsettelse vil finansieres over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett etter dagens finansieringsmodell i hele 2019. Kommuner som inngår i dagens modell B kan søke om å inngå i forsøkets modell A fra 1. januar 2020. Disse vil finansieres gjennom ordinært rammetilskudd i perioden 1. mai 2019–31. desember 2019 mens de mottar inntektspåslag og vedtakene gjennomgås med tanke på full innføring fra 1. januar 2020. Kommunene må søke om deltakelse innen utgangen av desember 2018. Regjeringen vil komme tilbake til endelig bevilgning ifm. revidert nasjonalbudsjett for 2019 når det er kjent hvilke kommuner som ønsker å delta i forsøket.

Bevilgningen foreslås i tillegg økt med 19,3 mill. kroner knyttet til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og vekst i innbyggertilskuddet. Det vises også til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2018–2019), Programkategori 13.70.

Forsøket skal fortsatt forvaltes av Helsedirektoratet og følgeevalueres, jf. omtale under kap. 761, post 21.

Det vises også til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2017–2018), kap. 571, post 60 og kap. 575, post 60.

#### *Rapportering*

I 2017 ble det utbetalt 1 337,9 mill. kroner til forsøket. Det var et merforbruk på posten på 18,8 mill. kroner etter at rammen ble økt med 99,8 mill. kroner ved Stortingets behandling av Prop. 21 S (2017–2018). I en rapport fra Agenda Kaupang og Proba samfunnsanalyse fra august 2018, gis en analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale kostnader i forsøkets 4 A-kommuner. Den viser at kostnadsveksten knytter seg til at uttrekket fra kommunenes rammetilskuddet ikke dekker opp for den reelle veksten i kommunene og at enkelte av enhetsprisene i kommunene er lavere enn de nasjonale enhetsprisene. I tillegg forklarer tilskuddet til ressurskrevende tjenester en del av kostnadsveksten i forsøket.

Forsøket følgeevalueres. 2. evalueringsrapport ble publisert vinteren 2018. Av erfaringer så langt trekkes det fram bedre samhandling og kontroll i kommunene. Bedre og hyppigere vurdering av vedtak, økt brukermedvirkning og opprydding i saksbehandlersystemer.

Forsøket gjennomføres i henhold til plan. Finansieringsordningen med basis i aktivitetsdata sikrer at kommunene kontinuerlig gjennomgår og kvalitetssikrer egne Ipløs data. Dette har gitt kommunene et bedre grunnlag for å forstå og styre omsorgstjenesten i kommunene.

Det ble bevilget 1 274,2 mill. kroner til forsøket i 2018. Bevilgningen ble økt med 140 mill. kroner i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2018. Det foreslås bevilget 1 482,8 mill. kroner til forsøket i 2019. Regjeringen vil komme tilbake til endelig bevilgningsbehov i i.f.m revidert nasjonalbudsjett for 2019. 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 på posten foreslås redusert med 1,2 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

### Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentrene skal være pådrivere for kunnskapsbasert praksis, tilby ulike metoder og verktøy for å utvikle et lærende miljø, og være en ressurs i utviklings- og implementeringsarbeid for kommunene i sitt fylke. De skal også bidra til at brukere og pårørende er aktivt med i disse prosessene. Det er utarbeidet et samfunnsoppdrag for utviklingssentrene som vil sette de overordnede rammene for arbeidet.

Kommuner med utviklingssentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning. Sentrene for omsorgsforskning skal følge opp utviklingssentrene i sin region. Midlene til Sentrene for omsorgsforskning foreslås videreført i 2019.

Det følger av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* at Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester skal inngå i det regionale støtteapparatet for gjennomføring av reformen. Det vises til omtale under post 21, der det foreslås å bevilge 6 mill. kroner til utviklingssentrene i 2019. Sammen med fylkesmennene og KS, skal de etablere et strukturert samarbeid om gjennomføring av reformen.

I tillegg til ett senter i hvert fylke, er utviklingssenteret for sykehjem for den samiske befolkning i Karasjok gitt ansvar for den samiske befolkningen i Finnmark. Videre er ansvaret utvidet til å også omfatte hjemmetjenestene. Utviklingssenteret skal realisere hovedmålsetting for ordningen og tilrettelegge tiltakene for å heve kvalitet på tjenestene til den samiske befolkning generelt og videreføre ansvar for den samiske befolkning i Finnmark spesielt, samt ha hovedansvaret for den nordsamiske befolkningen.

Sommeren 2018 ble det avholdt politisk konsultasjon mellom Sametinget og Helse- og

omsorgsdepartementet om vedtaket gjort i Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018) om at inntil tre utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i tillegg skulle få et utvidet ansvar for den samiske befolkning i sitt område. Det ble fra konsultasjonsmøte protokollført enighet om at saken utredes videre med sikte på å bruke ett eller flere eksisterende fagmiljøer som har kompetanse på samisk språk og kultur. Formålet er å bidra til fagutvikling og kompetanseheving i omsorgstjenestene til samiske brukere. Det legges til grunn at dagens utviklingssenterstruktur ikke benyttes til formålet, samtidig som det ikke skal bygges opp nye utviklings- eller kompetansesentra. Oppdraget må lyses ut. Utlysningen må skje med bakgrunn i relevante og egnede kriterier. Helsedirektoratet skal samarbeide med Sametinget om videre utredning og utvikling av kriterier. Det ble avsatt 1,2 mill. kroner til formålet i 2018. Det foreslås at midlene videreføres i 2019.

Det legges opp til en evaluering av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i forbindelse med avslutningen av planperioden for Omsorg 2020.

Det ble bevilget 47,5 mill. kroner til formålet i 2018. Det foreslås at midlene videreføres i 2019. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Det vises videre til forslaget til bevilgning på post 21.

### 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. Tiltakene skal sees 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, Agder, Hordaland, Trøndelag og Troms har fra 2015 ansvar for behandlingen av tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Rapporteringen fra fylkesmennene viser at de ulike tiltakene har bidratt til kvalitetsutvikling på tjenestetilbudet, samt til fagutvikling og samhandling om palliasjon. Det ble i 2018 bevilget 14,5 mill. kroner til tilskuddsordningen. For 2019 foreslås det å videreføre bevilgningen. Tiltaket inngår som del av Kompetanseløft 2020.

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 2017 var det 19 av 49 søkere som fikk innvilget tilskudd over ordningen. Det er stor bredde i søknadene og det er gitt tilskudd til prosjekter som omhandler bl.a. velferdsteknologi, seksuell helse, innføring av brukerråd, arbeidsplasser for utviklingshemmede, innføring av positiv atferdsstøtte som arbeidsmodell og kosthold og aktivitet.

Flere prosjekter er interkommunale og har et stort spekter av samarbeidspartnere. Det er samarbeidet med bl.a. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) om spredning av erfaringer fra prosjektene. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det ble bevilget 7,5 mill. kroner til ordningen i 2018. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

### **Post 68 Kompetanse og innovasjon**

- Bevilgningen dekker kompetanse- og innovasjonstilskuddet og Helseinnovasjonssenteret Kristiansund.
- Bevilgningen foreslås styrket med 5,6 mill. kroner i tilskudd til Helseinnovasjonssenter i Kristiansund.
- Bevilgningen foreslås redusert med 6,8 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

#### **Kompetanse- og innovasjonstilskuddet**

Formålet med kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtid utfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet. Tiltaket bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 i FNs bærekraftsmål.

Bevilgningen skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak 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 26 100 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning i 2017 med midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Av disse fullførte om lag 390 personer en bachelorutdanning i helse- og sosialfag, om lag 1 250 personer en utdanning på videregående nivå, om lag 610 personer en fagskoleutdanning, om lag 1 640 personer en videreutdanning eller mastergradsutdanning innenfor høyere utdanning, og om lag 22 200 personer kurs, internopplæring eller annen type etterutdanning. Om lag 680 ansatte knyttet til rusfeltet og psykisk helse fullførte et kompetansetiltak i 2017. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. 207,5 mill. kroner av ordningen øremerkes til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene i 2019. Videreutdanning av sykepleiere og andre høyskoleutdannede og videreutdanninger innen ernæring og palliasjon prioriteres. Fylkesmannsembetene skal i tilskuddsforvaltningen, der det er hensiktsmessig, bidra til etablering av desentraliserte og distriktsvennlige høgskoletilbud med kommunene som målgruppe.

Det ble for perioden 2016–2018 bevilget til sammen om lag 980 mill. kroner til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene, fordelt på Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten på post 21, tilskudd til fagskoleutdanning på post 60, kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68, og lønntilskudd til avansert klinisk sykepleie på kap. 762, post 63. I overkant av 4 400 kandidater fullførte en grunn- eller videreutdanning med tilskudd fra de fire ordningene i 2017. I tillegg var nærmere 8 700 personer under utdanning. Helsedirektoratet har estimert at om lag 6 550 av disse var nye kandidater i 2017.

Det ble bevilget midler til opplæring av til sammen om lag 2 200 assistenter, arbeidsledere og saksbehandlere for brukerstyrt personlig assistanse i 2017.

Det ble i 2017 gitt tilskudd til 370 innovasjonsprosjekter. Dette er en økning på 20 innvilgede søknader fra 2016 til 2017. Hoveddelen av prosjektene omhandler velferdsteknologi, tidlig innsats og egenmestring, habilitering og rehabilitering,

samt samspill med pårørende og frivillige. Videre er det bevilget midler til flere prosjekter innen bl.a. ernæring, legemiddelhåndtering, fritidsaktivitet med assistanse og kulturopplevelser.

Satsingen på teknologier for trygghet og mestring gikk i 2017 over i en sprednings- og innføringsfase, der det innenfor tilskuddsordningen gis midler til å spre velferdsteknologiske løsninger basert på erfaringene fra utviklingskommunene. Erfaringene fra utviklingskommunene viser at det kan være store gevinster å hente med bruk av velferdsteknologi med hensyn til tjenestekvalitet, arbeidsmiljø og ressurser, så lenge velferdsteknologien brukes på riktig måte. Det ble i 2017 gitt tilskudd til implementering av velferdsteknologi i 28 prosjekter med til sammen 218 kommuner. Se post 21 for nærmere omtale. 20,7 mill. kroner av ordningen øremerkes til spredning av velferdsteknologi i kommunene i 2019. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Midlene forvaltes av fylkesmennene og fordeles til embetene etter en fordelingsnøkkel basert på fordeling av midlene til Kompetanseløft 2020 og Kommunal- og moderniseringsdepartementets fordeling av innovasjonsmidlene i skjønnstilskuddsordningen til kommunene. Tilskuddsordning skal legge til rette for å se de ulike satsingene under Omsorg 2020 i sammenheng, og sikre bedre samordning med tilskudd som gis til andre kommunale tjenesteområder under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Innovasjons- og kompetansetilskuddet skal også ses i sammenheng med Kommunal- og moderniseringsdepartementets skjønnstilskudd, som også kan benyttes til kommunal innovasjon og utvikling.

Det ble bevilget 387,4 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2018. Det foreslås en samlet bevilgning på 391,4 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2019.

#### Regionalt senter for helseinnovasjon- og samhandling Kristiansund

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018), ble det bevilget 1 mill. kroner til Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund. Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund arbeider for økt bruk og innføring av teknologi og tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren, samt koordinering og videreutvikling av interkommunale samarbeid med bakgrunn i fagområdene forskning og innovasjon, helse som næring, velferdsteknologi og responstjenester. Bevilgningen foreslås styrket med 5,6 mill. kroner, til en samlet bevilgning på 6,6 mill. kroner i 2019.

#### Post 69 Investeringstilskudd, netto tilvekst

Bevilgningen dekker investeringstilskudd til netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser fra og med 2019. Tilskuddet skal forvaltes av Husbanken.

Med netto tilvekst menes at de plasser som får tilskudd kommer i tillegg til de plassene kommunen allerede har. Kommunen kan ikke avvikle eksisterende plasser i ti år fra søknadstidspunktet når det søkes om tilskudd til plasser som gir netto tilvekst.

Mange gamle og uhensiktsmessige institusjonsplasser og omsorgsboliger har blitt fornyet med investeringstilskudd gjennom reovering 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. Stortinget vedtok derfor i budsjettet for 2017, jf. Innst. 11 S (2016–2017), en omlegging av investeringstilskuddet fra 2021. Fra dette året skulle det kun gis tilskudd til plasser som gir netto tilvekst svarende til det antall plasser det er søkt tilskudd til. Det ble vedtatt en overgangsordning for perioden 2017–2020.

Som oppfølging av vedtak nr. 462 (2017–2018), 13. februar 2018, foreslår regjeringen at 50 pst. av den samlede tilsagnsrammen til investeringstilskudd nyttes til ren netto tilvekst og foreslås bevilget over kap. 761, post 69. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst over kap. 761, post 63. Bevilgningen på kap. 761, post 63 kan nyttes under kap. 761, post 69.

Husbanken innvilger investeringstilskudd til prosjekter som det 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 65,4 mill. kroner i 2019 til dekning av tilsagn som ferdigstilles i 2019.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 1 306,3 mill. kroner i 2019. Rammen vil kunne dekke tilskudd til netto tilvekst av om lag 750 heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig. Det foreslås en maksimal anlegg-

skostnad per enhet på 3,317 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og på 3,794 mill. kroner for pressområdekommuner, jf. tabell 4.12. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 1 241 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2020 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

Systemet med tillitsbasert kontroll av om kommunen opprettholder vilkåret om netto tilvekst

videreføres. 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 dette. Det legges til grunn at prosjekter som mottar tilskudd skal gi netto tilvekst i minst ti år fra søknadstidspunktet. Kommunen har plikt til å melde fra til Husbanken dersom vilkåret ikke oppfylles, og Husbanken kan foreta kontroll ved behov.

Tabell 4.12 Foreslåtte tilskuddssatser i 2019 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per plass i 2019 (tusen kroner)	Pressområde- kommuner	Andre kommuner
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2 086	1 824
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 707	1 492
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 897	1 658
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	3 793,5	3 316,5

### Post 71 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til landsdekkende organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv.

Det foreslås 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 øremerket tilskudd til fem særskilte tiltak:

- 3 mill. kroner til Blindeforbundets likemannsarbeid
- 2 mill. kroner til Hørselshemmedes Landsforbunds likemannsarbeid, hørselshjelpsordningen
- 1,5 mill. kroner til Demenslinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Røde Kors besøkstjeneste
- Hjertelinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen

Det er også anledning for andre landsdekkende frivillige organisasjoner å søke om tilskudd. Til-

skuddet forvaltes av Helsedirektoratet, som følger opp virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

### Post 72 Landsbystiftelsen

Bevilgningen dekker tilskudd til Camphill Landsbystiftelsen i Norge. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av stiftelsens landsbyer.

Landsbystiftelsen som er inspirert av antroposofien, skal tilby et helhetlig bo- og arbeidsfelleskap 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.

Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til landsbyene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap. Stiftelsen og Helsedirektoratet samarbeider om å bedre rutineene for oppfølging av tilskuddet. Kommuner som har personer med utviklingshemming ved landsbyene får ikke tildelt midler for disse gjennom inntektssystemet.

### **Post 73 Særlige omsorgsbehov**

Bevilgningen dekker delvis utgifter til drift av seksjon Helse og språk ved Signo Conrad Svendsen senter, Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter.

Bevilgningen foreslås redusert med 0,4 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Tilskudd til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter  
Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving internt og eksternt. Seksjon Helse og språk utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde ved Signo Conrad Svendsen senter i Oslo og Trondheim. Seksjonen gir også opplæring og veiledning i kommuner knyttet til døve, hørselshemmede og døvblinde. I 2017 ble det utbetalt om lag 14,6 mill. kroner til senteret. Det foreslås å videreføre tilskuddet til stiftelsen i 2019.

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 i henhold til 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 type tiltak

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene overfor, kan anvendes overfor medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved tiltaket. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass, hjemmebesøk mv. I 2018 ble det samlet utbetalt om lag 7,7 mill. kroner til de to institusjonene. Departementet foreslår for 2019 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**

Bevilgningen dekker tilskudd til Fagnettverk Huntington og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming.

Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner av bevilgningen til kap. 761, post 21 knyttet til arbeidet med Huntington-webprosjektet.

Bevilgningen foreslås redusert med 0,2 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Fagnettverk Huntington

Formålet med bevilgningen er å sikre drift av et landsdekkende Fagnettverk for veiledning og kompetanse for kommunal tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester til pasienter med Huntington sykdom og deres familier.

Fagnettverket Huntington består av Landsforeningen for Huntington (LHS), Senter for sjeldne diagnoser (SSD), Oslo universitetssykehus (OUS), Helse Sør-Øst RHF (eier av SSD), og de fem ressursentrene fordelt geografisk over hele landet; NKS Grefsenlia i Oslo, Presteheia omsorgssenter i Kristiansand, Ranheim Helse- og velferdssenter i Trondheim, Knorrebakken boenheter i Harstad kommune og NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus på Askøy utenfor Bergen. NKS kløverinstitusjoner AS som har koordinert fagnettverket ble avvirket ved nyttår 2017/2018. Helsedirektoratet leder arbeidet med ny organisering fra 2018.

Fagnettverket har en egen nettside som nå skal videreutvikles.

I 2018 fikk Fagnettverket Huntington utbetalt 5 mill. kroner. 0,5 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 761, post 21 til bruk i organisering av Fagnettverket i 2019. Det foreslås å videreføre tilskuddet i 2019.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, NAKU

NAKU skal bidra til å utvikle og styrke det faglige grunnlaget for tjenestetilbudene til personer med utviklingshemming, og å være et faglig knutepunkt i utviklingen av tjenestene til personer med utviklingshemming. Senteret skal bygge bro mellom forskning, praksis og utdanning, og slik bidra til mer kunnskapsbasert praksis og beslutninger, og å være aktive pådrivere for at kunnskap spres, resultater følges opp og ny kunnskap skapes.

En av hovedsatsingsområdene til NAKU er å drifte Kunnskapsbanken, som tjenesteytere kan bruke som støtte og veiledning i sitt daglige arbeid.

Av gjennomførte aktiviteter i 2017 har NAKU bl.a. jobbet med gjennomføringen av prosjektet «til og fra kommuner», som har sin bakgrunn i det landsomfattende tilsynet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming i 2016. I samarbeid med landets fylkesmenn ble det invitert til fagkonferanser for å øke kunnskapen og kompetansen i det kommunale tjenesteapparatet. Det ble avholdt seminar i åtte fylker. I 2018 ble det utbetalt 6,2 mill. kroner til NAKU. Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet i 2019.

I 2018 ble det bevilget til sammen 11,2 mill. kroner på posten til Fagnettverk Huntington og

NAKU. Det foreslås å bevilge 10,9 mill. kroner til formålene i 2019.

### Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd knyttet til formålet for kapitlet.

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 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	80 762	136 527	119 688
50	Samisk helse	5 547	5 557	
60	Forebyggende helsetjenester	307 146	330 006	333 458
61	Fengselshelsetjeneste	156 646	172 418	178 866
63	Allmennlegetjenester	76 054	94 672	185 723
64	Opptappingsplan habilitering og rehabilitering	87 746	91 736	88 196
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	57 821	43 778	45 048
73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	53 303	54 130	56 600
74	Stiftelsen Amatheia	19 842	20 378	20 969
	Sum kap. 0762	844 867	949 202	1 028 548

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

- 25 mill. kroner i økt bevilgning til rekruttering av fastleger
- 12 mill. kroner i økt bevilgning til ny spesialistutdanning i allmennmedisin, som del av samlet styrking på 46 mill. kroner
- 22,6 mill. kroner er flyttet fra kap. 2752, post 70 og 2755, post 70, knyttet til pilot primærhelseteam

- 12 mill. kroner er flyttet fra kap. 701, post 21, knyttet til Nasjonalt prosjekt for behandling og oppfølging av kronisk syke
- 1,6 mill. kroner flyttet fra kap. 732, post 72-75, knyttet til oppfølging av strategi for seksuell helse
- 10,6 mill. kroner er flyttet til andre kapitler, hvorav hele bevilgningen på post 50 er flyttet til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett

Meld. St. 26 (2014–2015) Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet følges opp i tråd med Innst. 40 S (2015–2016). I stortingsmeldingen ble det foreslått tiltak som skal bidra til å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at innbyggerne opplever at tjenestene er mer kompetente, bedre samordnet og mer tilgjengelige. Dette samsvarer med samhandlingsreformens målsetting og tar reformen et steg videre. Flere tiltak gjennomføres for å utvikle en mer teambasert tjeneste, bedre tilbudet til personer med kronisk sykdom, forbedre ledelsen av og heve kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Bedre tjenester til barn og ungdom er et annet sentralt område i oppfølgingen av meldingen. Regjeringen har over flere år styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Ungdom og unge voksne skal oppleve bedre tilgjengelighet til hjelp når de trenger det. Gode tjenester til barn og unge forutsetter bedre samarbeid mellom ulike hjelpe-tiltak. Regjeringen har påbegynt arbeidet med å utrede hvordan tjenester til barn og unge kan koordineres bedre og vil legge fram en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering følges opp. Det er gjennomført flere tiltak for å skape bedre og mer tilgjengelige tjenester.

I dette budsjettet foreslås det å bevilge midler over flere kapitler for å gjennomføre tiltak i tråd med stortingsmeldingen. Flere tiltak er nærmere omtalt her under kap. 762 Primærhelsetjeneste med forslag til bevilgninger under de enkelte postene. Det vises i tillegg til omtale under kap. 761 Omsorgstjeneste.

#### Allmennlegetjenesten

Primærhelsetjenestemeldingen beskriver utfordringsbildet i allmennlegetjenesten. I den senere tid har utfordringsbildet for fastlegeordningen blitt forsterket og tydeliggjort. Det samlede utfordringsbildet fordrer en grundig gjennomgang og flere tiltak.

Det er særlig utfordringer knyttet til kapasitet i og rekruttering til fastlegeordningen som er blitt tydeligere. Mange fastleger har høy total arbeidsbelastning. Fastlegenes oppgaver har økt. Det skyldes flere faktorer, både overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, aktivitetsøkning i spesialisthelsetjenesten, faglig utvikling på begge nivå og andre samfunnsendringer. Samlet øker behovet for og etterspørselen etter tjenester hos fastlegene. Legevakt bidrar til samlet stor arbeidsbelastning for mange fastleger. Problemene med manglende

rekruttering forsterkes i tillegg av egenskaper ved fastlegeordningen som bidrar til at rekruttering ikke skjer i tilstrekkelig grad.

Utfordringene knyttet til kapasitet finnes til tross for at det har vært en jevn økning i antall fastleger siden innføringen av fastlegeordningen i 2001. Økningen er fortsatt noe høyere enn befolkningsøkningen. Gjennomsnittlig antall innbyggere på fastlegelistene har gått langsomt nedover, siden toppen i 2005 på om lag 1200. Ved utgangen av andre kvartal 2018 er gjennomsnittlig listelengde nede i 1100. Da fastlegeordningen startet, var antallet fastleger 3585. Ved utgangen av andre kvartal 2018 var antallet 4753. Andelen lister uten lege, dvs. at stillingene ikke var besatt eller var betjent av vikar, var høyest i Nordland med 7,1 pst.

Ved utgangen av 2013 var 35 pst. av fastlegene 55 år eller eldre. Ved utgangen av andre kvartal 2018 hadde andelen gått ned til 33 pst. Kvinneandelen har i samme periode økt fra 39 pst. til 43 pst.

Stortinget vedtok 11. oktober 2017 å be regjeringen om å evaluere fastlegeordningen og fremme sak til Stortinget med forslag om endringer i ordningen som sikrer at målene for fastlegereformen innfris. En bred evaluering av fastlegeordningen er igangsatt. Formålet er å få kunnskap om status og utfordringer for fastlegeordningen i dag sett fra ulike ståsted. Evalueringen skal beskrive hva som fungerer godt, hva som er utfordringer med dagens ordning, og hva som bør endres. Utgangspunktet for vurderingene vil være fastlegenes samfunnsoppdrag, slik dette framgår av lover, forskrifter og avtaleverket som rammer inn ordningen. Samtidig skal evalueringen belyse om dagens fastlegeordning samsvarer med dagens og morgendagens behov for og forventninger til fastlegetjenester i befolkningen, i kommunene og hos statlige myndigheter.

De viktigste problemstillingene evalueringen skal belyse, er:

- Brukernes erfaringer med ordningen og andre mål på kvalitet i tjenestene
- Fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser, dvs. effekt av dagens organisering, regulering og finansieringsmodell for fastlegeordningen for rekruttering, oppgavemengde, listelengde, arbeidsformer, digitalisering og annen modernisering og samhandling med andre
- Kommunenes rolle og hvordan de forvalter sørge-for ansvaret. Effekter av dagens organisering, regulering og finansieringsmodell for fastlegeordningen for denne rollen
- Fastlegenes samarbeidspartneres vurdering av tjenesten

Evalueringen ferdigstilles høsten 2019.

Utfordringene i allmennlegetjenesten gjenspeiles i Stortingets vedtak fattet ved behandlingen av Dokument 8:3 S (2017–2018), jf. Innst. 109 S (2017–2018). Flere av vedtakene har vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for både staten, kommunene og ikke minst for private næringsdrivende fastleger. Generelt vil endring i ett element av fastlegeordningen, enten dette gjelder organisering eller finansiering, raskt få effekter både for brukerne, for geografisk fordeling og for inntjeningen til den enkelte fastlege. F.eks. vil endringer i fordelingen mellom per capita-tilskudd og stykkpris kunne påvirke aktivitetsnivå, tilgjengelighet, listelengde, henvisningspraksis mv. Endringer har også fordelingsmessige konsekvenser for eksisterende fastleger. Dette betyr at alle endringer bør utredes nøye.

En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste samlet sett forutsetter en velfungerende allmennlegetjeneste. I årene framover må enda flere oppgaver enn i dag løses i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette tilsier at rekruttering av fastleger må fortsette. Det er behov for å legge til rette for spesialistutdanning i allmennmedisin, e-helseutvikling, innovasjon i organisering og finansiering og for andre kompetanse- og kvalitets tiltak. Det er behov for å se på tjenestene som ytes og oppgavene som i dag utføres i en fastlegepraksis, både av legene og av annet personell. Dette gjelder ikke minst oppgaver fastlegene utfører på vegne av andre sektorer. Det vises i denne sammenheng til den pågående utredningen med hensyn til helseattester for bilførere over 75 år. Samhandlingen mellom fastlegepraksisene og sykehusene og mellom praksisene og andre kommunale tjenester må forbedres. Kommunenes ledelse og oppfølging av praksisene må styrkes og forbedres.

#### *Igangsatte tiltak*

Trepartssamarbeidet mellom KS/Oslo kommune, Legeforeningen og staten er reetablert. Det avholdes jevnlig møter, der utfordringer og tiltak for utvikling av fastlegeordningen drøftes. Partene har drøftet kravspesifikasjonen for evalueringen av fastlegeordningen og vilkårene for tildeling av rekrutteringstilskudd til kommuner. Videre har partene blitt enige om å nedsette arbeidsgrupper som skal utrede ulike modeller for utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin og vurdere konsekvensene av økte kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skal en partssammensatt gruppe

utrede alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen.

Rekruttering av fastleger er et ansvar både for staten og kommunene. Kommunene må sørge for tilstrekkelig legedekning for å oppfylle kravene som pålegger kommunen i fastlegeforskriften og i annet relevant regelverk. Staten har etablert et rekrutteringstilskudd til kommuner som har utfordringer med å rekruttere fastleger. Tilskuddsordningen er i 2018 utformet etter dialog med tredjeparts samarbeidet mellom staten, KS/Oslo kommune og Legeforeningen. I 2018 har Helse- og omsorgsdepartementet målrettet og økt tilskuddet. Tilskuddet kunne benyttes til etablering av nyopprettet fastlegeavtale med få eller ingen innbyggere på listen, spesialistutdanning i allmennmedisin, eller til andre kompetansehevede tiltak. Det ble opprinnelig utlyst 13,9 mill. kroner i 2018 som rekrutteringstilskudd. Ved Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018), jf. Innst. 400 S (2017–2018), ble tilskuddet økt med 10 mill. kroner, til 23,9 mill. kroner. Det vises til omtale under kap. 762, post 63.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet kartlagt fastlegers arbeidstid og hvilke oppgaver de bruker tid på. Undersøkelsen viser at fastlegene jobber mye, og at det går mye tid til legevakt. Et annet viktig hovedfunn er at det er stor variasjon fastleger imellom. Undersøkelsen gir et grunnlag for å diskutere tiltak for å redusere belastningen på den enkelte fastlege.

I årets inntektsoppgjør for fastlegene ble det gitt en inntektsvekst på 2,8 pst. Det er det samme som oppgjørene i resten av samfunnet for sammenliknbare grupper. I tillegg ble det gitt ytterligere 100 mill. kroner til å øke per capita-tilskuddet, for å kompensere fastlegene for nye, myndighetspålagte oppgaver, og derigjennom bidra til stabilisering i ordningen.

På initiativ fra Norsk forening for allmennmedisin har Helse- og omsorgsdepartementet initiert et samarbeid mellom regionale helseforetak, KS og Legeforeningen for å se på samhandlingen og arbeidsdelingen mellom spesialisthelse-tjenesten og fastlegene.

Legevakt er et område som har betydning for både akuttberedskap og dermed befolkningens trygghet, men også for rekruttering til fastlegestillinger. Nye kompetansekrav, vaktbelastning og lange avstander er blant de mange utfordringene i denne tjenesten. Med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Akuttutvalgets NOU 2015: 17 Først og fremst, har Helsedirektoratet hatt i opp-



drag å utrede et pilotprosjekt på legevaktfeltet som kan bidra til å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i framtiden. Både Primærhelsetjenestemeldingen og Akuttutvalgets utredning tar opp at det er behov for å utnytte kommunenes ressurser på en bedre eller mer fleksibel måte. Gode løsninger forutsetter at det tas hensyn til lokale rammevilkår, deltjenester må ses og planlegges samlet, og andre ressurser, f.eks. fra spesialisthelsetjenesten, må trekkes inn ved behov. Gjennom rapportene Organisering av legevakt i små og mellomstore kommuner og Pilot legevakt, i hhv. juni og oktober 2017, har Helsedirektoratet beskrevet en modell for organisering av det akuttmedisinske tilbudet i kommunene i framtiden som skal prøves ut i et treårig prosjekt med oppstart rundt 1. desember 2018. Det vil skje forberedelser i aktuelle kommuner i løpet av høsten. Den foreslåtte modellen består av tre nivåer som kan tilpasses ut fra befolkningsgrunnlag og geografi. Sentralt i modellen er en forsterket legevaktstasjon og legevaktsentral der lege er tilgjengelig for avklaringer og kan være beslutningsstøtte for annet helsepersonell i de deltakende kommunene som utfører oppdrag for legevakten. Legen kan ved behov være bakvakt for andre leger i distriktet. Det er tildelt 18 mill. kroner til piloter på legevaktområdet hvor to distrikter deltar. Midlene skal benyttes i 2018 og 2019.

Som oppfølging av Akuttutvalgets utredning er det også igangsatt andre tiltak på legevaktfeltet. Helsedirektoratet skal gjennomgå behovet for normerende dokumenter på det akuttmedisinske området, hvorav særskilt vurdere å utarbeide en veileder for legevaktstjenesten med utgangspunkt i gjeldende regelverk. Videre skal direktoratet utrede kvalitetsmål for legevaktstjenesten som kan inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitaltjenestene. En veileder for legevaktstjenesten og forslag til kvalitetsmål for tjenesten er planlagt ferdigstilt i løpet av høsten 2018. Det er planlagt en gjennomgang av akuttmedisinforskriften. Det pågår også et prosjekt forankret ved Valdres lokalmedisinske senter med mål å styrke samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden.

Som følge av både nye kompetansekrav til allmennlegetjenesten fra 1. mars 2017, og rekrutteringsutfordringene, har etablering av utdanningsstillinger i allmennmedisin fått mer oppmerksomhet de senere år. Helse- og omsorgsdepartementet har i årene 2012–2017 ytt tilskudd til prosjektet Utdanningsstillinger i allmennmedisin. Hensikten med tilskuddet har vært 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. Legene har jobbet både i fastlønnsstilling og privat næringsdrift. Den foreløpige evalueringen viser at tilskuddet har økt kommunenes evne til å tilrettelegge for spesialisering og bidratt til å rekruttere fastleger, jf. omtale under post 63.

Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg ytt til sammen 15 mill. kroner til prosjektet Alis-Vest, jf. Prop. 26 S (2016–2017). Prosjektet er forankret i Bergen kommune og omfatter kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane. Prosjektet har som mål å rekruttere/utdanne spesialister i allmennmedisin gjennom å opprette fastlønte utdanningsstillinger. Prosjektet startet 1. september 2017. Høsten 2018 deltok femten leger i prosjektet. Det er etablert følgeforskning for å generere kunnskap om modellens virkning. Foreløpige resultater etter ett år viser at den tryggheten som følger med fast inntekt og rammer for arbeidstid, som sikrer fritid og et sosialt liv, er svært viktig for allmennlegene i spesialisering (Alis). Det samme gjelder den faglige tryggheten som gis gjennom strukturerte spesialiseringsløp med god veiledning. Det er svært stor søknad til Alis-stillingene i motsetning til stillinger som utlyses for selvstendig næringsdrivende fastleger som det er liten søknad til, jf. omtale under post 63.

Alis-Nord er et tredje prosjekt for utprøving av utdanningsstillinger som i 2018 mottar tilskudd. Prosjektet skal prøve ut både fastlønte utdanningsstillinger og utdanningsavtaler i privat næringsdrift. Prosjektet bygger på erfaringer fra andre ordninger med utdanningsstillinger. Mange kommuner i Nord-Norge har over lang tid hatt rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer. Det tildeles 15,6 mill. kroner til Alis-Nord i 2018. Midlene skal benyttes til delfinansiering av prosjektet i 2018, 2019 og 2020.

Utdanningsstillinger i allmennmedisin har også vært tema i trepartssamarbeidet mellom Legeforeningen, KS/Oslo kommune og staten. Den første delrapporten fra partene omhandler dette temaet. I rapporten beskrives tre modeller for utdanningsstillinger, i fastlønns fastlegestilling, som i Alis-Vest, i næringsdrift, samt i fastlønnsstillinger i annet allmennlegearbeid. Rapporten viser at tiltaket vil ha økonomiske og administrative konsekvenser og henger tett sammen med organiseringen og finansieringen av fastlegeordningen for øvrig. Partene jobber videre med disse problemstillingene. Det er avtalt en delrapport to innen 1. november 2018.

Digitalisering av og nye arbeidsformer i allmennpraksis er nødvendig for å møte brukernes forventninger om en moderne og tilgjengelig tjeneste. Det er også nødvendig for å skape kvalitet og bærekraft. Det er derfor igangsatt utredning av e-konsultasjon i allmennpraksis, og det arbeides med en nasjonal kommunal løsning for pasientjournal, der allmennlegetjenesten inngår. Se omtale under kap. 701, post 21 og kap. 744, post 21.

Det er igangsatt flere tiltak der nye arbeidsformer prøves ut. I 2018 ble piloten med primærhelseteam startet. Et primærhelseteam er en utvidet fastlegepraksis. I piloten inngår fastlege, sykepleier og helsesekretær, samt en psykolog i en av pilotpraksisene. Teamet yter tjenester til alle fastlegenes listeinnbyggere. Organiseringen i primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer, framfor alt bedre oppfølging av, og flere legetjenester til brukere med store og sammensatte behov. Videre skal primærhelseteam gi bedre oppfølging og opplæring av brukere med kronisk sykdom, og bedre oppfølging av brukere som er dårlige etterspørrere av tjenester. I primærhelseteampiloten forsøkes to ulike finansieringsmodeller, en driftstilskuddsmodell og en honorarmodell. I førstnevnte modell mottar primærhelseteamet en samlet sum penger basert på objektive kriterier hos den enkelte listeinnbygger tilknyttet teamet. Honorarmodellen er en utvidelse av dagens aktivitetsbaserte finansieringsmodell, der sykepleierne har egne takster som utløser refusjoner og egenandeler. Den ytre tidsrammen for piloten er fem år, ett år til detaljert planlegging (2017), tre år til gjennomføring (2018–2020) og ett år (2021) til å avslutte evalueringen.

Primærhelsetjenestemeldingen beskriver utfordringen med at det i dag ikke er god nok systematikk i arbeidet med å følge opp de innbyggerne som har et stort behov for tjenester. Disse utgjør fra en til fem pst. av befolkningen. For at brukerne skal få et bedre tilbud og at tilgjengelige ressurser brukes best mulig, må det legges til rette for andre måter å arbeide på. Oppfølgingsteamet er en systematisk måte å arbeide tverrfaglig på, med utgangspunkt i dagens tjenestetilbud og krav om koordinerende enhet, koordinator og arbeid med individuell plan. Oppfølgingsteam er mer en arbeidsform enn et fast team. Teamet varierer basert på den enkeltes behov for ulike tjenester. Et viktig element i piloten er å utvikle og prøve ut et elektronisk verktøy for risikokartlegging. Verktøyet brukes til å identifisere personer med risiko for framtidig sykehusinnleggelse og for økt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse

personene blir så vurdert om de kan ha nytte av, og spurt om de ønsker, strukturert tverrfaglig oppfølging. Verktøyet skal tas i bruk i fastlegekontorer i piloten. Gjennom risikokartleggingen får fastlegene bedre oversikt over egen praksis og dermed et grunnlag for å drive viktig kvalitetsforbedringsarbeid.

Utpøving i seks kommuner starter høsten 2018 og varer i tre år. I piloten deltar om lag 80 fastleger som prøver ut verktøy for risikokartlegging. Kommunene ser at utpøving av verktøy for risikokartlegging gir en unik anledning til bedre samarbeid med fastlegene. Piloten skal følge-evalueres. Målsettingen med å prøve ut oppfølgingsteam er å se om en slik organisering kan bidra til bedre brukeropplevd kvalitet og funksjon, færre sykehusinnleggelse og redusert behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Piloten innebærer ikke nye stillinger i kommunene, men etablering av systemer for tidlig identifisering av behov og tverrfaglig oppfølging, et tydeligere ansvar for koordinator og mer bevisst brukermidvirkning.

Digitale verktøy er en nøkkel til å forbedre og forenkle helse- og omsorgstjenesten. Første runde med utpøving av medisinsk avstandsoppfølging ble avsluttet våren 2018. Avstandsoppfølging er bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten utenfor de tradisjonelle stedene der pasienten møter helsepersonell. Pasienten gjør, etter avtale med helsepersonell, egenmålinger og/eller svarer på spørsmål om sin helsetilstand. Resultatene følges opp av legekantoret/teamet, som tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring eller dersom målingene er utenfor normalverdiene. Det gis medisinsk faglig støtte og veiledning utfra pasientens behov for oppfølging. Erfaringene viser at brukerne opplever bedre oppfølging, kontroll og trygghet, og rapporterer at de har bedre innsikt i egen helsetilstand. Tilsvarende rapporterer prosjektene at de ser positive effekter for den enkelte og nytteverdi for tjenestene. Seks kommunale samarbeidsprosjekter er tatt opp i prosjektet for den videre utpøvingen, der målet er å koble bruken av verktøyene tettere inn i de ordinære tjenestene. Utpøvingene vil derfor foregå ved vanlige fastlegepraksiser og i enkelte primærhelseteam. Prosjektet vil pågå ut 2021 og skal følgeevalueres. Prosjektet er en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Se omtale under kap. 701, post 21.

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke og læringsnettverk for gode pasientforløp for psykisk helse og rus er samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet,

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS. Læringsnettverkene skal forbedre overgangene i pasientforløp. Dette gjelder både internt i kommunene, og mellom sykehus og kommuner. Fastlegene er viktige i begge tilfeller. Det vises til omtale under post 21 her og kap. 765, post 21.

I 2019 foreslås det å videreføre det viktige arbeidet med å rekruttere flere allmennleger, ved å øke tilskuddet til rekruttering, og ved å yte tilskudd til gjennomføring av spesialistutdanning i allmennmedisin og prosjekter med utdanningsstillinger i allmennmedisin. Antallet leger som deltar øker og anmodningsvedtak nr. 466, 13. februar 2018 anses ukvittert. Det ytes også tilskudd til allmennmedisinsk forskning og allmennmedisinske kompetansesentre. Det vises til omtale under post 21, 63 og 70.

Regjeringen viderefører også dialogen med partene gjennom trepartssamarbeidet. Innretningen på det økte rekrutteringstilskuddet skal diskuteres med partene. Også andre nye tiltak som vurderes vil bli drøftet med partene, som sammen vil følge pågående utredninger nøye. Etter at evalueringen og andre utredninger er levert, vil det bli lagt fram en handlingsplan for allmennlegetjenesten i kommunene våren 2020. Handlingsplanen skal møte utfordringene med kapasitet, bærekraft og behov for modernisering i en av helse- og omsorgstjenestens viktigste tjenester.

Oversikten nedenfor viser beløpene tiltak på allmennlegeområdet er foreslått budsjettert med i 2019:

- 39 mill. kroner til rekrutteringstilskudd
- 55 mill. kroner til pilot primærhelseteam
- 10 mill. kroner til pilot på legevaktfeltet.
- 8,5 mill. kroner til EPJ-utvikling gjennom EPJ-løftet
- 46 mill. kroner til spesialistutdanning i allmennmedisin
- 35 mill. kroner til forskning og kompetanse (AFE-ene, Nsdm og Nklm)

Totalt foreslås det 193,5 mill. kroner i 2019.

I tillegg foreslås 12,5 mill. kroner til oppfølgingsteam og 22 mill. kroner til avstandsoppfølging. Dette er prosjekter som også bidrar til å utvikle allmennlegetjenesten.

I 2017 og 2018 er det tildelt totalt 30,6 mill. kroner til Alis-Vest og Alis-Nord (allmennleger i spesialisering). Disse midlene skal disponeres til og med hhv. 2019 og 2020.

Det vises for øvrig til omtale under kap. 762, post 21, 63 og 70.

#### Utredninger av videreutdanninger

God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Som beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen, er det i kommunene behov for personell med høyere og bredere kompetanse enn i dag. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å utarbeide forslag til en nasjonal studieplan for videreutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Det tas sikte på å innføre offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med slik videreutdanning.

#### Barn, unge og familier

Et sentralt mål for regjeringen er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet til barn, unge og deres familier, inkludert tilbudet til gravide. Regjeringen har gjennom flere år satset på å bygge opp et godt lavterskeltilbud til barn, unge og familier i kommunene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig tjeneste for gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn og unge 0–20 år. Departementet vil høsten 2018 fastsette ny forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten etter høring. I høringsnotatet ble det bl.a. foreslått å utvide formålet ved at tjenesten også skal bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt.

Regjeringen vurderer å utvide formålet ytterligere til også i skolehelsetjenesten å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge for lettere psykiske tilstander, rus og voldsproblematikk. Dette vil kunne bidra til et lettere tilgjengelig behandlingstilbud, bedre koordinerte tjenester og mer effektiv ressursbruk.

For å styrke arbeidet med utsatte barn og unge under 24 år, ble det i 2015 etablert samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet, 0–24 samarbeidet. Satsningen gjelder perioden 2015–2020 og har som mål å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge i alderen 0–24 år for å hindre frafall i grunnopplæringen og senere utenforskap i samfunnet. Gjennom bedre samordnete tjenester skal utsatte barn og unge og familiene deres få tilpasset og tidlig hjelp slik at barna og de unge kan lykkes i skolen, som grunnlag for varig deltakelse i arbeidslivet.

## Habilitering og rehabilitering

Mange vil i årene framover ha behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Habilitering og rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre at den enkelte mestrer hverdagen og kan delta i samfunnet. I tråd med regjeringserklæringen, og som oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, la regjeringen fram en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i Prop. 1 S (2016–2017). Planen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Det er et mål at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunene hvor brukeren bor. Derfor har planen sitt hovedfokus rettet mot kommunene. Kommunenes arbeid med habilitering og rehabilitering er hjemlet i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Forskriften inneholder også bestemmelse av definisjon av habilitering og rehabilitering. Definisjonsbestemmelsen ble endret med virkning fra 1. mai 2018 bl.a. for å fange opp brukerperspektivet og for å tydeliggjøre at for mange brukere som lever med kronisk sykdom kan habilitering og rehabilitering være korte eller av livslang varighet.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019) har sitt siste år i 2019. Det foreslås ytterligere 100 mill. kroner til planen gjennom styrking av kommunenes frie inntekter slik at statlige stimuleringsmidler gjennom opptrappingsplanen blir totalt 300 mill. kroner, slik det ble lagt opp til i 2017. Planen gir oversikt over hovedutfordringene på feltet og fastlegger kort-siktige og langsiktige strategier for å møte disse.

Rask tilgang til logoped er et viktig tiltak etter sykdom og skader som påvirker språk og taleevnen. Regjeringen har varslet at den vil starte et arbeid for å tydeligere definere roller og ansvar for logopedtjenester innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

Det er gjennomført flere tiltak rettet mot fysioterapitjenestene for å sikre brukerne bedre kvalitet i tjenesten. Disse ble varslet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Stortinget har vedtatt å oppheve krav om henvisning for å få behandling hos selvstendig næringsdrivende fysioterapeut med driftsavtale med kommunene. Ordningen trådte i kraft 1. januar 2018. Formålet med tiltaket er å gi pasienten

raskere tilgang til tjenester uten å gå via fastlegen. I tillegg fastsatte regjeringen ny forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale gjeldende f.o.m. 2018. Forskriften regulerer enkelte deler av tjenesteytingen til selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og har som overordnet formål å sikre kommunenes innbyggere nødvendige fysioterapitjenester av god kvalitet.

For å gjøre fysioterapitjenester mer fleksible for de mindre kommunene og beholde kvalifisert personell, ble vilkår for fastlønnstilskudd endret f.o.m. 2018. Endringen innebærer at kommuner med mindre enn 2000 innbyggere kan søke om fastlønnstilskudd for fastlønte fysioterapeutstillinger dersom samme person også innehar en avtalehjemmel i samme kommune.

## Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 3 mill. kroner til kap. 765, post 75, knyttet til arbeid mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse
- 7 mill. kroner til kap. 762, post 63, knyttet til pilotprosjekt på legevaktfeltet
- 6 mill. kroner til kap. 762, post 63, knyttet til pilot oppfølgingsteam
- 1,7 mill. kroner til kap. 762, post 63, knyttet til pilot primærhelseteam

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås bevilgningen redusert med 2,4 mill. kroner, ut over abe-reformen.

### Pilot primærhelseteam

I 2018 ble pilot med primærhelseteam startet, med 13 fastlegekontor som representerer 85 fastleger og om lag 85 000 listeinnbyggere i ni ulike kommuner.

Det ble bevilget 55 mill. kroner til pilotprosjektet med primærhelseteam i 2018, hvorav 28 mill. kroner innenfor rammen på kap. 762, post 63 og 27 mill. kroner på kap. 762, post 21. Det vises til omtale under kapittelinnledningen. 1,7 mill. kroner foreslås flyttet til post 63 for finansiering av driftstilskudd til leger som deltar i driftstilskuddsmodellen.

Det foreslås bevilget 25,3 mill. kroner til primærhelseteam på posten i 2019. I tillegg disponeres 3,5 mill. kroner av midler til avstandsoppfølging til dette formålet i piloten.

### Pilot oppfølgingsteam

Pilot for oppfølgingsteam ble startet i 2018 og varer i tre år. Ved behandling av Prop. 1 S (2017–2018) vedtok Stortinget å redusere de foreslåtte midlene til pilot oppfølgingsteam fra 12 til 10 mill. kroner. Dette var en tilstrekkelig ramme for piloten i 2018, da igangsettingstidspunktet ble utsatt med fem måneder. Fra 2019 foreslås det å øke rammene for piloten til 12,5 mill. kroner, for å opprettholde planlagt antall kommuner og fastleger som skal delta i piloten. For 2019 foreslås det bevilget 4 mill. kroner over denne posten og 8,5 mill. kroner over post 63.

### Læringsnettverk

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke og læringsnettverk for gode pasientforløp for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblemer startet opp i 2014–2015, som et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og KS. I 2015 ble KS tildelt 22 mill. kroner til å videreutvikle og spre modellene. Ved tildelingen av midlene ble det forutsatt at bevilgningen skulle benyttes for perioden 2016 t.o.m. 2019. Det er i tillegg lagt opp til årlige bevilgninger over kap. 762, post 21 og kap. 765, post 21.

I 2018 ble det bevilget 4 mill. kroner over kap. 762, post 21, til læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke og 4,1 mill. kroner over statsbudsjettets kap. 765, post 21, til læringsnettverk for gode pasientforløp for voksne med psykisk helse og/eller rusproblemer samt læringsnettverk for barn og unge med psykisk helse- og/eller rusproblemer.

Det foreslås å videreføre tilskuddet til læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i 2019 med 4 mill. kroner over kap. 762, post 21. For omtale av læringsnettverk for gode pasientforløp psykisk helse og rus, vises det til omtale under kap. 765, post 21.

### Evalueringsnettverk

Helsedirektoratet fikk i 2018 i oppdrag å anskaffe en evaluering av fastlegeordningen gjennom en åpen anbudskonkurranse. Det ble tildelt 9 mill. kroner til dette formålet i 2018. Det foreslås 4,5 mill. kroner til å ferdigstille oppdraget i 2019.

Folkehelseinstituttet fikk i 2018 i oppdrag å bidra til gjennomføringen av en evaluering av fastlegeordningen ved å gjennomføre en undersøkelse av brukernes erfaringer og deres vurde-

ringer av behandlingen og oppfølgingen de har fått hos sin fastlege. Det ble tildelt 1 mill. kroner til dette formålet i 2018, og det foreslås 0,5 mill. kroner i 2019 til å ferdigstille oppdraget.

### Seksuell helse

Som en oppfølging av Strategi for seksuell helse ble det bevilget 13,3 mill. kroner i 2018 for å dekke driftsutgifter og anskaffelser i tilknytning til arbeidet med Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Hovedandelen av bevilgningen går til å finansiere ordningen med gratis kondomer. Helsedirektoratet estimerer at kondomordningen distribuerer nær 8 millioner kondomer, og at 85 pst. av brukerne av ordningen er under 30 år. Kondomene distribueres til videregående skoler, universiteter og høyskoler, helsestasjoner for ungdom og organisasjoner som driver ulike lavterskeltilbud.

I tillegg er bevilgningen bl.a. knyttet til en kampanje for økt kondombruk, ekstern evaluering av tilskuddsordningen for hiv og seksuelle infeksjoner og en undersøkelse av kvaliteten i seksualitetsundervisningen i skolen.

Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

### Digitale tjenester til ungdom

I 2017 ble Ung.no utvidet til å også kunne besvare helserelaterte spørsmål. Tjenesten har hatt en økning på 27 pst. i antall sidevisninger og 119 pst. i antall spørsmål fra 2016. Nær en tredjedel av spørsmålsstillerne er gutter. Informasjon i artikler og spørsmål spenner over nesten 80 emner, og 90 pst. angir at de alltid eller som oftest finner svar på det de lurer på. Det er i 2018 bevilget 6,3 mill. kroner til å dekke utgifter til drift og utvikling av tjenesten.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018), ble posten styrket med 5 mill. kroner til digital helsesatsing i Ung.no. Bevilgningen er i 2018 benyttet til å videreutvikle digitale svartjenester og kartlegge og videreutvikle helseinformasjonstilbud og e-læringsressurser rettet mot ungdom. Det er gjort et omfattende arbeid for å hente innspill fra barn og unge om deres bruk av og behov for digitale tjenester. I tillegg er det utviklet en søkefunksjon som i løpet av året planlegges integrert på Ung.no. Videre er det etablert nettverk for organisasjoner som tilbyr chat-tjenester for ungdom.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 6,3 mill. kroner til drift og videreutvikling av helseinformasjonstilbudet på Ung.no, og 5 mill. kro-

ner til utvikling og etablering av digitale helsetjenester for ungdom, til sammen 11,3 mill. kroner.

#### Medisinsk avstandsoppfølging

Medisinsk avstandsoppfølging er en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det vises til omtale under kapittelinnledningen. Det ble bevilget til sammen 22 mill. kroner til ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i 2018, 10 mill. kroner på denne posten og 12 mill. kroner på kap. 762, post 63.

Midlene foreslås videreført 2019.

#### Legevaktfeltet

Det er behov for midler til Helsedirektoratet til drift og anskaffelser på legevaktfeltet som en oppfølging av akuttmedisinforskriften og Akuttutvalgets utredning, bl.a. knyttet til gjennomføringen av kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det ble bevilget 4 mill. kroner i 2018. Midlene foreslås videreført i 2019. Det vises for øvrig til omtale under post 63.

#### Pilotprosjekt på legevaktfeltet

Med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Akuttutvalgets NOU 2015: 17 Først og fremst har Helsedirektoratet hatt i oppdrag å utrede et pilotprosjekt på legevaktfeltet som kan bidra til å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i framtiden. Det tas sikte på oppstart av prosjektet rundt 1. desember 2018. Prosjektet skal evalueres. Det ble bevilget 10 mill. kroner til pilotprosjektet i 2018. Det foreslås flyttet 7 mill. kroner til kap. 762, post 63. Det foreslås 3 mill. kroner på post 21 i 2019 til arbeidet med piloten. Det vises til omtale under kap. 762, post 63.

#### Nasjonalt legevaktnummer 116 117

Et nasjonalt telefonnummer 116 117 til kommunale legevaktsentraler ble innført i alle kommuner i 2015. Kommunens ansvar for døgnbemannet legevaktsentral og håndtering av henvendelser via et nasjonalt legevaktnummer følger av forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). 116 117 er et EU-harmonisert telefonnummer som er gratis å ringe for innbyggerne.

Helsedirektoratet opplyser per august 2018 at bruken av 116 117 fortsatt øker. Første halvår

2018 kom 54 pst. av alle anrop til legevaktsentral via det nasjonale legevaktnummeret. Til sammenligning gjaldt dette 48 pst. av anropene i 2017. Drifts- og samtalekostnader dekkes av staten via Helsedirektoratet. Bevilgningen er 4 mill. kroner i 2018 og foreslås videreført i 2019.

#### Nasjonal diabetesplan

Nasjonal diabetesplan 2017—2021 ble lagt fram i desember 2017. Den har som mål å forbedre helse- og omsorgstjenestenes arbeid med å forebygge, følge opp og behandle personer med diabetes. Flere av tiltakene omtalt i planen er allerede fulgt opp, eller er under oppfølging. Bl.a. har Helsedirektoratet i samarbeid med Diabetesforbundet ferdigstilt både veiviser for egenbehandling og brukerversjon av nasjonale retningslinjer. For å bidra til bedre oppfølging av diabetespasienter hos fastlege, har Helse- og omsorgsdepartementet gjort endringer i legenes Normaltariff med virkning fra 1. juli 2018. Endringene innebærer økte takster både ved første gangs utfylling av Noklus-diabetesskjema, senere utfylling av skjema og innsending av opplysninger til Diabetesregister for voksne. Det foreslås å videreføre 2 mill. kroner til arbeidet med oppfølging av planen i 2019.

#### Smittevern

Det er behov for arbeid for å sikre riktig bruk av antibiotika, redusere antibiotikaresistens, bedre smittevern 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 infeksjoner generelt 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 målsetning 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. Helse- og omsorgsdepartementet startet i 2017 arbeidet med en revisjon av smittevernloven. Det foreslås å videreføre midler til smittevern i 2019.

#### Anvendelse av helselovgivningen på Svalbard og Jan Mayen

Det foreslås å bevilge 0,2 mill. kroner til Fylkesmannen i Troms knyttet til beredskapsarbeid og tilsynsvirksomhet på Svalbard og Jan Mayen.

**Utvikling av beslutningsstøttesystem for sykmeldere**  
Regjeringen har vurdert tiltak som kan styrke kvaliteten på sykmeldingsarbeidet. For å gi faglig støtte til sykmeldere og sikre større forutsigbarhet og likebehandling i sykmeldingsprosessen, ble et nytt beslutningsstøttesystem for sykmeldere innført i april 2016. Prosessen med å fullintegre beslutningsstøttesystemet i fastlegenes elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) er nå fullført av enkelte EPJ-leverandører, men gjenstår fortsatt hos enkelte leverandører. Prosjektet er av den grunn forsinket og vil fortsette i 2019. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til gjennomføring og avslutning av implementeringsprosjektet i 2019.

#### Fylkesmennene

Det er i 2017 og 2018 bevilget 4 mill. kroner til fylkesmennene til forvaltning av stimuleringsstilskuddet og oppfølging av kommunene i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Tilskuddet foreslås videreført.

#### Post 50 Samisk helse

Fra 2019 foreslås det å etablere en budsjettordning der overføringene til Sametinget over statsbudsjettet samles på budsjettpost under Kommunal- og moderniseringsdepartementet sitt budsjett. Det foreslås derfor å flytte tilskuddet på 5,6 mill. kroner til Sametingets arbeid med samisk helse til kap. 560, post 50. Det vises til omtale der.

#### Post 60 Forebyggende helsetjenester

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås bevilgningen redusert med 5,8 mill. kroner.

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. Det har manglet spesifikk kunnskap om personellsituasjonen og sammensetningen av yrkesgrupper i de to deltjenestene. Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, som ledd i oppfølgingen av anmodningsvedtak nr. 626 (2014–2015) om å utrede en bindende minimumsnorm i skolehelsetjenesten, publiserte Helsedirektoratet høsten 2016 rapporten Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IS–2543). Rapporten er et forarbeid i samarbeidet mellom Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå (SSB) om å utvikle årsverksstatistikk der deltjenestene splittes. Data for deltjenestene vil for første gang bli gjort tilgjengelige for Helsedirektoratet av SSB i 2018. På sikt er det ønskelig at SSB publiserer slike data når datakvaliteten tilsier dette. Helsedirektoratet har også hatt i oppdrag, også dette som ledd i oppfølgingen av anmodningsvedtaket, å vurdere mulige løsninger for, og virkninger av, en bindende minimumsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Direktoratet publiserte i 2017 rapporten Utredning av en bindende bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IS–2677). Helsedirektoratet anbefaler at det utarbeides en ikke-bindende bemanningsnorm i en egen veileder. Dette begrunnes med at en juridisk bindende bemanningsnorm vil være et for stort inngrep i det kommunale selvstyret og vil begrense mulighetene for å tilpasse bemanningen i tjenesten etter lokale behov. Direktoratet mener at en veiledende bemanningsnorm bør omfatte lege, jordmor, helseøster og fysioterapeut. Helsedirektoratet har mandat til å utarbeide en slik veiledende bemanningsnorm.

Kostra-tall fra SSB viser at 89 pst. av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk fra helsestasjonen innen to uker etter hjemkomst i 2017. Andelen som har fått hjemmebesøk har økt jevnt siden 2011 da den var 78 pst. I 2017 publiseres for første gang tall for tidlig hjemmebesøk. 21 pst. eller om lag 11 900 familier mottok hjemmebesøk av jordmor innen ett-to døgn etter barnets hjemkomst fra føde-/barselavdeling. 99 pst. av nyfødte ble undersøkt ved helsestasjonen innen de var åtte uker gamle i 2017. Andelen barn som fikk gjennomført skolestartundersøkelsen innen utgangen av første skoleår var 90 pst. i 2017, mot 89 pst. i 2011. Det har vært en nedgang fra 95 pst. i 2016.

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 med 270 mill. kroner, i 2016 med ytterligere 200 mill. kroner og i 2017 med 50 mill. kroner knyttet til opptrappingsplanen mot vold og overgrep. Ved behandlingen av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018), ble det bevilget ytterligere 100 mill. kroner. Dette tilsvarer 877,4 mill. kroner i 2019.

I 2016 ble det opprettet et øremerket tilskudd for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fra 2018 ble tilskuddet slått sammen med tilskuddet til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer. Ved behandlingen av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11. S (2017–2018), ble tilskuddet styrket med 20 mill. kroner til årsverk for jordmødre. Til sammen utgjorde tilskuddsordningen Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten 302,8 mill. kroner i 2018. Av dette ble 150 mill. kroner bevilget til Opptrappingsplanen mot vold og overgrep. I 2019 foreslås det å bevilge 306 mill. kroner til tilskuddet. Videre foreslås det at 4 mill. kroner av tilskuddet øremerkes til områdesatsingen i Stavanger. Det vises til omtale på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 590 Planlegging og byutvikling.

For alle årene 2016–2018 ble tilskuddsmidlene i sin helhet fordelt. Det rapporteres for 2017 at midlene brukes etter hensikten. Mange kommuner, spesielt små, rapporterer om utfordringer med å rekruttere helsesøster. Under ordningen Utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer rapporterer kommunene i 2017 om økt tilstedeværelse på skoler, noe som gjør at antall elever som kjenner til og benytter skolehelsetjenesten, øker.

Kostra-tall fra SSB for 2017 viser at antall årsverk samlet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økte med 975 årsverk fra 4269 i 2013 til 5244 i 2017. Til sammenligning var det en nedgang på 9 årsverk fra 2012 til 2013. Antall helsesøsterårsverk økte med 544 årsverk fra 2177 i 2013 til 2721 i 2017.

Tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, områdesatsing i Oslo indre øst, foreslås videreført med 4,4 mill. kroner i 2019. 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. Midlene i 2017 ble fordelt på bydelene Sagene, Grünerløkka

og Gamle Oslo. Svangerskapsomsorgen prioriteres, og det gjøres mange hjemmebesøk av både jordmor og helsesøster. De har hatt oppmerksomhet på psykisk helse, barseldepresjon og vold i nære relasjoner. Arbeidet med områdesatsingen koordineres av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Flere departementer deltar i samarbeidet. Regjeringen vil legge til rette for at tittelen helsesøster vil bli erstattet av den kjønnsnøytrale tittelen helsesykepleier.

De omtalte tilskuddsordningene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngår i Kompetanseløft 2020. Til sammen foreslås det 310,4 mill. kroner til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten over denne posten.

#### 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. Bedre pasientopplæring er ett av formålene med utprøvingen av primærhelseteam. Det er etablert en tilskuddsordning til etablering og utvikling av frisklivs-, 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, forebygge 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 eller sammensatte helseplager som står i fare for, eller er i ferd med, å utvikle sykdom. Stadig flere kommuner velger å etablere frisklivssentral eller frisklivs- og lærings- og mestringstilbud. Det har vært mer enn en dobling fra 2011 til 2017 av kommuner som har etablert frisklivssentral. I 2017 hadde 265 kommuner etablert frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Også ressurstilgangen i de etablerte sentralene er styrket og sentralene tilbyr et bredt utvalg av kurs for ulike målgrupper. Det er i dag de minste kommunene som ikke har etablert slikt tilbud. I mange kommuner er frisklivssentralen ikke en fysisk bygning, men spredte tjenester, gjerne innenfor fysioterapi, helsestasjon, ved bo- og



serviceinstitusjoner og ved spredte kurslokaler. Mange tilbud er interkommunale og noen har valgt å etablere et interkommunalt selskap. Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp, ikke bare til å endre levevaner, men også til å mestre livet med sykdom. Disse leve med-tilbudene er ikke et alternativ til, men bør komme i tillegg til de diagnosespesifikke opplæringstilbudene i spesialisthelsetjenesten. I disse tilbudene må kommunene spille på lag med brukerorganisasjonene og andre. Tilskuddsordningen forvaltes av Fylkesmannen. Det foreslås 18 mill. kroner til denne ordningen i 2019.

#### Nasjonalt forsøk innen rehabilitering

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017), ble det for 2017 og 2018 bevilget 5 mill. kroner til et nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering i regi av Helsehuset i Askim. Det er syv kommuner i Indre Østfold som inngår i prosjektet. Fem av kommunene etablerer nye Indre Østfold kommune fra 2020, og prosjektet arbeider fram mot dette. 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, koordinerte og helhetlige forløp i samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer ut fra den enkeltes behov inngår i prosjektet. Prosjektet ser positive effekter av utprøving av tverrfaglig vurderingsteam. Teamet sikrer tidlig avklaring av behov for rehabilitering og rask oppstart av tiltak. Det er også gode erfaringer med bruk av ulike former for teknologi som understøtter rehabiliteringstiltak og arbeidsprosesser. Det planlegges oppstart av senger for intensiv kommunal rehabilitering 2019–2020. Det arbeides videre med å tydeliggjøre vurderingsteamets rolle opp mot øvrige tjenester, kompetanseheving, samt å få på plass gode strukturer for de lovpålagte koordineringsfunksjonene individuell plan (IP), koordinator og koordinerende enhet. En følgeevaluering skal sikre at kunnskap og erfaringer som har overføringsverdi blir dokumentert. Bevilgningen foreslås videreført med 5 mill. kroner i 2019.

#### Post 61 Fengselhelsetjeneste

Bevilgningen foreslås styrket med 4 mill. kroner knyttet til dublering av fengselsplasser som følge

av beslutningen om at leieavtalen med Nederland ikke forlenges.

Det foreslås å redusere bevilgningen med 2,4 mill. kroner knyttet til nedleggelse av overkapasitet av fengselsplasser med lavere sikkerhet.

Det går fram av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., at i kommuner hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen, skal kommunene ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte. Fylkeskommunene skal tilby tannhelsetjenester til innsatte etter Rundskriv IK28/89. De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel.

Tilskuddsordningen skal bidra til at kommunene og fylkeskommunene yter nødvendige helse- og omsorgstjenester til innsatte. Kommunene og fylkeskommunene må selv vurdere behov for å bevilge midler ut over det årlige tilskuddet, for å ivareta sitt ansvar. Kommunene og fylkeskommunene står fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres, men Helsedirektoratet anbefaler at helsepersonell er til stede i fengselet til faste tider.

Per 1. januar 2018 hadde kriminalomsorgen en ordinær kapasitet på 4127 soningsplasser fordelt på 48 fengsler i Norge. Inkludert i dette antallet er 242 plasser i Nederland som avvikles i 2018. I 2017 ble det tildelt 158,5 mill. kroner til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsler. Summen ble fordelt mellom vertskommuner for fengsler som mottok til sammen 18,4 mill. kroner og fylkeskommuner som mottok 140,1 mill. kroner. Kommunene bruker deler av midlene til kompetansehevende tiltak.

Det foreslås 174,4 mill. kroner til tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsler for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i 2019. Videre foreslås det 4,5 mill. kroner til å videreføre ordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).

Det foreslås videreført 15 mill. kroner i 2019 som en del av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Midlene skal bidra til at kommunene kan gi et nødvendig tjenestetilbud til innsatte personer med rusproblemer og psykiske lidelser, og legges til den samlede rammen for tilskudd til kommuner for å tilby helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Fengselhelsetjenesten må bidra til at arbeidet med individuell plan (IP) for innsatte med behov for langvarige og koordinerte tjenester, igangsettes før løslatelse, jf. veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

Helsedirektoratet, som tildeler midlene på posten, endret grunnlaget for fordelingen av tilskuddsmidler til kommuner med fengsel fra 2017. Midlene skal nå fordeles på grunnlag av kvantifiserbare fordelingskriterier ut fra antall soningsplasser etter type soning. Overgang til ny fordeling av midlene gjøres gradvis over en periode på tre år. Fra 2018 er også midler til tannhelsetjenester tildelt etter kvantifiserbare kriterier. Overgangsperioden er på to år.

For å motvirke innsattes levekårsutfordringer og bedre samordningen mellom kriminalomsorgen, ulike forvaltningssamarbeidspartnere og kommuner har regjeringen lagt fram en Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021. Tiltakene i strategien dreier seg primært om å tette glippsonen mellom løslatelse fra fengsel og overgangen til sivilsamfunnet. Dette vil være viktige bidrag til å skape større trygghet i hverdagen og et mer inkluderende samfunn. Tiltakene i strategien skal bl.a. følges opp gjennom et fast tverrdepartementalt tilbakeføringsutvalg i samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Det vises til omtale av strategien i Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 6–1 er det en lovpålagt plikt å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer. Samarbeidsavtaler skal bidra til at pasienter/brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder for rus, somatisk og psykisk helse.

### **Post 63 Allmennlegetjenester**

Det foreslås å flytte:

- 7 mill. kroner fra kap. 762, post 21, knyttet til pilotprosjekt på legevaktfeltet
- 8,5 mill. kroner knyttet til pilot oppfølgingsteam, hvorav 6 mill. kroner fra kap. 762, post 21 og 2,5 mill. kroner fra kap. 762, post 64
- 23,9 mill. kroner knyttet til pilot primærhelseteam, hvorav 1,7 mill. kroner fra kap. 762, post 21 og 22,2 mill. kroner fra 2755, post 70
- 12 mill. kroner fra kap. 701, post 21, knyttet til nasjonalt prosjekt for behandling og oppfølging av kronisk syke

Bevilgningen foreslås styrket med 25 mill. kroner knyttet til rekruttering av fastleger. Videre fore-

slås bevilgningen styrket med 12 mill. kroner til ny spesialistutdanning i allmennmedisin, som del av samlet styrking på 46 mill. kroner.

### **Rekruttering av fastleger og spesialistutdanning i allmennmedisin**

Det ble våren 2018 utlyst 13,9 mill. kroner som tilskudd til rekruttering av fastleger for kommuner som har rekrutteringsutfordringer. Midlene ble økt med 10 mill. kroner i forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett. Vilkår for fordeling av midlene er fastsatt etter dialog med KS, Oslo kommune og Legeforeningen. Tilskuddet er forbeholdt kommuner som har utfordringer med rekruttering og stabilisering av leger. Tilskuddet kan benyttes til flere formål, som etablering av fastlegeavtale med lege som har få eller ingen innbyggere på listen, tilrettelegging av spesialistutdanning i allmennmedisin og til andre kompetansehevede tiltak. 55 kommuner har mottatt midler til rekruttering i 2018. Det ble gitt tilskudd til totalt 36 nye fastlegeavtaler, hvorav 12 er fastlønnsstillinger/utdanningsstillinger. Enkelte fylker utmerker seg med mange kommuner som søker, f.eks. Oppland (ni), Trøndelag og Nordland (begge seks). Det er ikke bare små- og utkant kommuner som søker, men også større bykommuner.

Det foreslås å øke tilskuddet til rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsutfordringer til 38,9 mill. kroner, som er en styrking med 25 mill. kroner i forhold til budsjett 2018.

For videreføring av tilskudd til utdanningsstillinger vises det til egen omtale under.

Ordningen med veiledet tjeneste er nå under avvikling og er erstattet av krav om spesialisering i allmennmedisin. Etter 1. mars 2017 tas det ikke inn nye leger i ordningen med veiledet tjeneste, men de legene som enten var under veiledning per 1. mars 2017, eller som hadde inngått avtale med kommunen om å gjennomføre veiledet tjeneste vil fortsatt kunne gjennomføre denne. I 2018 ble det til sammen avsatt 16,2 mill. kroner til formålet over kap. 783, post 61.

Det foreslås totalt 46 mill. kroner til dekning av kommunenes utgifter i forbindelse med ikrafttredelse av revidert forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger, hvorav 6 mill. kroner foreslås bevilget over kap. 783, post 61.

### **Pilot primærhelseteam**

I 2018 ble piloten med primærhelseteam startet, fordelt på 13 fastlegekontor som representerer 85

fastleger og om lag 85 000 listeinnbyggere i ni ulike kommuner.

Det ble bevilget 55 mill. kroner til pilotprosjektet med primærhelseteam i 2018, hvorav 28 mill. kroner innenfor rammen på kap. 762, post 63, og 27 mill. kroner på kap. 762, post 21. Det vises til omtale under kapittelinnledningen.

Posten foreslås tilført 23,9 mill. kroner knyttet til pilot primærhelseteam, hvorav 1,7 mill. kroner fra kap. 762, post 21 og 22,2 mill. kroner fra kap. 2755, post 70. Leger som deltar med driftstilskuddsmodellen får tilskudd fra denne posten i stedet for refusjoner fra kap. 2755, post 70. Det foreslås bevilget 51,9 mill. kroner til pilot primærhelseteam på posten i 2019.

#### Pilot oppfølgingsteam

I 2018 ble pilot oppfølgingsteam startet opp. Ved behandling av Prop. 1 S (2017–2018) vedtok Stortinget å redusere de foreslåtte midlene til pilot oppfølgingsteam fra 12 til 10 mill. kroner. Dette var en tilstrekkelig ramme for piloten i 2018, da igangsettingstidspunktet ble utsatt med fem måneder. Fra 2019 foreslås det å øke rammene for piloten til 12,5 mill. kroner, for å opprettholde planlagt antall kommuner og fastleger som skal delta i piloten. For 2019 foreslås det bevilget 8,5 mill. kroner over denne posten og 4 mill. kroner over post 21.

#### Utdanningsstillinger for leger under spesialisering i allmennmedisin

Det har vært gitt tilskudd til prosjektet Utdanningsstillinger i allmennmedisin 2012–2017 (Spesialistutdanning i allmennmedisin). Hensikten med tilskuddet har vært 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. Tilskuddet har vært forvaltet av Helsedirektoratet. Det har i prosjektperioden og i 2018 vært avsatt 0,3 mill. kroner årlig til evaluering over kap. 762, post 21.

20 kommuner mottok tilskudd i 2014, 19 i 2015, 14 i 2016 og 12 i 2017. 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. Dette gjelder spesielt de minste kommunene og kommuner som over tid har hatt rekrutteringsut-

fordringer. Kommunene har benyttet tilskuddet bl.a. til å dekke kursavgifter, utgifter til veileder/mentor, reise- og oppholdsutgifter, vikar og tap av refusjonsutgifter. En foreløpig evaluering av prosjektet basert på årlige rapporteringer fra kommunene ble overlevert departementet fra Helsedirektoratet i januar 2018. Den foreløpige evalueringen viser at målsettingen ut fra tildelingskriteriene i hovedsak er nådd. Tilskuddet har økt kommunenes evne til å tilrettelegge for spesialisering og har bidratt til å rekruttere fastleger. Videre har ordningen bidratt til økt fokus på spesialisering, økt gjennomføringstempo, økt bevissthet om legenes kompetanseutvikling samt til å få flere inn i spesialiseringens løp. Suksesskriterier er samarbeid mellom flere kommuner, en dedikert koordinator for arbeidet, grundige utdanningsplaner for kandidatene og veiledning gjennom hele utdanningen. Pga. av svakheter i rapporteringen fra kommunene er det imidlertid usikkert hvor mange leger som har deltatt i ordningen og som har fullført spesialiseringens løp, men det anslås hhv. rundt 121 og 36. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det ble høsten 2016 bevilget 5 mill. kroner til et nytt prosjekt med utdanningsstillinger i allmennmedisin, Alis-Vest-prosjektet, jf. Prop. 26 S (2016–2017). Prosjektet er forankret i Bergen kommune og omfatter kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane. Prosjektet har som mål å rekruttere/utdanne spesialister i allmennmedisin til arbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom å opprette fastlønte utdanningsstillinger. Prosjektet startet 1. september 2017. Det var opprinnelig avsatt 5 mill. kroner til formålet i 2017. Ved Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017), jf. Innst. 401 S (2016–2017), ble det bevilget ytterligere 5 mill. kroner til prosjektet. Det er bevilget totalt 15 mill. kroner til prosjektet på posten i 2016 og 2017. Prosjektet har en planlagt varighet på fem år, tilsvarende normert utdanningsløp for spesialisering i allmennmedisin. Interessen for prosjektet har vært svært stor. Høsten 2018 deltok femten leger i prosjektet. Det er etablert følgeforskning for å generere kunnskap om Alis-Vest-modellens virkning knyttet til to delmål: 1) kvalitetssikret spesialistutdanning og 2) rekruttering og stabilisering av fastleger. Prosjektet vurderes å ha tilfredsstillende måloppnåelse for 2017. Foreløpige resultater viser at den tryggheten som følger med fast inntekt og rammer for arbeidstid, som sikrer fritid og et sosialt liv, er svært viktig for allmennlegene i spesialisering (Alis). Det samme gjelder den faglige tryggheten som gis gjennom strukturerte spesialiseringens løp med god veiled-

ning. Rekrutteringen til ordningen er svært god. Prosjektet tas inn i Kompetanseløft 2020.

Alis-Nord er et tredje prosjekt for utprøving av utdanningsstillinger som vil motta tilskudd i 2018. Prosjektet skal prøve ut både fastlønte utdanningsstillinger og utdanningsavtaler i privat næringsdrift. Prosjektet bygger på erfaringer fra andre ordninger med utdanningsstillinger. Mange kommuner i Nord-Norge har over lang tid hatt rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer. Det tildeles 15,6 mill. kroner til Alis-Nord i 2018. Midlene skal benyttes til del-finansiering av prosjektet både i 2019 og 2020.

For øvrige stimuleringsiltak knyttet til allmennlegetjenesten vises til omtale under post 70.

Lønntilskudd 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 lønntilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie som ivaretar behov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet forvalter ordningen. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Målgruppen er sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. De som søker må ha minst to års relevant yrkeserfaring. Utdanningen må omfatte veiledet klinisk praksis, som retter seg mot funksjonen som avansert klinisk sykepleier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I 2018 ble det bevilget 10 mill. kroner i tilskudd. 97 studenter fikk innvilget tilskudd per juni 2018. Det foreslås 10 mill. kroner til tilskuddet i 2019.

Legevaktstjenesten, herunder pilotprosjekt

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). Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) stiller bl.a. krav til kompetanse og svartider. 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.

Ved fastsettelsen av akuttmedisinforskriften i 2015 ble det, av hensyn til kurskapasiteten, innført 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 legevaktsentral hadde tre års overgangsordning fram til 1. mai 2018. Helsedirektoratet ble gitt i oppdrag, i dialog med KS, å følge med på i hvilken grad kommunene etterlevde bestemmelsene i akuttmedisinforskriften, spesielt med tanke på kompetanse- og personellutviklingen i tjenesten. En evalueringsrapport skulle overleveres departementet i slutten av januar 2018.

Helsedirektoratet anbefalte i sin rapport til departementet å forlenge overgangsordningen for krav til grunnkompetanse for lege som kan ha vakt uten bakvakt i påvente av en ny gjennomgang av akuttmedisinforskriften på bakgrunn av direktoratets evaluering. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet derfor å forlenge overgangsordningen for krav til grunnkompetanse for lege fram til 1. januar 2020 uten forutgående høring som ikke ville være praktisk gjennomførbar før den daværende overgangsordningens utløp 1. mai. Øvrige endringer i forskriften som ble fastsatt etter høring var bl.a. forlengelse av overgangsordningen for krav til de personene som skal bemanne ambulanserbiler til 1. mai 2022 og av overgangsordningen for krav til kurs for lege og annet helsepersonell i legevakt til 1. mai 2021. Endringene ble fastsatt 20. april 2018 med ikrafttredelse 1. mai.

Det har vært utlyst tilskudd til oppfølging av akuttmedisinforskriften som kommunene kan søke på. Helsedirektoratet rapporterer at 114 kommuner fikk tilskudd knyttet til oppfølging av akuttmedisinforskriften i 2017. 109 kommuner fikk dekket utgifter til kurs, 36 kommuner fikk kompensasjon for merutgifter til bakvakt og en kommune fikk tilskudd for å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktsentraler. Det er etter hvert rekruttert mange lokale kursarrangører, og Helsedirektoratet rapporterer i 2018 om mindre behov for å dekke kostnader i kommunene til reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med hovedkurset i akuttmedisin. Helsedirektoratet opplyser at 1604 leger og annet helsepersonell i vakt per 7. juni 2018 har gjennomført og bestått nettkurset i volds- og overgrepshåndtering. 4651 personer har bestått nettkurset i akuttmedisin. Det er beregnet at inntil 10 000 personer skal ha gjennomført disse kursene innen 1. mai 2021. 95 kommuner fikk tilskudd knyttet til oppfølging av akuttmedisinforskriften i 2018. 92 kommuner fikk dek-

ket utgifter til kurs, 22 kommuner fikk kompensasjon for merutgifter til bakvakt og to kommuner fikk tilskudd for å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktsentraler.

Det ble bevilget 35,8 mill. kroner til oppfølging av akuttmedisinforskriften i 2018 for å dekke kommunenes merutgifter til bakvakt fram til 1. mai, utgifter til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering og til å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktsentraler. Tilskudd til kurs og ansettelse av nye operatører i legevaktsentraler foreslås videreført i 2019. Tiltaket kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i vakt inngår i Kompetanseløft 2020.

Det ble bevilget 10 mill. kroner til pilotprosjekt på legevaktfeltet på kap. 762, post 21 i 2018. Ved Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016), jf. Innst. 400 S (2017–2018) ble 7 mill. kroner flyttet til kap. 762, post 63 for 2018. Flyttingen av 7 mill. kroner foreslås videreført i 2019. Piloten er utvidet fra ett til to distrikter ved at det i 2018 er besparelse på tilskudd til bakvakt i legevakt. 8 mill. kroner av disse midlene er benyttet til utvidelse av legevakt-piloten. Midlene skal finansiere utvidelsen i 2018 og 2019. Det vises for øvrig til omtale under kap. 762, post 21.

Ved Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016), jf. Innst. 400 S (2015–2016), ble det bevilget 1 mill. kroner til pilotprosjekt forankret ved Valdres lokalmedisinske senter (LMS). Midlene ble videreført i 2017 sammen med ytterligere 1 mill. kroner gjennom budsjettbehandlingen (jf. Innst. 11 S (2016–2017)), totalt 2 mill. kroner. Målet er å styrke samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden. Oppdraget ble gitt Helsedirektoratet i 2016. Prosjektet startet opp 1. januar 2018 og skal vare hele 2018 og deretter evalueres. Det består av to hovedelementer; 1) styrke kompetansen hos legevaktleger/regionens fastleger og medarbeidere på legevakten inkludert samtrenning der også ambulansetjenesten deltar – KommuneBEST Valdres (BEST – Bedre og Systematisk Teamtrening) og 2) en prøveordning med tilstedeværende akuttlege/anestesilege ved Valdres LMS. Det ble videreført 2 mill. kroner til pilotprosjektet i 2018. Det foreslås videreført 1 mill. kroner i 2019 til avslutning og evaluering av prosjektet.

#### Medisinsk avstandsoppfølging

Medisinsk avstandsoppfølging er en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det vises til omtale under kapittelinnledningen. Det ble bevil-

get til sammen 22 mill. kroner til ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i 2018, 12 mill. kroner flyttet fra kap. 701, post 21 til kap. 762, post 63, og 10 mill. kroner på kap. 762, post 21. Midlene foreslås videreført 2019.

#### Post 64 Opptappingsplan habilitering og rehabilitering

Det foreslås å flytte:

- 2 mill. kroner til kap. 733, post 21, knyttet til ParkinsonNett
- 2,5 mill. kroner til kap. 762, post 63, knyttet til pilot oppfølgingsteam. Fra 2019 foreslås det å øke rammene for piloten, for å opprettholde planlagt antall kommuner og fastleger som skal delta i piloten. Oppfølgingsteam faller inn under formålet disse midlene er bevilget til

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås bevilgningen redusert med 1,6 mill. kroner.

I tråd med regjeringserklæringen og som oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, la regjeringen fram en opptappingsplan for habilitering og rehabilitering i Prop. 1 S (2016–2017). Planen er tre-årig og går ut budsjettåret 2019. Planen retter seg i hovedsak mot kommunene og mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Det er et mål at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunene hvor brukeren bor. Det er etablert et kommunalt stimuleringsstilskudd som forvaltes av fylkesmannen. Det foreslås avsatt 88,2 mill. kroner til tilskuddet i 2019.

Kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler

Vedtaket nr. 434 (2017–2018), 30. januar 2018:

*«Stortinget ber regjeringen medvirke til at kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler og kapasitet i førstelinjen øker, ved å bidra til at kommunene kan ansette flere ergoterapeuter. I tillegg ber Stortinget regjeringen vurdere hvordan likemannsarbeidet i regi av frivillige organisasjoner kan styrkes, herunder som et bidrag til en styrking av kompetansen hos de kommunale syns- og hørselskontaktene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:57 S (2017–2018), Innst. 101 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019.

Planen ble lagt fram i Prop. 1 S (2016–2017). I denne ble det fremmet flere tiltak som vil styrke fagkompetansen i kommunene, bl.a. er det etablert et tilskudd som kommunene kan benytte til å øke ergoterapikompetansen. For å få tilskudd må kommunene synliggjøre samarbeid med brukerorganisasjonene. I tillegg foreslås kommunenes frie inntekter økt med 100 mill. kroner i 2019 med begrunnelse i opptrappingsplanen. Stortinget har vedtatt en endring i helse- og omsorgstjenesteloven som innebærer at alle kommuner fra 2020 skal ha knyttet til seg ergoterapeut i sitt tjenestetilbud. Kostra-rapporteringen viser at det er en økning i antall kommuner som har ergoterapi i sitt tjenestetilbud. Likepersonarbeidet utvikles i regi av pasientorganisasjonene. Tilskudd til frivillige organisasjoner videreføres i forslag til budsjett 2019.

### Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker forskning, fagutvikling og rekruttering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

#### Retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Det ble i 2018 bevilget 1,1 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med retningslinjer for svangerskapsomsorgen.

Helsedirektoratet publiserte i juni 2018 Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (IS-2660). Anbefalinger om svangerskapsomsorgen fra ulike retningslinjer publisert av Helsedirektoratet de senere årene er samlet i den nye, reviderte retningslinjen. Dette gjelder bl.a. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes publisert i 2017 og Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold publisert i 2014. Sistnevnte er tatt inn som kap. 7 i den reviderte retningslinjen. I den nye versjonen av retningslinjen er mer oppmerksomhet rettet mot levevaner hos gravide. Det er anbefalt mer veiledning og oppfølging i svangerskapet for dem som trenger det.

#### Samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkning og til at tjenestene er kunnskapsbaserte. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det er behov for oppdatert kunnskap om den samiske befolkningens helse og bruk av helse- og omsorgstjenester. Bevilgningen dekker

tilskudd til senter for samisk helseforskning. Senterets hovedoppgave er å drive forskning med fokus på helse og livsstil i den samiske befolkningen. Senteret gjennomførte en større befolkningsundersøkelse i kommuner med samisk befolkning i 2003–2004 kalt SAMINOR 1. Undersøkelsen ble gjentatt i de tre nordligste fylker i 2012–2014 kalt SAMINOR 2.

SAMINOR-studien har påvist helseutfordringer i den samiske befolkningen, men de to tidligere studiene har inkludert for få geografiske områder til at resultatene kan generaliseres. Det må derfor gjøres en større SAMINOR studie hvor både nord, lule og sør-samiske områder inkluderes. Det planlegges en større studie, SAMINOR 3 i 2021–2022. Det ble bevilget om lag 6,2 mill. kroner i 2018. Det foreslås å videreføre bevilgningen på om lag samme nivå i 2019.

#### Forskning på kiropraktikk

Det er behov for å opprettholde forskningsaktiviteten innen muskel- og skjelettsykdommer på kiropraktikk. Norsk kiropraktorforbund har etablert en forskningsstiftelse som i nært samarbeid med Universitetet i Stavanger bidrar til opprettelse av forskningsaktivitet på feltet. Det planlegges utdanning i tilknytning til et etablert universitetsmiljø i Norge. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til formålet i 2019.

#### Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Per 1. januar 2018 var det i overkant av 900 000 personer i Norge som enten har innvandret selv (746 661) eller som er født i Norge med to innvandrereforeldre (169 964). Til sammen utgjør disse gruppene om lag 17 pst. av Norges befolkning. Innvandreres helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer, etter landbakgrunn og etter årsak til innvandring. Det er helseutfordringer i enkelte innvandrergupper. Regjeringen er opptatt av å tilby likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen. Tjenestetilbudet skal tilpasses den enkelte, slik at tilgangen og kvaliteten blir like god uavhengig av brukerens norskkunnskaper, kulturelle tilhørighet og sosioøkonomisk bakgrunn. Nasjonalt kompetansesenter for migrasjon og minoritetshelse (Nakmi) samarbeider med relevante instanser for å utvikle og formidle kunnskap om helse- og helseutfordringer for flyktninger og innvandrerbefolkningen. Det ble per 1. januar 2018 foretatt en virksomhetsoverdragelse av Nakmi fra Oslo Universitetssykehus HF til Fol-

kehelseinstituttet. Formålet var å styrke forskningen og formidlingen om migrasjonshelse ved å samle kompetansemiljøet på innvandreres helse under samme virksomhet. Regjeringen har fulgt opp Nasjonal strategi om innvandrers helse 2013–2017. Helsedirektoratet har evaluert strategien og funnet at det fortsatt er utfordringer knyttet til enkelte innvandrergруппers helse og tjenestebruk. Departementet vil følge opp feltet gjennom ulike pågående prosesser.

Regjeringen har satt i gang med et integreringsløft og vil gjennomføre en reform av integreringsfeltet for å få raskere og bedre resultat. Mot slutten av 2018 vil det bli lagt fram en strategi som skal gi tydelig retning for integreringsarbeidet framover. Formålet med strategien er å øke deltakelsen for innvandrere i arbeids- og samfunnsliv gjennom en samordnet innsats. Innvandrere skal i større grad bli en del av store og små fellesskap i det norske samfunnet. Arbeidet innebærer innsats i flere sektorer og gjelder flere departementers ansvarsområde. Integreringsstrategien vil presentere regjeringens hovedgrep og tiltak for å bedre resultatene i integreringsarbeidet innenfor følgende fire innsatsområder: 1) Kvalifisering og utdanning, 2) Arbeid, 3) Hverdagsintegrering, og 4) Retten til å leve frie liv. For nærmere omtale av arbeidet og forslag til tiltak i 2019, se budsjettproposisjonen til Kunnskapsdepartementet.

Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til forvaltning av Helsedirektoratets fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen (Sohemi) i 2019. Sohemi er Helsedirektoratets rådgivende organ når det gjelder helse- og omsorgstjenester tjenester til innvandrerbefolkningen.

Forskning og fagutvikling i allmennlegetjenesten mv. Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til fag-/kompetanseutvikling og forskning, bl.a. hos leger, i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig i distriktskommuner. Det gis tilskudd forvaltet av fylkesmannen i noen utsatte fylker og til forsknings- og kompetansesentre bl.a. på legevaktfeltet.

Det er etablert fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE). Formålet er å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennmedisin og derigjennom kvaliteten på allmennlegetjenestene.

For 2018 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 menne-

sker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige. Forskningsenhetene er viktige aktører i oppfølgingen av Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg – et kunnskapssystem for bedre folkehelse (HelseOmsorg21-strategien). Ett av satsningsområdene i strategien er et kunnskapsløft for kommunene. Enhetene samarbeider tett om tiltak på nasjonalt plan for å styrke rammevilkårene for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, noe som bl.a. har resultert i en NFR-støttet Nasjonal forskerskole i allmenntmedisin. Formålet er å heve kvalitet og omfang på forskerutdanningene. Prosjektet vil pågå ut 2020. Enhetene har høy ekstern aktivitet, nasjonalt og internasjonalt. Helsedirektoratet følger opp AFEene gjennom dialogmøter. AFEene deltar også i styremøtene i Allmenntmedisinsk forskningsfond. Forskningen ved enhetene er svært omfattende, og ressursene de mottar utnyttes godt. Midlene foreslås videreført i 2019.

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. 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 2017 kan nevnes ferdigstilling av nettkurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering, oppdrag knyttet til implementering av akuttmedisinforskriften og arbeid med nasjonal veileder for legevaktjenesten. Senteret har også prosjekter av mer langsiktig karakter, bl.a. med å analysere hvordan aktivitet i legevakt påvirker spesialisthelsetjenesten. Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over posten. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018), ble posten styrket med 2 mill. kroner til akuttmedisinsk eldreomsorg og Nklm. Til sammen ble det bevilget 13,4 mill. kroner til Nklm i 2018. Tilskuddet foreslås videreført i 2019. Det vises også til omtale under kap. 765, post 75.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018), ble pos-

ten styrket med 2 mill. kroner til akuttmedisinsk eldreomsorg og Nklm. For 2019 foreslås det at midlene videreføres til tiltak i 2019.

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. Gjennom Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling arbeider senteret tett med helsepersonell om praksisnære problemstillinger. NSDM bidrar med viktig forskning om fastlegeordningen, og bidrar bl.a. i løseforskningen av prosjektet Alis-Vest med utdanningsstillinger i allmennmedisin (jf. kap. 762, post 63). Utover avtalte kjerneoppgaver arrangerer senteret konferanser. Driften dekkes i hovedsak over kap. 762. Det ble bevilget 4,9 mill. kroner i 2018. I tillegg gis et mindre tilskudd fra Helse Nord RHF. Det foreslås å gi tilskudd til NSDM også i 2019.

For AFEene, Nklm og NSDM tar departementet sikte på å overføre forskningsmidler fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet for kompetansesentre og sentre som har forskning som hovedoppgave. Dette skal skje som en gradvis overgang over flere år fra fast bevilgning til at en større andel av forskningsmidlene styres mot resultatbasert finansiering. Det vises til nærmere omtale under del III 8 Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger, forum for helsestasjonsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. Arbeidet innebærer bl.a. en aktiv rolle i utarbeiding av utdanningsløpet for LIS1 i kommunene med sikte på at de nye legene skal få et best mulig læringsutbytte og en god start i allmennmedisin. En kartlegging utført av Fylkesmannen i januar 2017 viser at det fortsatt er utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i flere kommuner. Det ble tildelt 0,3 mill. kroner til tiltaket i 2018. Midlene forvaltes av fylkesmannen.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Finnmark har som særskilt målsetting å bedre rekrutteringen og stabilisere legedekningen i de samisktalende kommunene i Finnmark. Tiltak i 2017 omfattet veiledningssamlinger for unge leger i hele fylket,

arbeid med rekruttering av turnusleger i den nye ordningen og rekruttering av medisinerstudenter fra Universitetet i Tromsø (UiT) til Finnmark. Det ble tildelt 0,4 kroner til tiltaket i 2018.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge bidrar til å styrke rekruttering og stabilitet av leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og har stor betydning for legedekningen. Resultatene har vakt oppsikt internasjonalt. Midlene skal dekke legenes utgifter i forbindelse med deltakelse i veiledningsgrupper i de to spesialitetene. Det ble tildelt 0,7 mill. kroner til tiltaket i 2018.

Tiltakene inngår i Kompetanseløft 2020 og foreslås videreført i 2019.

#### 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. Å øke innsats mot publikum har vært et fokusområde i 2017. ASP har fullført intervensjonen Riktig antibiotikabruk i kommunen blant fastleger i fire kommuner og tilsvarende mot sykehjem i fire fylker. I 2017 jobbet ASP med å overføre retningslinjen til Helsedirektoratets elektroniske plattform. Dette arbeidet ferdigstilles i 2018. ASP har utviklet og implementert Antibiotikafri resept som legen kan bruke i de tilfellene pasientene ikke trenger antibiotika. Antibiotikafri resept er oversatt til fem språk. ASP har i tillegg til vanlig nettside etablert Facebook og Instagram for å nå flere. Retningslinjen dekker også tannhelsetjenesten. Det foreslås å videreføre 4 mill. kroner over denne posten til senteret i 2019. I tillegg til denne tildelingen foreslås det 3 mill. kroner over kap. 761, post 21. Midlene må ses i sammenheng med midler til smittevern på kap. 762, post 21.

#### Post 73 Seksuell helse

Bevilgningen foreslås redusert med 0,7 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Det foreslås å flytte 1,6 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75. Flyttingen er knyttet til tilskudd som er gitt fra regionale helseforetak til Amatheia i oppfølgingen av Handlingsplan for uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – Strategier for bedre seksuell helse. Det vises til nærmere omtale på kap. 732, post 72–75 og på kap. 762, post 74.



Bevilgningen dekker tilskudd til oppfølging av Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022).

Strategi for seksuell helse tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets kompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte gjennom hele livsløpet. Strategiens overordnede mål er å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Det er to tilskuddsordninger knyttet til oppfølging av strategien, som begge forvaltes av Helsedirektoratet.

Tilskuddsordningen rettet mot hiv og seksuelt overførbare infeksjoner har to overordnede målområder: en helhetlig ivaretagelse av hiv-positive og forebygging av nysmitte av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Tilskudd gis til tiltak rettet mot mennesker som lever med hiv og grupper som har økt risiko for hiv og seksuelt overførbare infeksjoner, herunder menn som har sex med menn og migranter. Det tildeles etter søknad treårige driftstilskudd innenfor hovedmålgruppene, i tillegg til årlige prosjekttilskudd. Samarbeid mellom tilskuddsmottakerne vektlegges for å sikre en koordinert innsats. Ny modell for tilskuddsordning evalueres i 2018. Under tilskuddsordningen for arbeid innen hiv-feltet er 23,8 mill. kroner fordelt på 14 søkere i 2018.

I 2017 ble det meldt 213 nye hivsmittede i Norge mot 220 tilfeller i 2016 og 2015. Antall diagnostiserte tilfeller er nå redusert med nærmere 30 pst. siden toppen i 2008.

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

I 2018 ble det totalt bevilget 43,6 mill. kroner til oppfølging av tilskuddsordningen for seksuell helse. Av dette er 30,3 mill. kroner bevilget over denne posten og 13,3 mill. kroner over kap. 762, post 21. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av tilskuddsordningen. Tilskudd er bevilget til 76 ulike tilskuddsmottakere i 2018. Et øremerket tilskudd til organisasjonen Menneskeverd på 1,5 mill. kroner foreslås videreført.

Sentrale indikatorer på seksuell helse viser en positiv utvikling siste tiårsperiode. Forbruket av hormonell prevensjon er betydelig økt, og abortraten er synkende i alle aldersgrupper. Det er

likevel fortsatt utfordringer med seksuelt overførbare infeksjoner. Forekomsten av klamydia holder seg på et stabilt høyt nivå, og det er en fortsatt økning av nysmitte med gonoreé og syfilis.

### Post 74 Stiftelsen Amatheia

Det foreslås 21 mill. kroner som driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia i 2019. Stiftelsen tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. I tillegg tilbyr stiftelsen samtaler etter abort, fødselsforberedende kurs, mor/barn-grupper, samt seksualitetsundervisning og veiledning om kjønnslemlestelse, seksuell og reproduktiv helse og prevensjon på flere språk. Gjennom ulike prosjekter og samarbeid med kommuner og organisasjoner tilbys også gratis hormonell prevensjon til sårbare grupper. 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. Amatheia har i 2017 rekruttert en samisk prosjektleder og etablert et samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helse (Sanks) om rådgivningstjeneste til samiske kvinner. I 2017 har stiftelsen i tillegg etablert en chat-tjeneste. Stiftelsen har 13 veiledningskontorer. Per 31. desember 2017 var det 31 ansatte fordelt på 23 årsverk. Det ble gjennomført 12 394 konsultasjoner der 4771 av klientene hadde personlig frammøte. Av klientene var 90 pst. kvinner og 263 av konsultasjonene var parsamtaler. Antall konsultasjoner er fallende fra tidligere år. Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av stiftelsens arbeid under dette tilskuddet.

De regionale helseforetakene har fra 2013 utbetalt et årlig tilskudd til Stiftelsen Amatheia. Ordningen innebærer at de regionale helseforetakene bidrar med finansiering, men ikke har et aktivt oppfølgingsansvar. For å bidra til en mer enhetlig og likeartet forvaltning og mindre byråkrati foreslås det at midlene trekkes ut av rammen fra de regionale helseforetakene. Det foreslås at midlene overføres til kap. 762, post 73 i stedet for driftstilskudd til Amatheia over kap. 762, post 74. Dette gir større fleksibilitet i oppfølgingen av strategi for seksuell helse. Amatheia kan på lik linje med andre organisasjoner søke om tilskudd på denne posten.

**Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	132 894	103 867	107 523
60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	413 313	401 976	456 180
62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	467 897	472 418	477 360
71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	141 881	154 893	159 385
72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	309 016	348 632	358 742
73	Utviklingstiltak mv.	132 603	158 092	154 677
74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	304 214	305 447	308 947
75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	179 231	206 403	219 889
	Sum kap. 0765	2 081 049	2 151 728	2 242 703

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

- 50 mill. kroner i økt bevilgning til rekruttering av psykologer i kommunene, som en del av opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til spredning av individuell jobbstøtte, som en del av regjeringens inkluderingsdugnad
- 4,5 mill. kroner i økt bevilgning til longitudinell studie ved NKVTS av overlevende og etterlatte etter 22. juli
- 3 mill. kroner er flyttet fra kap. 762, knyttet til arbeid mot negativ sosial kontroll, tvangsektenskap og kjønnslemlestelse
- 10 mill. kroner er flyttet til Kunnskapsdepartementets budsjett, knyttet til Seprep

Bevilgningen dekker bl.a. statlige stimuleringsmidler til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, midler til brukerstyrking, prosjekter innen arbeid og psykisk helse, drift av kompetansesentre og arbeid med å forebygge og avverge vold, traumatisk stress og selvmord.

Regjeringen har som målsetning å sikre pasienter med psykiske lidelser og/eller rus- og voldsproblematikk et verdig liv med god tilgang på behandling og oppfølging, deltakelse i arbeid, aktivitet og bedret livskvalitet. Tjenestene skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpas-

sede. Det innebærer bl.a. 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 psykiske lidelser og/eller rus- og voldsproblemer 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.

Et godt kommunalt psykisk helse-, rus- og voldsarbeid bygger på bred tverrfaglig og tverrsektoriell tenkning. De kommunale tjenestene utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen, og fordrer tett samarbeid både innad i kommunene, med relevante spesialisthelsetjenester og med frivillig sektor. Arbeidet må være kunnskapsbasert og innovativt. Ansatte som jobber i helse- og omsorgstjenesten må ha kunnskap om psykisk helse, rus- og voldsproblemer. Dette er avgjørende for at tjenestene skal bli gode, sammenhengende og forsvarlige. Helsemyndighetene vil i større grad legge til rette for utprøving og evaluering av nye modeller, og understøtte kommunene i å implementere forskningsbaserte, effektive metoder.

Regjeringen gjennomfører en rekke tiltak for å styrke kompetansen i tjenestene og for å bedre sammenheng og forsvarlighet i behandlingsforløp. Fra 2017 er det tydeliggjort at øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunen også skal gjelde for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer. I tråd med det regjeringen varslet i Prop. 88 S (2017–2018) vil kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling innføres fra 2019. Innføring av pakkeforløp innen psykisk helse og rusområdet skal bidra til gode, sammenhengende og tverrgående pasientforløp, økt forutsigbarhet og mer likeverdige tilbud.

Det er nødvendig at utskrivningsklare pasienter med psykisk helse- og rusproblemer likestilles med utskrivningsklare pasienter med somatiske helseplager. Det bidrar til regjeringens mål om å prioritere fagområdene psykisk helse og rus, og vil sikre at pasienter ikke blir liggende unødige lenge i døgninstitusjoner etter at de er ferdig behandlet. Å bli liggende i spesialisthelsetjenesten som utskrivningsklar pasient er ikke bare uheldig for pasientens tilfriskning, det er også dårlig bruk av spesialisthelsetjenestens ressurser. Regjeringen foreslår å flytte 185 mill. kroner fra rammebevilgningen til de regionale helseforetakene til rammetilskuddet til kommunene. Se også kap. 732, post 72–75.

Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om å lovfeste kommuners plikt til psykologkompetanse fra 2020. Det har vært en solid økning i rekrutteringen fra 2013 til 2017, men samtidig er det fortsatt en del kommuner som ikke har rekruttert psykolog. Bevilgningen foreslås styrket med 50 mill. kroner i 2019. Med denne styrkingen har regjeringen lagt til rette for at alle kommuner kan motta tilskudd til rekruttering før lovplikten trer i kraft i 2020.

Partnerskap mot mobbing for 2016–2021 er signert av regjeringen og 13 organisasjoner. Mobbing kan føre til alvorlige psykiske helseutfordringer, og arbeid mot mobbing er en viktig del av det forebyggende arbeidet mot psykiske helseproblemer og forebygging av voldsproblemer.

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.

## 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.

Stortinget vedtok i 2017 Opptappingsplanen mot vold og overgrep (2017–2021). 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. Videre skal tjenestenes kompetanse styrkes, kunnskap videreutvikles og behandlingstilbudet bedres. Ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) vedtok Stortinget å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep.

## Opptappingsplan mot vold og overgrep

Regjeringen presenterer en samlet omtale av oppfølging av Opptappingsplanen mot vold og overgrep, inkludert liste med nummererte tiltak, i Prop. 1 S (2018–2019) Barne- og likestillingsdepartementet. I tillegg omtales måloppnåelse i sektordepartementenes budsjettproposisjoner.

Helse- og omsorgsdepartementet har i hovedsak gitt underliggende etater i oppdrag å gjennomføre tiltakene i planen. Det gjelder Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetakene. Av planens tiltak som ligger under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde er noen tiltak gjennomført, de fleste tiltakene er påbegynt og noen tiltak er ikke påbegynt. Rapporteringen presenteres i tråd med Opptappingsplanens fem hovedinnsatsområder:

### *1. Ansvar, samordning og samarbeid*

Tiltak om å gjennomgå hvordan etablerte strukturer og systemer kan ivareta arbeidet mot vold og overgrep er påbegynt, bl.a. ved å vurdere hvordan det pågående folkehelsearbeidet kan inkludere arbeidet mot vold og overgrep. Det er for 2019 foreslått å bevilge 3 mill. kroner til hvordan arbeid mot vold og overgrep kan utvikles og samkjøres med psykisk helse- og rusarbeid i Program for fol-

kehelsearbeid (tiltak 1). I Prop. 1 S (2018–2019) er vold og overgrep tatt inn i samfunnsoppdraget til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet (tiltak 2). Helselovene for spesialisthelse-, helse- og omsorgs- og tannhelsetjenesten er med virkning fra 2018 endret med tydeliggjøring av tjenestenes ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget (tiltak 6). De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har i 2018 fått forsterket oppdrag om samarbeid og samordning av voldsfeltet. I tillegg er RVTSene gitt i oppdrag å videreføre arbeidet rettet mot kommunene knyttet til lokale planer og samarbeid mellom tjenester (tiltak 7 og 10).

## 2. Forebygge vold og overgrep

Folkehelseinstituttet utreder hvordan indikator for vold og overgrep kan utvikles og instituttet vurderer hvordan de kan ivareta vold- og overgrepsfeltet videre. Det er for 2019 foreslått å bevilge 1 mill. kroner til oppfølging av indikatorarbeidet (tiltak 17 og 18). RVTSene har i 2018 fått i oppdrag å bistå kommunal sektor i å forebygge vold og overgrep (tiltak 19). Tiltak om informasjon på fødeavdelingene er ikke påbegynt (tiltak 20). Forslag om å ta inn en tydeliggjøring av ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep i forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenester har vært på høring (tiltak 21). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er gjennom opptrappingsplanen styrket med 50 mill. kroner i kommunens frie inntekter og 150 mill. kroner i øremerkede midler fra 2017. I 2018 ble tjenesten styrket med 100 mill. kroner i kommunens frie inntekter (tiltak 22). Informasjon om nettrelaterte overgrep er et tiltak som ikke er påbegynt av helsemyndighetene (tiltak 33).

## 3. Kompetanse og kunnskap om vold og overgrep

For å øke kompetansen om vold og overgrep i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er de fem regionale ressursentrene mot vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) fra og med 2017 styrket med 10 mill. kroner til kompetanse om vold mot barn og bedre kompetanse om behandling av overgripere. Videre er Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) styrket med 1,5 mill. kroner for utviklingsarbeid om overgripere. 3 mill. kroner er tildelt helsedirektoratet for å følge opp Redd Barnas rapport om hjelpetiltak for de som er redd for å begå overgrep. Helsedirektoratet, RVTSene og

NKVTS benytter nett og sosiale medier for å nå ut til befolkningen med bedre informasjon om tematikken (tiltak 44 og 46). Arbeidet med å utrede forskningsbehov og plan er et fellestiltak for departementene, noe som ikke er igangsatt (tiltak 47).

Det er igangsatt tre forskningsprosjekter som møter kunnskapsbehov som er relevante for opptrappingsplanen gjennom Forskningsrådets HELSEVEL-program. Det ble bevilget 5 mill. kroner fra og med 2017. Det første prosjektet gjelder overgrep mot eldre i sykehjem der målet er å øke oppmerksomheten på overgrep mot eldre i sykehjem og gjennom kunnskap om omfang og mekanismer bidra til å eliminere misbruk og neglisjering. Det neste prosjektet gjelder helsetjenester for jenter og kvinner utsatt for kjønnslemlestelse. Målet med prosjektet er å få kunnskap om hvordan helsetjenestene kan tilpasses behovene for fysiske og psykiske helsetjenester blant innvandrerkvinner som har vært gjennom kjønnslemlestelse. Det siste prosjektet om samhandling mellom statlig og kommunalt barnevern har som målsetting å tilpasse, implementere og analysere effektene av et overførings- og forebyggingsprogram for barn som er i overgangen mellom ulike deler av barnevernstjenestene (tiltak 49).

Kunnskap om vold og overgrep i samiske områder og i befolkningen med innvandrerbakgrunn inngår i RVTSenes og NKVTS sitt arbeid, men er ikke styrket siden opptrappingsplanen ble vedtatt (tiltak 50 og 51). Forskriftsendring er gjennomført for regulering av barns mulighet til å delta i forskning om sensitive temaer (tiltak 53). Fellestiltaket om å legge til rette for at forskningsbasert kunnskap om barns internettbruk benyttes i relevant politikkutvikling, er ikke påbegynt (tiltak 55). Arbeidet med å bedre statistikkgrunnlaget på volds- og overgrepsfeltet er påbegynt og de relevante direktoratene samarbeider om dette. Helsedirektoratet har gjennom IS–24/8 rapporteringen for 2017 innhentet statistikk bl.a. over hvor mange kommuner som har oversikt over antall personer som henvender seg til helse og omsorgstjenestene pga. vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep (tiltak 56).

## 4. Individuelt tilpasset hjelpe- og behandlingstilbud

Arbeidet med å utrede et kunnskapsgrunnlag for behandling og utrede forløp for voldsutsatte og for voldsutøvere er igangsatt av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Det er bevilget 5,5 mill. kroner under opptrappingsplanen til dette arbeidet. Prosjektet består av tre deler: 1) Sammenstille og publisere kunn-

skapsgrunnlag for behandlingstilbud til voldsutsatte og voldsutøvere, v/Folkehelseinstituttet. 2) Utrede oppfølgings- og samhandlingsforløp for voldsutsatte barn og omsorgsgivere, herunder utredning av en voldsinformert tiltakskjede i kommunen. Tilbudet dekker et hull i forløp for utsatte som ikke trenger spesialistbehandling. 3) Publisere elektronisk veileder for helse- og omsorgspersonells arbeid med vold i nære relasjoner, inkludert skisserte oppfølgings- og samhandlingsforløp. Veilederen publiseres på NKVTS sine nettsider og er tredelt: Helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold mot barn, vold mot voksne og med voldsutøvere (tiltak 62).

Det er vedtatt kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ved bl.a. krav til at kommunen må ha psykolog, lege, jordmor, helse-søster og fysioterapeut knyttet til seg. De kommunale tjenestetilbudene er styrket gjennom økt psykologkompetanse og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er bevilget særskilte midler til helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom denne planen (tiltak 22). Antall psykologer i kommuner har økt de siste årene og arbeidet med vold, overgrep og traumer er tydeliggjort i regelverket for rekrutteringstilskuddet. Utredning om hvordan samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og kriesentrene fungerer og kan bedres, er ikke igangsatt (tiltak 59, 63 og 64).

Teambasert behandling, integrert rus- og voldsbehandling og styrket traumebehandling: Å styrke behandlingstilbudet til mennesker med rus- og/eller psykiske helseutfordringer, som inkluderer personer med traumeerfaringer innebærer å iverksette særskilte tiltak, og styrke det ordinære tilbudet og sørge for utbredelse av kunnskapsbaserte tjenestemodeller i hele landet. Det gjelder både de som har milde og moderate problemer og de med langvarige og alvorlige problemer. Rask psykisk helsehjelp (RPH) og tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT), er evaluert med gode resultater. Fleksibel aktivt oppsøkende behandling (FACT-team) er under evaluering. Arbeid er også satt i gang med å vurdere effekten av integrert rus- og voldsbehandling, i tillegg til å få brukernes synspunkter på arbeid med volds- og traumeerfaringer i rusbehandling. Korus og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) fikk i 2017 i oppdrag å utvikle og implementere kunnskapsmoduler på området rus og vold. NKVTS gjennomfører pilotprosjektet Implementering av kunnskapsbasert behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hos voksne i klinikk (tiltak 65, 66 og 67).

Tidligere voldsrisikovurderingsrundskriv revideres. Ny digital versjon har tittel Utredning av risiko ved vold – bruk av strukturerte kliniske verktøy IS-2661 (tiltak 68).

Ved utarbeidelse av pakkeforløp for psykisk helse og rus ble det nedsatt en egen ressursgruppe med representanter fra brukerorganisasjoner og relevante kompetansemiljøer på feltet. Ressursgruppen har gitt innspill og faglige anbefalinger når det gjelder vold, overgrep og andre traumatiske erfaringer. Dette omhandler både kartlegging/avdekking, utredning og tiltak/behandling som omhandler både de som har vært utsatt for vold eller overgrep og /eller de som utøver vold, både barn, unge og voksne (tiltak 69).

Det å sørge for at barn og unge ved barnevern-sinstitusjoner som sliter med traumer, blir oppdaget og får nødvendig helsehjelp følges opp i samarbeid mellom direktoratene og tjenestene. Det er utarbeidet retningslinjer om samarbeid og e-læringsprogram. (tiltak 70).

Arbeidet med å bedre behandlingstilbudet til unge overgripere er igangsatt. Helse Vest RHF har fått i oppdrag å lede arbeidet med å styrke kompetansen og etablere behandlingstilbud i alle helseregioner for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd uavhengig av hvor de bor i landet. Helse Vest RHF samarbeider med de øvrige regionale helseforetakene om oppdraget. Det ble bevilget 5 mill. kroner til dette tiltaket i 2017 og midlene er videreført i 2018. Oppdraget ses i sammenheng med det nasjonale kliniske nettverket som er etablert for å bygge opp kunnskapsbasert utrednings- og behandlingskompetanse i spesialisthelsetjenesten for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Betanien sykehus leder nettverket på vegne av Helse Vest RHF (tiltak 71 og 72).

BASIS-prosjektet i Helse Sør-Øst RHF har utviklet et behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep, inklusiv pedofile, med identifisert forhøyet risiko for tilbakefall. Et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud til personer som er dømt for seksuallovbrudd, utprøves nå og kan være grunnlag for tilbud på landsbasis. Dette er et samarbeid mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen. Det er for 2019 foreslått å bevilge 19 mill. kroner for etablering av behandlingstilbudet (tiltak 73).

Tiltaket om at kommunale og statlige tjenester etablerer bestillingssystemer og rutiner som kan øke bruk av kvalifisert tolk, er for den kommunale helse- og omsorgstjenesten fulgt opp gjennom veileder og e-læringskurs for tjenesten (tiltak 75).

### 5. Rettssikkerhet i volds- og overgrepssaker

Retningslinjer for medisinske undersøkelser i Statens barnehus er under utarbeidelse. Betalingspraksis for medisinske undersøkelser ved Statens barnehus er gjennomgått og endret fra 1. september 2017 for å sikre likhet mellom barnehusene. Ordinære kostnader knyttet til medisinske undersøkelser finansieres av de regionale helseforetakene, mens rettsmedisinske erklæringer honorerer med gjeldende timehonorar og faktureres ansvarlig politidistrikt av det lokale helseforetaket som yter tjenesten. De regionale helseforetakene fikk i 2018 et samlet tilskudd på 20,5 mill. kroner for å styrke tilbudet om medisinske undersøkelser i Statens barnehus. Midlene går til opprettelse av medisinske stillinger og for å stimulere til at flere leger tar sosialpediatrisk utdanning og velger seg til dette arbeidsfeltet (tiltak 85 og 86).

Oppfølging av anmodningsvedtakene, som ble vedtatt ved behandling av planen, er omtalt i del I.

#### Strategi for god psykisk helse og opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse

I august 2017 ble *Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)* lagt fram. Bakgrunnen for strategien var anmodningsvedtak nr. 840 (2015–2016) og 108.54 (2015–2016). Dette er en helhetlig strategi for hele befolkningen. Både de helsefremmende, forebyggende og kurative aspekter er inkludert. Strategien skal danne grunnlaget for en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse i 2018. Opptrappingsplanen skal omfatte både individ og samfunn og inneholde både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ. Barn og unges råd og erfaringer skal inkluderes i utarbeidelsen av planen.

#### Opptrappingsplanen for rusfeltet

Regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet og gjennom Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) skal bevilgningene til rusfeltet økes med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 150 mill. kroner i 2019. FN's bærekraftsmål 3.5 om styrking av forebygging og behandling av rusproblemer, følges opp gjennom opptrappingsplanen. Opptrappingsplanen følger

og styrker i hovedsak etablerte løp og satsinger innen helse-, men også i justis-, -arbeids-, sosial- og andre deler av velferdssektoren.

Det ble bevilget netto 356 mill. kroner til oppfølging av opptrappingsplanen i 2018, hvorav 375 mill. kroner som vekst i kommunenes frie inntekter. For 2019 foreslås en opptrapping med 281 mill. kroner herav 200 mill. kroner som vekst i kommunenes frie inntekter med begrunnelse om økt innsats på rusfeltet, 11 mill. kroner til et forsøk med avrusning i fengsel, 50 mill. kroner øremerket til boligtiltak for mennesker med rusproblemer og 20 mill. kroner til å øke antall tiltaksplasser for mennesker med rusproblemer. Se omtale i Prop. 1 S (2018–2019) Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Prop. 1 S (2018–2019) Justis- og beredskapsdepartementet og Prop. 1 S (2018–2019) Arbeids- og sosialdepartementet.

Tabell 4.13 Årlig opptrapping til rusfeltet

År	Opptrapping	Sum bevilgning
2016	587 <sup>1</sup>	587
2017	471 <sup>1</sup>	1058
2018	369 <sup>1</sup>	1427
2019	281	1708
Boligsosialt arbeid 2016/2017 <sup>2</sup>	100	1808

<sup>1</sup> Bevilgningen er prisjustert til 2019-kroner.

<sup>2</sup> Et svært konservativt estimat tilsier at det i 2016 og 2017 ble bevilget minimum 100 mill. kroner gjennom utleieboligtilskuddet over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til å fremskaffe boliger til mennesker med rusmiddelproblemer. Antall bostedsløse i Norge er betydelig redusert gjennom det kraftfulle boligsosiale arbeidet som har pågått de siste årene, bl.a. er det registrert 38 pst. nedgang i antall bostedsløse med rusmiddelproblemer. Å regne inn minimumsbevilgningen til dette arbeidet i Opptrappingsplanen for rusfeltet er en forsiktig tilnærming til effekten av regjeringens boligsosiale arbeid. Mennesker med rusmiddelproblemer er en prioritert målgruppe for tilskuddet også i 2018.

#### Bolig for velferd

Den nasjonale strategien Bolig for velferd (2014–2020) gir retning for arbeidet med boliger og oppfølgingstjenester for vanskeligstilte på boligmarkedet til 2020. Strategien skal bidra til at kommunene møter en samordnet stat og får bedre rammebetingelser i arbeidet. I den gjenstående strategiperioden for Bolig for velferd er ett av to prioriterte tiltak å etablere arbeidsprosesser for

helhetlig tilbud av boliger og bo- og oppfølgings-tjenester for mennesker med rusrelaterte og/eller psykiske utfordringer som mangler eller risikerer å miste bolig. Se nærmere omtale av Bolig for velferd i Prop. 1 S (2018–2019) Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

#### Rusreform

Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika fra straff til hjelp, behandling og oppfølging. På bakgrunn av dette vil regjeringen gjennomføre en rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Regjeringen har satt ned et offentlig utvalg som skal forberede gjennomføring av reformen. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av 2019.

#### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte 3 mill. kroner fra post 73 knyttet til utvikling av hjelpelinje for å forebygge overgrep mot barn.

Bevilgningen foreslås redusert med 1,8 mill. kroner ut over ABE-reformen for å styrke andre prioriterte tiltak.

#### Opptappingsplanen for rusfeltet

Helsedirektoratet i samarbeid med øvrige direktorater, Husbanken og Fylkesmannen er sentrale i gjennomføringen av Prop. 15 S (2015–2016) *Opptappingsplanen for rusfeltet* (2016–2020). Helsedirektoratets rapportering på framdrift og status for opptappingsplanen for 2017 viser at de fleste tiltakene i planen er igangsatt.

Kapasitet og tilgjengelige tjenester til mennesker med rusproblemer er et sentralt mål og antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fortsatt å øke i 2018. Det rapporteres 15 894 årsverk i tjenestene i 2018 mot 13 131 i 2015.

Den årlige nasjonale kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) inneholdt i 2017 et eget spørsmålsett for å dekke status og utvikling i kommunene knyttet til sentrale målsettinger i opptappingsplanen for rusfeltet. Resultatene viste at noe over halvparten av kommunene oppga at opptappingsplanen har hatt innvirkning på kommunenes tjenestetilbud overfor

personer med rusmiddelproblemer. Av disse kommunene oppga 74 pst. at planen hadde ført til flere årsverk, 57 pst. at det hadde ført til økte ressurser til oppfølgingstilbud, og 51 pst. at det hadde ført til økt brukermedvirkning i tjenestene. Tatt i betraktning av at kommunenes vurdering ble gjort våren 2017, må resultatene anses som positive.

I perioden 2017–2018 gjennomføres landsomfattende tilsyn med kommunale sosial-, helse- og omsorgstjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. I 2017 ble det gjennomført 40 tilsyn, og det ble avdekket lovbrudd i 70 pst. av tilsynene. Etter at hele tilsynsperioden er over, vil Helsetilsynet oppsummere funn på landsbasis.

I 2017 ble FAFO, i samarbeid med Samfunnsøkonomisk Analyse og Ipsos, tildelt oppdraget med å gjennomføre en helhetlig følge- og sluttevaluering av opptappingsplanen for rusfeltet. Det publiseres årlige statusrapporter om prosess og utvikling innenfor planens sentrale målsettinger, samt en sluttevalueringsrapport i mai 2021. Hovedmålsettingen med evalueringen er å se i hvilken grad tiltakene i planen har ført til et bedre tilbud til personer som er i ferd med eller allerede har utviklet rusmiddelproblemer, samt evaluere i hvilken grad tilbudet til pårørende, inkludert barn som pårørende, er styrket i planperioden. Sluttevalueringen skal gi svar på i hvilken grad målsettingene i opptappingsplanen er nådd.

Brukere og pårørendes opplevelser av kvalitet og hva som er gode tjenester vektlegges i stadig større grad, og skal danne grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Helsedirektoratet rapporterer at brukerstemmene er styrket på systemnivå i opptappingsplanperioden gjennom brukerråd og brukerfora, både på statlig og kommunalt nivå. Det er likevel utfordringer knyttet til systematisk bruk av brukeres erfaringer i kvalitetsarbeid og brukerinnflytelse på individuelt tjenestetilbud.

Som en del av evalueringen ble det i 2017 gjennomført en nasjonal brukerundersøkelse med formål å kartlegge brukernes erfaringer og grad av tilfredshet med kommunale rustjenester i opptappingsplanperioden. Selv om det gjenstår mange utfordringer på rusfeltet svarte over halvparten av brukerne at de var tilfredse med de kommunale helse- og omsorgstjenestene de mottok. Tilsvarende undersøkelse er planlagt gjennomført ytterligere to ganger i planperioden.

Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til evalueringsarbeidet i 2019.

### Rådgivere hos Fylkesmannen

Ved fylkesmannsembetene er det etablert egne stillinger med et særlig ansvar for å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene om psykisk helse, rus og vold. Fylkesmannen er en viktig ressurs 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.

Fylkesmannens rådgivere er sentrale samarbeidspartnere for Helsedirektoratet i arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet, bl.a. ved å tilrettelegge for gjennomføring i kommunene, erfaringsutveksling- og vurdering av måloppnåelse og effekt. Det er etablert et arbeidsutvalg hvor representanter for embetene inngår sammen med representanter for kompetansesentrene på psykisk helse- og rusområdet. Arbeidsutvalget bistår og er bindeledd mellom Helsedirektoratet, fylkesmannsembetene og kompetansesentrene i arbeidet med å gjennomføre opptrappingsplanen på regionalt og lokalt nivå.

Fylkesmannen fikk i 2017 i tillegg til å informere og synliggjøre opptrappingsplanen for kommunene, i oppdrag å etablere planer med lokale målsettinger for arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet. Embetene la bl.a. opp til å gjennomføre regionale rusforum, drift av nettverk på rusområdet i samarbeid med kompetansesentrene på psykisk helse- og rusfeltet, samt å følge med på kommunenes planverk knyttet til kommunalt rusarbeid. I 2018 fikk fylkesmannen i oppdrag å bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet.

Fylkesmannsembetenes rapportering for 2017 viser at deres arbeid rettet mot kommunene innen rus, vold og psykisk helse i hovedsak har hatt vært prioritert og målrettet. Flertallet av embetene viser til god utvikling i det kommunale rusarbeidet relatert til målene i opptrappingsplanen. Embetenes planer for 2018 viser at det jevnt over er et høyt aktivitetsnivå i arbeidet med opptrappingsplanen.

I 2018 ble det bevilget 17,5 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

### Nasjonal overdosestrategi

Regjeringen la våren 2014 fram en nasjonal overdosestrategi for perioden 2014–2017. Det ble besluttet å legge til grunn en nasjonal nullvisjon for overdosedødsfall, jf. Innst. 207 S (2012–2013).

Overdosestrategien løp ut i 2017 men bevilgningene til sentrale tiltak ble videreført i 2018.

Nalokson-prosjektet ble utvidet i 2017 med ytterligere seks nye kommuner, og livreddende motgift i form av nalokson-nesespray er utplassert i 15 kommuner.

Ordningen med pilotkommuner ble også videreført i 2018. Ytterligere 20 kommuner er inkludert i dette nettverket og har kunnet søke tilskudd til overdoseforebyggende arbeid.

Det er utarbeidet en veiviser i lokalt overdoseforebyggende arbeid som bl.a. bygger på de erfaringene som er gjort i pilotkommunene. Veiviseren gir kunnskap, råd og veiledning til nye kommuner som ønsker å komme i gang med overdoseforebyggende arbeid.

Tiltakspakke for overdoseforebygging i fengsel er videreført i regi av Kriminalomsorgens utdanningscenter (Krus) og arbeidet med å styrke det overdoseforebyggende fokuset i spesialisthelsetjenesten fortsetter, særlig i LAR.

Det ble i 2017 arrangert to nasjonale nettverkssamlinger for pilotkommunene samt en nasjonal lavterskel helsekonferanse med stor oppslutning fra hele landet, inkludert pilotkommunene, og med fokus på overdoseforebyggende arbeid.

Verdens overdosedag 31. august er etablert som nasjonal minnedag med arrangementer i 29 kommuner i 2017.

I 2014 døde 266 personer av overdose. I 2015 steg overdosetallene til 289 og tallene fra 2016 viser 282 narkotikautløste dødsfall. Variasjonen i antall overdosedødsfall fra år til år kan i noen grad skyldes tilfeldigheter. Ser man på trender over tid, har antall overdosedødsfall likevel vært forholdsvis stabilt i perioden fra 2003 til 2016.

Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en prosessevaluering av overdosestrategien. Ifølge evalueringsrapporten har det gjennom strategiarbeidet blitt lagt ned en stor innsats i å jobbe systematisk og langsiktig for å få ned antall overdosedødsfall i Norge. Til tross for at målet om reduksjon av overdosedødsfall ennå ikke er nådd, peker rapporten på at arbeidet som har vært gjort hittil kan ses på som vellykket. Mye av arbeidet forventes også å gi resultater på lengre sikt.

Helsedirektoratet fikk i 2018 i oppdrag å utarbeide en ny fireårig overdosestrategi som i tillegg til å videreføre sentrale tiltak også tar opp i seg problemstillinger i forbindelse med nye målgrupper, nye psykoaktive stoffer og legemidler. Regjeringen vil videre styrke innsatsen mot overdose-



dødsfall, bl.a. ved at det i brukerrom åpnes for å injisere flere stoffer som gir risiko for overdosedødsfall. Det skal også gis opplæring i overgang fra injisering til mer skånsom bruk for tunge rusavhengige. Forslag til endringer i sprøyteromsordningen ble sendt på høring i mai 2018.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til oppfølging av tiltak og ny overdosestrategi i 2019.

### Vold og overgrep

Bevilgningen dekker arbeid med tiltak mot traumer, vold og overgrep, herunder Opptappingsplan mot vold og overgrep, Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme, arbeid med overgripere og arbeidet mot mobbing. Det er behov for å vurdere hvordan psykisk vold skal ivaretas i det videre arbeidet med vold- og traumefeltet. Bevilgningen finansierer bl.a. plantiltak som Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de fem regionale kompetansesentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal gjennomføre.

Arbeidet med å bedre behandlingstilbudet til unge overgripere er igangsatt. Helse Vest RHF leder arbeidet med å styrke kompetanse og etablere behandlingstilbud i alle helseregioner for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell adferd. Det foreslås å videreføre bevilgningene i 2019, med 5 mill. kroner.

Redd Barna utarbeidet i 2017 en rapport om hjelpebehov for personer med seksuelle følelser for barn. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge dette opp og utrede faglige, juridiske og organisatoriske forhold ved etablering av et lavterskeltilbud. Det foreslås å bevilge 3 mill. kroner i 2019.

Folkehelseinstituttet (FHI) utarbeider folkehelseprofiler for kommunene. FHI har fått i oppdrag å vurdere tilgjengelige datakilder for mulige indikatorer for vold og overgrep. Det foreslås å bevilge 1 mill. kroner til oppfølging av dette arbeidet, jf. kap. 745, post 01.

### Oppfølging etter 22. juli 2011

Støttegruppen etter 22. juli har etter en undersøkelse blant overlevende og pårørende bedt om at det etableres en regional los-funksjon for berørte for å hjelpe med å finne fram til riktig hjelp. Regjeringen foreslår å legge denne funksjonen til de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene). Utforming av funksjonen skal avklares i et sam-

beid mellom RVTSene, Støttegruppen etter 22. juli og Helsedirektoratet. De fem RVTSene foreslås styrket med 0,5 mill. kroner hver, for å ivareta los-funksjonen. Det foreslås å bevilge til sammen 2,5 mill. kroner til dette formålet.

### Læringsnettverk

Etterspørselen etter støtte til utviklingsarbeid av tjenestetilbudet til personer med psykiske vansker og rusmiddelproblemer er stor i kommunene. Samhandlingsreformen har forsterket kravene til tjenestene når det gjelder forebygging, tidlig innsats, koordinerte tjenester og samarbeid og samhandling på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten. Læringsnettverkene er forankret i utviklingsavtalen mellom regjeringen og KS, og er et viktig bidrag til tjenestenes oppfyllelse av pasientens helsetjeneste.

Arbeidet ledes av KS og utføres i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjennom opprettelse av læringsnettverk i kommunene.

Det ble i 2017 gjennomført læringsnettverk for barn og unge i Midt-Norge med 12 deltakende kommuner. Læringsnettverk for voksne ble i 2017 videreført med kommuner i Rogaland/Sunnhordland, det ble også etablert læringsnettverk for noen mindre kommuner. KS har jobbet med rekruttering til tre nye nettverk, ett felles nettverk i Buskerud, Vestfold og Telemark, og nettverk i hhv. Oslo og Finnmark.

Behovet for å forbedre pasientforløp, koordinering og samordning er kan hende enda større for barn og unge med psykisk helse- og/eller rusproblemer. I 2018 ble det bevilget 4,1 mill. kroner til KS til læringsnettverk for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019. Se kap. 762, post 21 for en samlet omtale av læringsnettverkene.

### Styrke 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. Underveisevalueringen fra Rambøll viser at deltakerne er svært godt fornøyde med utdanningen, både på tvers av utdanningssteder og profesjoner. I 2017 var det 444 søkere til totalt 162 studieplasser. Når kull 2017/2018 avsluttes våren 2018 vil totalt 421 ledere ha fullført utdanningen. Utdanningen skal

evalueres. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Se også omtale under kap. 761, post 21.

I 2018 ble det bevilget 5,1 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

#### Statistikkutvikling

Helsedirektoratet har iverksatt flere tiltak for å følge med på utviklingen og skaffe økt kunnskap om de kommunale 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 for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakter av rusmiddelproblemer og/eller psykisk helseproblemer blant brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og/eller velferdstjenester. I 2017 kartla 267 kommuner 23 206 brukere med rusproblematikk og 241 kommuner har kartlagt 30 964 voksne brukere med psykiske helseproblemer. I alt ble det i 2017 registrert 794 personer under 18 år som mottar kommunale tjenester.

Helse Stavanger HF har 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. Arbeidet med videre statistikkutvikling innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, herunder utarbeidelse av nye kvalitetsindikatorer og tilrettelegging for økt andel kommuner som gjennomfører Brukerplan-kartlegging, foreslås videreført.

#### 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 2018 ble det bevilget 20,5 mill. kroner til videreutdanningen. Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

#### Rask psykisk helsehjelp

Evalueringen av Rask psykisk helsehjelp viser at tilbudet både er etterspurt og effektivt, og at det når målgruppen med milde til moderate angst- og

depresjonslidelser. Å videreutvikle og spre denne modellen forutsetter videre arbeid med å utvikle relevante terapiutdanninger, erfaringsutveksling og utvikling av selvhjelpsmateriell og digitale verktøy. Det foreslås bevilget 2,1 mill. kroner til dette utviklingsarbeidet i 2019. Se også omtale under kap. 765, post 60.

#### Evaluerings av fleksible oppsøkende behandlingsteam (Fact)

Evalueringen av de aktivt oppsøkende behandlingsteamene etter ACT-metoden viste 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 2019. Se også omtale under kap. 765, post 60.

#### Riktig medikamentbruk blant barn og unge.

I budsjettbehandlingen for 2017 ble det bevilget 3 mill. kroner til tiltak som intensiverer innsatsen for å forebygge og bekjempe unødig bruk av antidepressiva og sovepiller blant barn og unge. Helsedirektoratet startet i 2017 et arbeid med å avklare kunnskapsbehovet på området. Direktoratets arbeid viser at det er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget om forskrivning av psykofarmaka til barn og unge for å sikre at eventuelle tiltak er riktige og forsvarlige. Det foreslås å videreføre bevilgningen til dette arbeidet i 2019.

#### Evaluerings av tilskuddsordninger

Hensikten med statlige tilskuddsordninger er å legge til rette for å nå prioriterte mål for samfunnet. For å sikre at tilskudd er innrettet slik at de bidrar til måloppnåelsen bør de evalueres. For tilskudd under kap. 765, er mange av programmene det gis tilskudd til evaluert, uten at tilskuddsordningene i seg selv har vært gjenstand for evaluering. I 2018 ble det bevilget 1 mill. kroner til dette evalueringsarbeidet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

#### Post 60 Kommunale tjenester

Bevilgningen foreslås styrket med 50 mill. kroner til økt rekruttering av psykologer i kommunene.

Bevilgningen foreslås redusert med 7,1 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen dekker tilskudd til utviklingstiltak og kvalitetsforbedring i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Videre er formålet med bevilgningen å stimulere til utvikling av samhandlingsprosjekter mellom kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og psykisk helsevern og/eller tværfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), herunder private og ideelle behandling sinstitusjoner.

#### Rekruttere psykologer til kommunene

Med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, har Stortinget innført et lovkrav om psykologkompetanse i norske kommuner fra 2020. Fram til lovplikten trer i kraft, vil kommuner som rekrutterer psykolog til sine helse- og omsorgstjenester kunne motta et årlig tilskudd per psykologårverk.

Det har vært en solid økning i rekrutteringen fra 2013 til 2018, hvor antall stillinger det ble ytt tilskudd til økte fra 130 til 503. I alt 287 av landets kommuner og bydeler hadde rekruttert psykolog gjennom tilskuddsordningen i 2018. Måloppnåelsen for ordningen vurderes som høy ut fra den markante økningen de siste årene. Samtidig er det fortsatt kommuner som ikke har rekruttert psykolog, og det er en vedvarende tendens at mindre kommuner ikke får rekruttert og ikke søker om tilskudd.

Styrkingen av tilskuddet gjør at regjeringen har lagt til rette for at alle kommuner kan motta tilskudd til å rekruttere psykolog. Tilskuddet må ses i sammenheng med Opptrappingsplanen mot vold og overgrep og den kommende Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse.

Det foreslås 205 mill. kroner til formålet i 2019.

#### Tilbud til voksne med langvarige og/eller sammensatte tjenestebehov

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. Tjenester og hjelpetiltak må innrettes slik at den enkelte møter et sammenhengende, helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud. Tiltak som inngår i Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), herunder etablering av flere oppsøkende behandlingsteam vil bli prioritert.

Fra 2018 er ordningen lagt om slik at det nå gis tilskudd til:

- etablering av allerede utprøvde kunnskapsbaserte og kostnadseffektive modeller på psykisk helse- og rusfeltet
- utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse- og rusfeltet

Resultatrapporteringen viser at Fylkesmannen i 2017 mottok 340 søknader. I alt 225 tiltak fikk midler over ordningen i 2017. Tildelingene i 2017 gikk i hovedsak til følgende formål:

- aktivt oppsøkende behandlingsteam, inkl. ACT- og fleksible ACT-team (FACT-team) (77 tiltak)
- boligrelaterte tiltak, som oppfølgingstjenester i bolig, inkl. Housing first (26 tiltak)
- samhandling om utsatte barn og unge (64 tiltak)
- i tillegg ble det gitt sju tildelinger til Mottaks- og oppfølgingssenter (MO-senter) og to tildelinger til lavterskel substitusjonsbehandling

Evalueringen av ACT-teamene viser svært gode resultater med halvering av antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten, inntil 70 pst. reduksjon i tvangsbruk og mer fornøyde brukere og pårørende. Om lag 60 pst. av brukerne i teamene har betydelige rusproblemer i tillegg til alvorlige psykiske lidelser. Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser (N-ROP) har fått i oppdrag å evaluere syv FACT-team i perioden 2015–2019.

Helsedirektoratet rapporterer at det ved utgangen av 2017 var 10 ACT-team, 18 FACT-team og 15 FACT forprosjekter. Helsedirektoratet ga i 2016 N-ROP i oppdrag å utrede potensialet for ACT- og FACT-team i Norge, samt vurdere en eventuell tilpasning av ACT- og FACT-modellene til rurale områder med store avstander og lav befolkningstetthet. I rapporten Potensialet for Assertiv Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge (2017) beregnes et potensial for 35 ACT-team og 83 FACT-team, subsidiært modifiserte FACT-team ved lavere befolkningsgrunnlag. I 2017 ble det gitt tilskudd til 10 ACT-team og 31 FACT-team.

For å understøtte god måloppnåelse gjennom implementering og videreføring av ACT- og FACT-modellene, har Helsedirektoratet i 2018 fortsatt lagt til rette for opplæring av teamansatte og drift av ledernetverk.

Ordningen er tidsavgrenset til maksimum fire år med tilskudd med gradvis nedtrapping, jf. tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid. Økt grad av egenfinansiering kan bidra til at gode modeller i større grad videreføres etter prosjektperiode. Eksisterende tilskuddsmottakere er ivarettatt gjennom en overgangsordning.

Implementering og utvikling av oppsøkende behandlingstjenester for personer med omfattende psykisk helse- og rusproblematikk bidrar til oppfølgingen av Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021).

I 2018 ble det bevilget 227 mill. kroner til formålet. Tilskuddsordningen foreslås delt fra 2019, slik at det over denne ordningen bevilges tilskudd til tiltak for å styrke tilbudet til voksne med langvarige og sammensatte behov, mens tilskudd til å styrke tjenestetilbudet til barn med sammensatte tjenestebehov skilles ut i en egen tilskuddsordning

Tilbud til barn og unge med behov for langvarig og sammensatt oppfølging

Tilskuddsordningen til tjenesteutvikling for personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov ble opprettet gjennom at fem ulike tilskuddsordninger ble samlet i 2015. Barn og unge er gradvis blitt en viktigere og viktigere målgruppe for tilskuddsordningen. Siden behovene til barn og unge og voksne er forskjellige og tjenestene som møter dem og må samhandle er forskjellige, fremstår det som hensiktsmessig å dele ordningen i ett tilskudd til tjenesteutvikling for voksne og ett for barn og unge. I 2017 ble det gitt tilskudd til 64 tiltak rettet mot barn og unge i den sammenslåtte tilskuddsordningen. Endringene i innretning av ordningen som Stortinget sluttet seg til for den samlede tilskuddsordningen i 2018 videreføres for hver enkelt av de nyopprettede ordningen. Dvs. at tilskuddet til barn og unge også kan gå til etablering av allerede utprøvde kunnskapsbaserte og kostnadseffektive modeller på psykisk helse- og rusfeltet og/eller til utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse- og rusfeltet.

Tilskuddsordningen er tidsavgrenset til maksimum fire år med tilskudd med gradvis nedtrapping. Eksisterende tilskuddsmottakere er ivarettatt gjennom en overgangsordning.

Det foreslås å bevilge totalt 230 mill. kroner i 2019 til tilskuddene tilbud til voksne med langvarige og/eller sammensatte tjenestebehov og utvikling av tilbud til barn og unge med behov for langvarig og sammensatt oppfølging.

### Rask psykisk helsehjelp

Formålet med ordningen er å stimulere kommuner til utvikling av et behandlingstilbud, Rask psykisk helsehjelp, som en del av det kommunale tjenestetilbudet innen psykisk helse. Rask psykisk helsehjelp skal være et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for voksne med lettere og moderat angst og depresjon. Tilbudet skal være gratis for brukerne, det skal gi direkte hjelp uten henvisning, det skal være tilgjengelig for alle i målgruppen og inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål. Se også omtale under kap. 765, post 21.

Det ble i 2017 gitt tilskudd til drift av Rask psykisk helsehjelp (RPH) i 19 kommuner og bydeler. Det er totalt etablert RPH i 45 kommuner/bydeler, og tjenestene omfatter om lag 50 kommuner.

Folkehelseinstituttet har evaluert pilotprosjektet og modellen ser ifølge evalueringen ut til å fungere etter målsetningen. Tilbudet gis med lav terskel og når målgruppen godt, og effekten av behandlingen ser ut til å være minst like god som i sammenlignbare tjenester i andre land.

I tråd med omtalen i Prop. 1 S (2016–2017) ble ordningen fra 2018 gjort om til et etableringstilskudd. Implementeringen av Rask psykisk helsehjelp bidrar til oppfølgingen av Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021).

I 2018 ble det bevilget 19,9 mill. kroner til Rask psykisk helsehjelp. Det foreslås å bevilge 21 mill. kroner til formålet i 2018.

### Post 62 Rusarbeid

Bevilgningen foreslås redusert med 8,3 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Formålet med tilskuddet er å bidra til kapasitetsvekst i det samlede kommunale tilbudet til personer med rusproblemer for å gi et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Kommunene kan organisere tjenestene etter lokale 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, mottaker og rapporteringspliktig for tilskuddet.

Det er 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 ivarettatt. Medarbeidere med brukererfaring

eller erfaringskonsulenter kan ansettes gjennom ordningen. Resultatrapporteringen viser en forholdsviss stor økning i erfaringskonsulenter/ansatte med brukererfaring. Det er rapportert 112 slike stillinger i 2017.

330 kommuner mottok tilskudd over ordningen i 2017. Rapporteringen viser tydelig at kommunene vurderer tilskuddsmidlene som svært viktig for å styrke det samlede rusarbeidet i kommunen. Det er ønskelig at flere kommuner søker tilskudd for å bygge kapasitet og utvikle tjenestetilbudet i det kommunale rusarbeidet. Nye kommuner skal prioriteres ved tildeling av tilskudd.

For å bidra til bedre måloppnåelse for ordningen, gjorde Helsedirektoratet vesentlige endringer i ordningens regelverk for å bidra til bedre forutsigbarhet for tilskuddsmottakere og planmessig overgang til full kommunal finansiering av stillinger etablert med tilskudd. Innretningen på ordningen skiftet fokus fra enkelttiltak til et mer helhetlig fokus basert på lokale behov. Ordningen ses i sammenheng med Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), veksten i rammetilskuddet til kommunene begrunnet med opptrappingsplanen, samt andre satsinger på helse- og velferdsområdet.

Forventet effekt av omleggingen er oppbygging av varige tjenester til målgruppen, i stedet for tidsbegrensede tiltak og prosjekter finansiert av tilskuddsmidler. Imidlertid vil ikke effekten av omleggingen forventes før ved rapporteringen for 2018.

I 2018 ble det bevilget 472,4 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 477,4 mill. kroner til formålet i 2019.

### **Post 71 Brukere og pårørende**

Bevilgningen dekker tilskudd til styrking av bruker- og pårørendearbeid, og videreutvikling av selvorganisert selvhjelp på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet.

#### Tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner

Formålet med tilskuddet er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet, slik at de kan fremme økt brukermedvirkning både individuelt og på systemnivå i utformingen av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske lidelser, rus- og voldsproblemer. Diagnose- og gruppenøytrale paraplyorganisasjoner for pårørende kan også motta støtte gjennom ordningen.

For å forenkle forvaltningen av tilskuddet foreslås det å dele det i et tilskudd til drift og informasjonsvirksomhet i bruker- og pårørendeorganisasjoner, og et tilskudd til lokalt og regionalt brukerarbeid og til prosjekter i regi av bruker- og pårørendeorganisasjoner.

I 2017 ble det gitt tilskudd til 58 ulike interesseorganisasjoner på psykisk helse- og rusfeltet. Disse organisasjonene har bidratt positivt til å fremme brukermedvirkning og blir hyppig benyttet i råd, utvalg og styrings- og arbeidsgrupper. I tillegg mottok de seks regionale brukerstyrte sentrene tilskudd gjennom ordningen. Disse er viktige møteplasser for brukere, pårørende, organisasjoner og fagmiljø, og drev i 2017 også utstrakt formidling av brukererfaringer. Syv brukerstyrte tiltak, fem pårørendesentre/-tiltak og fire tiltak knyttet til selvhjelp og sorgstøttearbeid mottok også tilskudd over ordningen i 2017.

I 2018 ble det bevilget 117,5 mill. kroner i tilskudd til bruker- og pårørendearbeid. Det foreslås bevilget 100 mill. kroner til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner i 2019.

#### Tilskudd til lokale og regionale brukerdrevne tiltak og til brukerstyrte prosjekter

Formålet med tilskuddet er å understøtte lokale og regionale brukerstyrte tiltak, initiativ og prosjekter som fremmer brukermedvirkning både individuelt og på systemnivå i utviklingen av tilbud til mennesker med psykisk helse- og/eller rus- og voldsutfordringer. Tilskuddet dekker også støtte til de regionale brukerstyrte sentrene og selvhjelpsgrupper mv.

Det foreslås bevilget 21 mill. kroner til formålet i 2019.

#### 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 2017 representert i 25 ulike komiteer og utvalg. Rådet for psykisk helse leverte en rekke hørings svar i 2017, bl.a. om styring av spesialisthelsetjenesten og forslag om ny barnevernslov.

Trafikken til Rådet for psykisk helse sine nettsider har økt betraktelig etter lanseringen av nye nettsider i 2016. Også antallet henvendelser til Rådet for psykisk helse har økt sterkt, noe som tilskrives økt synlighet i mediene og bruk av sosiale medier for å gjøre egne innsatsområder bedre kjent.

I 2018 ble det bevilget 3,9 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

#### Harry Benjamin Ressurssenter

Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS) er en pasient- og brukerorganisasjon som arbeider for å informere og øke kunnskapen om kjønnsdysfori. HBRS har som mål å arbeide politisk og sosialt for at personer som går igjennom en kjønnskorrigerende behandling på Rikshospitalet skal kunne leve åpent, uten frykt for å bli sosialt utstøtt eller diskriminert.

I 2018 ble det bevilget 3 mill. kroner til Harry Benjamin Ressurssenter. Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

#### Pårørendesenteret i Stavanger

Pårørendesenteret i Stavanger tilbyr pårørendeveiledning, kurs og undervisning til både pårørende og fagfolk lokalt og nasjonalt. Senteret driver også pårørendesenteret.no, et landsdekkende nettsted for pårørende, og pårørendeprogrammet.no, et læringsverktøy for ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Det ble bevilget 5 mill. kroner til Pårørendesenteret i Stavanger ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018). Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

#### 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-, rus- og voldsfeltet. Nasjonal plan for selvhjelp ble revidert i 2014, og løper ut 2018. Regjeringen legger opp til at den nasjonale planen for selvhjelp videreføres i fire nye år, og at Helsedirektoratet sammen med Selvhjelp Norge vurderer behovet for mindre endringer i planen. Selvhjelp Norge består av et hovedkontor i Oslo og sju distriktskontorer. I 2017 økte antall lokale kontaktpunkter fra 139 til 146. Gjennom distriktskontorene og hovedkontoret er det blitt avholdt over 165 foredrag, møter, arrangementer og kurs.

I 2018 ble det bevilget 18,5 mill. kroner til Selvhjelp Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

#### Verdensdagen for psykisk helse

Verdensdagen for psykisk helse markeres 10. oktober hvert år over hele verden. Målet er å øke befolkningens forståelse av egen psykisk helse, hva som bidrar til god og dårlig psykisk helse og å øke åpenheten om psykisk helse i samfunnet. Mental Helse koordinerer arrangementene som blir gjennomført i perioden medio september til medio oktober.

Målet med kampanjen for 2017 var å øke kunnskap og åpenhet om at alle har en psykisk helse, øke kunnskap om hva som gir gode levevaner og utfordre folk til å vise raushet i hverdagen. En befolkningsundersøkelse viser at folk synes at det er blitt mer åpenhet i samfunnet om psykisk helse, men at mange fremdeles har en større barriere for å være åpen om sin egen psykiske uhelse.

I 2017 ble det satt en ny rekord for antall markeringer i uke 39–42 med 1100 markeringer over hele landet. Det var også høy aktivitet på sosiale medier. 10 000 personer tok i bruk Facebook-rammen Alle har en psykisk helse på verdensdagen i 2017.

I 2018 ble det bevilget 6,8 mill. kroner til Verdensdagen for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

#### Post 72 Frivillig arbeid mv.

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 24 søknader på til sammen 156,5 mill. kroner i 2017, og det ble innvilget 122,8 mill. kroner i tilskudd til 16 søkere. Av bevilgningen til ordningen var 90,3 mill. kroner øremerket fire mottakere i Innst. 11 S (2016–2017). Tre av tiltakene var fullfinansiert gjennom tilskuddsmidler. Resultatrapporteringen fra Helsedirektoratet viser at målet om samarbeid med kommunene har lav måloppnåelse, kun tre tiltak tilbyr plass utelukkende når kommunene stiller dekningsgaranti. Totalt er kapasitetsutnyttelsen på om lag 75 pst., som er en liten oppgang fra 2016. Kommunene har stilt dekningsgaranti for om lag 20 pst. av totalt forbrukte liggedøgn. Rapporteringen viser at tiltakene som utelukkende tilbyr plasser der kommunene stiller dekningsgaranti, har høyere kapasitetsutnyttelse enn de andre tiltakene og har mindre behov for tilskudd.

Den lave kapasitetsutnyttelsen kan tyde på at det er en viss overkapasitet når det gjelder denne typen tilbud.

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Nærings- og fiskeridepartementet en pågående dialog med EFDAs overvåkingsorgan for en vurdering av hvorvidt dagens ordning er forenlig med statsstøttereglene.

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.

Helsedirektoratet mottok 150 søknader på til sammen 260,1 mill. kroner for 2017. Av disse ble det innvilget tilskudd for om lag 168,1 mill. kroner til 115 tilskuddsmottakere. Tilskuddene dekker imidlertid langt flere tiltak da flere av søknadene omhandler flere prosjekter.

Tilskuddsrammen for ordningen ble økt betydelig i forhold til i 2016. Etter første kunngjøring gjensto 53 mill. kroner og restmidlene ble kunngjort med søknadsfrist 31. august. Etter annengangs utlysning gjensto det 29,8 mill. kroner på ordningen.

Helsedirektoratet vurderer at ordningen i hovedsak oppfyller sitt formål om å støtte opp om frivillige virksomheter og bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgrup-

pen. Flere av tiltakene har høy grad av brukerstyring og brukermedvirkning.

Det har i likhet med tidligere år vært en økning i antall tiltak med fokus på fysisk aktivitet, fritids- og sosiale aktiviteter, samt nettverksbygging. Helsedirektoratet vurderer dette som positivt, men det er viktig at andre typer tiltak også utvikles og støttes. I tillegg bidrar tiltakene med oppsøkende arbeid, møteplasser og kafeer, arbeidstrening og likemannsarbeid.

Det er i relativt liten grad dokumentert samarbeid med kommunene i form av samarbeidsavtaler eller som en del av rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Enkelte tilskuddsmottakere har overordnede samarbeidsavtaler, men det er i liten grad samarbeid med kommunene om utvikling av tiltak som dekker lokale behov. 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.

Hovedtyngden av tiltak befinner seg i de store byene, og det er behov for å stimulere til etablering av frivillige tiltak også i mindre kommuner. Tilskuddet 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.

Bevilgningen til ordningene tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester og tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud ble i 2018 redusert med 40 mill. kroner med bakgrunn i lav søknadsinngang til ordningene i 2017.

Samlet ble det bevilget om lag 308 mill. kroner til disse to ordningene i 2018. Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

Hjelpetelefoner og nettjenester

Formålet med bevilgningen er å sikre driften av Mental Helses landsdekkende hjelpetelefon, Kirkens SOS krisetjeneste og Snakk om mobbing, den nasjonale chattetjenesten til Blå Kors. Videre er formålet å bidra til drift av den nasjonale kontakttelefonen Vern for eldre i Oslo, et tilbud for støtte, informasjon, råd og veiledning til voldsutsatte eldre, pårørende og til ansatte i hjelpeapparatet.

Kirkens SOS er en krisetjeneste på telefon og internett. De har døgnåpen telefontjeneste året rundt i tillegg til SOS-chat og SOS-meldinger. Det har vært en økning i totalt antall besvarte henvendelser fra 2016 til 2017. Det har vært en nedgang i antall besvarte telefonhenvendelser, mens det har vært en økning i antall besvarte SOS-chat, SOS-meldinger, samt antall treff på nettsidene.

Mental Helse hjelpetelefonen er et gratis og døgnåpent tilbud, som er tros- og diagnosenøytralt. I tillegg til hjelpetelefonen består tjenesten av netttjenesten sidetmedord.no med underliggende tjenester som forum og vennetjenesten samt chat. I 2017 har det vært en økning i antall anrop og en økning i henvendelser på sidetmedord.no. Hjelpetelefonen har de siste årene utviklet tilbudet til å omfatte flere tjenester i tråd med brukernes behov.

Blå Kors – Snakk om mobbing/ Snakkommobbing.no er en anonym, nasjonal chattetjeneste. Tjenesten er Norges første spissede lavterskeltilbud for barn og unge i alderen 9–19 år. Her kan alle som er berørt av mobbing henvende seg.

Rapporteringen viser en liten økning i henvendelser på 5 pst. fra 2016 til 2017. Totalt er det besvart 4154 henvendelser. Snakkommobbing.no hadde 32 541 treff på nettsiden i 2017. Dette er en økning på 16 pst. fra 2016.

Vern for eldre har hatt en nedgang i antall henvendelser over flere år. Det jobbes aktivt for å gjøre tjenesten bedre kjent, bl.a. gjennom årlig informasjon til alle landets kommuner.

I 2018 ble det bevilget 39,8 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019 hvor midlene foreslås øremerket med 19,2 mill. kroner til krisetjenesten til Kirkens SOS, 17,3 mill. kroner til Mental Helses hjelpetelefon, 3,3 mill. kroner til Blå Kors Snakk om mobbing og 1,2 mill. kroner til Vern for eldre i Oslo.

### **Post 73 Utviklingstiltak mv.**

Det foreslås å flytte:

- 3 mill. kroner til kap. 765, post 21, knyttet til utvikling av hjelpelinje for å forebygge overgrep mot barn
- 10 mill. kroner til Kunnskapsdepartementet kap. 260, post 70, knyttet til stiftelsen Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (Seprep)

Bevilgningen foreslås styrket med 5 mill. kroner til utvikling og spredning av individuell jobbstøtte (IPS) som del av regjeringens inkluderingsdugnad.

Formålet med bevilgningen på posten er å styrke befolkningens kunnskap om psykisk helse, rus- og voldsproblematikk, øke den samlede kompetansen i helsetjenestene og bidra til utviklingsarbeid på særskilte satsningsområder. Kommunal sektor skal prioriteres.

### **Forandringsfabrikken**

PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken er et utviklingsarbeid med unge og fagfolk i psykisk helsevern. Hovedmålet med arbeidet er at barn og unges erfaring bidrar inn i kvalitetsutvikling av psykiske helsetjenester og bidra til at psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i større grad samarbeider med barn og unge.

I 2017 har Forandringsfabrikken (FF) gjennomført flere undersøkelser blant barn og unge med erfaring fra psykisk helsehjelp. Barn og unge møtes regelmessig i regionene sammen med en fabrikkarbeider fra FF, på profftreff. På disse treffpunktene deler de erfaringer og gir råd til undersøkelser på tema der Norge trenger kunnskap fra barn og unge. Resultatene fra undersøkelsene er oppsummert, og brukes inn i utviklingsarbeid, formidlingsarbeid og påvirkningsarbeid.

I 2018 ble det bevilget 4,2 mill. kroner til Forandringsfabrikken. Det foreslås å videreføre tilskuddet i 2019.

### **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. Totalt har 26 av kandidatene avlagt doktorgrad i prosjektet og 27 kandidater er ferdige med spesialistutdanningen.

Fordi det er få kandidater som ikke har fullført dobbeltkompetanseløpet, ble det bevilget 1,2 mill. kroner til formålet i 2018. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

### **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 2017 mottok 425 personer sjelesorgsamtaler. Institutt for sjelesorg hadde i 2017 totalt 234 deltagere på kurs med sjelesørgeriske temaer. I tillegg har utdanningstilbudet til instituttet hatt 80 deltagere.



I 2018 ble det bevilget 1,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

#### 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 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 2018 ble det bevilget 33,1 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

#### Seprep

Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (Seprep) ble etablert i 1990 og har over tid fått tilskudd til et utdanningsprogram, Seprep TU. Det ble bevilget 10 mill. kroner Seprep i 2018. Det foreslås at tilskuddet flyttes til Kunnskapsdepartementets budsjett for videreføring til VID vitenskapelige høyskole på permanent basis.

Som en konsekvens av den nye studietilsynsforordningen som ble iverksatt i februar 2017, vil også Seprep TU som studiepoenggivende utdanningsprogram måtte tilpasse seg denne forskriften. Der stilles det bl.a. krav til vitenskapelig fagmiljø som Seprep ikke oppfyller i dag.

For å oppfylle bestemmelsene i studietilsynsforordningen er det nødvendig at utdanningsprogrammet drives av en utdanningsvirksomhet som møter kravene. VID vitenskapelige høyskole AS har en faglig profil som er egnet for videreføring av utdanningsprogrammet til Seprep TU. Virksomhetsoverdragelsen skal være gjeldende fra 1. januar 2019.

#### Arbeid og psykisk helse

Formålet med bevilgningen er å styrke satsningen på arbeid og psykisk helse.

Selv om de fleste med psykiske helseproblemer deltar i arbeid eller utdanning, har mange mennesker med psykiske helseutfordringer svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Milde til

moderate angst- og depresjonslidelser ligger f.eks. bak en stor andel av sykefraværet i Norge. Tilknytningen til arbeidslivet er både en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling. Derfor vil mange trenge samtidig bistand fra både NAV og helsetjenestene. Et styrket samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og NAV vil være tjenlig både for den enkelte bruker og for samfunnet som helhet.

Som ledd i regjeringens inkluderingsdugnad foreslås det å styrke arbeidet med å spre Individuell jobbstøtte (IPS) med 5 mill. kroner. Målet er å hjelpe mennesker med psykisk helse- og rusproblematikk ut i ordinært arbeid. For nærmere omtale av inkluderingsdugnaden, se Arbeids- og sosialdepartementets fagproposisjon.

Basert på siste års erfaringer, ble regelverkene for Individuell jobbstøtte og Jobbmestrende oppfølging (JMO) slått sammen med virkning fra 2017.

Individuell jobbstøtte bidrar til at mennesker med moderate og alvorlige psykiske helse- og rusproblemer kommer i ordinært lønnet arbeid. Jobbmestrende oppfølging er en metode for arbeidsrehabilitering av personer med psykoselidelser. 22 IPS-prosjekter mottok støtte i 2017, av disse var ni nye prosjekter.

De fleste av tilskuddsmottakerne for IPS-prosjekter rapporterer om at tilbudet gis både til personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Etablerte IPS-tjenester viser at om lag 40 pst. starter i jobb eller utdanning etter at de har mottatt tilbudet. Effektmålingen som ble utført i 2016 viser en reduksjon i NAV-tiltak for IPS-gruppen. De fleste IPS-prosjektene oppnår godkjent kvalitet på sitt arbeid etter en oppstartsfasen ett til to år.

JMO-tiltakene har rapportert høy aktivitet, og de opprettholder prioriteringen av personer med psykoselidelser.

I 2017 ble det gitt tilskudd til to eksisterende JMO-prosjekter, og til igangsettelse av to prosjekter hvor JMO- og IPS-metodikk er integrert.

I 2018 ble det bevilget 38 mill. kroner til formålet. Gjennom regjeringens inkluderingsdugnad foreslås det å øke bevilgningen til Individuell jobbstøtte med 5 mill. kroner. Det foreslås derfor å bevilge til 43 mill. kroner til tiltak innen arbeid og psykisk helse i 2019.

#### Fontenehus

Formålet med bevilgningen er å bidra til etablering av flere fontenehus, sikre videre drift i eksisterende fontenehus og bidra til drift av paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge.

På fontenehusene arbeider medlemmer og ansatte medarbeidere sammen i et helsebringende arbeidsfelleskap bygget på de grunnleggende menneskelige behovene for å bli sett, hørt, være nyttig, mestre og tilhøre et fellesskap. I fontenehusene finner mennesker med psykiske helsetutfordringer støtte på veien til lønnet arbeid, studier og til å ta tilbake kontroll i eget liv.

I 2017 ble det gitt tilskudd til tolv eksisterende fontenehus, paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge og til etablering av to nye fontenehus i Trondheim og Gjøvik.

I 2018 ble det bevilget 33,5 mill. kroner til fontenehusene og Fontenehus Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

#### Arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme

Formålet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse i helsetjenestene om radikaliserings og voldelig ekstremisme. Det er videre et mål å styrke kompetansen i helsetjenesten om behandling av traumer hos voksne.

Regjeringen vedtok i 2014 Handlingsplan mot radikaliserings 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.

Siden 2014 har man utviklet betydelig kompetanse i alle landets regioner i forebygging og identifisering av radikaliserings i tråd med kunnskapsgrunnlaget utarbeidet av EUs Radicalization Awareness Network (RAN). I regi av fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har man videreutviklet kurspakker tilpasset ulike norske målgrupper. Et større antall kommuner har deltatt i opplæringen på tjenesteyter- og ledernivå. I tråd med handlingsplanen er det utviklet en web-basert modul om voldelig ekstremisme som i 2017 ble komplett med en modul tilpasset ansatte i kriminalomsorgen, utveier.no. Kunnskapsportalen skal oppdateres og videreutvikles med utgangspunkt i behov hos målgruppene. Det finnes videre behov for opplæring i kommunene om ivaretagelse av returnerte fremmedkrigere og deres familier, derunder bistand til etablering, kursing og veiledning av mentornettverk. Samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og kriminalomsorgen ved løslatelse av fremmedkrigere bør vies oppmerk-

somhet, og det er behov for veiledning og kompetanseheving av fengselshelsetjenesten.

Arbeidet med opplæring av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten i traumebehandling for barn (TF-CBT) har pågått over flere år og finansieres over post 75. Fra 2016 har det vært bevilget midler over denne posten til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingstiltak for traumer for voksne. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), har i 2017 avsluttet et pilotprosjekt der kunnskapsbasert behandling for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) blir implementert ved to distriktssentre, Lovisenberg og Follo. Piloten viste at strategien som ble brukt til implementering må forbedres ved å inkludere ledere i større grad. Den videre implementeringen har derfor større fokus på dette.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 2,8 mill. kroner til RVTSene for videre implementering av ran-modellen og modulen om voldelig ekstremisme i Når krisen rammer. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,4 mill. kroner til NKVTS som i samarbeid med RVTSene skal utvikle og implementere kunnskapsbaserte behandlingstiltak slik at helsetjenestene får økt spesialkompetanse i traumebehandling for voksne.

#### Studenters psykiske helse

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke studentsamskipnadene og læringsinstitusjonene til tiltak for å bedre den psykiske helsen for studentene. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHOT) kan også motta tilskudd gjennom denne ordningen.

Det er igangsatt et arbeid for å samordne tilskudd til studenter på områdene psykisk helse og rus, jf. omtale under kap. 714, post 70. Dette arbeidet har forsinket tilskuddsforvaltningen, men Helse- og omsorgsdepartementet vil sørge for å fordele midlene i 2018.

I 2017 ble det bevilget tilskudd til 13 tiltak i regi av tolv forskjellige studentsamskipnader.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2017), jf. Innst. 11 S (2017–2018), ble tilskuddet økt med 10 mill. kroner. Det ble bevilget 15 mill. kroner til formålet i 2018. Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

#### 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 2017 hadde Rosa kompetanse 63 oppdrag, en økning på 13 pst. fra 2016. Egevalueringene av undervisningsoppdragene viser at mottakerne opplever høy nytte og relevans. Ungdomstelefonen til Skeiv Ungdom hadde 917 henvendelser i 2017. Flertallet av henvendelsene kommer fra unge mellom 15 og 17 år.

I 2018 ble det bevilget 2,5 mill. kroner til ordningen. Det foreslås å videreføre øremerkede tilskudd til Skeiv Ungdom og Fri i 2019.

### Post 74 Kompetansesentre

Bevilgningen foreslås redusert med 5,4 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Formålet med bevilgningen på posten er drift av nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre innen psykisk helse- og rusområdet. Kunnskaps- og kompetansesentrene som mottar midler over denne posten driver viktig kunnskapsformidling til, og kompetanseheving i, ulike tjenester, og bidrar til å sikre god og lik tilgang på oppdatert kunnskap i tjenestene.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Senteret skal være en brobygger i møtet mellom 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 2017 videreført sine generelle oppgaver, samt iverksatt viktige tiltak innen kunnskapsutvikling og forskning. Bl.a. har senteret i samarbeid med Høgskolen i Sørøst-Norge satt i gang et nytt forskningsprosjekt om erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus.

I 2018 ble det bevilget 11,5 mill. kroner til formålet. Det foreslås 12 mill. kroner i øremerket tilskudd til formålet i 2019.

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus)

De syv regionale kompetansesentrene på rusfeltet (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 kompetansesentrene 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 2017 har KoRus videreført arbeidet overfor kommunene gjennom forankring av rusmiddelforebyggende arbeid og folkehelsearbeid. Rapporteringen for 2017 viser i gjennomsnitt at KoRus nasjonalt har kontakt med 89 pst. av kommunene, og av disse oppgir 92 pst. at de er svært fornøyd eller fornøyd med kontakten.

Sentrene har bistått kommunene i kartleggings- og oversiktsarbeid, og det er nå gjennomført standardiserte Ungdata- og Brukerplan kartlegginger i over 85 pst. av kommunene på landsbasis. Etter om lag to år med utviklingsarbeid ble Ungdata junior kartlagt for første gang i rundt 20 frivillige kommuner i 2017. Resultatene fra Ungdata og BrukerPlan skal være et viktig grunnlag for kommunenes oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer, og som grunnlag for kommunale planer, herunder folkehelsearbeid og rusmiddelpolitiske handlingsplaner.

Sentrenes bistand til kommunenes arbeid med ansvarlig alkoholhåndtering (AAH) og tidlig innsats er videreført i 2017. KoRus står også sentralt i arbeidet med å spre arbeidsmetoden Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Mer enn 100 kommuner blir fulgt opp av KoRus gjennom utvikling og implementering av BTI.

KoRus drifter eller deltar i ALOR-nettverk i regionene (nettverk innen arbeidsliv og rus). ALOR-nettverkene i Norge ble evaluert av Proba samfunnsanalyse i samarbeid med Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) i 2017. Evalueringen viser at deltakerne vurderer nettverkssamlingene som nyttige, og at deltakelse har betydning for at det settes i gang ulike rusmiddelforebyggende tiltak i bedriftene.

KoRus har hatt høy aktivitet i arbeidet med å øke kompetansen om rusmiddelproblematikk i ulike sektorer, bl.a. gjennom:

- åpen dialog med bruker- og pårørendeorganisasjoner og fagpersoner knyttet til tidlig intervensjon, behandling og oppfølgingstjenester

- undervisningsopplegg hvor opptrappingsplanen for rusfeltet, veilederen Sammen om mestring, ROP-retningslinjen og behandlingsretningslinjen ses i sammenheng
- nasjonale IPS-samlinger (Individuell jobb-støtte) for fag- og kompetansemiljøer hvor erfaringsutveksling og metodeutvikling har vært fokus
- utvikling og gjennomføring av nasjonal representativ brukerundersøkelse i tilknytning til evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet
- etablering av faglig nettverk for eldre og rus

Korus nettverk for eldre og rus har i 2017 laget ny nasjonal brosjyre Aldring og helse. Hva med alkohol? Den tilbyr relevant informasjon rettet mot eldrebefolkningen med fokus på alkohol og legemiddelbruk.

Sentrene har bistått Helsedirektoratet i arbeidet med Nasjonal overdosestrategi (2014–2017), se omtale under avsnitt om Nasjonal overdosestrategi, og Prop. 15 S (2025–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

I 2018 ble det bevilget 86 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene – Rus. Det foreslås 87 mill. kroner til formålet i 2019. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. I tillegg foreslås det 38,7 mill. kroner til kompetansesentrenes forebyggende arbeid, jf. kap. 714, post 21.

Samtidig rus- og voldsproblematikk er alvorlig og kan ha store konsekvenser, både for den voldsutsatte og voldsutøver, men også for tredjepart og samfunnet. Mange i behandling for rusproblemer har erfaring som voldsutsatte og/eller voldsutøvere.

Korus og de Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) fikk i 2017 i oppdrag å utvikle og implementere kunnskapsmoduler på området rus og vold. Oppdraget er en del av tiltakene i Prop. 15 S (2015–2016), Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Arbeidet er pågående og ledes av Korus Midt i samarbeid med RVTS Midt, og er planlagt ferdigstilt i 2020. Prosjektet har etablert egen nettside.

I 2018 ble det bevilget 3 mill. kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2019.

#### Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Bevilgningen går til drift av Regionalt kunnskaps-senter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen,

samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP) øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved RBUP øst og sør. Målet er å styrke kompetanse- og kunnskapsutvikling i arbeidet med barn og unge. Sentrene støtter kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling, og driver kompetansebygging, tjenesteutviklende forskning og kunnskapsformidling. Slik bidrar de til effektivt folkehelsearbeid, til kunnskapsbasert og brukero-riert praksis i tjenestene, og til at tjenestene oppnår bedre resultater blant sine målgrupper. Kunnskaps- og kompetansesentrene i regionene skal tilby tjenestene et differensiert og likeverdig tilbud. Tilbudet skal utvikles i partnerskap med tjenestene og brukerne, og være avstemt med tjenestenes behov.

Enkelte av sentrene har gjennom 2017 endret den interne organiseringen for å imøtekomme samfunnsoppdraget. Målsettingen er å inneha en struktur der forskning, tjenestestøtte, formidling og kompetanseheving i tjenestene sees i sammenheng, gjennom økt samarbeid på tvers mellom fagmiljøene.

I 2019 skal arbeidet med å understøtte Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse prioriteres. Ledere i helse- og barneverntjenestene må få god hjelp til å arbeide på en systematisk, sammenhengende og kunnskapsbasert måte, slik at det går bedre med sårbare barn, unge og familier.

I 2018 ble det bevilget totalt 178 mill. kroner til regionsentrene og sped- og småbarns-nettverket. I 2019 foreslås det samlet å bevilge 181 mill. kroner til RKBU i Midt-Norge, Vest og Nord, samt RBUP øst og sør i Oslo og sped- og småbarns-nettverket ved RBUP 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 2017 har Napha vært arrangør eller medarrangør på 54 konferanser og seminarer, og bidratt i flere fag- og kompetansenettverk der kommunalt

ansatte, brukere og andre involverte i psykisk helsearbeid møtes. Senteret er etterspurt av kommuner for råd, veiledning og opplæring, og tilstreber å få inn brukerperspektivet i alt sitt arbeid. Napha har i inneværende år fulgt opp den store interessen fra kommunene om KOR/FIT-kurs på ulike nivå. I alle regioner er det et tett samarbeid med kompetansesenteret for rus (KoRus), bl.a. om BrukerPlan.

Det ble bevilget 24,9 mill. kroner som øremerket tilskudd til formålet i 2018. Det foreslås 25,9 mill. kroner i 2019.

### Post 75 Vold og traumatisk stress

Det foreslås å flytte 3 mill. kroner fra kap. 762, post 21, knyttet til arbeid mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

Bevilgningen foreslås styrket med 4,5 mill. kroner til en longitudinell studie ved NKVTS av overlevende og pårørende etter 22. juli.

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. 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. 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.

### Opptappingsplan mot vold og overgrep

Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep ble vedtatt våren 2017 og Stortinget vedtok planen med 36 anmodningsvedtak. Opptappingsplanen følges opp av flere departementer, og Barne- og likestillingsdepartementet koordinerer arbeidet.

Regjeringen foreslår for 2019 å øke den samlede bevilgning til opptappingsplanen med 67 mill. kroner. Av dette er det under Helse- og omsorgsdepartementet foreslått bevilget 23 mill. kroner til forebygging over kap. 765, post 21 og 75 og til behandlingstiltak under kap. 734, post 21.

Opptappingsplanens tiltak om å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for behandling, og utrede forløp for voldsutsatte og voldsutøvere er satt i gang. Oppdraget er gitt til Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Det foreslås å bevilge 5,8 mill. kroner for 2019.

Arbeid med kompetanse og tilbud til overgripere skal videreutvikles og det skal utarbeides en strategi for økt kompetansespredning og innsats. De regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har ansvar for å bidra til at kommunene har kompetanse i sinnemestring. Sentrene skal i samarbeid med Brøset bidra til utvikling av strategien. Det foreslås å bevilge 1 mill. kroner til arbeidet.

Opptappingsplanen legger til grunn at det vurderes hvordan allerede igangsatte tiltak kan utvides til å inkludere arbeidet mot vold og overgrep. Gjennom Program for folkehelsearbeid får kommunene utvikle og spre metoder for å fremme psykisk helse og rusforebyggende arbeid, jf. omtale under kap. 714, post 21 og 60. Modellen kan være egnet til å omfatte det forebyggende arbeidet mot vold og overgrep. Det foreslås 3 mill. kroner slik at ett fylke fra 2019 kan vurdere og særskilt prøve ut hvordan arbeidet mot vold og overgrep kan utvikles og samkjøres med de andre nærliggende temaene.

### Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Formålet med bevilgningen er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Videre er målet å bidra til internasjonalt samarbeid på feltet. Bevilgningen dekker Helse- og omsorgsdepartementets del av grunnbevilgningen til NKVTS, som ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. 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.

Virksomheten skal ha et tverrfaglig- og interdisiplinært perspektiv og omfatte både biologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og rettslige forhold. Senteret skal legge vekt på brukerperspektivet, etnisitet- og aldersdimensjonens betydning, og særlig fremme forståelsen av og kunnskap om kjønnsdimensjonen innen feltet.

Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold i nære relasjoner, katastrofer og stressmestring, herunder

veteraners helse, traumatiserte flyktninger, mindreårige asylsøkere, seksuelle og fysiske overgrep mot barn herunder kjønnslemlestelse, samt arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Grunnbevilgningen dekker også senterets oppgaver knyttet til helsemyndighetenes tiltak i flere tverrdepartementale handlings- og opptrappingsplaner. NKVTS har i 2017 52 pågående forsknings- og utviklingsprosjekter, fordelt på de fire hovedområdene 1) vold og overgrep, 2) katastrofer, terror og stressmestring, 3) tvungen migrasjon og flyktningehelse og 4) behandlingsforskning. Det fremgår av NKVTS årsrapport detaljert informasjon om senterets utrednings-, undervisnings- og forskningsaktiviteter.

Det foreslås bevilget 41 mill. kroner i grunnbevilgning til NKVTS over denne posten i 2019.

#### Oppfølging etter 22. juli

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har gjennomført tre datainnsamlinger gjennom semistrukturerte intervjuer med overlevende og pårørende etter terrorangrepet 22. juli 2011. Forskningen basert på disse innsamlingene har gitt uvurderlig kunnskap om tilstanden for de berørte, men har også vært helt avgjørende for å forbedre tjenestenes arbeid med kriser og katastrofer. I tråd med anbefalingene fra Støttegruppen foreslås det å bevilge 4,5 mill. kroner til NKVTS for å gjennomføre en fjerde datainnsamling.

#### 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.

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging ble opprettet i Sør, Øst, Vest, Midt og Nord-Norge i årene 2006–2008. Etableringen var en tverrdepartemental satsning mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

Bevilgningen skal dekke sentrenes primære oppgaver, som er å sørge for undervisning, veiledning, informasjon og nettverksbygging på volds- 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, strategier og opptrappingsplaner. Midlene er videreført for å dekke finansiering av arbeid med spesialiserte temaer og tiltak.

I tråd med samfunnsoppdraget har sentrene i 2017 hatt et særlig fokus på:

- tiltak i tilknytning til Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)
- implementering av veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord
- kompetanseutvikling i kommunale tjenester
- samhandling, samordning og nettverksbygging mellom tjenester
- tilbud til tjenester som jobber med flyktninger og asylsøkere, især mottakstjenestene
- forebygging/tidlig innsats, især knyttet til radikaliserings og voldelig ekstremisme
- koordinering og samarbeid mellom kompetansesentre regionalt, samt med fagmiljøer som NKVTS og NSSF nasjonalt
- brukervedvirkning, med et særlig fokus på barn og unge

Sentrene har fortsatt sitt arbeid med å utvikle og nytte nettbaserte verktøy og virkemidler for å understøtte kompetanseutviklingen og øke tilgjengeligheten; økt bruk av e-læringsprogrammer/kurs, apper og sosiale medier samt utvidet bruk av videomøteteknologi for å avholde møter, veiledninger og undervisning via video. Dette bidrar til at sentrene i større grad kan nå ut til store geografiske områder med begrenset fremkommelighet. RVTSene har i 2017 lansert ressursportalen flyktning.net som er siktet på hjelpere som arbeider i flyktning-/asylsøkerfeltet. Videre har RVTSene utviklet læringsplattformen Snakke, som skal formidle kunnskap og gi øving til å snakke med barn om vold og overgrep. Sentrene arbeider for økt kompetanse og samarbeid på veteranområdet gjennom de regionale fagnettverkene for innsattpersonell og kursaktivitet, inkludert bevisstgjøringsprosjektet ved landets DPSer.

Fra og med 2017 er hvert RVTS styrket med midler for å gjennomføre tiltak i planen mot vold og overgrep, både for å øke helsepersonells kompetanse om vold mot barn og styrke helsetjenestens arbeid med overgripere.

3 mill. kroner på kap. 762, post 70 til arbeid mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, foreslås overført til RVTSene fra 2019, til arbeidet med oppfølging av handlingsplanen mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Det forutsettes at sen-

trene samarbeider med fylkesmannen om kompetansetiltak og veiledning.

Det foreslås å bevilge 116 mill. kroner til grunnbevilgning til de fem sentrene i 2019.

#### Sinnemestring

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved Brøset Kompetansesenter. Bevilgningen dekker deres bidrag til RVTSenes arbeid med spredning av sinnemestringsmodellen. Brøset kompetansesenter har utviklet egne behandlingsmanualer. Utdanningsprogrammet er på seks samlinger og 100 timer over to semestre.

I 2017 har det blitt utdannet 59 terapeuter i sinnemestring basert på Brøset-modellen, til tverretatlige tjenestesteder som gir behandling til voldsutøvere i nære relasjoner. Det er et krav til deltakerne at ledelsen gir en skriftlig bekreftelse på at deres tjenestesteder iverksetter behandlingstilbud til voldsutøvere. De ulike tjenestesteder er alt fra politiet, kriminalomsorgen/fengsel, kommuner, Bufetat, familievernkontor og spesialisthelsetjenesten. Det er startet et nytt utdanningskull nr. 21 i Trondheim høsten 2017, som vil pågå ut i 2018. Til sammen er 27 behandlere under utdanning her. Alle fylker har nå fått egne terapeuter som har gjennomgått utdanningsprogrammet. Det er pågående følgeforskning av programmet.

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 1,5 mill. kroner til Brøset Kompetansesenter i 2019.

#### 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 har utviklet et opplæringsprogram for tjenestene. NKVTS implementerer metoden i psykisk helsevern for barn og unge i hele landet.

Målene angitt i søknaden om tilskudd er nådd: 46 BUP poliklinikker kartlegger for traumer og posttraumatisk stress og gir tilbud om TF-CBT. Tilbudet er gjennom 2017 blitt styrket ved mange av klinikkene for å bidra til at alle barn og unge med behov blir gitt tilbudet. I hele prosjektperioden har over 400 terapeuter deltatt på opplæring, 252 fullført sertifisering, og 191 er for tiden aktive TF-CBT-terapeuter.

Prosjektet har i hele prosjektperioden utviklet kunnskap om implementering av evidensbaserte

metoder. Denne kunnskapen legger grunnlaget for videreføringen av implementeringen av metoden i nye BUP poliklinikker i hele landet. Resultatene brukes også som kunnskapsgrunnlag for nye prosjekter, som Stepped Care og arbeid med flyktninger. Prosjektet har utviklet egen nettside.

Det ble bevilget 6,9 mill. kroner i 2018. Det foreslås 7,1 mill. kroner til formålet i 2019.

#### 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 overgrepsofsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). I 2017 ble både nettkurs for fastleger om vold og overgrep, samt nettkurs i akuttmedisin for legevaktpersonell ferdigstilt.

Det foreslås å øremerke 3,1 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) til arbeid med vold og overgrep. Det vises for øvrig til omtale under kap. 762, post 63 og 70.

#### Nasjonal støttegruppe etter 22. juli

Den nasjonale støttegruppen etter 22. juli jobber for å begrense helsemessige og sosiale konsekvenser av 22. juli-hendelsen, gjennom informasjonsarbeid, samlinger for de berørte, dialog med myndigheter og erfaringsformidling.

Sorg- og støttegrupper utgjør et viktig supplement til det ordinære tjenestetilbudet for både etterlatte og overlevende etter individuelle kriser og større ulykker og katastrofer. Dette både for å bistå i bearbeidelsen av den potensielt traumatiserende hendelsen og for å gjenopprette funksjoner.

I 2018 ble det bevilget 5 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli. Bevilgningen foreslås videreført med 5,1 mill. kroner i 2019.

#### Tiltak mot menneskehandel og prostitusjon – Pro Sentret

Formålet er å styrke kunnskap om menneskehandel og gi tilskudd til Pro Senteret for oppfølging av og tjenestetilbudet til personer som er ofre/mulige ofre for menneskehandel eller i prostitusjonstiltak.

De fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) ble i 2018 tildelt 2,5 mill. kroner for å gjennomføre

kompetansetiltak i regjeringens handlingsplan mot menneskehandel.

Pro Sentret er Oslo kommunes tjenestetilbud til personer som har erfaring med å bytte eller selge sex. Tjenestetilbudet baseres på prinsippene selvbestemmelse, brukermedvirkning, forebygging og skadereduksjon. Tjenestetilbudet inkluderer individuell oppfølging av personer med prostitusjonserfaring, herunder ofre/antatte ofre for menneskehandel, oppsøkende virksomhet på ulike arenaer hvor salg av sex forekommer, helse-tjenester, samt lavterskel drop-in tilbud med fokus på omsorg, egenmestring, motivasjon og erfaringsutveksling.

I 2017 har det vært en særskilt innsats for å nå ut til menn som selger/bytter sex, oppsøkende arbeid på internett og økt aktivitet på digitale flater for å nå ut til målgruppen. Pro Sentret har vært i kontakt med 668 personer av alle kjønn fra over 40 ulike nasjoner, det ble registrert 1703 treff gjennom oppsøkende arbeid og de hadde 262 ulike informasjons- og veiledningsoppdrag i 2017.

For 2019 foreslås 2,5 mill. kroner til RVTsene og 4,7 mill. kroner til Pro Senteret.

#### Forebygging av selvmord og selvskading

Formålet med bevilgningen er å forebygge og redusere omfanget av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading, og å bedre oppfølgingen av etterlatte etter selvmord.

Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014–2017) er gjennomført. Regjeringen har ønsket en styrket innsats i arbeidet mot selvmord og selvskading, på bakgrunn av status og anbefalinger fra Helsedirektoratet. Større tiltak i handlingsplanen videreføres, bl.a. implementering av veiledende materiell for kommuner om forebygging av selvskading og selvmord, e-læringskurs i vurdering av selvmordsrisiko, veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord og nasjonalt kartleggingssystem for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Stortinget vedtok at det skal utarbeides en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading, jf. anmodningsvedtak nr. 614, 19. april 2018. Første fase med innhenting av kunnskapsgrunnlag om tiltak med dokumentert effekt er igangsatt. Arbeidet må ses i sammenheng med annet arbeid på psykisk helsefeltet. Forebygging av selvskading vil inngå i den kommende opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse.

Tilskuddsordningen knyttet til bevilgningen har vært innrettet mot mål og tiltak i handlingsplanen. Forekomsten av selvmord har vært relativt stabil de seneste årene. Det antas at den nasjonale innsatsen har en viktig effekt i et lengre perspektiv. Mottakerne vurderes til å ha god måloppnåelse på sine aktiviteter. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), VIVAT selvmordsforebygging og LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, ble bevilget midler over denne posten i 2017. I Prop. 1 S (2017–2018) ble bevilgningen til NSSF skilt ut som en egen bevilgning på post 75, hvor rapportering framgår. I 2018 er VIVAT hovedmottaker. LEVE ble gitt tilskudd over kap. 765, post 71 Brukere og pårørende.

I 2017 deltok om lag 6500 personer på VIVATs kurstilbud og kurslederopplæringer.

I 2018 ble det bevilget 5,4 mill. kroner til arbeid mot selvmord og selvskading. Bevilgningen foreslås videreført med 5,5 mill. kroner i 2019.

#### Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) er et kompetansesenter tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Senteret skal utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere omfang av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd og selvskading. NSSFs primæroppgaver er kunnskaps- og kompetanseutvikling gjennom forskning, undervisning, utviklingsarbeid, veiledning, formidling- og informasjonsvirksomhet. NSSF skal samarbeide med RVTsene som har som oppdrag i det forebyggende selvmordsarbeidet, å gi undervisning og veiledning regionalt. Senteret utgir tidsskriftet *Suicidologi*.

NSSF har i 2017 hatt et særlig fokus på arbeid med nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord, forebygging av suicidal og selvskadende atferd blant barn og unge i barnevernet, og utvikling og implementering av strategier og tiltak som bidrar til at flere søker helsehjelp. Detaljert informasjon om senterets aktiviteter framgår av NSSFs årsrapport.

I 2018 fikk senteret tildelt 18,2 mill. kroner. Det foreslås å videreføre grunnbevilgningen i 2019 med 18,5 mill. kroner.



**Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	14 953	14 877	14 971
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	5 802	2 935	3 020
	Sum kap. 0769	20 755	17 812	17 991

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, Omsorg 2020 og andre tiltak for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt utredningsvirksomhet for å utvikle nye og innovative løsninger i omsorgssektoren.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Bevilgningen på posten foreslås redusert med 0,3 mill. kroner, ut over ABE-reformen, til styrking av andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen kan nyttes under post 70. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 70.

**Post 70 Tilskudd**

*Leve hele livet*

Det ble i 2018 bevilget 3,5 mill. kroner til arbeidet med en reform for eldre, *Leve hele livet*. Midlene er benyttet til utvikling av reformen gjennom en omfattende og utadrettet dialogprosess der brukere, pårørende og ansatte kom med innspill. Det ble videre gjort oppsummeringer av kunnskap på reformens hovedområder.

Regjeringen la i mai 2018 fram Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Det skal etableres et nasjonalt og regionalt støtteapparat for reformperioden, som skal gi tilbud om støtte og bistand til kommunene i deres arbeid med å planlegge, utforme og gjennomføre reformen lokalt. Alle kommunene vil bli invitert til å delta i læringsnettverk.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til å spre og implementere reformen i 2019. Det vises til innledningen under kap. 761 og kap. 761, post 21 for nærmere omtale av reformen.

**Satsing på etisk kompetanseheving**

Formålet med satsingen er å bistå kommunene i deres arbeid gjennom støtte til lokale veiledere og en nasjonal koordinering og kvalitetssikring av satsingen. Den årlige etikprisen videreføres. Senter for medisinsk etikk (SME) og KS har etablert et formalisert samarbeid for etikksatsingen for å avklare oppgave- og rollefordeling. Dette omfatter kompetanseutvikling, regionale samlinger mv. Formålet er å sikre et godt samarbeid slik at de samlede ressursene utnyttes til beste for kommunene.

Det ble i 2018 bevilget 2,6 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre øremerket bevilgning til KS for satsingen på etisk kompetanseheving i kommunene i 2019. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Tiltaket må sees i sammenheng med omtale av Senter for medisinsk etikk (SME) på kap. 761, post 21.

**Teknologier for trygghet og mestring**

Det er i 2018 bevilget 2 mill. kroner til Helsedirektoratets ivaretagelse av bl.a. prosessveiledning av kommuner, nettverkssamlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner, som del av satsingen på teknologier for trygghet og mestring. Se kap. 761, post 21 for nærmere omtale. Bevilgningen foreslås videreført i 2019. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Se kap. 701, post 21 for en helhetlig omtale av programmet.

**Kreativ skrivning for eldre**

Det ble i 2016 etablert et søkbart tilskudd til prosjekter som skal bidra til utvikling og spredning av kreativt skrivearbeid blant eldre. Formålet er å bidra til økt mestring og livskvalitet for eldre. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til formålet i 2018. Bevilgningen foreslås videreført i 2019.

### Kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem – trygghetsstandard

Som et ledd i satsingen på kvalitet i tjenesten, ble det i 2014 igangsatt 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.

Fire kommuner har deltatt i prosjektet: Tromsø, Sortland, Kristiansund og Eidskog. Kommunene har jobbet målrettet med å:

- Bygge gode systemer og strukturer, «grunnmuren»
- Lære seg modeller for kvalitetsforbedring
- Teste ut på tre konkrete temaområder om arbeidet med pkt. 1 og 2 gir bedre resultater

Tilbakemeldingen fra pilotkommunene er at arbeidet har gitt gode resultater. En evaluering gjennomført av Senter for omsorgsforskning indikerer også positive resultater av piloteringen.

Prosjektet ble avsluttet medio juni 2018. Helse- og omsorgsdepartementet har oppsummert erfaringene fra prosjektet. På denne bakgrunn foreslås det at trygghetsstandardarbeidet tas inn som en del av gjennomføringen av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* og at pilotkommunene brukes som veiledere og inspirasjonskilder i planleggingen og gjennomføringen i reformen. Videre skal trygghetsstandard som verktøy videreføres. Det skal gjennomføres tjenestedesignprosesser i de fire pilotkommunene primo 2019 for å revidere det konkrete verktøyet med tanke på videre implementering og spredning til andre sykehjem og andre kommuner. Ytterligere en til to kommuner involveres i prosjektet for å få et klarere bilde av hva som hemmer/fremmer spredning og erfaringsdeling i praksis.

I 2018 ble det bevilget 5 mill. kroner til kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2019.

### Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Formålet med programmet er å bidra til innovative offentlige anskaffelser og verdiskapning. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet, som er initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS, med Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) som en sentral aktør fra statens side. Programmet har i 2017 hatt økt fokus på stra-

tegisk forankring, felles anskaffelser, formidling, veilednings- og spredningsaktivitet. Rapporteringen for 2017 viser bl.a. at det gjennom initiativ fra programmet er gjennomført sju fellesanskaffelser, hvorav ett på velferdsteknologi og ett på heldøgns omsorg med hhv. 80 og 4 offentlige virksomheter involvert. Tiltaket foreslås videreført i 2019.

### Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Evalueringen av Omsorgsplan 2015 viser at planlegging er et viktig virkemiddel for utbygging og omstilling av 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 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.

Det følger av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, at kommunene skal gis støtte og veiledning til lokalt planarbeid. Et sentralt hjelpemiddel i planarbeidet er gode data og et valid faktagrunnlag.

Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til tiltaket i 2018. Midlene foreslås videreført i 2019. Videre vises det til kap. 761, post 21, der det foreslås en styrking av ressursportalen for analyse og planlegging med 2 mill. kroner i 2019. Midlene skal bidra til at ressursportalen blir tilgjengelig for alle kommuner, som del av arbeidet med *Leve hele livet*.

### 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 utdanningsprogrammet *Samplan*. Tiltaket foreslås videreført i 2019.

#### Pasientsikkerhetsprogrammet

Det ble i 2016 bevilget midler til det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Sentralt i programmet er å videreutvikle kommune- og helseperspektivet. Pasientsikkerhetsprogrammet har fokus på riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste og på å forebygge infeksjoner, trykksår og fall. Det er behov for å videreføre arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet og videreutvikle varig nasjonal samordnet og koordinert innsats for å bedre pasientsikkerheten, i tråd med oppdatert kunnskap om pasientsikkerhet. Det foreslås derfor å videreføre midlene fra program-

met I trygge hender 24-7. Helsedirektoratet har som nasjonal fagmyndighet ansvaret for å videreføre og videreutvikle det nasjonale arbeidet for å understøtte pasientsikkerhet i tjenesten. Det vises til kap. 781, post 21 for nærmere omtale.

#### Pensjonistforbundets bekymringstelefon

Norsk Pensjonistforbund har i flere år drevet Bekymringstelefon for eldre og uføre. Telefontjenesten gir informasjon, råd og veiledning. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Norsk Pensjonistforbund på 400 000 kroner til bekymringstelefonen i 2019.

## Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
770	Tannhelsetjenester	280 769	314 066	327 486	4,3
	Sum kategori 10.70	280 769	314 066	327 486	4,3

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
01-23	Statens egne driftsutgifter	36 527	34 873	35 093	0,6
70-89	Andre overføringer	244 242	279 193	292 393	4,7
	Sum kategori 10.70	280 769	314 066	327 486	4,3

### Organisering av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenester, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tjenester til den øvrige befolkningen. Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av lov om tannhelsetjenesten og av lov om folketrygd og forskrifter til disse.

Fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, inkludert odontologiske spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for hele befolkningen i fylket. Det innebærer at i fylker med utilstrekkelig offentlig og privat dekning, må fylkeskommunene vurdere hvordan kapasiteten skal øke, enten ved å ansette flere tannpleiere, tannleger eller tannlegespesialister, eller ved å inngå avtale med private.

Størstedelen av tannbehandling med stønad fra folketrygden blir utført i privat sektor. Det vises til omtale under kap. 2711, post 72, og del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

Kostra-tall for 2017 fra Statistisk sentralbyrå (SSB) er kilden til omtalen av personell, fylkeskommunal tannhelsetjeneste og finansiering.

### Personell

Sammenliknet med andre land har Norge høy tannlegedekning, med 8,5 avtalte tannlegeårsverk per 10 000 innbyggere. De siste ti årene har tannlegedekningen vært stabil, det vil si at økningen i antall årsverk langt på vei har fulgt økningen i befolkningstall når private og offentlig ansatte tannleger ses under ett.

Tannpleierdekningen på landsbasis var i 2017 1,9 avtalte årsverk per 10 000 innbyggere. Høyest dekning hadde Troms (4,3 årsverk) og Finnmark (3,8 årsverk).

Det er betydelig geografisk variasjon i tannlegedekningen. Fylket med flest allmenntannleger per 10 000 innbyggere hadde 1,6 ganger flere tannleger enn fylket med færrest. For tannlegespesialister er variasjonen større, hvor fylket med flest spesialister per 10 000 innbyggere hadde 3,5 ganger flere spesialister sammenliknet med fylket med færrest.

Den samlede dekningen av allmenn- og spesialisttannleger i offentlig og privat sektor var lavest i Sør-Trøndelag, Akershus og Hedmark. Samlet tannlegedekning var høyest i Troms, Oslo og Nordland.

Den private tannlegedekningen i 2017 var 5,2 avtalte allmenntannlegeårsverk per 10 000 innbyggere. Oslo har tre ganger flere private tannleger per innbygger sammenliknet med Finnmark, hhv. 7,4 tannleger og 2,8 tannleger per 10 000 innbyggere. De tre fylkene med svakest privat tannlegedekning var Finnmark, Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag. De tre fylkene med høyest privat tannlegedekning var Oslo, Telemark og Østfold.

I fylkeskommunal tannhelsetjeneste var det på landsbasis 2,6 tannleger per 10 000 innbyggere. I

Troms og Finnmark var det flest offentlig ansatte tannleger per 10 000 innbygger. Antallet var også høyt i hhv. Nordland, Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag.

Andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er redusert de siste 15 årene og utgjør 3 pst. av antall årsverk. I Nord-Norge er tilgangen på tannleger blitt betydelig bedre etter at tannlegeutdanningen i Tromsø kom i drift. I Finnmark var det i 2017 ingen ubesatte tannlegestillinger. Fylker med høyest andel ubesatte offentlige tannlegestillinger var Møre og Romsdal (13 pst.), Sør-Trøndelag (11 pst.) og Troms (9 pst.).

Tabell 4.14 Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2010	2012	2015	2016	2017
Antall årsverk	9 931	10 467	10 939	11 254	11 408
herav:					
tannlegespesialister	386	519	445	458	473
allmenntannleger	3 703	3 961	3 949	4 013	4 042
tannpleiere	774	834	924	957	991
tannhelsesekretærer	3 854	4 000	4 463	4 619	4 689

#### Fylkeskommunal tannhelsetjeneste

I alt 30 pst. av befolkningen var under tilsyn av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2017. Den private tannlegedekningen er svak i en del fylker. Dette kompenseres ved at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten yter tjenester til en større del av voksenbefolkningen. Tannhelsetjenesten i Finnmark hadde 44 pst. av fylkets befolkning under tilsyn i 2017. I Nordland var andelen 38 pst., mens tilsvarende andel for Oslo var 22 pst.

I alt var om lag 1 588 000 personer under tilsyn av fylkeskommunal tannhelsetjeneste i 2017. Av disse hadde om lag 1 328 000 personer rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og om lag 260 000 var voksne uten rettigheter.

I 2017 ble om lag 1 020 000 personer undersøkt/behandlet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, dvs. 19 pst. av landets befolkning. Som følge av bedre tannhelse blant barn og unge har de fleste fylkeskommunene innført praksis med lengre tidsintervall mellom hver innkalling til tannhelseundersøkelse for personer med god tannhelse og lav sykdomsutvikling. Dette har

resultert i nedgang i antall personer som behandles hvert år, men har ført til større tidsbruk per person når de først er inne til undersøkelse/behandling. Om lag 24 000 færre personer med rettigheter ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2017 sammenliknet med 2016. Dette er en reduksjon på om lag 3 pst. Det har vært en nedgang i antall undersøkte/behandlede for de fleste grupper med rettigheter, herunder barn og unge, unge 19–20 år, beboere på sykehjem og personer som mottar hjemmesykepleie. Det har vært en økning for psykisk utviklingshemmede og innsatte i fengsel. For betalende voksne har det vært en nedgang på om lag 18 000 undersøkte/behandlede.

Andelen i de ulike gruppene med rettigheter som ble undersøkt/behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2017 var:

- 80 pst. for psykisk utviklingshemmede
- 68 pst. for barn og unge 3–18 år
- 66 pst. for beboere i institusjon
- 42 pst. for ungdom 19–20 år
- 23 pst. for hjemmeboende med hjemmesykepleie

På landsbasis ble 5 pst. av voksenbefolkningen undersøkt/behandlet ved fylkeskommunale tannklinikker. Variasjonene er store. I tre fylker ble en pst. eller mindre behandlet i 2017, dvs. Oslo, Østfold og Akershus. I Finnmark, Nordland, Telemark, Rogaland, Nord-Trøndelag og Aust-Agder var andelen over 10 pst. Finnmark var høyest med 19 pst.

#### Utadrettet forebyggende arbeid

Fylkeskommunenes utadrettede forebyggende arbeid er rettet mot helsestasjoner, barnehager, skoler og personell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Størst innsats er det i Buskerud, Vestfold og Finnmark, hvor omfanget av dette arbeidet er omtrent dobbelt så stort sammenliknet med landsgjennomsnittet for fylkene på 62 timer per 10 000 innbyggere. I Buskerud er det utadrettede forebyggende arbeidet systematisert, og det er laget en plan for hvor ofte tannpleiere

skal være ute i sykehjem for å veilede pleiere, basert på kartlegging av beboernes tannhelse og av andel beboere med egne tenner. En økende andel beboere i sykehjem har egne tenner. En kartlegging i Buskerud viste at 85 pst. av sykehjemsbeboerne hadde egne tenner og ikke brukte protese. Dette medfører større behov for hjelp til daglig tann- og munnstell, samt jevnlig oppfølging av tannhelsepersonell.

#### Finansiering

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste er finansiert gjennom frie inntekter, dvs. skatteinntekter og rammetilskudd som en del av inntektssystemet for fylkeskommunene. Til enkelte formål mottar fylkeskommunene øremerkede tilskudd, bl.a. til behandling av innsatte i fengsler og til behandling av personer som har vært utsatt for tortur eller overgrep, og personer med stor angst for tannbehandling (odontofobi).

Tabell 4.15 Fylkeskommunenes brutto og netto driftsutgifter til tannhelsetjenester

	2010	2014	2015	2016	2017
Brutto driftsutgifter, konsern	2 749 416	3 290 809	3 313 400	3 436 661	3 477 245
Netto driftsutgifter, konsern	2 059 309	2 365 222	2 320 482	2 421 413	2 467 773

Målt i brutto driftsutgifter brukte fylkeskommunene til sammen i underkant av 3,5 mrd. kroner på tannhelsetjenester i 2017, en økning med 1,1 pst. fra 2016. 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 om lag 2,5 mrd. kroner. Det meste av fylkeskommunenes inntekter utgjøres av egenbetaling fra voksne pasienter.

Fra folketrygden ble det utbetalt 2,4 mrd. kroner i stønad til tannbehandling i 2017. Det vises til nærmere omtale under kap. 2711, post 72 og del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

#### Oppfølging av Stortingets behandling av Prop. 71 L (2016–2017)

Våren 2017 fremmet regjeringen forslag til lovregulering av tannhelsetjenesten som et kommunalt ansvar, jf. Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). I proposisjonen foreslo regjeringen bl.a. endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og i pasient- og brukerrettighetsloven som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Lovforslaget ble vedtatt uten at ikrafttredelsestidspunktet ble fastsatt, jf. Innst. 378 L (2016–2017). Ved behandlingen av lovforslaget fattet Stortinget flere anmodningsvedtak. Disse er omtalt i del I.

**Kap. 770 Tannhelsetjenester**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	36 527	34 873	35 093
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	244 242	279 193	292 393
	Sum kap. 0770	280 769	314 066	327 486

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

- 10 mill. kroner til tannbehandling av tortur- og overgrepsofre og personer med odontofobi

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Bevilgningen foreslås redusert med 0,6 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Siden 2012 er det bevilget tilskudd til regionale helseforetak til forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus. Sykehusene St. Olav (Trondheim), Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø), Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg sykehus (Oslo) og Haukeland Universitetssykehus (Bergen) deltar i forsøksordningen. Forsøket omfatter forebyggende tjenester, opplæring av sykehusansatte i munnstell, vurdering av tannhelseforhold, undersøkelse og eventuell tannbehandling av innlagte pasienter. Forsøket omfatter også utvikling av rutiner for systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten etter utskrivning fra sykehus. Tilskuddet foreslås videreført med 21 mill. kroner i 2019. I tillegg foreslås midler til slutføring av evaluering av forsøksordningen.

Helsedirektoratet har påbegynt et utredningsarbeid angående sosial ulikhet i tannhelse blant barn og unge. Som del av dette arbeidet er direktoratet i gang med utarbeiding av nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge, og som særskilt er rettet inn mot sosial ulikhet og annen ulikhet i tannhelse. Arbeidet inngår i regjeringens strategi mot barnefattigdom. Tilskudd til arbeidet videreføres i 2019.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan søke om opptak til utdanningen, og flere har gjennomført utdanningen. Se nærmere omtale under kap. 762 og kap. 765. Tilskuddet videreføres med 1 mill. kroner i 2019.

Bevilgningen dekker også Helse- og omsorgsdepartementets andel av nedbetaling av lån som Troms fylkeskommune tok opp ved byggingen av Tannbygget i Tromsø. Tannbygget inneholder både universitetets arealer til utdanning av tannleger og tannpleiere, og fylkeskommunens odontologiske kompetansesenter, se omtalen av de regionale odontologiske kompetansesentre under post 70. Tilskuddet videreføres med 2,2 mill. kroner i 2019.

I forbindelse med tannhelsedelen i Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT-undersøkelsen), har Regionalt odontologisk kompetansesenter Midt-Norge i samarbeid med Direktoratet for e-helse under utprøving et standard kodeverk for diagnoser og behandlinger til bruk i elektronisk pasientjournal (EPJ). Utprøvingen vil bli avsluttet i 2019. Det tas sikte på at kodeverket, basert på evaluering av utprøvingen, implementeres i EPJ. Et slikt kodeverk er viktig for registrering av standardiserte data i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og for standardisering av diagnosebegreper som grunnlag for folketrygdens stønadsordninger til tannbehandling. Tilskudd til IKT-utvikling i tannhelsetjenesten videreføres med 3 mill. kroner i 2019.

Midlene vil også bli brukt til videreføring av samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av tannbehandlingsmaterialet amalgam. Et delprosjekt vil fortsette fram til 2021.

I tillegg vil midlene bli brukt til planlegging av evaluering av universitetenes organisering av integrert løp for dobbeltkompetanseutdanning av tannleger (spesialist- og forskerutdanning), til planlegging av evaluering av fylkeskommunenes tilbud til personer som har vært utsatt for tortur og/eller overgrep, og til personer med stor angst for tannbehandling/odontofobi. Midlene vil også bli brukt til videre forprosjektering av utprøving av abonnementsavtale for tannhelsetjenester til voksne, jf. omtale i Prop. 1 S (2017–2018).

## Post 70 Tilskudd

Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner til styrking av det fylkeskommunale tilbudet til pasienter med odontofobi mv. Videre foreslås bevilgningen redusert med 4,9 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Formålet med bevilgningen er å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer og bedre tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester, spesielt i den offentlige tannhelsetjenesten. Videre er det et formål å bidra til økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving i den offentlige tannhelsetjenesten, og til heving av kvaliteten i tannbehandlingen generelt når det gjelder odontologiske biomaterialer som anvendes i tannhelsetjenesten, jf. Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027).

### Tilrettelagt tannhelsetilbud

Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og til personer med odontofobi ble i budsjettet for 2018 styrket med 20 mill. kroner, slik at bevilgningen utgjorde drøye 60 mill. kroner. Oppbyggingen av tilbudet er en følge av Stortingets anmodningsvedtak nr. 392, 7. mars 2008. Om lag 35 team med psykolog/tannlege/tannhelsetesekretær er etablert. Fylkeskommunene registrerer en betydelig økning i etterspørselen etter tilbudet. I flere fylker er det ventelister, både for odontofobi-behandling og for oppstart av tannbehandling etter gjennomført odontofobi-behandling. Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner i 2019.

### Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten

Universitetet i Bergen har i mange år organisert et kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger som er bosatt i Norge og som har utdanning fra land utenfor EØS-området. Siktemålet er norsk autorisasjon som tannlege. Seks til åtte kandidater er til enhver tid under utdanning. Tilskuddet videreføres i 2019 med om lag 6 mill. kroner.

Siden etableringen av tannpleierutdanningen ved Høyskolen i Hedmark har Hedmark fylkeskommune organisert praksisplasser for tannpleierstudentene ved høyskolen. All praksis organiseres av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i samarbeid med 4–5 fylkeskommuner på Østlandet. Hvert år tas det opp om lag 30 studenter til utdanningen. Tilskuddet videreføres i 2019 med om lag 6 mill. kroner.

Fra 2015 er det gitt tilskudd til videreutdanning for tannpleiere, organisert ved Høyskolen i Sørøst-Norge, og til masterutdanning for tannpleiere. Videreutdanningen er tilrettelagt for senere påbygning til master i helsefremmende arbeid. I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det behov for tannpleiere med både videreutdanning i det aktuelle fagområdet og med masterutdanning. Det er også behov for tannpleiere med forskerutdanning. Tilskuddet videreføres i 2019 samlet sett med om lag 3,5 mill. kroner til hhv. Høyskolen i Sørøst-Norge til organisering av utdanningen, og til lønnsutgifter og reise-/oppholdsutgifter til tannpleiere ansatt i fylkeskommunene/de regionale odontologiske kompetansesentre eller i sykehus, og som tar de aktuelle utdanningene.

De regionale odontologiske kompetansesentrene, organisert av fylkeskommunene, skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Dette gjelder særskilt overfor personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Videre skal sentrene gi fagstøtte til tannklinikkerne, og bidra i forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027). Det vises til nærmere omtale i Prop. 1 S (2017–2018), kap. 770 Tannhelsetjenester, post 70 Tilskudd. I tillegg skal sentrene ha en viktig oppgave i forbindelse med praksisdelen i spesialistutdanningen av tannleger.

Fylkeskommunene finansierer den odontologiske spesialistvirksomheten ved sentrene. Det statlige tilskuddet finansierer forskning og kunnskapsutvikling, fagstøtte til tannklinikkerne og kompetansesentrene delttagelse i spesialistutdanning av tannleger. Tilskuddet utgjør om lag 98 mill. kroner i 2018. Ved sentrene er det over 50 personer (om lag 30 årsverk) som benyttes til forskning. Enkelte spesialister har dobbeltkompetanse (spesialist- og forskerutdanning) og om lag 50 ansatte spesialister/forskere på kompetansesentrene har kombinasjonsstilling med enten universitet, sykehus, annet kompetansesenter eller privat sektor. Sentrene har et omfattende forskningssamarbeid med ulike fagmiljøer på universiteter og andre forskningsinstitusjoner, både i Norge og i andre land (USA, England, Sverige, Danmark, Nederland og Tyskland). Det vises til øvrig omtale av kompetansesentrene i Prop. 1 S (2017–2018). Tilskuddsmidler til de statlig finansiererte oppgaver videreføres med 105 mill. kroner i 2019. Oppfølging av tiltakene i Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om



kunnskapsløft for oral helse (2017–2027), skal vektlegges i aktivitetsøkningen som følge av bevilgningen.

Organisering av spesialistutdanning av tannleger og planer for videreutvikling av spesialistutdanningene er nærmere beskrevet i Prop. 1 S (2017–2018). For 2018 er tilskuddet til universitetene i hhv. Bergen, Oslo og Tromsø og til de odontologiske kompetansesentrene som deltar i praksisdelen av spesialistutdanningene videreført fra 2017. Tilskuddet omfatter i alt om lag 85 spesialistkandidater. I tillegg gis lønnstilskudd til tannleger som tar spesialistutdanning som del av en dobbeltkompetanseutdanning (spesialist- og forskerutdanning). Tilskuddsmidlene videreføres i 2019 til disse formål innenfor en ramme på om lag 62 mill. kroner. I den sammenheng prioriteres spesialistutdanning av søkere/kandidater til utdanning i barnetannpleie (pedodonti), søkere som har avtale med fylkeskommune/annen offentlig virksomhet og kandidater i dobbeltkompetanseutdanning. I tillegg gis lønnstilskudd til kandidater under spesialistutdanning i pedodonti og i multidisiplinær odontologi, som er under utprøving i Tromsø. Det gis også tidsbegrenset tilskudd til fylkeskommunene til opprettelse av stillinger for spesialister i pedodonti. Disse tilskuddene videreføres samlet sett med om lag 6,5 mill. kroner i 2019.

#### Tannbehandlingsmaterialer

Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) er et nordisk samarbeidsorgan under norsk eierskap. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjene, mens UniRand AS/Universitetet i Oslo eier 51 pst. Basert på samarbeidsavtale med Nordisk Ministerråd (NMR) finansierer NMR om lag 1/3 av Nioms budsjett, basert på treårige avtaler. Tilskuddet fra departementet utgjør i 2018 24 mill. kroner. Formålet med og opp-

gavene til Niom er beskrevet i Prop. 1 S (2017–2018) under kap. 770, post 70.

Det tas sikte på at fra 2019 overtar Norwegian Research Centre AS (NORCE AS) eierskapet til 51 pst. av aksjene, dvs. aksjeandelen som i dag eies av UniRand AS/Universitetet i Oslo. Universitetet i Oslo ønsker å avvikle UniRand AS som randsoneorganisasjon. Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert alternative organisatoriske driftsformer som ivaretar NMRs vilkår for Niom som et nordisk samarbeidsorgan. Sentralt i dette er bl.a. hensynet til nordisk styring av Niom og forutsetningen om økonomisk drift i henhold til regnskapsloven.

Konklusjonen er at NORCE AS overtar eierskapet til aksjeandelen til UniRand, og organiserer Niom AS som et datterselskap. NORCE AS er en nyetablert forskningsinstitusjon basert på sammenslåing av forskningsinstitusjoner i henholdsvis Bergen, Stavanger og Agder. Universitetet i Bergen eier 51 pst. av aksjene. Både NORCE AS, Niom AS og Helse- og omsorgsdepartementet ser store muligheter for synergieffekter med denne organiseringen. Overføring av aksjene vil skje fra 1. januar 2019. Helse- og omsorgsdepartementet viderefører eierskapet til 49 pst. av aksjene, for dermed å sikre nordisk representasjon i styret til Niom AS. Niom vil videreføre sin aktivitet i lokalene i Oslo, hvor det er inngått leieavtale på 15 år (2010–2025), med videre opsjon på ytterligere 4 x 5 år. Niom har også en viktig rolle i oppfølging av departementets Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet. Det foreslås en bevilgning på 26 mill. kroner i 2019.

Videre foreslås det 5,5 mill. kroner til videreføring av aktivitetene ved Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG), organisert i NORCE AS. Departementet vil i løpet av 2019 vurdere aktuell sammenslåing av BVG og Niom med sikte på effektivisering, hensiktsmessig ressursutnyttelse og økt måloppnåelse.

## Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
780	Forskning	347 207	330 624	336 212	1,7
781	Forsøk og utvikling mv.	138 222	134 633	136 875	1,7
783	Personell	205 604	206 467	274 687	33,0
	Sum kategori 10.80	691 033	671 724	747 774	11,3

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
01-23	Statens egne driftsutgifter	126 461	102 919	169 539	64,7
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	347 207	330 624	336 212	1,7
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	141 810	141 231	142 708	1,0
70-89	Andre overføringer	75 555	96 950	99 315	2,4
	Sum kategori 10.80	691 033	671 724	747 774	11,3

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

- 66,2 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til kvalifikasjonsprogram for ELTE-studenter

Forskning, utdanning og innovasjon er viktige virkemidler for å nå målsettingen om å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet og gi befolkningen trygge-, gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenesten er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av den totale arbeidskraften. Tjenesten har viktige roller vis-a-vis utdanningssektoren, som praksisarena, framtidig arbeidsgiver og avtalepart. For å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester er det avgjørende å ha tilstrek-

kelig personell med riktig kompetanse, og forskning med høy kvalitet og nytte. En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er derfor viktig for å legge til rette for en kunnskapsbasert, framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

HelseOmsorg21-strategien og regjeringens handlingsplan for oppfølging av denne samt regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning, er del av den 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 regjeringen og de øvrige aktørenes oppfølging av HelseOmsorg21-strategien i budsjettets del III.

**Kap. 780 Forskning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
50	Norges forskningsråd mv.	347 207	330 624	336 212
	Sum kap. 0780	347 207	330 624	336 212

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

- En økning på 1 mill. kroner til å styrke forskning primært rettet mot strålevern og håndtering av radioaktivt avfall gjennom EUs forskningsprogram Euratom.

Forskning, utvikling og innovasjon er sentrale virkemidler i utviklingen av kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet i helse- og omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet. Sektorprinsippet for forskning betyr at hvert departement har ansvar for forskning innenfor sin sektor, dette omfatter åtte elementer. Dette innebærer (i) oversikt over kunnskapsbehov, (ii) systematisk vurdere forskning som virkemiddel, (iii) forskning og kompetanseoppbygging for sektoren, (iv) forskning for politikkutforming og forvaltning, (v) høy vitenskapelig kvalitet og relevans i forskningen, (vi) være bevisst på hvilken kanal som velges for forskningsfinansiering, (vii) samarbeide med andre departementer og (viii) å følge opp internasjonalt forskningssamarbeid.

Samtidig med forslag til statsbudsjettet for 2019, legger regjeringen frem Meld. St. 4 (2018–2019) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2019–2028. Planen er en revisjon av Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024. Langtidsplanen har tiårige mål og prioriteringer og gir uttrykk for hva regjeringen mener er særlig viktig å prioritere den kommende fireårsperioden. For nærmere omtale, se del III, kap. 5, i Prop. 1 S for Kunnskapsdepartementet.

**Forskning og driftstilskudd**

Departementet finansierer i hovedsak forskning og oppbygging og drift av forskningsmiljøer gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale kompetanse- og

forskningscentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Forskning og innovasjon i helseforetakene og Kreftregisteret er omtalt under kap. 732, post 70, post 72–75 og post 78. Nasjonalt senter for e-helseforskning og kunnskapsbehov på e-helseområdet er omtalt under kap. 744, post 21. For forskning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten vises det til omtale under kap. 762 Primærhelsetjenestene post 21 og 70, kap. 761 Omsorgstjeneste, post 21, 60 og 67 og kap. 770 Tannhelsetjenester, post 21 og 70. Forsknings- og utviklingsarbeid og kunnskapsproduksjon er en integrert del av arbeidsoppgavene til Folkehelseinstituttet, jf. omtale under kap. 745 Folkehelseinstituttet og kap. 714 Folkehelse, post 79. Fra 2016 inngår også rusforskning og helse- og omsorgstjenesteforskning, jf. omtale under kap. 745. Øvrige tiltak er omtalt under kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, postene 21, 74 og 75, kap. 781 Forsøk og utvikling mv., post 21 og kap. 783 Personell, postene 21 og 79.

**Post 50 Norges forskningsråd mv.**

Det foreslås følgende flytting:

- 2,5 mill. kroner fra kap. 285, post 55, knyttet til tilbakeføring av virksomhetskostnader til Norges forskningsråd fra Kunnskapsdepartementets budsjettområde

Bevilgningen dekker fire forskningsprogram og blant annet en strategisk satsing på kvinnehelse og kjønnsperspektivet. Det foreslås bevilget 336,2 mill. kroner i 2019.

Regjeringen har fastsatt fem mål for Norges forskningsråd (Forskningsrådet) som er felles for alle departementene. Disse er

- økt vitenskapelig kvalitet
- økt verdiskapning i næringslivet
- møte store samfunnsutfordringer
- et velfungerende forskningssystem
- god rådgiving

Det er utarbeidet et felles styringssystem for departementenes styring av Forskningsrådet. Helse- og omsorgsdepartementet styrer midlene til Forskningsrådet i tråd med dette. Samlet resultat av virksomheten til Forskningsrådet i 2017 er omtalt i budsjettproposisjonen til Kunnskapsdepartementet for 2019. Fra 2018 er bevilgninger til drift av Forskningsrådet samlet på en post på budsjettet til Kunnskapsdepartementet, jf. Verksemdskostnader, kap. 285 post 55. Det har vist seg å være behov for en nærmere avklaring om hva som skal regnes som FoU-midler og hva som skal regnes som virksomhetskostnader. Som følge av dette foreslås det å flytte 2,5 mill. kroner for drift av HelseOmsorg-21 monitor tilbake til kap. 780 post 50 i 2019, endelig beløp avklares i budsjettet for 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer Program for Gode og effektive helse-, omsorgs-, og velferdstjenester (Helsevel), Program for God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling), og Bedre helse og livskvalitet (Bedrehelse). Departementet delfinansierer sammen med Utenriksdepartementet Program for Global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC). I tillegg finansieres en strategisk satsing om forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet og Forskningscentre for klinisk behandling. Fra 2018 inngår Program for stamcelleforskning i programmet Behandling. I ovennevnte programmer og satsinger stilles krav om brukermedvirkning i hele forsknings- og innovasjonsprosessen og at forskningsprosjekter skal vurderes ut fra både vitenskapelig kvalitet og nytte for sluttbruker. Behovsidentifisert forskning, som retter seg mot brukerens og tjenestens behov for ny kunnskap på områder med identifiserte kunnskapshull, supplerer dagens forskerinitierte prosjekter.

Når det gjelder de ovennevnte fastsatte målene til Forskningsrådet, finnes hoveddelen av satsingen innenfor helseforskning og forskningsbasert innovasjon innenfor målet om å møte de store samfunnsutfordringene konkretisert som Fornyelse i offentlig sektor og bedre og mer effektive velferd-, helse-, og omsorgstjenester. Den samlede innsatsen til Forskningsrådet innenfor denne prioriteringen var på 760 mill. kroner i 2017, en økning fra 588 mill. kroner i 2016, hvor helse- og velferdsfeltet utgjør over halvparten av innsatsen.

Basert på kategoriseringen av porteføljen i Forskningsrådet, etter helsekategori og forskningsaktivitet fra Health Research Classification System (HRCS), indikeres en endring i profilen på

helseforskningsprogrammene sammenlignet med 2016. Det er en økning i kategoriene generell helserelevans og tjenesteforskning, og reduksjon i andelen grunnforskning og årsaksforhold. Innenfor de ulike helsekategoriene er det mest forskning på kreft, infeksjoner, hjernen og nervesystemet deretter psykisk helse, og minst forskning på øye og øre. Ved en sammenlikning av Forskningsrådets finansiering i 2016 med sykdomsbyrde i Norge for en rekke sykdommer/helsekategorier for 2013 finner en at den største forskjellen mellom sykdomsbyrde og forskningsinnsats er innenfor muskel-skjelettsykdommer, hjerneslag og skader/ulykker.

#### Programmer

##### *EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020 mv.*

Forskningsrådet har det operative ansvaret for realiseringen av samarbeidet om EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, og det europeiske forskningsområdet European Research Area (ERA). Innenfor helse hentet Norge tilbake 1,5 pst. av utlyste midler ved utgangen av 2017, tilsvarende for 2016 var 1,1 pst. Det er helserelatert forskning i alle de tre pilarene i Horisont 2020. For utlysningene i 2014 – 2017 har norske miljøer totalt sendt 486 søknader til Health, Demographic Change and Wellbeing, mot 339 i forrige rammeprogram. Av disse ble 61 søknader innstilt for finansiering, som i sum utgjør 40 mill. euro. Helseforskning i de to andre pilarene i Horisont 2020 utgjorde 42 mill. euro samlet for de fire første årene. Sammenliknet med Sverige og Danmark har Norge sendt færre søknader, men i utlysningene med frist i 2017 gjorde Norge det best av de nordiske landene. Konkurransen i helseprogrammet er høy. Universitets- og høyskolesektoren har den største andelen søknader og innstilte prosjekter, etterfulgt av næringslivet, helseforetak og instituttsektoren.

De felleseuropeiske forskningsprogrammene Joint Programming Initiative er de europeiske landenes virkemiddel for å samarbeide om ti felles definerte samfunnsutfordringer. Det internasjonale forskningssamarbeidet skal bidra til å koordinere, effektivisere og samordne forskningsinnsatsen. Hvert land finansierer sin deltakelse. Departementet og Norges forskningsråd følger opp programmene nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens/antimikrobiell resistens (JPIAMR) og helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer (JPI HDHL). Norske forskningsmiljøer deltar i

utlysninger, prosjekter og arbeidsgrupper innenfor alle de tre programmene. Euratoms forsknings- og kompetanseprogram (2014–2018) komplementerer EUs forsknings- og innovasjonsprogram, Horisont 2020, når det gjelder feltene kjernefysisk forskning og kompetanse. Det har en målsetning om å drive kjernefysisk forskning- og kompetanseaktiviteter med en vekt på å bedre den kjernefysiske sikkerheten og sørge for bedre strålevernbeskyttelse. Ved å bidra til disse målene, skal Euratom forsterke Horisont 2020. Programmet er planlagt videreført for å dekke hele perioden til Horisont 2020 (2014–2020). Norske forskningsmiljøers innsats er primært rettet mot strålevern og håndtering av radioaktivt avfall. Nærings og fiskeridepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet finansierer programmet fra norsk side med én mill. kroner per år hver. Regjeringen foreslår at disse departementer øker sine bevilgninger til programmet til 2 mill. kroner per år i perioden 2019–2022, økningen på en mill. kroner er en omfordeling av midler fra kap. 714, post 79. Det er viktig at norske forskningsmiljøer deltar i aktiviteter i EU knyttet til sikkerhet og beredskap.

Fra 2018 inngår helse, omsorg og velferdsteknologi i forskning- og teknologiavtalen Norge har med Japan. Forskningsrådet har det operative ansvaret for å følge opp avtalen.

#### *Program for Bedre helse og livskvalitet (BedreHelse)*

Programmet skal bidra til forskning for bedre helse, økt livskvalitet og redusert sosial ulikhet i helse, dette inkluderer bl.a. forskning innenfor psykisk helse, fysisk aktivitet, rus og ernæring. I 2017 hadde programmet en portefølje på i alt 47 aktive prosjekter og en ramme på 165,2 mill. kroner. Det ble i 2017 gjennomført fem utlysninger, og 20 nye prosjekter hadde oppstart. Innenfor antibiotikaresistens vil utlysning av nettverk og samarbeidsprosjekter med India bidra til å bygge kapasitet.

#### *Program for Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HelseVel)*

Programmet skal bidra til forskning og innovasjon på god kvalitet, kompetanse og effektivitet i de helse-, omsorgs-, og velferdstjenestene gjennom tjenesteforskning, og styrke grunnlaget for kunnskapsbasert utdanning og yrkesutøvelse på tvers

av sektorer. Programmet finansieres av Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, med Helse- og omsorgsdepartementet som hovedfinansør.

I 2017 hadde programmet 74 aktive prosjekter. Det er gjennomført fire utlysninger i 2017 og bevilget midler til 21 nye prosjekter, to kjerne miljø for samhandling og metode og en tjenestesign- og tjenesteinnovasjonsklynge. Programmet støtter norsk deltakelse i det europeiske forsknings- og innovasjonsprogrammet Active and Assisted Living og et europeisk nettverk for tjenesteforskning. Programmet delfinansierer Senter for omsorgsforskning som består av fem regionale sentre, med sentret ved NTNU Gjøvik som koordinator. Senteret har etablert praksisnære forskningsmiljø ved utdanningsinstitusjoner for helse- og sosialfag og har etter hvert lagt grunnlag for utvikling av et felt det er forsket lite på og som det er behov for mer kunnskap om. Senteret har etablert samarbeid med et utvalg av norske kommuner, og driver omfattende forskningsaktivitet og formidling på omsorgsfeltet. Det publiseres mer i tillegg til at senteret har en egen rapportserie, et omsorgsbibliotek, gir ut Tidsskrift for omsorgsforskning og gir faglig støtte til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Senteret har siden 2015 mottatt 11 mill. kroner i støtte. Resterende finansiering oppnås gjennom den konkurransebaserte forskningsarenaen.

#### *Program for God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering*

##### *Behandling*

Programmet skal gjennom klinisk forskning bidra til god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering for å bedre klinisk praksis gjennom hele sykdomsforløpet. Forskningen skal være pasient- og tjenesterelevant. Programmet har bidratt med midler til strategisk satsing på kvinners helse og kjønnsperspektivet, behovsidentifisert forskning på CFS/ME og flere europeiske forskningsnettverk. Programporteføljen besto i 2017 av 73 prosjekter og viser en vekt mot anvendt klinisk forskning. Forskningen utføres hovedsakelig i universitets- og høyskolesektoren og i helseforetakene, men også noe i instituttsektoren.

Program for stamcelleforskning hadde 14 aktive prosjekter i 2017. Stamcelleforskning inngår i programmet fra 2018.

### *Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (GlobVac)*

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. GLOBVAC hadde i 2017 en portefølje på 51 prosjekter og en ramme på 183,2 mill. kroner. Det har ikke vært utlyst nye prosjektmidler i 2017.

Programmet finansierer videreføringen av European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTPII) under Horisont 2020. Forskningsrådet deltar i generalforsamlingen i EDCTPII.

### *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.

### *Forskningsentre for klinisk behandling*

Det er etablert en ny ordning for forskningsentre for klinisk behandling. Formålet er å bygge ver-

densledende forskningsmiljøer innenfor klinisk forskning gjennom langsiktig sentersatsing på translasjonsforskning, klinisk forskning og infrastruktur. Første utlysning prioriterte etablering av senter på alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som bl.a. ALS, MS og demens. Dette vil øke kunnskapen på feltet og gi flere pasienter mulighet til å delta i kliniske studier. Tiltaket er forankret i regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.

### *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, minoritetskvinners 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. Det ble det i 2017 utlyst 60 mill. kroner til satsingen. Fem av i alt 42 søknader ble innvilget.

### *Evalueringer*

Forskningsrådet lyste ut og igangsatte følgeevalueringer av fritt behandlingsvalg, pakkeforløp for kreft, samt evalueringer av rituell omskjæring av gutter og Omsorg 2020 i 2017.

## **Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.**

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	79 041	63 136	63 305
79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	59 181	71 497	73 570
	Sum kap. 0781	138 222	134 633	136 875

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Arbeid og helse (tidligere Raskere tilbake)

Helsedirektoratet har ivaretatt ansvaret for nasjonal koordinering av Helse- og omsorgsdepartementets del av ordningen Raskere tilbake, fram til omleggingen og overføring av øremerkede midler

til de regionale helseforetakenes ordinære budsjetttrammer fra 2018. For å styrke fagområdet vil direktoratene legge til rette for kunnskapsutvikling, tjenesteutvikling og forskning. Som ledd i Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles strategi om arbeid og helse, har direktoratene etablert et nasjonalt fagråd for arbeid og

helse. Direktoratene har i 2018 fått et likelydende oppdrag om å samarbeide om å utvikle arbeid og helse-området som et fagfelt. Målsettingen er at deltakelse i arbeid skal være en del av behandlingsopplegget der kunnskapsgrunnlaget tilsier at dette vil gi positiv helsegevinst. Direktoratene er også bedt om å vurdere hvorvidt det bør utarbeides faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen både helse- og arbeidssektor. Det vises til omtale av arbeid og helse, i kap. 7.3, del II i Prop.1 S for 2019 fra Arbeids- og sosialdepartementet.

#### Én vei inn

Det er i dag en rekke meldeordninger for uønskede pasientrelaterede hendelser, der samme hendelse kan være meldepliktig til flere instanser og i flere systemer. Prosjektet «én vei inn» utarbeider et felles elektronisk meldesystem der målet er at melder opplever å melde alt én gang i ett system. Systemet vil bidra til å forenkle, samt redusere dobbelrapportering eller mangelfull rapportering. Det er utarbeidet en «proof of concept» av felles meldesystem som bygger på de tekniske løsningene til meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Meldeportalen er i 2018 utviklet med sikte på å inkludere meldeordningen for bivirkninger av legemidler. En webløsning for bivirkningsregisteret i felles meldeportal planlegges lansert innen 2019. Ved eventuell avvikling av §3-3-meldeordningen, jf. kap. 740. vil det fortsatt være 10 meldeordninger som er relevante for prosjektet «en vei inn». Antall meldinger vil imidlertid reduseres betydelig, og prosjektets videre innretning når det gjelder forankring og tekniske løsninger vil tilpasses nye rammebetingelser. Helsedepartementet har ledet arbeidet som gjennomføres i samarbeid med blant annet Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og representanter fra de regionale helseforetakene.

#### Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» har i perioden 2013–2018 bidratt til en felles satsning på pasientsikkerhet gjennom målrettede tiltak i helse- og omsorgstjenesten, styrt gjennom en bredt sammensatt styringsgruppe på ledernivå, og med et eget sekretariat lokalisert i Helsedepartementet.

Konkrete tiltakspakker på risikoområder er innført i spesialisthelsetjenesten, men ikke fullt ut implementert som en del av daglig drift ved alle relevante enheter/avdelinger. Kartlegging av

pasientskader ved metoden Global Trigger Tool viser at det oppstod minst én pasientskade hos 13,7 pst. av pasienter innlagt ved norske sykehus i 2017. I 2016 var andelen 13,9 pst.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeidet 67 pst. av norske kommuner med ett eller flere av programmets tiltakspakker. For å sikre forankring i styringslinjene i kommunene utvikles konseptet pasient- og brukersikker kommune. Konseptet er pilotert i Tønsberg kommune, og utvidet til å inkludere Vestvågøy, Smøla, Lier og Karmøy.

Programmet ferdigstilte i 2017 et prosjekt for å samordne undersøkelsen av pasientsikkerhetskultur med helseforetakenes kartlegginger av arbeidsmiljø og HMS. Den nye undersøkelsen ForBedring ble gjennomført i 2018, og følges opp på alle nivå i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har programmet utviklet veileder for den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring som omfatter helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg til å arrangere læringsnettverk for implementering av tiltakspakkene, har programmet gjennomført flere kurs, programmer og konferanser for å styrke forbedringskompetanse hos helsepersonell. I 2018 jobber programmet særlig med pasient- og brukersikker kommune, oppdatering av måleverktøy, opplæringsprogrammer i forbedringsarbeid og ledelse av pasientsikkerhet. I tillegg slutføres læringsnettverk for Trygg utskrivning med pasienten som likeverdig part og Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis på sengepost.

Det er behov for å videreføre arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet og videreutvikle varig nasjonal samordnet og koordinert innsats for å bedre pasientsikkerheten, i tråd med oppdatert kunnskap om pasientsikkerhet. Det foreslås derfor å videreføre midlene fra programmet for å videreføre arbeidet med å sikre at pasientene er «I trygge hender 24-7» i møte med helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har som nasjonal fagmyndighet ansvaret for å videreføre og videreutvikle det nasjonale arbeidet for å understøtte pasientsikkerhet i tjenesten.

#### Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)

Nasjonal kreftstrategi «Leve med kreft» (2018–2022) er en oppdatering og videreføring av Nasjonal kreftstrategi (2013–2017) «Sammen mot kreft». Den nye kreftstrategien legger grunnlaget for at norsk kreftomsorg skal bli enda bedre. Det skal fortsatt vært høyt nivå på diagnostikk og behandling. Men det skal være større oppmerk-

somhet på pasientenes psykososiale behov og behovet for oppfølging etter avsluttet kreftbehandling.

Pasientens helsetjeneste skal videreutvikles på kreftområdet. For eksempel skal nettbaserte behandlings- og oppfølgingsprogram gjøre det enklere for pasienten å delta aktivt.

Pakkeforløpene har gitt pasientene større forutsigbarhet for at utredning og behandling skjer så raskt som det er nødvendig, og angir maksimale forløpstider for de enkelte elementene i forløpet frem til start av behandling. Forløpstidene for helseforetakene monitoreres som kvalitetsindikatorer og offentliggjøres på helsenorge.no. Tilbakemeldingen fra pasienter er at pakkeforløpene har vært av stor betydning for deres trygghet. Det skal nå etableres et *Pakkeforløp hjem* som skal beskrive hvordan pasientenes behov kan ivaretas i overgangen fra sykehus til kommunen.

Forløpskoordinatorfunksjonen har vært av avgjørende betydning for gjennomføring av pakkeforløpene. Det pågår nå et arbeide for å videreutvikle forløpskoordinatorfunksjonen, blant annet for å møte behovene i *Pakkeforløp hjem*.

Verdens helseorganisasjon har anslått at ett av tre krefttilfeller kan forebygges. Det er kjent at fysisk aktivitet, normal kroppsvekt, lavt alkoholbruk og et sunt kosthold beskytter mot kreft. Det er viktig å styrke informasjonsarbeidet informere om faktorer som kan redusere risikoen for kreft, og motivere befolkningen til å endre livsstil.

Norske pasienter skal få rask tilgang til nye legemidler og nye behandlingsformer, og vi må ha gode systemer for å vurdere effekt, sikkerhet og kostnader slik at pasienter kan være trygge på at de får god og effektiv behandling. En videreutvikling av systemet *Nye metoder* er derfor en viktig oppgave.

Det blir flere eldre pasienter med kreft. Eldre pasienter skal få kreftbehandling som er tilpasset deres funksjonsnivå og eventuell annen sykkelighet.

Kreftbehandling blir mer persontilpasset og målrettet mot den enkelte kreftsvulst sine egenskaper. Her skjer utviklingen hurtig, og Norge må være forberedt på denne utviklingen.

Flere kreftpasienter skal vurderes for deltakelse i kliniske studier. Det er etablert et ekspertpanel under ledelse av Helse Vest som skal gi pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom råd om kliniske studier eller annen etablert eller utprøvede behandling i Norge eller i utlandet.

Kreftpasienter skal få bedre oppfølging i kommunen etter gjennomgått behandling i spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering skal være en del av

tilbudet til pasienter som trenger det. Mange kreftpasienter og pårørende har behov for psykososial oppfølging. Det bør være tilbud om dette både i sykehus og i kommunene, gjerne i samarbeid med frivillige organisasjoner.

Nye behandlingsformer og mer intensiv kreftbehandling har ført til at flere pasienter overlever. Samtidig utvikler mange pasienter helseproblemer som følge av sykdommen og/eller behandlingen. Det er behov for økt kompetanse om slike seneffekter på alle nivåer i helsetjenesten.

Dessverre overlever ikke alle sin kreftsykdom. Det er viktig at pasienter med uheldelig kreftsykdom tilbys god palliativ behandling som lindrer plager og gjør den siste delen av livet så god som mulig. Men palliativ behandling bør ikke bare være et tilbud mot slutten av livet. For pasienter som har behov for det, skal palliativ behandling være en integrert del av hele forløpet.

Nasjonalt program og kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i Helse- og omsorgssektoren (InnoMed)

Målsettingen til InnoMed er å bidra til økt effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgssektoren gjennom utvikling av nye produkter og tjenester. Av tildelingen til InnoMed har 5 mill. kroner gått til oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014). Midlene er benyttet til prosessveiledning innenfor innovasjonsarbeid i kommuner som skal innføre og ta i bruk velferdsteknologi. Øvrige midler har gått til drift av sekretariatet og innovasjonsveiledere. I 2017 ble det gitt tilskudd til syv forprosjekter og gjennomført en nasjonal innovasjonskonferanse. Med utgangspunkt i forprosjekter med støtte fra InnoMed har åtte hovedprosjekter mottatt midler i 2017 og fem nye innovasjoner funnet sted.

InnoMeds sekretariat og regionale innovasjonsrådgivere har frem til 2019 vært driftet av Sintef etter anbudsavtale. Det foreslås å videreføre bevilgningen på totalt 12,9 mill. kroner i 2019 til videreføring av InnoMed som nasjonalt kompetansenettverk og fasiliterings- og prosessstøtte for behovsdrevet tjenesteinnovasjon, herunder tjenstedesign og prosessveiledning, i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å styrke forankringen i tjenesten, foreslås det å flytte ansvaret for InnoMed fra Helsedirektoratet til de regionale helseforetakene fra 2019, under ledelse av Helse Midt-Norge. Det legges opp til et tett samarbeid med KS. Nasjonal utlysning av forprosjekter avvikles fra 2019.



### Samvalgsverktøy

Ved *samvalg* samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging, i den grad og på de måter pasienten ønsker. Pasienten får støtte til å vurdere alternativene ut fra beste tilgjengelige kunnskap om fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser.

Det er publisert seks samvalgsverktøy på [helsenorge.no](http://helsenorge.no), og ytterligere åtte er under utarbeidelse og vil bli publisert i løpet av 2018.

Helsedirektoratet har utviklet kvalitetskrav til samvalgsverktøy som skal brukes for å kvalitets sikre verktøy som legges ut på [helsenorge.no](http://helsenorge.no)

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å lede en faggruppe med oppgave å ivareta kvalitetskriterier knyttet til samvalgsverktøy og etablere et kvalitetssikringssystem. Gruppen har deltakere fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Helse Nord har fått i oppdrag å lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye verktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk. Prosjektet har deltakere fra de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, KS, profesjonsorganisasjoner og brukere/pasientorganisasjoner.

### Norsk helsearkiv – interimsvirksomheten

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 10 mill. kroner i 2019 til dekning av Riksarkivarens utgifter for interimsgesamtjenestene Norsk helsearkiv. Interimsgesamtjenesten skal bistå etableringen på Tynset i 2019 samt avslutte oppgaver med 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

Bevilgningen skal dekke interimsgesamtjenestens utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjektleder, IKT-utstyr, pilotprosjekter for digitalisering og Arkivverkets øvrige driftsutgifter knyttet til interimsgesamtjenesten.

Det vises for øvrig til kap. 704 Norsk helsearkiv.

### Post 79 Tilskudd

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings- og kompetansehevende tiltak innenfor enkelte områder av helsetjenesten. Følgende tiltak fra saldert budsjett 2018 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2019:

- Kliniske etikkomiteer. Øvrig tilskudd til sentret er omtalt under kap. 761, post 21
- Norsk ressursgruppe for organodonasjon (Norod)
- Nasjonalt faglig nettverk for organodonasjon til transplantasjon (NFNOT). Antall organtransplantasjoner har økt fra 328 i 2005 til 467 i 2017, og realiserte organodonasjoner ved landets godkjente donorsykehus var 76 i 2005 og 112 i 2017
- Stiftelsen organodonasjon. I 2018 ble det gjennomført en kampanje som hadde som mål å få mer oppmerksomhet om muligheten for å si ja til organodonasjon.
- Nasjonalt medisinsk museum
- Standard Norge
- Økt rekruttering av blodgivere. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og utbetales til Røde Kors
- 18,6 mill. kroner til barn som pårørende. Ideelle organisasjoner, bl.a. Blå Kors, har utviklet modeller og tiltak som kan nå barn som er pårørende.
- 9 mill. kroner til Diabetesforbundet
- 6,8 mill. kroner til Norsk pasientforening og Landsforening for uventet barnedød
- 2,5 mill. kroner til Kreftlinjen
- 1 mill. kroner til onkologiske faggrupper

## Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	47 420	39 783	106 234
61	Tilskudd til kommuner	141 810	141 231	142 708
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	16 374	25 453	25 745
	Sum kap. 0783	205 604	206 467	274 687

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

- 66,2 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til kvalifikasjonsprogram for ELTE-studenter

Helse- og omsorgstjenesten er svært personell- og kunnskapsintensiv. Personell utgjør om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen. Både utdanning av helsepersonell og kompetanseutvikling er viktig for innholdet i og kvaliteten på tjenestene. Tilstrekkelig og riktig kompetanse må sikres, samtidig som tjenestene er preget av endring og utvikling.

Grunnutdanninger, videre-, etter- og spesialistutdanningene må være innrettet mot å møte pasientenes og tjenestenes behov. For å møte framtidige personell- og kompetanseutfordringer i tjenesten må både breddekompetanse og spesialisert kompetanse sikres for å ivareta og videreutvikle gode tjenestetilbud. Godkjennings- og autorisasjonsordningene må innrettes slik at sentrale målsettinger for den helhetlige helse- og omsorgstjenesten ivaretas.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

For å få et klarere skille mellom midler til statlige driftsutgifter og tilskuddsmidler, er bevilgningen delt mellom post 21 og post 79, Andre tilskudd. Det er gitt en samlet omtale under post 79.

### Post 61 Tilskudd til kommuner

Det gis tilskudd til kommuner for leger i del 1 av spesialistutdanningen. Ved innføring av ny spesialistutdanning for leger fra 1. mars 2017 ble turnustjenesten for leger avviklet og erstattet av ny første del i spesialistutdanningen. LIS1 stillinger for leger i spesialisering er nå starten på legers spesi-

alistutdanning, med tolv måneder i spesialisthelse-tjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Utlysning av stillinger skjer sentralt gjennom Helsedirektoratets portal mens tilsettingene gjøres lokalt. Det vises også til kap. 732, post 70.

Ordnningen med veiledet tjeneste ble innført 1. januar 2006, men ordningen er nå under avvikling og vil i løpet av noen år fullt ut bli erstattet av et krav om spesialisering i allmenntjenestemedisin. Fra 1. mars 2017 kom det ingen nye leger inn i ordningen med veiledet tjeneste, men de legene som enten var under veiledning per 1. mars 2017 eller som hadde inngått avtale med kommunen om å gjennomføre veiledet tjeneste, vil fortsatt kunne gjennomføre denne.

### Post 79 Andre tilskudd

#### *Helsepersonellregisteret og Legestillingsregisteret*

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven.

Legestillingsregisteret (LSR) gir en nasjonal oversikt over legefördeling og spesialistutdanning av leger og skal omfatte alle leger i helsetjenesten. Registeret skal også ha oversikt over utdanningsinstitusjoner og utdanningsstillinger for de ulike spesialitetene.

Helsedirektoratet er eier og faglig forvalter av HPR og LSR, mens Direktoratet for e-helse forvalter plattformen registeret benytter.

#### *Helsepersonell utdannet i utlandet*

Helsedirektoratet har ansvar for autorisasjon og godkjenning av helsepersonell som skal sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse. Det ble i 2017 behand-

let 25 000 søknader om autorisasjon og lisens fra søkere over hele verden, i tillegg til 1 200 søknader om offentlig spesialistgodkjenning.

Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits er innført fra 2017 og stiller krav om språktest og kurs i nasjonale fag for de 29 lovregulerte helseprofesjonene. I tillegg kreves prøve i legemiddelhåndtering og fagprøve for noen profesjoner. Helsedirektoratet har inngått avtaler om kurs i nasjonale fag og fagprøver. Ny konkurranse utlyses høsten 2018. Språkkravet er Bergenstesten nivå B2. Gjennomføring av tilleggskravene gir søkerne økte kostnader for å oppnå autorisasjon. Etter innføring av nye krav har det vært betydelig nedgang i antall søknader fra helsefagarbeidere, leger, farmasøyter, sykepleiere og tannleger med utdanning fra utenfor EØS og Sveits. Blant de med utdanning fra EØS-land har det vært størst nedgang i søknader fra fysioterapeuter, psykologer og tannleger.

#### *Personell- og kompetansestatistikk*

Statistikk og framskrivninger er viktig for arbeidet med å sikre helse- og omsorgstjenestene tilgang på tilstrekkelig personell med relevant kompetanse til å dekke behovene i årene framover. Statistisk sentralbyrå har utarbeidet beregningsmodellen Helsemod. Denne ble sist oppdatert i 2012.

Framskrivninger bidrar til et bedre kunnskapsgrunnlag i arbeidet med tilgang på personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, og ses i sammenheng med andre framskrivninger og tiltak for bedre tjenesteorganisering 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. Departementet har inngått en avtale med byrået om utarbeiding av oppdaterte framskrivninger.

#### *Legenes spesialistutdanning*

Ny ordning for legenes spesialistutdanning er under iverksetting. De første legene startet opp i første del av ny ordning i september 2017. Helsedirektoratet har fastsatt læringsmål og anbefalinger for læringsaktiviteter, herunder prosedyrelister, for spesialistutdanningens del 2 og 3. Det er etablert egne iverksettingsgrupper i hver region for å iverksette ny ordning for del 2 og 3,

og Regionale utdanningssentra som har ansvar for læringsaktiviteter er under oppbemanning eller allerede i drift i de ulike regionene. Søknader om hvordan utdanningen skal ivaretas for de ulike spesialitetene skal sendes Helsedirektoratet for godkjenning. Hovedoppgaven i 2019 er å iverksette del 2 og 3 som har oppstart 1. mars 2019.

Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin vil bli igangsatt sammen med de øvrige spesialitetene.

#### *Kurs og veiledningstiltak*

I regi av fylkesmennene gis det tilskudd til kurs og veiledningsprogram for del 1 av spesialistutdanningen for leger og til veiledere. Tilskudd til reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanningen og til fysioterapeuter i turnus gis etter eget regelverk hvor distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges.

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det var om lag 60 kiropraktorkandidater i turnustjeneste i 2017. Det gis tilskudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar imot turnuskandidater. Det forventes at antall kandidater vil ligge på samme nivå de nærmeste årene.

#### *Kvalifikasjonsprogram for autorisasjonssøkere med mastergrad i psykologi fra ELTE-universitetet i Ungarn*

Helsedirektoratet gjorde høsten 2016 en praksisendring som innbar avslag til et større antall søkere med mastergrad i psykologi fra ELTE-universitetet i Ungarn. Praksisendring skjedde som følge av ny informasjon fra ungarske myndigheter om at utdanningen ikke ga adgang til å utøve regulert yrke som psykolog i Ungarn, noe som tidligere var lagt til grunn.

Det skal etableres et særskilt kvalifiseringsprogram for om lag 200 kandidater som ble berørt av praksisendringen, jf. Prop. 85S (2017–2018) og Innst. 400 S (2017–2018). Det tas sikte på oppstart høsten 2018 og programmet vil løpe over en femårsperiode med gradvis innfasing av de aktuelle kandidatene.

#### *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 kunn-

skap 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).

Nafkam har en viktig internasjonal rolle, som et av to europeiske samarbeidssentre for tradisjonell medisin i Verdens Helseorganisasjon (WHO). I WHO er Nafkams hovedansvarsområder kvalitet og sikkerhet innen alternativ behandling.

## Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden

Folketrygdens stønad til helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad til helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regionale helseforetak for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

Folketrygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og 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- og psykologtjenester blir fastsatt som resultat av de årlige takstforhandlingene.

Innen tannhelse gis det stønad til tannregulering hos barn og unge, og til dekning av utgifter til tannbehandling til voksne som har særskilte sykdommer eller lidelser.

Legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept finansieres 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 10.40 Sentral helseforvaltning.

I 2010 ble egenandelstak 1 automatisert. Egenandelstak 2 ble automatisert i 2017.

Det er en generell bagatellgrense for alle utbetalinger etter folketrygdloven kapittel 5 (helse-refusjonsområdet). Stønader som utgjør mindre enn 200 kroner blir ikke utbetalt.

Det vises til omtale i del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

## Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	5 465 340	5 723 000	5 735 320	0,2
	Sum kategori 30.10	5 465 340	5 723 000	5 735 320	0,2

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
70-89	Andre overføringer	5 465 340	5 723 000	5 735 320	0,2
	Sum kategori 30.10	5 465 340	5 723 000	5 735 320	0,2

### Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
70	Spesialisthjelp	1 912 000	2 007 600	2 135 000
71	Psykologhjelp	286 069	305 600	323 000
72	Tannbehandling	2 356 246	2 411 600	2 253 320
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	911 025	998 200	1 024 000
	Sum kap. 2711	5 465 340	5 723 000	5 735 320

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til spesialist- og psykologhjelp, tannbehandling og private laboratorier og røntgeninstitutt etter folketrygdens kapittel 5.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak, underliggende vekst og generell pris- og lønnsjustering:

- 16 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til at takstene innenfor laboratorie- og røntgenvirksomhet underreguleres med 1,5 pst.

- 61,7 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til enkelte innstramminger i stønader til tannbehandling

#### Post 70 Spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Utgiftene dekkes etter for-

skrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i medhold av folketrygdloven § 5-4, jf. omtale under kap. 2755, post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

Regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helse-regionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra regionale helseforetak, trygderefusjoner og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Det skal ikke betales egenandel ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- behandling av barn under 16 år og ved psyko-terapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer

Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette går fram av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

De regnskapsførte utgiftene økte med 53 mill. kroner fra 2016 til 2017, tilsvarende 2,9 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 volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler. Volumveksten forklarer 1,5 pst. av veksten i 2017. Honorartakstene ble økt 1. juli 2018 med knapt 4,1 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2019. Volumveksten i 2018 anslås til om lag 2,6 pst.

Tabell 4.16 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2016–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
Kap. 2711, post 70	1 859	1 912	2 008	2 135
Volumvekst (anslag)	2,7 %	1,5 %	3,0 %	3,0 %

Det vises til omtale under del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

### Post 71 Psykologhjelp

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende psykologspesialist dekkes etter folketrygdloven § 5-7 med forskrifter. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister).

Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege, psykolog eller fra barnevernadministrasjonens leder. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster og pasienten må vanligvis betale egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling, er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Tabell 4.17 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2016–2017 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Endring
Psykologer med avtale	240,4	241,1	0,3 %
Psykologer uten avtale	34,9	43,1	23 %
Avsetning til fond	1,8	1,8	0 %
Sum kap. 2711, post 71	277,1	286,0	3 %

De regnskapsførte utgiftene til privatpraktiserende psykologer økte med 8 mill. kroner til 284 mill. kroner i 2017, eller med 2,9 pst. Utgiftsveksten i 2017 skyldes bl.a. takstoppgjøret i

2017, som ga et påslag på takstene på 1,9 pst. og en anslått volumvekst på 1,6 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2018 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2019.

Tabell 4.18 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2016–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
Kap. 2711, post 71	277,1	286,0	305,6	323,0
Volumvekst (anslag)	4,6 %	1,6 %	4,0 %	4,0 %

### Post 72 Tannbehandling

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5–6, 5–6 a og 5–25. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege eller tannpleier ved angitte diagnoser og/eller tilstander. De diagnosene og tilstandene som i dag gir rett til folketrygdstonad til tannbehandling, kan inndeles i tre grupper:

1. Tilfeller der en bakenforliggende sykdom eller medisinsk tilstand eller behandlingen av denne gir store tannhelseproblemer

2. Tannregulering, hovedsakelig til barn og unge  
3. Tann/kjevesykdommer som inntreffer uavhengig av andre somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander

Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71. Folketrygden gir stønad basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det gis også stønad til tannbehandling som faller inn under yrkesskade etter folketrygdloven § 13.

Tabell 4.19 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2016–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
Kap. 2711, post 72	2 341,1	2 356,2	2411,6	2 253,3
Volumvekst (anslag)	1,8 %	2,9 %	3,0 %	3,0 %

Fra 2016 til 2017 økte trygdens utgifter til stønad til tannbehandling med 15 mill. kroner, svarende til 0,6 pst. Ved flere av stønadsordningene var det en svak nedgang i utbetalt stønad. Stønad til tannbehandling til personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg som følge av varig somatisk eller psykisk sykdom, eller ved varig nedsatt funksjonsevne, økte fra 197 mill. kroner til 215 mill. kroner, dvs. en økning med 9 pst. Ingen prisjustering av takster fra 2016 til 2017 i kombinasjon med omdisponering til andre prioriterte oppgaver innenfor tannhelsefeltet finansiert over kap. 770, kan langt på vei forklare den lave veksten fra 2016 til 2017. Det vises til omtale under del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

Takster for stønad til tannbehandling fra folketrygden foreslås i 2019 økt med i gjennomsnitt 1,7 pst. Økningen er noe lavere enn forventet pris- og

kostnadsvekst, og innebærer en innsparing for folketrygden på om lag 23,6 mill. kroner. Dette bidrar til at de statlige takstene ikke virker prisdrivende i markedet. Takster for undersøkelse hos tannpleier, tannlege og tannlegespesialist og takster for radiologiske undersøkelser mv., har hatt en særskilt høy utgiftsvekst de senere årene. Dette kan ikke forklares i stor økning i antall pasienter som mottar stønad. Det foreslås at de fleste av disse takstene nedjusteres med i gjennomsnitt om lag 5 pst. Dette vil gi en ytterligere innsparing på 13,1 mill. kroner.

Videre foreslås det å avvikle takst 604f, en tilleggstakst til behandlingskontroller ved tannregulering (kjeveortopedisk behandling). Takstbrukkontroller utført av Helfo sammenholdt med Helse- og omsorgsdepartementets analyser viser at det langt på vei er unødvendig bruk av denne taksten. Avvikling av



takst 604f innebærer at omfanget av takster for behandlingskontroll ved tannregulering reduseres. De aller fleste arbeidsoperasjoner ved behandlingskontroller forutsettes å bli tilstrekkelig dekket innenfor de øvrige fire kontrolltakster, som i 2018 varierer fra 250 kroner til 855 kroner (takst 804f er 140 kroner). Avvikling av takst 604f anslås å gi en innsparing på om lag 25 mill. kroner.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjort en bred utredning angående folketrygdens stønadsordning til tannregulering (kjeveortopedi). I Rapport IS-2653 Kjeveortopedi – kriterier for stønadsberettiget behandling, foreslås det å gjøre innskrenkninger av de tilstander som folketrygden yter stønad til behandling av. Kriteriene berører oppdraget til det offentlige utvalget som skal utrede kriterier for prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenester og i tannhelsetjenester. Departementet vil avvente oppfølging av forslagene i Helsedirektoratets rapport til etter at prioriteringsutvalget har avgitt sin innstilling.

### **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 utnyt-

telse 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 trygdefusjon 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.

Utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte med 54 mill. kroner eller 6,3 pst. i 2016. Refusjonene ble prisjustert med om lag 1 pst. i 2018, dvs. en underregulering sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst.

De aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet underreguleres med i gjennomsnitt 1,5 pst. i 2019, svarende til en reduksjon i utgiftene på om lag 16 mill. kroner. Underreguleringen må ses på bakgrunn av ønsket om videre stimulering til økt effektivisering av laboratorie- og radiologiområdet.

Finansieringssystemet for laboratorieanalyser ble lagt om fra 2018. Det var en forutsetning at systemomleggingen skulle være budsjettneutryt. Beregninger med grunnlag i regnskapsdata for årets to første måneder viser at forutsetningen er oppfylt, men beregningene skal gjennomføres på ny, med et større datasett. Dersom forutsetningen om budsjettneutralitet ikke blir oppfylt, vil det være aktuelt å justere refusjonene. En slik eventuell justering vil kunne skje løpende gjennom året.

Systemomleggingen i 2018 omfattet ikke fagområdet patologi. Det tas sikte på å inkludere patologi i det nye refusjonssystemet fra 2020.

Tabell 4.20 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2016–2017 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Endring
Laboratorium	580	623	7,4 %
Røntgen	277	288	4,0 %
Sum kap. 2711, post 76	857	911	6,3 %

## Programkategori 30.50 Legehjelp

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
2751	Legemidler mv.	12 114 856	12 186 500	11 525 900	-5,4
2752	Refusjon av egenbetaling	5 950 077	6 187 700	6 257 200	1,1
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	6 630 084	6 918 800	7 266 600	5,0
2756	Andre helsetjenester	673 970	723 000	743 000	2,8
	Sum kategori 30.50	25 368 987	26 016 000	25 792 700	-0,9

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	378 102	380 000	413 000	8,7
70-89	Andre overføringer	24 990 885	25 636 000	25 379 700	-1,0
	Sum kategori 30.50	25 368 987	26 016 000	25 792 700	-0,9

### Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
70	Legemidler	10 200 106	10 162 200	9 476 800
71	Legeerklæringer	6 182	6 000	7 000
72	Medisinsk forbruksmateriell	1 908 568	2 018 300	2 042 100
	Sum kap. 2751	12 114 856	12 186 500	11 525 900

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak, underliggende vekst og generell pris- og lønnsjustering:

- 1283,2 mill. kroner overføres til de regionale helseforetakene som følge av forslag om

endret finansieringsansvar for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og vekst-hormonforstyrrelser

- 145 mill. kroner overføres fra de regionale helseforetakene som følge av at overføringen av

finansieringsansvaret for et astmalegemiddel til de regionale helseforetakene i 2018 er reversert

- 69 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til innføring av generisk bytte og trinnpris for inhalasjonspulver til behandling av astma og kols
- 37,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til ulike tiltak og avanseendringer på området medisinsk forbruksmateriell
- 6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til foreslått endring i apotekavanse for næringsmidler til fenylketonuri

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Bevilgningen dekker også honorar til leger som fyller ut søknad om individuell stønad til legemidler på blå resept på vegne av pasienter.

### Post 70 Legemidler

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsakelig etter blåreseptordningen, jf. folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften. Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er eller kan bli nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept, jf. §§ 2 og 4. Refusjonskravet for legemidlene inntreer straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen, jf. blåreseptforskriften § 3.

### Egenandel

Pasienten betaler en egenandel i 2018 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 unnatt 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 minstestøtte fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Dette gjelder også for uføretrygdede der vedkommende før 2015 var minstepensjonist, og det ikke har skjedd andre endringer i ytelsen enn at den fra 2015 er omregnet til uføretrygd.

Egenandeler for legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen 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 2258 kroner i 2018.

### Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler på blå resept i 2017 over kap. 2751, post 70, var 10,2 mrd. kroner, en økning på 1,9 pst. fra 2016. Hvis egenandeler dekket av frikort tas med, var utgiftene 11,4 mrd. kroner i 2017. Det vises til omtale i del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

Tabell 4.21 Folketrygdens utgifter til legemidler de siste fem årene (mill. kroner)

År	Utgifter	Endring	Endring i pst.
2013	8 874	793	9,8 %
2014	8 997	123	1,4 %
2015	10 149	1 153	12,8 %
2016	10 011	-138	-1,4 %
2017	10 200	189	1,9 %

### Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2017 behandlet Legemiddelverket 82 søknader om forhåndsgodkjent refusjon etter § 2, hvorav 73 fikk innvilget refusjon eller endrede refusjonsbetingelser. 24 av søknadene gjaldt nye virkestoff, ny indikasjon eller ny formulering. I 16 av disse sakene ble det innvilget forhåndsgodkjent refusjon.

### Overføring av legemidler til de regionale helseforetakene

Med henvisning til Prop. 85 S (2017–2018) og Innst. 400 S (2017–2018), foreslås det at de regionale helseforetakene fra 1. februar 2019 får overført finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormonforstyrrelser, jf. omtale under kap. 732. Utgiftene til legemidler under folketrygden reduseres som følge av dette med 1 283,2 mill. kroner.

### Reversering av overføringen av astmalegemidlet Xolair til de regionale helseforetakene

Bevilgningen foreslås økt med 145 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon på kap. 732, postene 72–75 som følge av at overføringen av finansieringsansvaret for et astmalegemiddel til de regionale helseforetakene i 2018 er reversert, jf. Prop. 85 S (2017–2018) og Innst. 400S (2017–2018) og omtale under kap. 732, post 72.

### Generisk bytte av inhalasjonspulver mot astma og kols

Inhalasjonspulvere mot astma og kols ble byttbare i apotek fra medio 2018, jf. Prop. 85 S (2017–2018) og Innst. 400 S (2017–2018). Generisk bytte og trinnpris for disse legemidlene anslås å gi 69 mill. kroner i reduserte utgifter for folketrygden i 2019.

### Avanse næringsmidler til fenylyketonuri

For næringsmidler til fenylyketonuri foreslås avansen satt ned fra 25 pst. til 10 pst. Forslaget vil gi en innsparing på om lag 6 mill. kroner. Næringsmidler til pasienter med fenylyketonuri er produkter med høy nettoppris. Følgelig blir også avansen per utlevering/bruker høy, målt i kroner, og vil fortsatt være høyere enn for de fleste andre produkter som dekkes av §§ 5 og 6.

### Legemidler til behandling av erektil dysfunksjon

Legemiddelverket har metodevurdert aktuelle legemidler til bruk ved erektil dysfunksjon (ED) og anslått de budsjettmessige konsekvensene. Legemiddelverket mener at bruk av legemidler ved ED er kostnadseffektiv behandling, og de anslår Folketrygdens årlige merutgifter knyttet til eventuell forhåndsgodkjent refusjon for Viagra (sildenafil), Caverject Dual (alprostadil) og Vitaros (alprostadil) til å være større enn fullmaktsgrensen på 100 mill. kroner etter fem år. Dersom man tar utgangspunkt i at sildenafil, til trinnpris, gis forhåndsgodkjent refusjon, og tar hele ED-markedet (101 000 pasienter i 2022), gir dette budsjettmessige konsekvenser på om lag 124 mill. kroner (inkl. mva. og 10 pst. egenbetaling). Dersom 10 pst. av alle som får sildenafil har legereservasjon mot generisk bytte (ikke kan bytte til rimeligste produkt) øker budsjettkonsekvensene i 2022 fra 124 mill. kroner til 147 mill. kroner. Regjeringen har ikke funnet å kunne prioritere forhåndsgodkjent refusjon av disse legemidlene i statsbudsjettet for 2019.

### 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 6,2 mill. kroner i 2017, mot 5,7 mill. kroner i 2016.

### Post 72 Medisinsk forbruksmateriell

Bevilgningen omfatter utgifter til visse typer medisinsk forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens (urinklekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir solgt gjennom apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislister for medisinsk forbruksmateriell er uttømmende og angir hvilke produkter det gis refusjon til og pris for disse. Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) har ansvar for

området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. HelseDirektoratet og Helfo har bl.a. fullmakt til å bestemme nærmere krav til blåreseptenes innhold, krav til diagnose/funksjonsevne knyttet til produktgrupper eller enkeltprodukter, ev. antallsbegrensning i utlevering, inntak og uttak i produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 1 909 mill. kroner i 2017, mot 1 849 mill. kroner i 2016. Inklusive frikort var utgiftene 2 152 mill. kroner.

For hjemmelpunktet inkontinensprodukter foreslås flere tiltak som til sammen vil gi en innsparing på 36,2 mill. kroner:

- En reduksjon av avansen for bleiebukser fra 37 til 25 pst., samt en reduksjon i nettoprisen, vil gi en innsparing på om lag 30 mill. kroner. Dagens pris er høy og det er en stor økning i forbruk av slike produkter. Det er behov for å dempe insentivet for utlevering av dyrere bleier enn nødvendig fra utleverer
- En reduksjon av avansen for kladder (sengeunderlegg) fra 37 til 25 pst. vil gi en innsparing på om lag 3,0 mill. kroner. Disse produktene er å anse som hjelpemateriell, og bør derfor ha en avanse på samme nivå som annen type hjelpemateriell

- Tre tiltak for bleieholdere vil tilsammen gi en innsparing på 3,2 mill. kroner, hvorav 0,67 mill. knyttet til en avansereduksjon fra 37 til 25 pst. Disse produktene er å anse som hjelpemateriell, og bør derfor ha en avanse på samme nivå som annen type hjelpemateriell. Det foreslås i tillegg en endring i gruppeinndelingen av bleieholdere, der nettoprisen for den ene produktgruppen reduseres og det settes en antallsbegrensning på 20 i året. Resterende produkter er rimeligere og uten antallsbegrensning.

For seks av de mindre hjemmelpunktene foreslås en reduksjon i avansen fra 40 til 37 pst., noe som vil gi en innsparing på om lag 0,4 mill. kroner. Dette er en lav innsparing, men vil gi et mer helhetlig avansenivå i ordningen.

For hjemmelpunktet lungesyke foreslås en reduksjon i avansen fra 40 til 25 pst., noe som gir en innsparing på 1,3 mill. kroner. Utleveringene på dette punktet gjelder i all hovedsak inhalasjonskammer til astmamedisin til små barn. Ny avansesats er mer i tråd med avansesatser på andre hjemmelpunkt med sammenlignbart behov for veiledning, valg av rett produkt og/eller mengde til bruker.

## Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2017	Saldert budsjett 2018	2019
70	Egenandelstak 1	5 009 859	5 098 200	5 243 200
71	Egenandelstak 2	940 218	1 089 500	1 014 000
	Sum kap. 2752	5 950 077	6 187 700	6 257 200

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

- 110 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forslag om å øke tak 1 med 87 kroner fra 2258 kroner til 2345 kroner i 2019, hvor av 25 mill. kroner dekker kostnadene for de regionale helseforetakene knyttet til forslag om at barn som pårørende får dekket reise- og oppholdsutgifter fra 2019
- 16 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forslag om å øke egenandelstak 2 med 60 kroner, fra 2025 kroner til 2085 kroner i 2019

- 3,2 mill. kroner er flyttet fra kap. 2755, post 70 knyttet til primærhelseteam

Det legges til grunn at egenandelene i sum justeres i tråd med forventet prisvekst, svarende til om lag 101 mill. kroner i 2019 ut over helårseffekten av vedtatte egenandelsøkninger fra 1. juli 2018. For 2019 foreslås dette gjennomført ved isolert sett å øke tak 1 med 67 kroner, fra 2258 kroner til 2325 kroner, og tak 2 med 60 kroner, fra 2025 kroner til 2085 kroner. Videre foreslås tak 1 økt med ytterligere 20 kroner til 2345 kroner, for å dekke økte kostnader knyttet til forslag om at barn som

pårørende skal få rett til dekning av reise- og oppholdsutgifter fra 2019. Forslagene innebærer samlet sett om lag reelt uendret nivå på egenandeler for helsetjenester fra 2018 til 2019.

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 Helfo som har ansvaret for frikortordningene.

Det er en generell bagatellgrense for alle utbetalinger etter folketrygdloven kapittel 5 (helsefusjonsområdet). Stønader som utgjør mindre enn 200 kroner blir ikke utbetalt.

### Post 70 Egenandelstak 1

3,2 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 2755, post 70 som følge av anslått merutgift på egenandelstak 1-ordningen ved at sykepleiere i primærhelseteamet vil utløse egenandeler.

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 forbruksmaterieell samt pasientreiser. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

I 2018 er egenandelstaket 2258 kroner. Når utgiftstaket er nådd mottar brukeren automatisk et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret.

Det foreslås å øke egenandelstak 1 med 87 kroner fra 2258 kroner til 2345 kroner i 2019.

Tabell 4.22 Utgifter dekket over egenandelstak 1 2016–2017 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Endring
Legehjelp	2 413,9	2 656,6	10,1 %
Psykologhjelp	112,1	116,6	4,0 %
Legemidler og medisinsk forbruksmaterieell	1 415,3	1 529,0	8,0 %
Pasientreiser	656,1	707,7	7,9 %
Sum kap. 2752, post 70	4 597,4	5 009,9	9,0 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 4 597 mill. kroner i 2016 til 5 010 mill. kroner i 2017, en økning på 9,0 pst.

I 2017 ble det utstedt 1 276 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen, en økning på 4,9 pst. fra 2016. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket. De fleste refusjonskravene som går inn under egenandelstak 1 sendes nå inn elektronisk.

Det vises til omtale i del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

### 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 2018 er utgiftstaket 2025 kroner. Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret.

Det foreslås å øke egenandelstak 2 med 60 kroner fra 2025 kroner til 2085 kroner i 2019.

Fra 2017 ble egenandelstak 2 automatisert slik at brukerne automatisk får tilsendt frikort i posten når egenandelstaket er passert. Videre ble taket redusert og nedre aldersgrense for betaling av egenandeler som inngår i egenandelstak 2, økt fra 12 til 16 år. Sykdomslisten som ga fritak for egenandel ved fysioterapi ble avviklet og det ble forskriftsfestet at alle behandlere og tjenesteytere skal innrapportere egenandeler elektronisk innen 14 dager. Hyppig innrapportering av egenandelene fra behandlerne gjør at brukerne får frikort tilsendt raskt.

Avvikling av sykdomslisten medførte at fysioterapeutene fikk større inntekter fra egenandeler og mindre inntekter fra refusjoner (refunderte egenandeler). Når flere brukere betalte egenandeler oppnådde flere frikort egenandelstak 2 og utgiftene på takordningen økte. I 2017 ble det

utstedt 282 840 frikort under egenandelstak 2. Dette er en økning på 526 pst.

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tak 2 var 167 mill. kroner i 2016. I 2017 var utgiftene 940 mill. kroner, en økning på 463 pst.

Det vises til omtale i del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

## Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	378 102	380 000	413 000
70	Allmennlegehjelp	4 719 799	4 996 000	5 274 600
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 167 343	1 161 800	1 180 000
72	Jordmorhjelp	57 842	62 000	61 000
73	Kiropraktorbehandling	157 490	157 000	174 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	149 508	162 000	164 000
	Sum kap. 2755	6 630 084	6 918 800	7 266 600

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak, underliggende vekst og generell pris- og lønnsjustering:

- 22,2 mill. kroner er flyttet til kap. 762, post 63 knyttet til primærhelseteam
- 3,2 mill. kroner er flyttet til kap. 2755, post 70 knyttet til primærhelseteam

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdlovens kapittel 5.

### Post 62 Fastlønnsordning fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fastlønte fysioterapeuter. Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må ses i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner. Kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21. For å gjøre fysiotera-

pitjenesten mer fleksibel for de mindre kommunene og for å stimulere til at kommunene kan beholde kvalifisert personell er det foretatt endringer i § 2 i forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten. Det er gitt åpning for at kommuner kan søke om fastlønnstilskudd også dersom samme fysioterapeut også har driftsavtale med kommunen. Dette gjelder kun for kommuner med mindre enn 2000 innbyggere. Det vises til omtale på kap. 762.

Ved avvikling av sykdomslisten (diagnoselisten) har kommunene fått økte egenandelsinntekter fra pasienter som ansatte fysioterapeuter behandler. Det vises til omtale under post 71.

Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2018 ble fastlønnstilskuddet økt til 203 000 kroner for 2018. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 378 mill. kroner i 2017, mot 348 mill. kroner i 2016, en økning på 8,6 pst. Utgiftsøkningen har sammenheng med en økning i antall fastlønte fysioterapiårverk i kommunene og økning i fastlønnstilskuddet.

Det vises til omtale under del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

### Post 70 Allmennlegehjelp

22,2 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 762, post 63 for å finansiere driftstilskudd til leger som deltar i driftstilskuddsmodellen i pilot primærhelseteam. Disse legene får driftstilskudd i stedet for refusjoner fra denne posten. 3,2 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 2752, post 70 som følge av anslått merutgift på egenandelstak 1-ordningen ved at sykepleiere i primærhelseteamet vil utløse egenandeler.

Bevilgningen dekker utgifter til undersøkelse og behandling hos lege etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene. Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til hel-

setjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. Legevakttjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- behandling av barn under 16 år
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmenfarlige smittsomme sykdommer
- første legeundersøkelse hos allmennlege, herunder fastlege og legevakt, i forbindelse med seksuelle overgrep

Tabell 4.23 Utgifter til allmennlegehjelp 2016–2017 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Endring
Fastleger mv.	3 901,8	4 065,0	4,2 %
Legevakt	531,4	539,2	1,5 %
Avsetning til fond	188,5	115,6	-39,7 %
Sum kap. 2755, post 70	4 621,7	4 719,8	2,1 %

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 4 622 mill. kroner i 2016 til 4 720 mill. kroner i 2017, en vekst på 2,1 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 økes, f.eks. som

følge av flere innbyggere. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Tabell 4.24 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2016–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
Sum kap. 2755, post 70	4 621,7	4 719,8	4 996,0	5 274,6
Volumvekst (anslag)	0,6 %	0 %	3 %	3 %



Budsjettert utgiftsvekst i 2018 skyldes en antatt volumvekst på 3 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2018 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2019.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

### Post 71 Fysioterapi

Bevilgningen dekker utgifter til fysioterapi etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Det er et vilkår for å utløse refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til fysioterapeuters fellesformål (fondsavsetninger).

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og organisasjonene for fysioterapeuter: Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund.

Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62. Bevilgningene kan benyttes gjensidig under den andre posten.

Tabell 4.25 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2016–2017 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Endring
Fysioterapeuter med avtale	1 916,8	1 119,9	-41,6 %
Fysioterapeuter uten avtale <sup>1</sup>	25,5	15,2	-6,1 %
Avsetning til fond	31,5	32,2	2,2 %
Sum kap. 2755, post 71	1 973,8	1 167,3	-40,9 %

<sup>1</sup> Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 974 mill. kroner i 2016 og 1 167 mill. kroner i 2017, en reduksjon på 40,9 pst. Reduksjonen er knyttet til bortfall av sykdomslisten.

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 konsulta-

sjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2017 totalt 4966 fysioterapiårsverk. Dette innebærer en økning i antall årsverk fra 2016 på 2,9 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere har økt fra 9,1 årsverk i 2016 til 9,3 årsverk i 2017. 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. Fysioterapeuter knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser en vekst på 20 årsverk fra 2016.

Tabell 4.26 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2016–2019 (mill. kroner)

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
Sum kap. 2755, post 71	1 973,8	1 167,3	1 161,8	1 180,0
Volumvekst (anslag)	1,5 %	<sup>1</sup>	2 %	2 %

<sup>1</sup> Mangler tallgrunnlag pga. omlegging i 2017

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at av i alt 3342 avtalehjemler for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i 2017 var 53 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler. 42,2 pst. av avtalehjemlene var i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 4,7 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2016 viser dette at kommunene har løftet deltidshjemlene slik at det er større samsvar mellom faktisk arbeidsvolum og hjemmelsstørrelse, noe som er en ønsket utvikling. I utgangspunktet skal en avtalehjemmel for fysioterapeutene være i samsvar med det omfang fysioterapeuten arbeider. Kommunene skal kun utlyse en deltidshjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapitjeneste. Dette er hjemlet i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. og i forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunale driftsavtale, hvor det også er forskriftsfestet at det skal være samsvar mellom driftshjemler og arbeidsomfang.

Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel mv., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og del III 7 Utviklingstrekk folketrygden.

### **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.

Forslag til endringer i forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp var på høring våren 2018 og vil bli fastsatt i løpet av høsten 2018. I forskriften ble det også foreslått å innføre en ny takst for sekundærjordmor ved planlagt hjemmefødsel.

Det ytes engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon etter folketrygdloven § 5-13. Stønad-

satsen er 2750 kroner og foreslås økt til 2830 kroner i 2019, som er en økning på 2,9 pst.

Utgiftene i 2017 var 57,8 mill. kroner, mot 57 mill. kroner i 2016, en økning på 1,4 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. 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.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til kiropraktorenes fellesformål (fondsavsetninger). Folketrygden yter et tilskudd til fond til videre- og etterutdanning av kiropraktorer tilsvarende 5 pst. av trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor.

Som et tiltak i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017–2019 har regjeringen opphevet den tidligere stønadsberettigede antallsbegrensingen fra folketrygden på inntil 14 behandlinger. I gjennomsnitt mottok pasientene stønad til 5,9 behandlinger i 2017.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 157,5 mill. kroner i 2017 mot 144,9 mill. kroner i 2016, en økning på 8,7 pst. Antall kiropraktorer som hadde oppgjør med Helfo økte med 2,5 pst., fra 851 i 2016 til 872 i 2017. Det var en økning på 7,9 pst. i antall konsultasjoner fra 1,88 millioner i 2016 til 2,03 millioner i 2017. Det var en nedgang i bruk av takst for samhandlingsmøter med annet helse- og sosialfaglig personell på 14,1 pst. fra 2016 til 2017 og en økning i bruk av takst for telefonsamtaler/skriflig kommunikasjon med annet personell på 23 pst.

### **Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling**

Bevilgningen dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a.

Det er et vilkår for refusjon for logopedisk og audiopedagogisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

De logopediske og audiopedagogiske tiltakene som dekkes etter folketrygdloven, faller inn under kommunenes og fylkeskommunenes ansvar etter opplæringsloven av 1998. Kommuner og fylkeskommuner har iht. opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger har, siden 1948, hatt anledning til å utløse

takster for undersøkelse og behandling av personer med språk- og talevansker.

I 2017 utbetalte folketrygden 142,2 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 7,3 mill. kroner til ortoptisk behandling.

De samlede utgiftene økte fra 131,3 mill. kroner i 2016 til 149,5 mill. kroner i 2017, en økning på 13,9 pst.

## Kap. 2756 Andre helsetjenester

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
70	Helsetjenester i annet EØS-land	21 118	23 000	13 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.	433 887	485 000	490 000
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	218 965	215 000	240 000
	Sum kap. 2756	673 970	723 000	743 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet mv. og til utenlandsboende mv. etter folketrygdlovens kapittel 5.

### Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Posten dekker folketrygdens utgifter til planlagt helsehjelp i andre EØS-land (behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom, undersøkelse ved bestemte diagnoser og behandlingsformer samt blåreseptordningen) etter folketrygdloven § 5-24a.

Utgiftene var 21,1 mill. kroner i 2017 mot 20,5 mill. kroner i 2016, en økning på 2,9 pst. Rapportering fra Helfo viser at det i all hovedsak er blitt refundert utgifter til tannbehandling ved sykdom, jf. folketrygdloven § 5-6, på denne budsjettposten. Det er et begrenset antall saker innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

### Post 71 Helsetjenester i utlandet mv.

Posten omfatter stønad til helsetjenester i utlandet for personer som er medlemmer i folketrygden og som omfattes av bestemmelsene i folketrygdloven § 5-24.

De grupper som kommer inn under stønadsreglene er bl.a. sjøfolk på norske skip i utenriksfart, norske statsborgere som er statens lønnede tjenestemenn i utlandet, norske studenter i utlandet og utsendte arbeidstakere. Turister omfattes ikke av reglene. Refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 har i hovedsak betydning for medlemmer i folketrygden som er bosatt eller oppholder seg over tid i land utenfor EØS-området og som har behov for behandling i oppholdslandet.

Nødvendige utgifter til ambulansetransport innad i behandlingslandet og til opphold og behandling i helseinstitusjon dekkes fullt ut. Det betales egenandel for behandling hos lege, tannbehandling for sykdom, fysioterapi, behandling hos psykolog og for viktige legemidler. Utgiftene refunderes av Helfo Utland.

Utenlandsboende pensjonister med rettigheter etter norsk folketrygd gis stønad etter de bestemmelser som gjelder for tilsvarende behandling i Norge, men med de særregler at utgiftene dekkes etter særskilte satser, og at utgifter til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget. For 2019 foreslås det maksimale stønadsbeløpet til 3920 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 krigspensjo-

nister. 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 433,9 mill. kroner i 2017 mot 429,6 mill. kroner i 2016, en økning på 1 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 219 mill. kroner i 2017 mot 175 mill. kroner i 2016 en økning på 25,1 pst.

## Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
2790	Andre helsetiltak	214 237	247 800	244 000	-1,5
	Sum kategori 30.90	214 237	247 800	244 000	-1,5

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019	Pst. endr. 18/19
70-89	Andre overføringer	214 237	247 800	244 000	-1,5
	Sum kategori 30.90	214 237	247 800	244 000	-1,5

### Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2017	Saldert budsjett 2018	Forslag 2019
70	Bidrag	214 237	247 800	244 000
	Sum kap. 2790	214 237	247 800	244 000

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

- 4 mill. kroner til helårsvirkning oppstartsveiledning i apotek

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til bidragsordningen, jf. forskrift om bidrag til visse helsetjenester.

#### Post 70 Bidrag

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdlo-

ven 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 1858 kroner i 2018. Egenandeler, døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig. Beløpet for 2019 er 1891 kroner. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

Utgiftene på bidragsordningen var 214 mill. kroner i 2017 mot 201 mill. kroner i 2016.

Fra 2018 er bidragsordningen for legemidler avvirket for nye pasienter for å unngå at den undergraver intensjonen med blåreseptordningen. Avviklingen gjelder ikke bidrag til prevensjonsmidler og heller ikke legemidler til behandling av infertilitet.

#### Tjenester i apotek

Inhalasjonsveiledning i apotek finansieres over denne bevilgningen. Bevilgningen på 5 mill. kroner videreføres i 2019.

Oppstartsveiledning (Medisinstart) består av to oppfølgingssamtaler, mellom apotekfarmasøyt og pasienter, etter reseptekspedering. Bevilgningen til denne tjenesten i 2019 forslås til totalt 8 mill. kroner. Tjenesten er for pasienter som starter med et nytt legemiddel til behandling av enten høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler. Som prøveordning er det åpnet for at pasienten selv får mulighet til å be om Medisinstart uten henvisning fra lege. Målet med tjenesten er å øke etterlevelse av behandlingen. Det er lagt til grunn at oppstartsveiledning dekkes med 450 kroner per pasient (to oppfølgingssamtaler på apotek eller per telefon). Tjenesten vil bli evaluert.

*Del III*  
*Omtale av særlige tema*





## 5 Spesialisthelsetjenesten

Midlene som stilles til disposisjon til de regionale helseforetakene kommer i all hovedsak fra kap. 732 Regionale helseforetak. I årlig melding 2017 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametere i oppdragsdokumentene og foretaksmøter. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning ble behandlet i foretaksmøter i juni 2018. Nedenfor redegjøres det for rapportering 2017 og status 2018, samt de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2018–2021. Omtalen er delt inn under følgende overskrifter:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Økonomi og investeringer
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

### *Ventetider og fristbrudd*

Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helse-tjenesten. 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 døgn-opphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp.

Det er et mål at ventetiden reduseres. Regjeringen vil gjøre mer bruk av private, og innførte blant annet reformen fritt behandlingsvalg i 2015. Innføring av pakkeforløp er et annet viktig tiltak. Pakkeforløpene for kreft ble innført i 2015 og de første pakkeforløpene for hjerneslag ble lagt fram i desember 2017. Arbeidet med å implementere pakkeforløpene for hjerneslag startet i 2018.

De regionale helseforetakene og sykehusene har også i gang andre tiltak, som aktivitetsplanlegging, for å redusere ventetidene.

Tabell 5.1 Ventetider og fristbrudd

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Gjennomsnittlig vente-tid for avviklede pasienter i spesialisthelse-tjenesten	59	57	62	61	58	56	66	58	60	57
Andel fristbrudd for avviklede pasienter i spesialisthelse-tjenesten	1,2	1,5	1,5	2,9	1,0	1,7	2,4	2,3	1,4	2,0

Kilde: Norsk Pasientregister

Som det fremgår av tabell 5.1, har det vært en nedgang i gjennomsnittlig ventetid på tre dager i 2017, sammenliknet med 2016. Målet om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner

er nådd. Målet om gjennomsnittlig ventetid under 60 dager er nådd i tre av fire regioner. Det er imidlertid en liten økning i andelen fristbrudd. Fra 2013 til 2017 ble gjennomsnittlig ventetid i spesia-

listhelsetjenesten redusert med 17 dager. I samme periode ble andelen fristbrudd redusert med 4,3 prosentpoeng. Tall for første tertial 2018 viser at gjennomsnittlig ventetid øker noe i alle regioner, sammenliknet med første tertial 2017. På nasjonalt nivå øker gjennomsnittlig ventetid med tre dager. Målet for 2018 er at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2017, og at ventetidene skal være under 50 dager innen 2021.

Helsedirektoratet fikk i august 2017 i oppdrag å utrede og skissere alternative modeller for hvordan pasientforløp og ventetid i spesialisthelsetjenesten kan reguleres og registreres. Formålet med oppdraget var å få frem et godt beslutningsgrunnlag for eventuelle endringer. Rapporten fra Helsedirektoratet er sendt på en bred høring med høringsfrist høsten 2018.

### Kreftbehandling

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle aktører på kreftområdet. Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft skal ivaretas i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer. God behandlingskvalitet skal ivaretas gjennom gode pasientforløp. Dette skal sikre at kreftpasienter unngår unødig venting på utredning og behandling. Nasjonal kreftstrategi 2018–2022 skal

legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter.

Fra 2015 er det innført 28 pakkeforløp kreft. Det er satt som mål at:

- Andel nye kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 pst.
- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, skal være minst 70 pst.

Pakkeforløpene skal gi pasientene standardiserte forløp med kortere ventetider og raskere vei til diagnose og behandling ved mistanke om kreft. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.

På landsbasis for alle kreftformene samlet var det i 2016 god måloppnåelse når det gjelder nye kreftpasienter i pakkeforløp. På landsbasis ble 77,6 pst. av nye kreftpasienter for 24 organspesifikke kreftformer inkludert i et pakkeforløp. Alle regionene nådde målet om at minst 70 pst. av kreftpasientene skal være inkludert i et pakkeforløp. På landsbasis i 2016 ble 70 pst. av pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid.

Tabell 5.2 Pakkeforløp kreft samlet for 2017 (pst.)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp <sup>1</sup>	73,5	83,7	77,0	81,9	77,4
Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimalanbefalt forløpstid <sup>2</sup>	64,8	75,6	72,3	68,9	68,6

<sup>1</sup> 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 2017 fra Norsk pasientregister.

<sup>2</sup> Denne indikatoren måler andel pakkeforløp som gjennomføres på normert tid, fra start av pakkeforløp til start av kirurgisk, medikamentell – eller strålebehandling for 26 organspesifikke kreftformer. Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt og Diagnostisk pakkeforløp er ikke med i tabellen. Basert på førstertialtall 2017 fra Norsk pasientregister.

Kvalitetsindikatoren andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp viser at på landsbasis er 77,4 pst. av nye kreftpasienter innenfor 24 kreftformer inkludert i et pakkeforløp i 2017, en liten nedgang fra 77,6 pst. i 2016. Alle regionale helseforetak når for disse 24 kreftformene målet om at minst

70 pst. av nye kreftpasienter er inkludert i et pakkeforløp.

Kvalitetsindikatoren andel pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid for 26 organspesifikke kreftformer viser en nedgang på landsbasis fra 70,0 pst. i 2016 til 68,6 pst. i 2017

Helse Vest og Helse Midt-Norge når målet om minst 70 pst., men begge regionene har en nedgang i måloppnåelsen sammenlignet med 2016. Størst nedgang har Helse Midt-Norge fra 78,7 pst. i 2016 til 72,3 pst. i 2017. Helse Vest har en nedgang fra 76,5 pst. i 2016 til 75,6 pst. i 2017. Helse Sør-Øst har en måloppnåelse på 64,8 pst. i 2017, en nedgang fra 65,4 pst. i 2016. Helse Nord har som eneste helseregion en økning i måloppnåelse for denne indikatoren fra 67,4 pst. i 2016 til 68,9 pst. i 2017.

#### *Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse*

Det har siden 2015 vært gitt årlige oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Oppdragene har særlig vært rettet mot å etablere indikatorer og metodikk som avdekker uønsket variasjon, samt å gjøre tilgjengelig denne informasjonen slik at den kan brukes til forbedringsarbeid på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Helseregionene har opprettet Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), som inkluderer representanter fra alle regionale helseforetak, samt Helsedirektoratet.

#### *Avtalespesialister*

På bakgrunn av oppdrag, har de regionale helseforetakene kommet med forslag til hvordan pilotprosjekter knyttet til avtalespesialisters vurdering og tildeling av pasientrettigheter kan gjennomføres. Forslaget ligger til grunn for videre arbeid knyttet til oppsett av konkrete pilotprosjekter.

#### *Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

##### *Høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk*

Det ble også i 2017 satt som mål at det skulle være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn somatikk, og at DPS og BUP skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skulle måles på regionnivå ved endringer i gjennomsnittlig ventetid, kostnader, årsverk og aktivitet. Fra 2017 er tjenestene poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk TSB inkludert i ISF-ordningen. Dette innebærer at det ikke foreligger sammenliknbare data for 2016 for poliklinisk aktivitet. Vurderingene baserer seg på Årlig melding fra de fire regionale helseforetakene i 2017 og data fra Norsk pasientregister.

Helse Sør-Øst melder at målet om høyere vekst i kostnader innen tverrfaglig spesialisert

rusbehandling (TSB) ikke ble innfridd, men ble innfridd for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Målet om prosentvis større reduksjon i ventetider innen psykisk helsevern og TSB enn i somatikken ble ikke nådd på noen områder for Helse Sør-Øst. Målet knyttet til økning i årsverk ble ikke innfridd for hverken psykisk helsevern for voksne eller barn og unge eller TSB.

For Helse Vest var veksten i kostnadene høyere for TSB og psykisk helsevern for barn og unge enn for somatikk, mens veksten innen psykisk helsevern for voksne var lik som for somatikk. I Helse Vest gikk ventetidene mer ned for TSB og for psykisk helsevern for barn og unge sammenliknet med somatikk. Det var større økning i årsverk for psykisk helsevern for barn og unge enn for somatikk, men lavere innen TSB og psykisk helsevern for voksne.

I Helse Midt-Norge ble målet om høyere vekst i kostnader innfridd for TSB og for psykisk helsevern for voksne, men ikke for psykisk helsevern for barn og unge. For TSB og psykisk helsevern barn og unge ble målet innfridd for ventetider. Målet til ventetider ble ikke innfridd for psykisk helsevern for voksne. Økningen i årsverk ble i Helse Midt-Norge innfridd for psykisk helsevern for barn og unge, men ikke for psykisk helsevern voksne eller for TSB.

I Helse Nord ble målet om høyere vekst i kostnader innfridd for både psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og for TSB. Målet om prosentvis større reduksjon i ventetider innen psykisk helsevern og TSB enn i somatikken er ikke nådd på noen områder. Målet knyttet til økning i årsverk ble innfridd for alle tre områdene.

Prioriteringsmålet har ført til en dreining i sykehusenes oppmerksomhet og aktivitet mot psykisk helsevern og TSB, men det er fortsatt rom for forbedringer.

#### *Redusere tvang*

De regionale helseforetakene ble bedt om å redusere omfanget av tvangsinnleggelse. Tall for 2017 viser at Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord har nådd målet. Den rapporterte reduksjonen er størst i Helse Vest, hvor det i 2017 var 1,8 tvangsinnleggelse per 1000 innbyggere. Dette er en nedgang på 0,5 fra 2016 da omfanget var 2,3 per 1000 innbyggere. Flest tvangsinnleggelse har Helse Nord med 2,1 i 2017. Helse Midt-Norge er den eneste regionen hvor antall tvangsinnleggelse har økt fra 2016 til 2017. Fra 1,34 tvangsinnleg-

gelsler per 1000 innbyggere i 2016 økte omfanget til 1,5 i 2017.

Det er rimelig å anta at nedgangen i tvangsinnleggelsler henger sammen med endringene i psykisk helsevernloven som trådte i kraft 1. september 2017, herunder bestemmelsen om at pasienter ikke kan legges inn mot sin egen vilje dersom de har samtykkekompetanse og ikke er til fare for eget liv eller for andres liv eller helse.

Det ble satt som mål at antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere skulle reduseres. Det rapporteres om en liten økning fra 2016 til 2017 i antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og i Helse Nord. I Helse Vest opplyses nivået å være uendret fra 2016 til 2017.

System for komplette og kvalitetssikrede data om tvang i psykisk helsevern er etablert i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Sør-Øst opplyser at systemet skal være på plass i løpet av 2018. Rapporteringen fra helseforetakene om bruk av tvang har vært tett fulgt opp av departementet og Helsedirektoratet de siste årene. Oppfølgingen har bl.a. resultert i langt bedre komplettethet i publiserte data om bruk av tvangsmidler sammenliknet med tidligere.

Alle regionale helseforetak opplyser at de er i prosess med å gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevernsheter som benytter tvang.

#### *Avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Det ble i 2017 stilt mål om å registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Norsk pasientregister har lagt ut data om gjennomføring og avbrudd i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2017 på helsenorge.no. Dataene er ikke komplette og er ikke tilstrekkelig til å gi god nok informasjon om resultatene.

#### *Barnevern*

De regionale helseforetakene ble bedt om å utarbeide samarbeidsavtaler som omfatter kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har oppdatert avtalene. Helse Sør-Øst vil oppdatere avtalene i 2018.

De regionale helseforetakene ble bedt om å peke ut barnevernsinstitusjon i hver barnevernsregion som skal ha ansvar for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og med særlig store psykiske hjelpebehov med oppstart av de to første i 2018. De regionale helseforetakene fikk i 2017 i oppdrag å forberede en hjemmesykehus-modell i psykisk helsevern for barn og unge rettet mot barn i disse institusjonene. Det er pekt ut to institusjoner i hhv Helse Nord og Helse Sør-Øst. Helseregionene og BUFetat har samarbeidet om planlegging og innhold i tiltaket. Igangsetting er planlagt høst 2018.

De regionale helseforetakene ble bedt om å etablere Barnevernansvarlig i BUP i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Helse Vest og Helse Nord har etablert ordningen i 2017. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst startet arbeidet i 2017 og fullfører arbeidet i 2018.

#### *Forsøk med kommunal drift av DPS*

De regionale helseforetakene ble bedt om å legge til rette for dialog og ev. forhandlinger med interesserte kommuner om forsøksordningen med kommunal drift av DPS. Per 1. juli 2018 har ingen kommuner søkt om forhandlinger med regionale helseforetak. Departementet er kjent med at enkelte kommuner har tatt kontakt med de regionale helseforetakene om videre samtaler.

#### *Informasjon til kvinner i LAR*

Alle de regionale helseforetakene har sikret at kvinner i LAR har fått informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.

#### *Stifinner'n*

Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge har i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet etablert Stifinner'n ved Eidsberg fengsel, Bjørgvin fengsel og Trondheim fengsel.

#### *Narkotikaprogram med domstolkontroll*

Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har lagt til rette for at Narkotikaprogram med domstolkontroll nå er blitt et nasjonalt tilbud.

*Transport av psykisk ustabile personer*

De regionale helseforetakene har i samarbeid med politiet evaluert prosjektet Transport av psykisk ustabile personer. Opplæring av helsepersonell med formål å kunne gjennomføre en sikker og verdig transport av psykisk syke har gjennomgående vært et prioritert område. Effekten mht. å redusere bruk av politi synes å variere. Det foreligger ikke sikre tall på landsbasis mht. effekten på bruk av politi, da det ikke finnes nasjonal statistikk på området. Enkelte områder melder likevel opp en tydelig nedgang på opp mot 3 pst., mens andre steder har det vært vanskelig å vise til resultater på dette. Egne ambulanser for psykiatri er videreført i Helse Vest og utprøvd i Helse Sør-Øst, som ikke fant det formålstjenlig å videreføre ordningen. De to øvrige regionale helseforetakene har ikke ønsket å prøve ut ordning med egen ambulanse. Prosjektet synes mange steder å ha ført til bedre samarbeid mellom psykiatri/ambulante akutteam, politi, ambulanse/AMK, legevakt og har således hatt en positiv effekt på kvaliteten av prehospitaltjenester.

*Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet*

Det vises til Prop. 154 L (2016–2017) *Endringer i straffeloven og straffeprosessloven mv. (skyldevne, samfunnsvern og sakkyndighet)* som ble fremmet for Stortinget i 2017. Ett av forslagene var å etablere en nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) etter modell av pilotprosjektet ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri på Brøset. Per første halvår 2018 er etableringen godt i gang. NERS er operativ for Vest politidistrikt, Møre & Romsdal politidistrikt, Trøndelag politidistrikt, Nordland politidistrikt, Troms politidistrikt og Finnmark politidistrikt. Det vises til omtale i Prop. 1 S (2018–2019) for Justis- og beredskapsdepartementet.

*Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**Trombolysebehandling ved hjerneinfarkt*

På landsbasis i 2016 var andelen pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og som fikk behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse, 63 pst. Alle regionene har innfridd målet på 50 pst.

*Ikke korridorpasienter*

Målet er at det ikke skal være korridorpasienter. På landsbasis i 2017 var andelen korridorpasien-

ter 1,5 pst., en liten økning fra 2016. Helse Midt-Norge hadde lavest andel korridorpasienter med 0,9 pst. I Helse Sør-Øst var andelen 1,5 pst og i Helse Vest 2 pst. Helse Nord hadde høyest andel korridorpasienter med 4,7 pst., men her mangler tall for Finnmarksykehuset og Nordlandssykehuset.

*Økt bruk av hjemmedialyse*

Målet er at minst 30 pst. av dialysepasienter skal behandles i eget hjem. For hele landet var andelen 21 pst. i perioden september–desember 2017. Andelen var 29,1 pst. for Helse Nord, 24,5 pst. for Helse Sør-Øst, 14,8 pst. for Helse Midt-Norge og 9,8 pst. for Helse Vest. Helse Vest har iverksatt et regionalt prosjekt for å øke andelen. Målet er videreført i 2018.

*Andel sykehusinfeksjoner*

Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord har nådd målet om at andel sykehusinfeksjoner i 2017 skal være lavere enn i 2016. Helse Vest har lavest andel infeksjoner med 2,8 pst. i 2017, mens Helse Midt-Norge har høyest andel infeksjoner i 2017 med 5,5 pst. Helse Sør-Øst har ikke nådd målet. I oppdragsdokumentet for 2018 er det satt som mål at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 3,5 pst. i alle regioner.

*Antibiotikastyringsprogram i sykehus*

For å møte utfordringen med antibiotikaresistens er det nødvendig å redusere bruken av bredspektrede antibiotika i sykehus. De regionale helseforetakene har siden 2016 hatt som mål å redusere bruken av fem grupper bredspektrede antibiotika med 30 pst. innen utgangen av 2020 sammenliknet med 2012. De regionale helseforetakene rapporterer for 2017 at forbruket er redusert med 12,7 pst. siden 2012. Det er variasjon mellom regionene. Reduksjonen er høyest i Helse Vest med 25,8 pst. og lavest i Helse Midt-Norge med 7,1 pst. For å nå målet om 30 pst. reduksjon innen 2020, må bruken betydelig mer ned i enkelte regioner. Målet er fulgt opp i oppdragsdokumentet for 2018.

*Ambulante tjenester rehabilitering og habilitering*

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering. Alle de regionale helseforetakene har arbeidet med pla-

ner for å øke ambulante tjenester, men har i ulik grad iverksatt tiltak.

#### *Raskere tilbake*

Helse Sør-Øst RHF har forvaltet og, sammen med de øvrige regionale helseforetakene, vurdert fremtidig bruk av midler under ordningen Raskere tilbake. En rapport med de regionale helseforetakenes anbefaling om gode tilbud til store grupper sykmeldte ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene rapporterer at midlene fra 2018 er videreført til tiltak rettet mot pasientgrupper med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, i samsvar med faglige anbefalinger. Midlene er gradvis dreid mot tiltak for å styrke tilbud til nevnte målgrupper som utgjør en stor andel av de sykemeldte. Som ledd i omleggingen har de regionale helseforetakene enten videreført eller forlenget avtaler med private aktører. Regionene vektlegger kompetansespredning om betydningen av arbeid og helse og vil stimulere til forsterket samarbeid med blant andre arbeids- og velferdsforvaltningen.

Helse Sør-Øst har ivarettatt et koordinatornettverk knyttet til Raskere tilbake og vil på vegne av alle regionale helseforetak blant annet sørge for gjennomføring av en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen av Raskere tilbake.

#### *Samvalgsverktøy*

De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk i alle helseforetak. Samvalgsverktøy er under utvikling i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord. Seks verktøy er publisert så langt, og åtte verktøy er planlagt publisert de nærmeste månedene. Det er mindre aktivitet knyttet til å ta i bruk eksisterende samvalgsverktøy.

#### *System for fagrevisjoner*

De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å legge til rette for et system for fagrevisjoner i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk for å utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring. Det interregionale nettverket er etablert under ledelse av Helse Nord RHF og alle de regionale helseforetakene deltar.

#### *Nettverk for Gode pasientforløp*

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar. De regionale helseforetakene melder at alle inviterte helseforetak deltar i læringsnettverket.

#### *Nettverk for behandling barn og unge med seksuelle atferdsproblemer*

De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å etablere et nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer. Nettverket er etablert med deltakelse fra alle regionale helseforetak. Nettverket ledes av Betanien sykehus på vegne av Helse Vest.

#### *Medisinsk undersøkelse til barn i Statens barnehus*

De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. De regionale helseforetakene leverte innen 1. mai 2017 en plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet innen sosialpediatri, der det beskrives hvordan kapasiteten kan styrkes gjennom bruk av sosialpediatere og annet helsepersonell, herunder sykepleiere. De regionale helseforetakene melder at arbeidet med å styrke kapasitet og kompetanse innen sosialpediatri pågår.

#### *Dokumentere avvik ved fødsel*

De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å dokumentere i sine avvikssystemer hendelser der anbefalingen om tilstedeværelse av jordmor ikke ble fulgt opp. Videre skulle resultatene bli brukt til kvalitetsforbedring. Alle helseforetakene har dokumentert eventuelle avvik fra anbefalingen og bruker resultatene i eget forbedringsarbeid. Det er imidlertid noe ulikt hvordan avvikene blir dokumentert. Det er også litt ulikt mellom helseforetakene om dokumentasjonen skjer kontinuerlig eller i avtalte perioder. For å få en mer fullstendig oversikt over hvor ofte det forekommer avvik fra anbefalingen om tilstedeværelse av jordmor, har departementet i tillegg dokumentet til oppdragsdokumentet for 2018 bedt om særskilt rapportering for tredje tertial 2018.

### *Pasientforløp for barn med hjerneskader*

De regionale helseforetakene etablerte i 2017 et prosjekt for å sikre sammenhengende og helhetlige pasientforløp for barn under 18 år med moderate og alvorlige hjerneskader. Arbeidet ble ledet av Helse Midt-Norge RHF. Arbeidsgruppen leverte prosjektrapport 15. april 2018. Departementet vil følge opp arbeidsgruppens vurderinger og forslag til tiltak overfor de regionale helseforetakene.

### *Videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*

Målet er at de regionale helseforetakene skal bidra i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Den samiske befolkningens behov for spesialisthelsetjenester skal bli godt ivaretatt, og kompetansen om samisk helse, kultur og språk skal bli gjort tilgjengelig også i andre deler av landet. Helse Nord har startet arbeidet med å utarbeide en strategisk og overordnet plan. Arbeidet i de øvrige regionale helseforetakene er ikke startet opp.

### *Uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester*

De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å bruke kunnskap om uberettiget variasjon i sin styringsmessige oppfølging av helseforetakene, herunder følge opp eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester som er avdekket gjennom helseatlas. De målsatte indikatorene som er identifisert gjennom rapporten Indikatorer for måling av uberettiget variasjon, SKDE november 2016, skal brukes i oppfølgingen av helseforetakene. De regionale helseforetakene skal i fellesskap, under ledelse av Helse Nord RHF, videreføre arbeidet med å dokumentere eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester. Oppdraget er fulgt opp i alle de regionale helseforetakene. Helse Vest har iverksatt konkrete forbedringsprosjekter på områder der det er påvist uberettiget variasjon. Helse Nord har involvert helseforetakene mer systematisk i dialogen rundt oppfølgingen. SKDE har publisert 2 nye helseatlas, Eldrehelseatlas og Helseatlas KOLS i 2017.

### *Persontilpasset medisin*

For å bidra til implementering av persontilpasset medisin i tjenesten, er de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst, bedt om å

etablere et nasjonalt nettverk av regionale kompetansesentre for persontilpasset medisin og et nasjonalt anonymt frekvensregister for arvelige humane genvarianter. Tiltakene er finansiert med egen øremerket bevilgning, jf. omtale under kap. 732. Arbeidet er prosjektorganisert med deltakelse fra tjenesten samt sentrale aktører som Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet og HUNT.

En nasjonal, anonymisert database over genetiske varianter hos norske pasienter skal bidra til mer korrekt tolkning av prøvesvar ved diagnostikk og behandling av pasienter og en kvalitetssikring av tjenesten. Oppdraget har vært noe forsinket på grunn av behov for juridiske avklaringer fra Helsedirektoratet. Det er utarbeidet et forslag til en nasjonal løsning som innebærer etablering over to trinn. Første trinn er etablering av en anonym frekvensdatabase over sekvensvarianter. En løsning er pilotert sommeren 2018 ved Sykehuset Telemark og Oslo universitetssykehus. Andre trinn er å utrede en løsning der også tolkning og klassifisering av sekvensvariantene inkluderes. Utredningen vil kreve juridisk bistand fra Helsedirektoratet.

Et nasjonalt nettverk skal bl.a. bidra til standardisering av prosedyrer og metoder, utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og oppbygging av regionale kompetanse. Nettverket vil ha en forankring etter den regionale fagrådsmodellen. Nasjonal koordinering og samordning sikres gjennom etablering av et nasjonalt fagråd innen persontilpasset medisin. Det tas sikte på etablering i løpet av 2018.

Norges forskningsråd har på oppdrag fra departementet og i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeidet en handlingsplan for forskning og innovasjon innenfor persontilpasset medisin. Handlingsplanen skal bidra til optimal utnyttelse av eksisterende finansieringsordninger for forskning og innovasjon, og gjennom samarbeid mellom relevante finansieringsinstanser legge til rette for en god kunnskapsutvikling for persontilpasset medisin i Norge.

Persontilpasset medisin stiller høye krav til kompetanse, tverrfaglighet, samarbeid mellom fagområder og profesjoner og til integrasjon av forskning i de kliniske forløpene. Flere aktører må spille sammen for å nå målene om et likeverdig tilbud over hele landet, ivaretagelse av den enkeltes integritet og at persontilpasset medisin skal innføres på en måte som er samfunnsøkonomisk bærekraftig og i tråd med kriteriene for prioritering som Stortinget har sluttet seg til. For å sikre koordinert oppfølging og samordning er Helsedirekto-

ratet tillagt ansvaret for å koordinere oppfølgingen av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017–2021. Helsedirektoratet har prioritert det helsefaglige normerende arbeidet innenfor kreft, hvor persontilpasset medisin er inne i handlingsprogrammene for brystkreft, tykk- og endetarmskreft og gynekologisk kreft, og sjeldne sykdommer, hvor det er utviklet laboratorieveileder og genetikportal med oversikt over medisinsk-genetiske analyser lokalisert ved Haukeland universitetssykehus. I tillegg har Helsedirektoratet bistått de regionale helseforetakene med juridiske avklaringer i deres oppdrag.

Departementet har i tilleggskdokumentet til oppdragsdokument for 2018 bedt de regionale helseforetakene tilrettelegge for etablering og drift av infrastruktur som kan legge til rette for utvikling og bruk av molekulære tester, genpaneler og bruk av biomarkører i forskning og persontilpasset behandling og pasientforløp som integrerer forskning og klinikk. Videre er de regionale helseforetakene bedt om å utrede hvordan innføring og bruk av persontilpasset medisin kan håndteres i Nye metoder i tråd med de vedtatte prioriteringskriteriene, herunder beslutninger på enkeltpasientnivå.

#### *Nye metoder*

De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å etablere enhetlige arbeidsprosesser og systematikk for innsamling og analyser av data om forbruk, effekt, sikkerhet og kostnader for legemidler, andre etablerte metoder i Nye metoder og utprøvende behandling (off-label bruk) som gis enkeltpasienter, f.eks. ved bruk av elektroniske kurver, FEST og SAFEST programmet og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Formålet er bl.a. å kunne fase ut metoder som ikke har forventet nytte. De regionale helseforetakene arbeider med implementering av tekniske løsninger, eksempelvis datavarehus, elektroniske kurver og SAFEST, samt bruk av data fra kvalitetsregistre som vil muliggjøre innsamling og analyse av data for Nye metoder og utprøvende behandling for å kunne nå målet om monitorering av metoder, legemidler og utprøvende behandling, samt ev. utfasing av disse. Dette er et langsiktig utviklingsarbeid i samarbeid med Direktoratet for e-helse og aktørene i systemet for Nye metoder.

#### *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre*

De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Nord, ble i 2017 bedt om å utarbeide en

elektronisk statusrapport for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Rapporten skal vise måloppnåelse for arbeidet, herunder dekningsgrad og bruk av kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring og forskning. De regionale helseforetakene har utarbeidet rapporten. Rapporten er publisert av Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre i Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og viser måloppnåelse for de 53 medisinske kvalitetsregistrene med nasjonal status. Blant kvalitetsregistrene som har gjennomført dekningsgradsanalyse har 19 registre en dekningsgrad på individnivå mellom 80 og 100 pst., 12 dekningsgrad på mellom 60 og 79 pst. mens resten (23) har dekningsgrad lavere enn 60 pst. eller ukjent dekningsgrad. I alt 56 pst. av kvalitetsregistrene innhentet pasientrapporterte data, og 39 registre har pasient- eller brukerrepresentasjon i sine fagråd. Det er utviklet to resultat tjenester som gjør det enklere å hente ut og bruke resultater fra kvalitetsregistrene til styring, forskning og kvalitetsforbedring. 54 pst. av registrene har tatt i bruk disse tjenestene. I 2016 ble det publisert 117 vitenskapelige artikler med forskning basert på data fra medisinske kvalitetsregistre. Resultater fra 60 pst. av kvalitetsregistrene er dokumentert brukt i kvalitetsforbedring av helsetjenesten.

#### *Økt bruk av avvikssystem*

De regionale helseforetakene ble bedt om å iverksette tiltak for økt bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyse, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

Alle de regionale helseforetakene melder om at helseforetakene i egen region har implementert og tatt i bruk Nasjonalt kodeverk for uønskede hendelser (NOKUP) i løpet av 2017 eller første kvartal av 2018.

Alle de regionale helseforetakene melder at regionens helseforetak arbeider med tiltak for forbedring av økt bruk av avvikssystemet. I Helse Vest har alle helseforetakene samme avvikssystem. Dette er oppgradert med blant annet en dashboard-funksjon som gir bedre anledning til lokal og aggregert rapportering og dermed økt nytte i styringsmessig oppfølging. I 2018 vil det bli satt i verk et regionalt arbeid for å styrke meldekulturen og identifisere områder som kan styrkes gjennom regionale rutiner og oppfølging av avvikshendelser. I Helse Nord har helseforetakene ulike systemer og rutiner for analyser og statistikk. Det er inngått databehandleravtaler som



skal sikre at data fra hendelsesbehandlingssystemet tas inn som kilde i datavarehusløsning for Helse Nord i løpet av 2018. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst melder om tiltak på helseforetaksnivå for økt bruk av avvikssystemet.

#### *Legemiddelområdet*

De regionale helseforetakene fikk i 2017 flere oppdrag innenfor legemiddelområdet, herunder oppdrag om å arbeide for overgang til faglige likeverdige legemidler, oppdrag om å etablere tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre metodevurderinger og anbudskonkurranser knyttet til legemidler og oppdrag om å sørge for at det er tilgjengelig strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten for å understøtte bruk og forskrivning av legemidler i sykehus. De regionale helseforetakene leverte i november 2017 en rapport med forslag til flere mulige tiltak innenfor legemiddelfeltet som et samlet svar på oppdragene. I oppdragsdokumentet for 2018 har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å følge opp anbefalingene i denne rapporten. Oppdraget om at de regionale helseforetakene skal sørge for at det er tilgjengelig strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten er ikke tilstrekkelig svart ut i rapporten, og departementet har gitt et oppfølgende oppdrag til de regionale helseforetakene på dette området i 2018.

De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å legge til rette for at pasienter i hele landet får økte muligheter for deltakelse i kliniske studier i Norge og i utlandet. Det innebærer at nettsiden for pasientrettet informasjon om alle pågående og planlagte kliniske studier på [helsenorge.no](https://helsenorge.no) er oppdatert og komplett, og at pasienter i hele landet gis en likeverdig mulighet for å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier. En ny løsning for informasjon om kliniske studier er etablert som en del av Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (<https://kliniskestudier.helsenorge.no/>). Løsningen gjør det enklere for forskere å publisere informasjon om kliniske studier, og for pasienter å finne pågående kliniske studier, samt hvordan man går frem for å delta i disse.

#### *Informere kvinner med livmorhalskreft*

Siden 2015 har sykehusene regravert celleprøver til kvinner som har fått livmorhalskreft, og som har hatt normale celleprøver mindre enn fem år tidligere. Sykehusene har ansvar for å sikre at kvinner med livmorhalskreft får informasjon om tidligere celleprøver som har vært feiltolket. De

regionale helseforetakene fikk i 2017 i oppdrag å sørge for at sykehusene har gode rutiner for hvordan man informerer kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regravert tidligere prøver. Alle regionale helseforetak melder at dette er innfridd.

Med utgangspunkt i Helsedirektoratets rapport Områder i helsetjenesten med mangelfullt kunnskapsgrunnlag og mulig etablering av kvalitetsregistre (2016), ble de regionale helseforetakene bedt om å utarbeide en plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre. De regionale helseforetakene har startet utredning i regi Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre i SKDE. Arbeidet er forankret i styringsgruppe på fagdirektørnivå. Arbeidet har ikke vært mulig å gjennomføres innen utgangen av 2017, men ferdigstilles høsten 2018. Oppdraget er fulgt opp i oppdragsdokumentet for 2018 gjennom at de regionale helseforetakene skal legge til rette for etablering av nye registre.

#### *Personell, utdanning og kompetanse*

Legenes spesialistutdanning er under modernisering. De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger/ iverksette ny ordning for spesialistutdanning i henhold til ny forskrift, med ansettelser i LIS1-stillinger fra og med høsten 2017. Videre ble de bedt om å planlegge for å iverksette del 2 og 3 (LIS2 og LIS3) i ny ordning for spesialistutdanning henhold til ny forskrift.

De første legene startet opp i ny ordning i spesialistutdanningens del 1 høsten 2017. Regionale sentra for å ivareta læringsaktiviteter er etablert og under oppbemanning ved regionsykehusene. Nye læringsmål og anbefalte læringsaktiviteter for spesialiseringens del 2 og 3, fastsatt av Helsedirektoratet, legges inn i et eget dataregistreringsverktøy ved sykehusene. Her skal alle legenes gjennomførte læringsaktiviteter, for eksempel ulike kurs og prosedyrer registreres, og ligge til grunn for vurdering av oppnådde læringsmål. Det er etablert regionale prosjekter, forankret i regionenes helseforetak, for å implementere ny ordning for del 2 og 3.

#### *Forskning og innovasjon*

De regionale helseforetakene har et særskilt ansvar for pasientrettet forskning og kliniske studier. Samlede forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering (finansierings-

poeng). Helse Sør-Øst hadde en andel på 63,5 pst. av de totale forskningspoengene, etterfulgt av Helse Vest med 18,5 pst., Helse Midt-Norge med 10,4 pst. og Helse Nord med 7,7 pst. Det ble registrert 4115 publikasjoner (vitenskapelige artikler, monografier og antologier) fra helseforetakene i 2017 og rapportert inn 315 avlagte doktorgrader, mot 292 doktorgrader i 2016.

Siden 2013 har ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU gitt uttelling (finansieringspoeng). Veksten i ekstern finansiering er økende, men i 2017 ser man en total nedgang på 3,7 pst. fra 2016. Dette skyldes hovedsakelig nedgang på 10 pst. i finansieringspoeng til Helse Sør-Øst. For de øvrige regionene er derimot finansieringspoeng for ekstern finansiering økt, med henholdsvis 34 pst. i Helse Nord og Helse Vest, og 16 pst. i Helse Midt-Norge. Det understrekes imidlertid nedgangen ikke nødvendigvis betyr at helseforetakene i mindre grad deltar i eksternfinansierte prosjekter, men heller at prosjekter som gjennomføres i samarbeid med universitetssektoren av ulike årsaker forvaltes ved et universitet og derfor ikke fremgår i denne oversikten. I 2017 hadde 56,4 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap (mål: over 40 pst.) og 22,3 pst. var publisert i ledende tidsskrifter (mål: over 20 pst.). Alle regionene hadde internasjonalt samarbeid på minst 50 pst. av artiklene, og alle hadde økt denne andelen fra 2016. Tallene for artikler på ledende tidsskrifter var omtrent uendret.

Oversikt over resultater fra helsemålingen for 2017 for de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Det var forskningsaktivitet ved alle helseforetak i 2017. Universitetssykehusene stod for 81 pst. av rapporterte driftskostnader til forskning og 79 pst. av forskningsårsverkene i sektoren. Fra og med 2018 vil fullstendige rapporter om ressursbruk i forskning i helseforetakene utføres annet hvert år, tilsvarende praksis for UoH-sektoren. NIFU vil imidlertid fortsatt årlig kartlegge utvalgte indikatorer til andre formål, som forskningspersonell i helseforetak og ekstern forskningsfinansiering.

For femte år på rad har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport, *Forskning og innovasjon til pasientens beste, Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2017*. Rapporten beskriver resultater av forskning og innovasjon, og implikasjoner for tjenesten. Andel forskningsprosjekter med brukermedvirkning var 58 pst. for prosjekter innen psykisk helse og 56 pst. for somatikk. Kun 17 pst. av prosjektene anga

samarbeid med næringslivet. Totalt var det i 2017 inngått 726 kontrakter mellom helseforetakene og industrien, med helseforetakene i Helse Sør-Øst som største aktør (403 kontrakter).

De regionale helseforetakene tildelte etter utlysning i 2017 om lag 137 mill. kroner til åtte kliniske multisenterstudier gjennom Program for klinisk behandlingsforskning.

De regionale helseforetakene og Forskningsrådet ble bedt om å vurdere samordning og evaluering av vurderingskriterier for kvalitet, nytte og brukermedvirkning. Helse Vest har iverksatt kartlegging av bruk av kriteriene i regionene, men samordning med Forskningsrådet er forsinket av en pågående omorganisering av Forskningsrådets programmer, som vil ha betydning for søknadsvurderingen. Arbeidet fortsetter i 2018. Nasjonal veileder for brukermedvirkning i forskning, utarbeidet av de regionale helseforetakene og brukerrepresentanter i fellesskap, er lagt frem i 2018.

De regionale helseforetakene ble i 2017 bedt om å styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet i samsvar med regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien. Infrastruktur for testing og utprøving av innovasjoner er styrket ved universitetssykehusene, og flere av regionene har utviklet egne innovasjonsstrategier. Det er etablert samarbeid med ulike aktører i alle regioner, inkludert TTO-er, industrien, lokale klyngemiljøer og kommunal sektor. Helse Midt-Norge har ansatt innovasjonsrådgivere i alle underliggende helseforetak for å understøtte utprøving og kommersialisering. Helse Sør-Øst har utarbeidet en forprosjektrapport som legger grunnlag for etablering av «en vei inn» for gründerbedrifter og andre virksomheter som søker samarbeid med helseforetak for felles utvikling, testing, verifisering og dokumentasjon av nye løsninger som kan forbedre pasientbehandlingen.

De regionale helseforetakene har vært part i Nasjonal samarbeidsavtale om innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren 2013–2017. Dette har inngått i den tiårige nasjonale satsingen med nasjonal samarbeidsavtale (2007–2017) om innovasjon og næringsutvikling i regi av Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det er opprettet en tverrregional arbeidsgruppe for innovasjon som skal legge til rette for bedre samarbeid om innovasjonstiltak. Flere av regionene har gjennomført egne innovasjonsutlysninger, rettet mot både produkt- og tjenesteinnovasjon. Prosjektene er både behovsdrivet og forskningsbasert, og antallet søknader har økt fra 2016.

Videre fikk de regionale helseforetakene og universitetene med medisintutdanning likelydende oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementene om oppfølging av Husebekk-rapporten (Samordning mellom universiteter og helseforetak). De regionale samarbeidsorganene har vært viktige samarbeidsarenaer for områder med behov for samordning mellom universiteter og helseforetak. Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo har utarbeidet retningslinjer for plassering av vertskapsrollen for prosjekter med ekstern finansiering. I Helse Midt-Norge er det iverksatt et arbeid for etablering av felles regionalt redelighetsutvalg for forskning, samt et regionalt tverrsektorielt infrastrukturutvalg. Samordning mellom sektorene for å tilrettelegge for økt forskningssamarbeid er et viktig arbeid som fortsetter.

#### 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 2017 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 2017 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som fulgte av Prop. 1 S (2016–2017), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2017, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig

utvikling over tid. Det ble også satt et tak for bruk av driftskreditt. Dette innebærer at drift og investeringer ved de regionale helseforetakene må håndteres innenfor bevilget ramme.

Årsregnskapene for 2017 ble godkjent i felles foretaksmøte i juni 2018. Alle helseregioner oppnådde positive økonomiske resultater i 2017. Dette var niende år på rad at de regionale helseforetakene samlet sett oppnådde positive resultater. Det ble i 2017 et samlet positivt resultat på 2 282 mill. kroner, som er 688 mill. kroner lavere enn i 2016. De positive resultatene de senere årene må ses opp mot investeringsbehovene i årene framover og at foretakene tidligere har gått med underskudd. Alle landets helseregioner kan nå vise til et samlet positivt avvik i forhold til styringskravet i perioden 2002 til 2017.

Resultatet i 2017 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 87 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 364 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 2 559 mill. kroner.

Det har i enkelte år i perioden 2002–2014 vært korrigeringer mellom ordinært regnskapsmessig årsresultat og årsresultatet Helse- og omsorgsdepartementet har stilt som styringskrav. Dette skyldes at bevilgningsnivået fram til og med 2007 ikke dekket fulle regnskapsmessige avskrivninger, samt enkelte år med store regnskapsmessige effekter av endrede forutsetninger i offentlige tjenstepensjonsordninger. Det vises til utfyllende omtale av disse forholdene i Prop. 1 S (2017–2018).

Tabell 5.3 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2017 (mill. kr)

	Helse Sør-Øst <sup>1</sup>	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
2002–2007	-3 729	-2 045	-2 228	-1 418	-9 420
2008	-425	-141	86	-221	-701
2009	-157	156	214	100	313
2010	172	436	548	112	1 268
2011	-478	455	417	373	767
2012	211	565	524	437	1 737
2013	483	648	286	488	1 905
2014	816	796	802	363	2 777
2015	1 046	680	393	617	2 736
2016	1 343	724	364	539	2 970
2017	1 016	577	307	383	2 282
Akkumulert <sup>2</sup>	298	2 851	1 713	1 774	6 634

<sup>1</sup> Helse Sør-Øst ble etablert 1. juni 2007 gjennom en sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst. Per 2006 hadde Helse Sør et akkumulert negativt resultat på 2 795 mill. kroner og Helse Øst et akkumulert positivt resultat på 153 mill. kroner.

<sup>2</sup> Tabellen viser helseregionenes avvik mot styringskrav behandlet i årlige foretaksmøter.

Samlet sett har helseforetakene budsjettert med positive resultater på om lag 1,7 mrd. kroner i 2018. De budsjetterte resultatene må sees i sammenheng med de regionale helseforetakenes investeringsplaner og helseforetakenes behov for egenkapital ved investeringer. Det er for 2018 stilt krav om at de regionale helseforetakene skal legge til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Videre skal de sikre en forsvarlig likviditetsstyring og håndtere driftskreditten innenfor vedtatte rammer.

Tabell 5.4 Budsjettert økonomisk resultat i 2018 (mill. kr)

Helse Sør-Øst	858
Helse Vest	432
Helse Midt-Norge	173
Helse Nord	276

#### Investeringer

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Midler til investeringer inngår derfor i basisbevilgningen og ikke som øremerkede tilskudd.

Større prosjekter kan delvis lånefinansieres ved låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2013 kan helseforetakene få lån på inntil 70 pst. av forventet prosjektkostnad basert på kvalitetssikrede konseptplaner.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå. 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 2017 investerte helseforetakene for om lag 7,8 mrd. kroner i bygg og utstyr og immaterielle verdier. Hensyntatt av- og nedskrivninger, samt salg og korrigeringer i balansen, innebar dette at den regnskapsmessige verdien på helseforetakenes driftsmidler samlet sett økte med 709 mill. kroner i 2017.

Tabell 5.5 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2017

	2003	2016	2017	Endr. 16/17	Pst. endr. 16/17	Endr. 03/17	Pst. endr. 03/17
Helse Sør-Øst	36 913	45 709	45 075	-634	-1,4	8 162	22,1
Helse Vest	12 095	15 640	15 948	308	2,0	3 853	31,9
Helse Midt-Norge	9 001	13 528	13 366	-162	-1,2	4 365	48,5
Helse Nord	8 578	13 157	14 354	1 197	9,1	5 776	67,3
Sum	66 587	88 034	88 743	709	8,5	22 156	33,3

Kilde: Helseforetakenes regnskaper 2017

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr. Den regnskapsmessige verdien på sykehusenes bygg og utstyr har økt med 22,2 mrd. kroner fra 66,6 mrd. kroner i 2003 til 88,7 mrd. kroner i 2017. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord er nå den regionen med relativt størst økning i verdien av bygg og utstyr i perioden, mens Helse Sør-Øst har den laveste relative økningen. Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til dagens drift og for å få en mer funksjonell bygningsmasse, men de store prosjektene vil variere mellom regioner og helseforetak. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer. Samtidig må det settes av midler til ordinært vedlikehold.

#### Økonomiske langtidsplaner

De regionale helseforetakene oppdaterer årlig økonomisk langtidsplan. De økonomiske langtidsplanene bygger på vedtatte strategier i de regionale helseforetakene, som igjen baseres på nasjo-

nale strategier og føringer, og gjeldende økonomiske rammebetingelser.

De regionale helseforetakene forvalter betydelige beløp på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. Langsiktig planlegging og prioriteringer er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester. De regionale helseforetakene legger gjennom sine langtidsplaner til rette for at helseforetakene kan nå målene for pasientbehandlingen. Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling innen medisinsk teknologi og forventningene til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg og utstyr, IKT og annen viktig infrastruktur, samt hvordan helseforetakene kan tilpasse tjenestene for å møte utfordringer innenfor de økonomiske rammene.

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

Tabell 5.6 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2019–2022 (mill. kr)

	2019	2020	2021	2022	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	7 256	11 712	14 256	14 631	47 855
Øvrige bygningsmessige investeringer	1 773	1 502	1 691	2 042	7 009
Medisinskteknisk utstyr	2 078	2 131	2 154	2 018	8 381
IKT	1 784	1 908	2 019	1 820	7 531
Annet	514	489	534	507	2 045
Sum totale investeringer	13 406	17 742	20 654	21 018	72 821

Helseforetakenes langtidsplaner viser at de planlegger investeringer for nær 73 mrd. kroner i perioden 2019–2022. Planene forutsetter fortsatt effektivisering i helseforetakene, god økonomisk kontroll og forutsigbare rammebetingelser.

### *Helse Sør-Øst*

I perioden 2019–2022 planlegger Helse Sør-Øst å investere for 37,7 mrd. kroner, herav 5 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 3,6 mrd. kroner i IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus
- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold
- nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus
- nytt sykehus i Drammen
- nytt klinikkbygg og protonanlegg på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus
- IKT-infrastrukturmodernisering og regionale kliniske IKT-løsninger

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus
- trinnvis utvikling av Gaustad og Aker ved Oslo universitetssykehus
- utbygging ved Sykehuset Telemark, Skien
- nytt bygg for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus

I tillegg pågår det utredningsarbeid for etablering av ny stråleterapikapasitet i regionen og framtidig sykehusstruktur ved Sykehuset Innlandet og akuttrygg ved Sørlandet sykehus, Kristiansand.

### *Helse Vest*

I perioden 2019–2022 planlegger Helse Vest å investere for 17,5 mrd. kroner, herav 1,1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 1,6 mrd. kroner i IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- nytt barne- og ungdomssykehus trinn 2 ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen
- oppgradering og modernisering ved Helse Førde
- oppgradering av sentralblokk ved Haukeland universitetssykehus
- nytt sykehus i Stavanger

- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna
- protonbygg ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen

### *Helse Midt-Norge*

I perioden 2019–2022 planlegger Helse Midt-Norge å investere for 10,4 mrd. kroner, herav 1,1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og om lag 3 mrd. kroner i IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- Helseplattformen

I tillegg pågår det utredningsarbeid knyttet til senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital.

### *Helse Nord*

I perioden 2019–2022 planlegger Helse Nord å investere for 7,3 mrd. kroner, herav 1,2 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 1 mrd. kroner i IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø, hvor det største byggetrinnet er ferdigstilt og tatt i bruk

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge
- nybygg i Hammerfest, Finnmarkssykehuset
- utvikling av Helgelandssykehuset

I tillegg pågår det utredningsarbeid for etablering av psykiatribygg ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

### Nasjonale helse- og sykehusplan (2016–2019)

Ved behandlingen av Nasjonale helse- og sykehusplan (2016–2017) slo Stortinget fast at det fortsatt skal være en desentralisert sykehusstruktur i Norge. Oppdrag til de regionale helseforetakene om oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan ble gitt i foretaksmøte 4. mai 2016. Alle helseforetak har fått i oppdrag å lage utviklingsplaner med frist innen utgangen av 2018. Som grunnlag for

dette arbeidet ble akuttfunksjoner i de enkelte sykehusene avklart i foretaksmøte med de regionale helseforetakene 24. april 2017.

Foretaksmøtet la vekt på at akuttfunksjonene gjennom dette møtet ble avklart, for å sikre forutsigbarhet og ro rundt det videre arbeidet med utviklingsplanene som skal ferdigstilles i 2018. I foretaksmøtet ble Helse Vest bedt om å sikre at Helse Fonna sin plan for implementering av foretaksmøtets vedtak ivaretok flere punkter.

Helse Fonna har i 2017 kontinuerlig forsøkt å rekruttere fast ansatte kirurger til Odda sykehus uten å lykkes med dette. I dag er driften basert på innleie og vikarer, noe som gir en utfordring med tanke på fremtidsrettet planlegging. Helseforetaket vurderer at tilbudet i dag er forsvarlig. Dette kan bli endret om det ikke lykkes å rekruttere kvalifisert kompetanse, spesielt når det gjelder spesialister i generell kirurgi. Helse Fonna har i dag fordelt oppgaver innen kirurgi til Odda sykehus. Om det blir endringer i funksjonsfordeling i kirurgi i Helse Vest, vil helseforetaket vurdere om allerede tildelte funksjoner til Odda sjukehus må endres. Sykehuset kan håndtere situasjoner med akutt alvorlig syke eller skadete pasienter og stabilisere for videre transport. Den samlede beredskapen for befolkningen tilhørende Odda sykehus er på samme nivå som tidligere. Generell kirurg er i vakt. Anestesilege og medisinsk overlege er tilgjengelig på døgnbasis. Det har i perioder i 2017 vært utfordringer med å dekke vakt for anestesileger. Helse Fonna har fortløpende løst disse utfordringene.

Helse Fonna gjennomfører kontinuerlig kompetansehevende tiltak, kurs og trening for aktuelle medarbeidere ved Odda sykehus slik at de er forberedt på å håndtere akutte situasjoner.

Helse Fonna har startet arbeidet med å koordinere eksisterende beredskapsplan med kommunene, inklusiv delplan for stengte veier.

Helse Vest vil etter dialog med Helse Fonna komme tilbake til endelig organisering av akutttilbudet i Odda, i tråd med føringer gitt i oppdrag fra departementet.

Det framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) at kapasitet og basestruktur for luftambulansetjenesten skal gjennomgås i lys av planen og akuttutvalgets rapport. Som oppfølging av et anmodningsvedtak fra Stortinget fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge. Utredningen om basestruktur viser at om lag 98 pst. av

befolkningen nås med luftambulans i løpet av 45 minutter med dagens basestruktur (målet er 90 pst.). Utredningen anbefaler bedre samvirkeløsninger som gjør at ambulanshelikoptrene koordineres bedre. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt i oppdrag å samle koordinering av ambulanshelikopterfunksjonen ett sted i hver helseregionen som vil gi bedre fordeling av oppdrag og bedre styring av ressurser. Utredningen anbefaler også at de regionale helseforetakene følger med på kapasitetsutviklingen og vurderer om legebil bemannet med anestesilege kan være et kostnadseffektivt tiltak som kan redusere kapasitetsproblemer ved helikopterbasen. Utredningen anbefaler at det settes inn anestesibemannet legebil i Grenslansområdet og Mjøsområdet. Det vises til kap. 732, post 70. Utredningen anbefaler at det på sikt bør opprettes en ambulanshelikopterbase i Innlandet, men at beslutningen om når og hvor ikke gjøres før sykehusstruktur og funksjonsfordeling i Innlandet er endelig vedtatt.

Det framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) at fordelingen av mindre fødeavdelinger og fødestuer må sikre nærhet til fødetilbud også utenom de store kvinneklinikkene. Det pågår ingen aktiv sentralisering av fødeinstitusjoner i dag, men det vil kunne skje endringer som følge av endringer i sykehusstrukturen, f.eks. hvis sykehus slås sammen. Det vises til Stortingets anmodningsvedtak nr. 750 (2017–2018).

Stortinget har bedt regjeringen sikre at kort liggetid på sykehus skal være kvinners eget ønske, ikke økonomisk betinget. Nye sykehus skal dimensjoneres etter behov, jf. anmodningsvedtak nr. 752 (2017–2018). Medisinsk kunnskap og erfaring tilsier at det ikke er nødvendig med et langt sykeleie etter en normal fødsel. Det framgår av den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen at tidspunktet for utskrivning fra sykehus etter fødsel skal tilpasses kvinnens og det nyfødte barnets behov, og skal besluttes i samråd med kvinnen. Det er et faglig spørsmål når mor og barn skal reise hjem etter fødsel. Ingen skal reise hjem før familien er i stand til å ta vare på barnet hjemme. Dette er forhold som må vektlegges når det planlegges nye sykehus. Hvordan dette organiseres, er de regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar. Det vises til svar på dokument nr. 15:1285 (2017–2018) som gir en gjennomgang av nye føde- og barselavdelinger, og som viser at helseforetakene planlegger tilbudet ut fra det som er medisinsk riktig.

## 6 Utviklingstrekk i kommunene

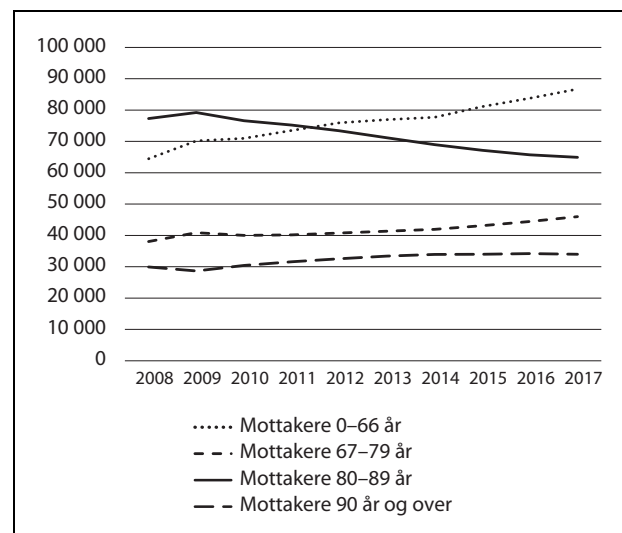
De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. De siste 20 årene har kommunene fått nye oppgaver, og samtidig hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper med behov for både fysisk, psykisk og sosial omsorg, støtte og bistand. Det ytes stadig mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene. Samtidig er det i kommunene en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester.

### 6.1 Brukere av helse- og omsorgstjenestene

Datakilder som Kostra og Iplos gir detaljert informasjon om omsorgstjenestenes brukere og hvilke tjenester de får. I tillegg gir Iplos-registeret detaljert informasjon om utviklingen i tjenestene. Antall personer som mottar tjenester er stadig økende. Tverrsnittstall fra Iplos-registeret viser at det i alt var i underkant av 283 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester per 31. desember 2017. Av disse hadde nær 190 000 personer vedtak om hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Over 50 000 personer mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv. Nær 33 000 personer hadde vedtak om langtidsopphold i institusjon, og 9 359 personer hadde vedtak om tidsbegrenset opphold i institusjon. Tallene 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. Flertallet blant mottakerne med langtidsopphold i institusjon og i bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet har omfattende bistandsbehov. Hver fjerde mottaker med omfattende bistandsbehov bor i en vanlig bolig.

Tallene viser videre at nærmere 361 000 unike personer mottok en eller flere kommunale omsorgstjenester i løpet av 2017. Flere av disse mottar flere tjenester i løpet av året.

I løpet av 2017 ble det registrert totalt 628 796 søknader om tjenester. 98,7 pst. av søknadene ble innvilget, mens 7 472 søknader eller 1,2 pst. endte i avslag. Over 90 pst. får iverksatt tjenesten innen 15 dager etter vedtak. Videre er det nær en tredjedel og vel halvparten som har negativ iverksettningstid. Det vil si at tjenesten starter før det formelle vedtaket er fattet.



Figur 6.1 Antall mottakere av omsorgstjenester etter alder 2008–2017

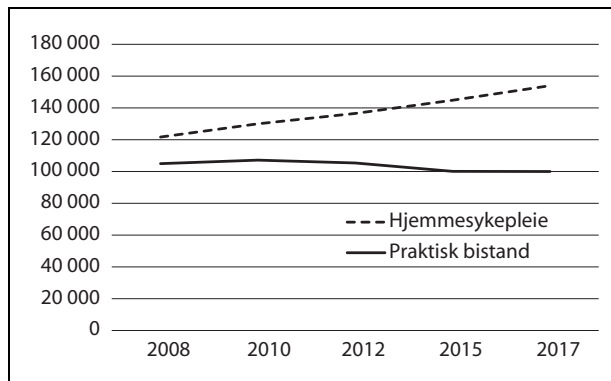
Merknad: mottakere er her beboere i helse- og omsorgsinstitusjoner og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De kommunale omsorgstjenestene har mottakere i alle aldre med et mangfold av behov, både mht. boform og tjenestetilbud. Antall brukere og andelen som mottar helse- og omsorgstjenester øker med alderen. I aldersgruppen 80–89 år er halvparten brukere av slike tjenester. I aldersgruppen 90 år og eldre mottar nær 90 pst. av brukerne en eller flere tjenester. Ser man bort fra den aller yngste aldersgruppen (0–17 år) er kvinnene de største brukere av helse- og omsorgstjenester. I årene som kommer vil antall personer i aldersgruppen mellom 67 og 79 år øke. Det har over en periode på 20 år også vært en tredobling av antall tjeneste-



mottakere under 67 år. Mer enn hver tredje mottaker av omsorgstjenester er nå under 67 år. Denne utviklingen vil være en utfordring for hjemmetjenesten. Morgendagens eldre vil ha andre ressurser å møte alderdommen med i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og høyere utdanning sammenliknet med tidligere generasjoner. Erfaringstall fra de siste 20 år viser at tallet på eldre brukere i omsorgstjenestene ikke øker i takt med veksten i eldrebefolkningen.



Figur 6.2 Antall mottakere av hjemmesykepleie eller praktisk bistand 2008–2017

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Undersøkelser viser at mange av de som mottar omsorgstjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. 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

Tabell 6.1 Årsverk i omsorgstjenesten 2008–2017<sup>1</sup>

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Årsverk	118 738	123 481	126 227	128 901	131 179	132 694	134 324	135 433	137 951	142 937

<sup>1</sup> Årsverk er summen av hel- og deltidsstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra. Eksklusive leger og fysioterapeuter.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

I løpet av de siste 20 årene har årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene omtrent blitt fordoblet til dagens om lag 143 000 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

viser en nedgang. Tall fra Iplos-registeret viser at et sentralt utviklingstrekk er prioriteringen av kurative og medisinske tjenester framfor forebyggende tiltak, praktisk bistand og sosiale tjenester. Forebygging, habilitering/rehabilitering og tidlig innsats er sentrale mål i Omsorg 2020 og i Leve hele livet, som legger til grunn en faglig omstilling med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, sosialt nettverksarbeid og bruk av velferdsteknologi. Det er derfor grunn til å følge den videre utvikling nøye, med sikte på om virkemidlene som tas i bruk gir tilstrekkelig effekt.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det ved utgangen av 2017 var 3 509 brukere som mottok tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA), mot 3 330 brukere i 2016. Fra 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 har i perioden fra 2009 til 2017 økt fra 1 til 1,4 pst. Det har vært en økning i antall BPA-mottakere fra 2009 til 2017 på 969 personer, som tilsvarer en økning på om lag 38 pst.

## 6.2 Personell

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) har det i perioden 2008–2017 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale omsorgstjenestene.

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.

Det er utfordringer knyttet til tilgangen på helsefagarbeidere, som er den største utdanningsgruppen i omsorgssektoren. Etter omleggingen av hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen til helsearbeiderfaget har tilgangen på denne utdanningsgruppen blitt betydelig redusert. Beregninger foretatt av 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 t.o.m. 2017 økt med til sammen 233 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.

Tabell 6.2 Legeårsverk i helse- og omsorgstjenester i institusjon 2008–2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Legeårsverk i helse- og omsorgstjenester i institusjon <sup>1</sup>	343	383	404	427	472	502	532	570	590	576

<sup>1</sup> Årsverk er summen av hel- og deltidsstillinger omregnet til heltidsstillinger.  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

### 6.3 Botilbud

Kommunene tilbyr plasser i institusjon eller plass i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud.

Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift, mens tall fra Kostra-rapporteringen viser at antallet sykehjemsplasser har hatt en svak økning til nær 36 674 i 2017. Standarden på institusjonsplassene har økt. De fleste institusjonsplassene er nå i enerom.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2017 var over 23 761 beboere i boliger med heldøgns bemanning. Dette kommer i tillegg til de som mottar heldøgns tjenester i syke- og aldershjem og i eget hjem. For 2017 er den samlede dekningsgraden for plasser i institusjon og bolig med heldøgns bemanning for befolkningen 80 år og på over 29,5 pst. Samtidig får mange brukere 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.

### 6.4 Kommunenes utgifter til omsorgstjenester

Tall fra Kostra (SSB) viser at kommunenes brutto driftsutgifter til omsorgstjenestene var om lag 113 mrd. kroner i 2017. Det vesentligste av kommunenes utgifter til omsorgstjenesten finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. For kommunene utgjorde inntektene fra brukerbetaling for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen nær 6,8 mrd. kroner i 2017. I tillegg bevilges en rekke øremerkede tilskudd til omsorgsformål over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, bl.a. et eget investeringstilskudd til kommunale heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger. Det ble over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett i 2018 utbetalt om lag 9,3 mrd. kroner til kommunene gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester.

Tabell 6.3 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mill. kroner) 2008–2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Brutto driftsutgifter i kommunene <sup>1</sup>	267 074	289 891	303 712	321 473	343 157	363 157	379 198	389 121	410 001	434 286
Brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester	9 888	10 549	11 279	12 213	12 991	13 855	14 959	15 502	16 760	17 830
Brutto driftsutgifter til omsorgstjenester	70 473	74 823	78 575	83 242	90 213	94 457	100 929	101 767	107 432	112 698

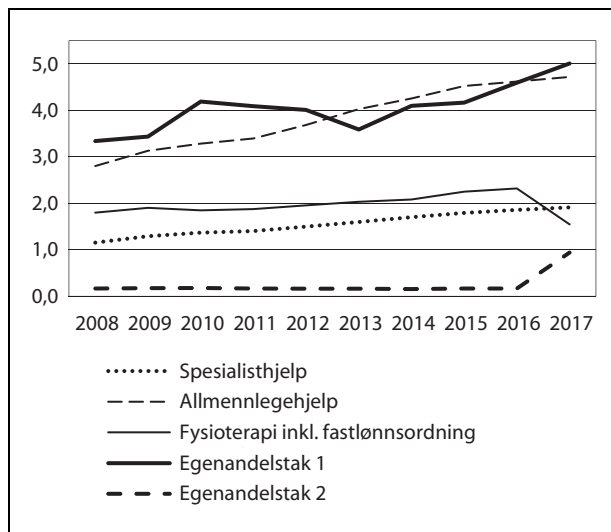
<sup>1</sup> Inkludert fylkeskommunale utgifter Oslo

## 7 Utviklingstrekk folketrygden

Folketrygdens stønad til helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad til helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Det vises til omtale under innledningen til Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden.

### Utvikling i refusjoner



Figur 7.1 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelsordningene i perioden 2008–2017 (beløp i mrd. kroner)

### Refusjon legetjenester

Refusjoner til allmennleger har økt fra 2 802 mill. kroner i 2008 til 4 720 mill. kroner i 2017, svarende til en nominell vekst på 68,4 pst., jf. figur 7.1.

Det vises til omtale av allmennlegetjenesten under kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 2755, post 70 Allmennlegehjelp.

Refusjoner til behandling hos avtalespesialist har økt fra 1 156 mill. kroner i 2008 til 1 912 mill.

kroner i 2017. Dette svarer til en nominell vekst på 65,4 pst. for hele perioden, jf. figur 7.1. 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

Folketrygdens utgifter til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, er redusert for perioden 2008 til 2017, fra 1 799 mill. kroner til 1 545 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.

Sykdomslisten (diagnoselisten) ble avviklet fra 2017. Om lag 55 pst. av brukere av den avtalebaserte fysioterapitjenesten var sykdomslistebrukere i 2016 (brukere med rett til gratis behandling). Samtidig økte aldersgrensen for fritak for egenandeler fra 12–16 år og egenandelstak 2 ble redusert fra 2 670 til 1 990 kroner. Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 974 mill. kroner i 2016 og 1 167 mill. kroner i 2017, en reduksjon på 41,9 pst. Reduksjonene er knyttet til bortfall av sykdomslisten, jf. figur 7.1. Når sykdomslistebrukerne fra 2017 måtte betale egenandel og egenandelstak 2 ble redusert, medførte dette at mange flere enn tidligere oppnådde frikort under tak 2. Dette medførte økte utgifter på takordningen. Netto besparelse ved avvikling av sykdomslisten var beregnet til 300 mill. kroner.

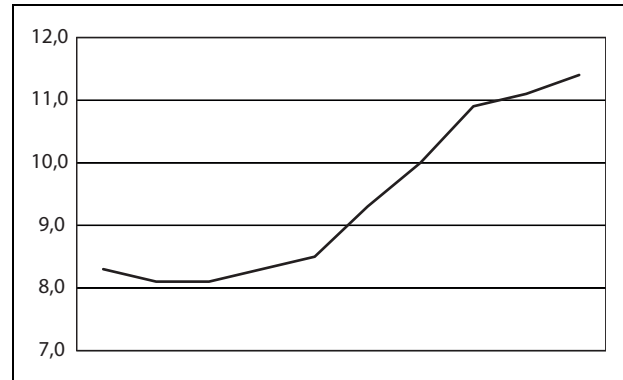
Det vises til omtale under kap. 762 og kap. 2755, post 62 Fastlønnsordning fysioterapeuter og post 71 Fysioterapi.

### *Refusjon legemidler på blå resept (inkl. egenandel på frikort)*

Det ble refundert legemidler for 8,4 mrd. kroner til 2,4 millioner brukere i 2017 etter forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 2). I tillegg ble det gitt refusjon, med hjemmel i § 3, på 2,1 mrd. kroner til om lag 149 000 unike brukere etter individuell søknad. Det ble gitt refusjon til behandling av smittsomme sykdommer for 525 mill. kroner etter § 4, til rundt 34 000 brukere.

Folketrygdens utgifter til legemidler over blåreseptordningen har økt fra 8,1 mrd. kroner i 2008 til 11,4 mrd. kroner i 2016, en nominell økning på 41 pst., jf. figur 7.2. 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. I 2017 ble finansieringsansvaret for en rekke kreftlegemidler og legemidler til behandling av pulmonal arteriell hypertensjon (PAH) overført, og i 2018 ble finansieringsansvaret overført for hiv- og hepatittmidler samt legemidler ved alvorlig astma og mastocytose. Overføring fra folketrygd til helseforetakene har bidratt til å redusere veksten under folketrygden.

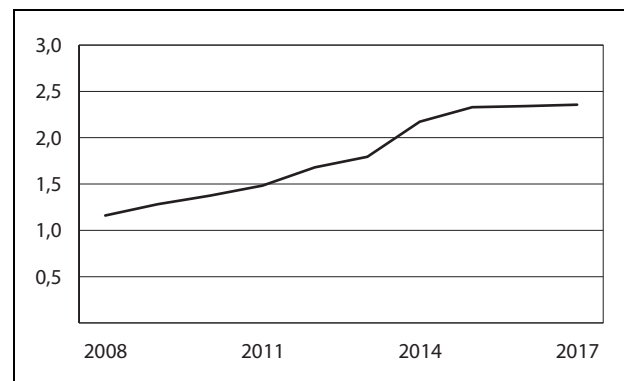
Målt i definerte døgndoser (DDD) har forbruket av legemidler på blå resept økt med 31 pst. fra 1,4 mrd. DDD i 2008 til 1,9 mrd. DDD i 2017. Grunnen til dette er både vekst i antall innbyggere og i forbruk per innbygger. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70.



Figur 7.2 Folketrygdens utgifter til blå resept inkludert næringsmidler og egenandeler på frikort for perioden 2008–2017.

### Refusjon tannbehandling

Folketrygdens utgifter til tannbehandling, økte fra 1 160 mill. kroner i 2008 til 2 356 mill. kroner i 2017, jf. figur 7.3.



Figur 7.3 Folketrygdens refusjoner til tannbehandling for perioden 2008–2017

I forbindelse med gradvis avvikling av ordningen med særfradrag ved store sykdomsutgifter, er refusjon til tannbehandling styrket og stønad til tannbehandling utvidet. Det gis stønad til tannbehandling ved 15 ulike stønadsordninger. Fra 2014 ble det innført en stønadsordning for personer som er tannløse i underkjeven og som ikke er i stand til å kunne anvende løstsittende protese. Ved denne stønadsordningen ble det i 2017 utbetalt 48 mill. kroner. Siden 2014 har økningen i refusjoner vært begrenset som følge av underregulering av takster og reduksjon av takstbeløp på områder hvor det av faglige grunner har vært ansett som riktig å foreta innstramminger i stønadsordningene.

Antall personer som mottok stønad til tannbehandling fra folketrygden økte fra om lag 473 000 i 2012 til om lag 732 000 personer i 2017, en økning med om lag 55 pst. når barn og voksne sees samlet. Blant voksne eldre enn 20 år fikk 12,8 pst. stønad til tannbehandling i 2017. I tillegg kommer barn og unge som mottar stønad til tannregulering.

De to største stønadsordningene er stønad til behandling ved sykdommen periodontitt (556 mill. kroner) og stønad til tannregulering/kjeveortopedi (581 mill. kroner).

Det vises til omtale under programkategori 10.70 Tannhelse og kap. 2711, post 72 Tannbehandling.

#### Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

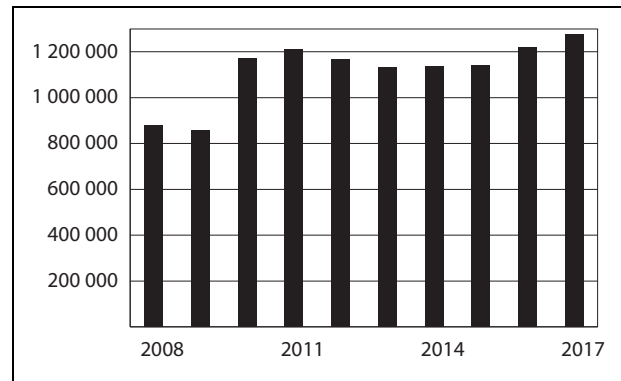
Fra 2008 til 2017 har utgiftene over egenandelstak 1 økt fra 3 339 mill. kroner til 5 010 mill. kroner, jf. figur 7.1. Dette er svarer til en nominell vekst på 50 pst.

Utgiftsveksten har vært moderat fra 2008–2009. Stabiliteten hadde 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.

Økningen i utgiftene fra 2015 skyldes en stor økning i egenandelene i 2016 og 2017 uten tilsvarende økning i egenandelstaket.

I perioden fra 2008 til 2009 gikk antall frikort noe ned. I 2010 ble det utstedt 1 170 000 frikort. 2011 var det første ordinære driftsår etter innføring av automatisk frikort. Da ble det utstedt 1 212 000 frikort, en økning på 3,6 pst. fra 2010.



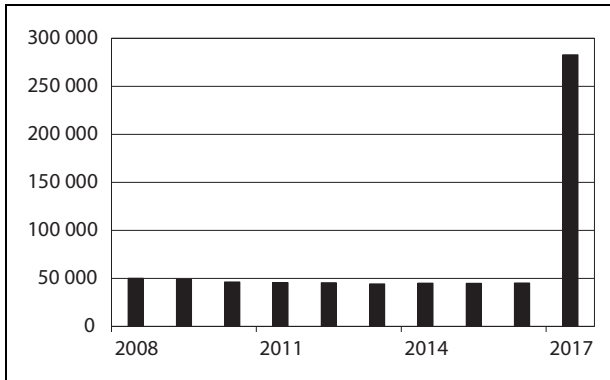
Figur 7.4 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2008–2017

I 2017 ble det utstedt 1 276 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen, en økning på 4,9 pst. fra 2016, jf. figur 7.4.

Tall fra Nav for 2015 viser at det var 565 452 alders- og uførepensjonister som mottok frikort under egenandelstak 1-ordningen. Om lag 54 pst. av frikortmottakerne var 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

Utgiftene til egenandelstak 2 viser at utgiftene fra 2008 t.o.m. 2016 har holdt seg på om lag samme nivå nominelt, med 168 mill. kroner i 2008 og 167 mill. kroner i 2016. Utgiftene økte til 940 mill. kroner i 2017, en økning på 463 pst. Økningen skyldes bortfall av sykdomslisten, redusert tak 2 og automatiseringen av tak-ordningen.



Figur 7.5 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2008–2017

I 2008 ble det utstedt 50 210 frikort under egenandelstak 2-ordningen, jf. figur 7.5. Fra 2009 har antall frikortmottakere ligget mellom 44 000 og 46 000. I 2017 ble det utstedt 288 840 frikort, en økning på 526,2 pst. fra 2016. Økningen er knyttet til tiltakene nevnt over.

Tall fra Nav for 2015 viser at andelen av frikortmottakere med alders- og uførepensjon er 54 pst. 72 pst. av frikortmottakerne 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.

### Aktivitetsutvikling

Helsedirektoratets analyse av utgiftsutvikling på helserefusjonsområdet viser at antall pasientkontakter for fastlegers kontorpraksis har økt fra 24,5 millioner i 2010 til 30,0 millioner i 2017. Legevakt og turnusleger er ikke inkludert i datamaterialet. Over syv-årsperioden synes aktivitetsveksten å ha vært svært jevnt fordelt over årene.

Fastlegenes kontorpraksis har hatt den største aktivitetsveksten i perioden 2010 til 2017 med gjennomsnittlig 3,2 pst. per år sammenliknet med de andre behandlergruppene (spesialistleger, psykologer og fysioterapeuter). For fastlegene var den størst i 2011 med 4,1 pst. og i 2012 med 3,7 pst. Dette faller til dels sammen med innføringen av samhandlingsreformen fra 2012. Vekstratene var relativt høye også etter innføring av ny fastlegeforskrift fra 2013.

Den gjennomsnittlige veksten i antall fastleger er klart høyest blant behandlergruppene, med 2,2 pst. per år. Veksten i antall fastleger er også klart høyere enn befolkningsveksten, som er gjennomsnittlig 1,2 pst. i perioden. Psykologer og spesialistleger har nær nullvekst i antall utøvere med trygderefusjon. Dette gjelder også for antall fysioterapeuter, bortsett fra i 2017 der antall utøvere med refusjonskrav har økt med 5,2 pst. Innenfor fysioterapi er det noe variasjon i antall utdanningskandidater fra år til år. Dette påvirker antall utøvere med refusjon fra år til år. I tillegg kan også antall vikarer variere.

## 8 Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21

HelseOmsorg21-strategien fra 2014 inneholder om lag 140 anbefalinger fordelt på 10 prioriterte satsingsområder. Tiltakene er rettet mot næringsliv, sykehus, universiteter og høyskoler, offentlig forvaltning, kommunesektoren, brukere, brukerorganisasjoner og departement. Ansvar for å følge opp strategien ligger hos alle aktørene. Regjeringen har fulgt opp sitt ansvar gjennom Regjeringens handlingsplanen for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.

Regjeringen legger fram revidert langtidsplan for forskning og høyere utdanning samtidig som statsbudsjettet for 2019, og vil vinteren 2019 legge frem Stortingsmelding om helsenæringen. Meldingene er viktige for arbeidet og prioriteringer av forskning, innovasjon og næringsutvikling innenfor helse og omsorg framover. I tillegg har HelseOmsorg21-rådet lyst ut et prosjektoppdrag om en analyse av dagens forsknings- og innovasjonssystem, som ferdigstilles i februar 2019. Sistnevnte bør være på plass før HelseOmsorg21-rådet konkluderer om sitt videre arbeid, prioritering, sammensetning mv. På denne bakgrunn er dagens HelseOmsorg21-rådets virketid forlenget til juli 2019.

Det legges opp til at HelseOmsorg21-rådet som samhandlingsarena videreføres.

### *HelseOmsorg21-rådet (Rådet)*

Rådet består av 30 medlemmer, som i fellesskap skal bidra til en helhetlig oppfølging av strategien. Forskningsrådet er sekretariat for Rådet. I 2017 hadde Rådet fem møter. De viktigste aktivitetene i 2017 og første halvdel av 2018 har dreid seg om følgende satsningsområder: kompetanseløft for kommunene og etablering av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde, bruk av helsedata og arbeidet med Helseanalyseplattformen og brukermedvirkning i forskning. En spørreundersøkelse sendt til 74 institusjoner hvorav 27 besvarte viser at det er implementert tiltak innenfor alle de ti satsingsområdene i strategien. Flest aktører har implementert tiltak innenfor Økt brukermedvirkning og Helsedata som nasjonalt fortrinn.

Departementene har igangsatt eller gjennomført tiltak i tråd med handlingsplanen, jf tabell 8.1.



Tabell 8.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Mer bruker-medvirkning	a Innføre en hovedregel om brukermedvirkning i forskning finansiert av HOD	HOD	Gjennomført
	b Innføre behovsidentifisert forskning som et nytt virkemiddel i Forskningsrådet og i de regionale helseforetakene	HOD	Gjennomført
	c Evaluere omfang og effekt av brukermedvirkning i forskning	HOD	I prosess. Foreløpig kartlegging. Nasjonal veileder utarbeidet.
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. Utvikling av nasjonale faglige retningslinjer for grunnutdanningene i helse- og sosialfag.
	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	Gjennomført
	d Gi universitet og høyskoler større handlingsfrihet 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"> <li>– revidere forskrift om opprykk ved tilsetninger i universitets- og høyskolesektoren</li> <li>– vurdere å endre reglene for utrekning av tjenestetid for stipendiater</li> </ul>	KD	Gjennomført I prosess Høring gjennomført i forskrift til UH-loven og statsansatteloven.
Strategisk kunnskapsbasert styring	a Etablere HelseOmsorg21-monitor	HOD	Gjennomført
	b Kartlegge barrierer og handlingsrom for samarbeid mellom UH-sektoren og helseforetakene	HOD/KD	Gjennomført.

Tabell 8.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	a Vurdere hvordan stimulerings tiltakene i opptrappinga av langtidsplanen kan bidra til å styrke norsk deltakelse i helseforskning i Horisont 2020 og ERA	KD	Fulgt opp. Styrket generelle virkemidler og spesielt helse.
	b Innrette nasjonale virkemidler slik at de virker mobiliserende og kvalifiserende for deltakelse i Horisont 2020	HOD/KD	Gjennomført.
	c Styrke den grunnleggende fremragende forskningen	KD	Fulgt opp. Styrket de generelle virkemidlene
	d Øke bevilgningene til forskningsinfrastruktur, i tråd med den varsle opptrappingen i langtidsplanen for forskning og høyere utdanning	KD	Fulgt opp. Styrket FRIPRO, INFRA, SFF m.m. i 2018.
	e Vurdere en ny senterordning for klinisk forskning i Forskningsrådet	HOD	Gjennomført
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	I prosess. Utredningsoppdrag gitt NFR
	d Delfinansiere datainnsamling i HUNT4	HOD	Gjennomført.
	e Vurdere etablering av et personidentifiserbart register over legemiddelbruk og et register over psykiske lidelser og rus	HOD	I prosess Høringsfrist 18. september.
	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 Helsedatautvalg og utredning av helseanalyseplattform.

Tabell 8.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Bedre klinisk behandling	a Etablere et felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten	HOD	Gjennomført
	b Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke infrastrukturen for utprøving og testing av ny diagnostikk og medisinsk utstyr	HOD	Gjennomført
	c Opprette nytt program i Forskningsrådet for god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering	HOD	Gjennomført
	d Videreutvikle nettsidene med pasientrettet informasjon om kliniske studier på <a href="http://helsenorge.no">helsenorge.no</a>	HOD	Gjennomført.
	e Etablere en nasjonal database for kliniske studier	HOD	I prosess.
	f Etablere et forskingsnettverk innenfor tannhelse	HOD	I prosess
	g Innføre partikkelbehandling i Norge gjennom etablering av protonsentor	HOD	Fulgt opp. Vedtatt i Stortinget i budsjettet for 2018
Kunnskapsløft i kommunene	a Bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene	HOD	I prosess jf. omtale i budsjett 2018
	b Vurdere å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	HOD	Gjennomført.
	c Gi nasjonale og regionale kompetansesenter for helse- og omsorgstjenestene utenfor spesialisthelsetjenesten et samfunnsoppdrag om forskning og kunnskapsstøtte	HOD	Gjennomført
	d Opprette et nytt forskingsprogram i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet, som skal styrke kunnskapen om folkehelse i kommunene	HOD	Gjennomført
Effektive og lærende tjenester	a Øke omfanget av følgeforskning og tjeneste-innovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene	HOD	Følges opp.
	b Følgeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft for å se effektene av endringene	HOD	I prosess Oppdrag gitt NFR i 2016, utlyst 2017.

Tabell 8.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	a	Styrke de generelle virkemidlene i den næringsrettede forskings- og innovasjonspolitikken i 2016	NFD Fulgt opp SkatteFunn, BIA, FORNY og FOU-kontraksordningen 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 Fulgt opp. Ny lov om anskaffelser vedtatt.
	d	Legge til rette for mer bruk av innovasjonsfremmende anskaffelsesmetoder	NFD I prosess, jf. Stortingmelding om offentlige anskaffelser.
	e	Styrke Nasjonalt program for leverandørutvikling i 2016	NFD Gjennomført
	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 utdypning av enkelte av områdene.

#### *Kunnskapsløft i kommunene*

##### *Kunnskapssystem for forskning rettet mot kommunale tjenester*

NIFUs kartlegging og analyse av forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene viser at forskning knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester er økende og at antallet vitenskapelige artikler er nær firedoblet i løpet av siste 10-årsperiode. Regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre samt Kompetanseløft 2020 utgjør en viktig del av nasjonale myndigheters satsning på å styrke forskning og kompetanse i helse og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. 21 av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten fikk i 2016 et nytt samfunnsoppdrag. I 2018 ble det etablert enhetlige forskningsindikatorer og rapporteringsrutiner for forskningsaktivitet til forsknings- og kompetansesentrene. Sentrene har bla fra i år rapportert publikasjonspoeng i det nasjonale forskningsinformasjonssystemet CRIStin. Resulta-

tene viser at det er en betydelig forskningsaktivitet i regi av sentrene. Etablering av forskningsindikatorer er en viktig del av arbeidet med å gi en bedre oversikt over forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fra 2020 vil en liten andel av forskningsmidlene omfordeles innenfor rammen til sentrene ut i fra forskningsaktivitet basert på sentrenes forskningsindikatorer. Som et ledd i den videre utviklingen av sentrene har Helsedirektoratet kommet med forslag til indikatorer for sentrenes øvrige aktivitet.

#### *Effektive og lærende tjenester*

Helsedirektoratets oppdrag om å utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon, samt utrede organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene ble i 2016 slått sammen med oppdraget om å utarbeide en innovasjonsmodell i tråd med «Be Healthy – Be Mobile» prosjektet i regi av blant annet WHO. Første versjon av veilederen for tjenesteinnovasjon ble oversendt departementet i september 2017 og skal gjelde for hele helse- og omsorgstje-

nesten. Rapporten om en helhetlig nasjonalt innovasjonssystem ble oversendt departementet februar 2018. Denne følges ikke opp videre.

#### *Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde*

I behandlingen av Meld. St. 27 (2016–2017) Industrien – grønnere, smartere og mer nyskapende fattet Stortinget enstemmig vedtak (anmodningsvedtak 951 (2016–2017)) hvor de ba regjeringen fremme en stortingsmelding om helseindustrien. Nærings- og fiskeridepartementet vil legge frem en stortingsmelding om helsenæringen vinteren 2019, og samarbeider med Helse- og omsorgsdepartementet om meldingen.

#### *Helsedata som nasjonalt fortrinn*

Bedre utnyttelse av helsedata kan gi store gevinster for den enkelte pasient og for norsk helsevesen. Helsedata er helt nødvendig for å vurdere hvordan det står til med helsen i den norske

befolkningen, hvordan pasientsikkerheten er, og om kvaliteten på tjenestene er god nok. Helsedatautvalget la i 2017 frem forslag til et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata. Rapporten har vært på høring og regjeringen følger opp flere av anbefalingene gjennom Helsedataprogrammet. Helsedataprogrammet skal bidra til en mer effektiv organisering av de viktigste utviklingsoppgavene i den nasjonale helseregisterstrategien. En sentral oppgave er å etablere en plattform for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata (helseanalyseplattformen). Formålet er å forenkle og effektivisere tilgang til helsedata innenfor bredden av helseregistrenes formål, og sørge for at helsedata er enkelt tilgjengelig for analyse. En lang rekke aktører samarbeider om å finne gode løsninger for en slik plattform gjennom Helsedataprogrammet. I tillegg har Forskningsrådet og Direktoratet for e-helse inngått en samarbeidsavtale om å utvikle helseanalyseplattformen til beste for forskning

## 9 Internasjonalt samarbeid

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter slår fast at enhver har rett til høyest mulig helsestandard, både fysisk og psykisk. Det viktigste virkemiddelet for å oppnå dette, og et hovedmål for den norske innsatsen i globalt helsesamarbeid, er universell helsedekning: at alle mennesker har tilgang til og råd til å benytte seg av grunnleggende helsetjenester. Samtidig er det viktig å delta i internasjonalt helsesamarbeid for å fremme norske helsepolitiske interesser. Sentrale arenaer er De forente nasjoner, Verdens helseorganisasjon, Den europeiske union, Europarådet, Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling, Nordisk ministerråd og samarbeidet i Barentsregionen og under Den nordlige dimensjon.

### FNs bærekrafts- og utviklingsmål

I 2015 vedtok FNs medlemsland en ny global dagsorden for utvikling. 2030-agendaen med bærekraftsmålene er forankret i FN-pakten og erklæringen om menneskerettigheter. Med bærekraftsmålene legges det opp til en global dugnad som skal utrydde ekstrem fattigdom, utjevne sosiale ulikheter og bremse klimaendringene. Bærekraftsmålene er universelle. Det betyr at de også gjelder for Norge.

Helseforvaltningen følger opp bærekraftsmål 3 som skal sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. I tillegg følger helseforvaltningen opp andre helserelaterte bærekraftsmål, som ernæring (bærekraftsmål 2) og rent vann og gode sanitærforhold (bærekraftsmål 6), gjennom folkehelsearbeidet. Oppfølging av andre bærekraftsmål vil også ha innvirkning på folkehelsen, f.eks. knyttet til bærekraftsmål 10 om lik tilgang for alle til helsetjenester og bærekraftsmål 12 i sammenheng med ansvarlig medisinbruk for å motvirke antibiotikaresistens og å sikre tilgangen til effektive legemidler. De fleste av hovedmålene har imidlertid konsekvenser for helse; fattigdom, sult, utdanning, arbeidsforhold, boforhold og nærmiljø, klimaendringer, forurensning og sosiale forskjeller.

Helseforvaltningen i Norge bidrar aktivt i oppfølgingen av det nye målsettet, inkludert i WHO

og andre av FNs særorganisasjoner som behandler helserelaterte problemstillinger. Også i andre internasjonale fora, som OECD og Nordisk Ministerråd, bidrar departementet i arbeidet med bærekraftsmålene.

Norge, Tyskland og Ghana tok i 2018 initiativ til utviklingen av én felles handlingsplan for oppnåelsen av bærekraftsmål 3 for helse. Handlingsplanen er under utvikling i WHO, og skal koordinere den globale helsearkitekturens samlede bidrag til oppnåelsen av målet. WHO's femårige strategi 2019–2023 er en første milepæl.

Oppnåelsen av bærekraftsmålene avhenger av nasjonal og internasjonal innsats og dette perspektivet er tydeliggjort i mål 17 om samarbeid for å nå målene.

### Forente nasjoner (FN)

Norge bidrar til og følger med på følgende helseområder i FN:

- Målet om universell helsedekning, herunder gjennom oppfølging av FNs høynivåkommisjon for helsearbeidere og økonomisk vekst
- Antimikrobiell resistens (AMR) – gjennom utfallet av møtet i FNs generalforsamling 2016, FNs særorganisasjoner og andre kanaler
- Ikke-smittsomme sykdommer, særlig gjennom oppfølgingen av høynivåmøtene i FN i 2011, 2014 og 2018
- Arbeidsgruppe for aldring. Arbeidet vektlegger en multisektoriell eldrepolitikk
- FNs narkotikakommisjon (CND). Oppfølging av FNs generalforsamlings spesialsesjon om narkotikas spørsmål (UNGASS 2016). Norge gir også støtte til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC).

### Verdens helseorganisasjon (WHO)

Som FNs særorganisasjon for helse er WHO en sentral arena for Norges internasjonale helseengasjement. WHO er verdens ledende normative organisasjon innen helse. Norge gir økonomisk støtte over Utenriksdepartementets budsjett i form av pliktige og frivillige bidrag. Politisk

ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet leder delegasjonen til møtene i Verdens helseforsamling (WHA). Helsedirektøren er delegasjonsleder ved fravær av politisk ledelse.

Helseforsamlingen vedtok i 2018 en ny femårig strategi 2019–2023 som det overordnede rammeverket for WHO's arbeid. Strategien etablerer universell helsedekning og helsekriseberedskap som hovedprioriteter for WHO, ved siden av viktige programsatsinger som ikke-smittsomme sykdommer og antimikrobiell resistens.

De siste årenes styrking av helsekriseberedskapen har gitt resultater. Håndteringen av flere store kriser samtidig viser dette, i tillegg til en uavhengig gjennomgang av helsekriseprogrammet. Helseystemstyrking på landnivå, inkludert gjennomføring av Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), er også en viktig komponent i dette arbeidet. Til tross for noe større givervilje er det fortsatt en utfordring å skape internasjonal vilje til finansiering av WHO's kriseprogram og helsekrisefondet (Contingency Fund for Emergencies, CFE).

IHR 2005 gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, bl.a. ved pandemier og grensoverskridende kjemikaliehendelser. Gjennom IHR-forskriften er IHR 2005 fra januar 2017 gjennomført i norsk rett for hele CBRNE-feltet og ikke bare for smittevern. Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for IHR 2005 i Norge.

WHO har en viktig rolle i den globale koordineringen av tverrsektorielt arbeid mot AMR, i å understøtte forskning og utvikling, og å sikre ansvarlig bruk av eksisterende antibiotika. Norge deltar aktivt i oppfølgingen av dette arbeidet.

Oppfølgingen av Høynivåkommisjonen om helsearbeidere og økonomisk vekst skjer gjennom en felles femårig arbeidsplan for WHO, ILO og OECD. Norge skal bidra til styrking av dette arbeidet i 2019 som ledd i arbeidet for universell helsedekning.

WHO vedtok i 2012 et mål om 25 prosent reduksjon i prematur dødelighet som følge av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025. Delmålet for NCD under bærekraftsagendaen forsterker dette til en reduksjon på 1/3 innen 2030. Norge skal bidra til oppnåelsen av dette målet med tiltak knyttet til de fire felles risikofaktorene tobakk, alkohol, usunt kosthold og fysisk inaktivitet.

Et viktig verktøy i denne sammenhengen er WHO's tobakkskonvensjon. Norge ratifiserte 29. juni 2018 protokollen mot ulovlig handel med tobakk, en egen internasjonal avtale under

tobakkskonvensjonen. Formålet med protokollen er å forebygge og bekjempe ulovlig handel gjennom bedre myndighetskontroll med produksjons- og omsetningskjeden og ved å legge til rette for tettere internasjonalt samarbeid. Ulovlig handel utgjør en alvorlig trussel mot folkehelsen da den øker tilgjengeligheten til billigere tobakksvarer og undergraver myndighetenes forebyggingspolitikk. I tillegg medfører ulovlig handel betydelige tap av avgift for staten og bidrar til finansiering av internasjonal kriminalitet. Oppfølging av det internasjonale arbeidet knyttet til videreutvikling av protokollen og gjennomføring av protokollen i norsk rett vil være prioriterte oppgaver i 2019.

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.

Ernæringsarbeidet er nært knyttet opp mot det internasjonale toppmøtet om ernæring (ICN2), og gjennomføring av FNs tiår for ernæring (2016–2025). Som oppfølging av dette har Norge ved Nærings- og fiskeridepartementet, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Utenriksdepartementet og Klima- og miljødepartementet initiert et globalt nettverk for blant annet å øke forbruket av fisk; Global Action Network on Sustainable Food from the Oceans and Inland Waters for Food Security and Nutrition.

Norge deltar også aktivt i arbeidet i Codex Alimentarius, som er FAOs og WHO's felles organisasjon, hvor internasjonale standarder på matområdet utarbeides og vedtas.

Norges fireårige avtale i programmet Be healthy – be mobile i regi av Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale telekommunikasjonsunionen ble evaluert i 2017. Formålet med det internasjonale prosjektet er å benytte mobilbaserte verktøy og helseapplikasjoner (helseapper) som virkemiddel i arbeidet med å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. På bakgrunn av evalueringen ble det besluttet å videreføre avtalen i 2018. Norges rolle i programmet har vært å bistå med råd og erfaringer til lav- og middelinntektsland. Se for øvrig omtale av norsk sekondering til WHO i tilknytning til dette programmet under kap. 744, post 21.

Norge deltar i miljø- og helseprosessen i regi av WHO's europearegion (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 protokollen i flere år og fortsetter også

for perioden 2017–19, og deltar i arbeidsprogrammet til protokollen knyttet til overvåking av vannbårne sykdommer og overvåking av vannkvalitet.

Norge har deltatt i forberedelsene til WHO's 6. ministerkonferanse for miljø og helse i Europa som ble avholdt i Ostrava i juni 2017. Norge sluttet seg til ministererklæringen som ble vedtatt på konferansen og deltar i oppfølgingen, bl.a. som medlem i Task Force om prosessen.

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 fra 2016 vært representert i byrået fra helsesiden, og deltar i forberedelser til High Level Meeting i Wien i 2019.

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.

WHO har lansert Mental Health Action Plan (2013–2020) hvor de anmoder alle medlemsland om å utarbeide egne strategier og planer for å møte utfordringene forbundet med å forebygge og behandle psykiske lidelser. Norge har med bakgrunn i bl.a. denne oppfordringen utarbeidet regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Regjeringen følger opp strategien med en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse som skal legges frem i løpet av 2018.

Den europeiske union (EU) og Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS)

Norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ivaretas gjennom aktiv deltakelse i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet, inkludert i EFTAs og Europakommisjonens arbeidsgrupper.

En viktig sak i 2019 blir Storbritannias uttrekken av EU ('Brexit'). Storbritannia er et viktig samarbeidsland for Norge i EU, og norsk-britisk samhandling er omfattende. For Norge er det viktig å søke løsninger som kan ivareta norske borgers rett til helsehjelp når de oppholder seg i Storbritannia også etter Brexit, og å ivareta muligheten for fortsatt godkjenning av helseutdanninger. Det har i 2018 blitt gjennomført en kartlegging av hvilke regelverk i Norge som må endres, og konklusjonen er at kun begrensede endringer er nødvendige på helseområdet.

EUs tobakksprodukt direktiv trådte i kraft 20. mai 2016 for EU-landene, og omfatter nye og større helseadvarsler, forbud mot smakstilsetnin-

ger i røyketobakk, utvidede rapporteringsforpliktelser, et nytt merkings- og sporingssystem for å hindre ulovlig handel samt regulering av e-sigaretter. Direktivet forventes innlemmet i EØS-avtalen i 2019. Norge deltar som observatør i EUs regulatoriske komité og ekspertgruppe på tobakk.

Nytt EU-regelverk for veterinære legemidler og medisinfôr ble vedtatt i juni 2018. Formålet er å bidra til økt beskyttelse av menneskers og dyrs helse. Det nye regelverket inneholder en rekke tiltak for å regulere antibiotikabruk, som advarselmerking på pakninger, at dokumentasjon for risikoen for antibiotikaresistens skal vedlegges søknaden, forbeholde bruken av visse typer antibiotika til mennesker og reseptplikt.

EUs handlingsplan mot antimikrobiell resistens, framlagt i juni 2017, skal bidra til styrket innsats i EU-landene mot antibiotikaresistens. Norge deltar i flere oppfølgingstiltak under handlingsplanen, blant annet gjennom EUs helsesikkerhetskomité og aktiviteter under Joint Action om antibiotikaresistens, og Norge deltar i EUs One Health Network on Antimicrobial Resistance. Norge har i perioden 2016–2018 hatt en utsendt nasjonal ekspert på antibiotikaresistens i Europakommisjonen.

Regelverket på matområdet utgjør kvantitativt sett den største andelen av rettsaktene i EØS-avtalen. Mattilsynet deltar i alle relevante arbeidsgrupper under Europakommisjonen og bidrar gjennom det til en hensiktsmessig regelverksutvikling på matområdet. Norske posisjoner fastsettes i ukentlige koordineringsmøter der departementet deltar sammen med Landbruks- og matdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet.

Det arbeides med å innlemme EUs nye kontrollforordning, vedtatt 15. mars 2017, i EØS-avtalen. Målet er å få en mer helhetlig og bedre kontroll med matproduksjonskjeden. Arbeidet med utfyllende regelverk under denne forordningen pågår for fullt i EU med Norge som aktiv deltaker. Videre arbeides det med å innlemme EUs forordninger om genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer i EØS-avtalen. Europakommisjonens gjennomganger ('Refit') av regelverket på mattrygghetsområdet følges kontinuerlig.

I mars 2018 la den europeiske alkoholindustrien fram sitt forslag til egenregulering av innholdsmarkering av alkoholholdige produkter. Alkoholholdige produkter har så langt vært unntatt fra kravet om merking av ingredienser og næringsdeklarasjon som ellers gjelder næringsmidler. Helsemyndighetene i flere EU-land har uttrykt stor skuffelse over forslaget. Kommisjonen vil i neste



omgang vurdere om industriens forslag er godt nok, eller om EU skal innføre regelverk på området. Norge arbeider for obligatorisk merking, jf. anmodningsvedtak nr. 429 (2014–2015). Norske fagmyndigheter deltar i Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA) og EU-byrået for godkjenning av legemidler (EMA). Som følge av Brexit vil øvrige land i EMA, inkludert Norge, måtte styrke sine aktiviteter knyttet til markedsføringstillatelser for legemidler.

Europeiske referansenettverk (ERN) knytter sammen helsepersonell over hele Europa virtuelt for å håndtere komplekse eller sjeldne medisinske tilstander som krever høyt spesialisert behandling ved å samle kunnskap og ressurser på tvers av land. Det er etablert europeiske referansenettverk på 24 ulike fagområder som vil gi bedre pasientbehandling for blant annet skjelettsykdommer, hematologiske sykdommer, barnekreft og immunsvikt. Noen av oppgavene til nettverkene er å utvikle nye innovative modeller for pasientbehandling og diagnostisering, e-helseverktøy, medisinske løsninger og helseregistre samt understøtte forskning gjennom kliniske studier. Norge deltar aktivt i utviklingen av de europeiske nettverkene. Fem norske nasjonale tjenester er hittil godkjent til å delta i tre forskjellige nettverk, og flere norske fagmiljøer vil ha mulighet å knytte seg til nettverkene i de nærmeste årene.

Videre er Norge medlem i EUs narkotikaovervåkingssenter (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 fikk i 2018 WHO-godkjenning av sitt Emergency Medical Team 1 (EMT1), en helseressurs som på kort varsel skal kunne stilles til disposisjon for internasjonal innsats via EUs krisehåndteringsmekanisme. Prosjektet har vært ledet av Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, regionale helseforetak, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret og frivillige organisasjoner. Gjennom tilknytningen til EUs mekanisme bidrar EMT-samarbeidet til styrket helsekriseberedskap både nasjonalt, regionalt og globalt.

Norge deltar i EUs forsknings- og innovasjonsprogram Horisont 2020, der helse er høyt 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 (AMR) og mat, kosthold og helse (HDHL). Se også kap. 780, post 50.

Under EØS-midlene 2014–2021 er helse videreført som et samarbeidsområde, og planlegging og igangsetting av aktiviteter er i gang.

Norge deltar videre i følgende fora:

- Komiteen for nasjonal alkoholpolitikk og tiltak (CNAPA).
- EUs helsesikkerhetskomité (HSC). HSC utvikler bl.a. felles standarder og krisehåndteringsverktøy og har nettverk for informasjon og varsling.
- EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC) i Stockholm.
- EUs tredje helseprogram 2014–2020. Her leder Norge flere ulike arbeidspakker, inklusive arbeidet om migrasjon og helse under Joint Action om sosial ulikhet i helse.

#### Europarådet

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter.

Retten til helse er forankret i Den europeiske sosialpakten. Norge deltar i de mellomstatlige komiteene og i helsefaglige ekspertfora. Komiteen Bioethics, (DHBIO), arbeider med 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 ratifiserte konvensjonen høsten 2017. 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-pørsmål. Ministerkonferanse avholdes i Norge i 2018. Tema for konferansen er «Sustainable humane drug policies».

Europarådets direktorat for legemiddelkvalitet (EDQM) er sekretariat for den europeiske farmakopékommissjonen som har ansvaret for utviklingen av den europeiske farmakopeen (Ph. Eur.), vedtatt av Europarådet i 1964. Farmakopeen beskriver standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår i legemidler.

#### 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 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 av og styrket bærekraft for de nordiske velferdssamfunnene. Kjerneoppgavene for MR-FJLS er å fremme bærekraftig utnyttelse av naturressurser og genetiske ressurser.

Det norske formannskapsprogrammets tre hovedspor: Norden i omstilling, Norden i Europa og Norden i verden videreføres gjennom de treårige formannskapsprosjektene Nordisk forskningssamarbeid for bedre helse og En felles nordisk kommunikasjonsplan for å motvirke antibiotikaresistens.

Prosjektet Nordisk forskningssamarbeid for bedre helse 2017–2019 ledes av Helse- og omsorgsdepartementet. Målet er å legge til rette for nordisk helseforskning på tvers av de nordiske landene, særlig på områder der de aktuelle pasientgruppene i hvert enkelt land er små.

Delprosjekt 1 skal utrede mulige forenklinger for å redusere ressursbruken for etikkgodkjenninger i Norden. Gode, enkle og samordnede søknadsprosesser for nordiske prosjekter kan bidra til å fremme god og etisk forsvarlig forskning og til økt forskningssamarbeid til beste for pasienter på tvers av de nordiske landene.

Delprosjekt 2 skal utrede nordiske IKT-løsninger for å gjøre helsedata til forskning enklere å utveksle på tvers av de nordiske land. Slik utveksling er grunnleggende for å kunne gjennomføre forskning over landegrensene.

Delprosjekt 3 skal videreutvikle det nordiske samarbeidet om kliniske studier innenfor personilpasset medisin gjennom Nordic Trial Alliance.

Det er gjennomført en utlysning på 38 mill. kroner til kliniske studier på personilpasset medi-

sin innenfor barnekreft. Midlene kommer fra formannskapsprosjektet, NordForsk, Kreftforeningen og Norges forskningsråd. Stortingets bevilgning på 5 mill. kroner til barnekreftforskning i revidert nasjonalbudsjett 2017 kap. 703, post 21 er kanalisert inn i utlysningen fra Kreftforeningens side.

Helse- og omsorgsdepartementet leder også formannskapsprosjektet En felles nordisk kommunikasjonsplan for å motvirke antibiotikaresistens. Gjennom prosjektet skal de nordiske helsedirektoratene og folkehelseinstituttene, i tett samarbeid med dyrehelsemyndighetene, dra veksel på erfaringer fra arbeidet med kommunikasjonsarbeid rettet mot antibiotikabruk som de ulike landene har gjennomført. På bakgrunn av erfaringene skal det utvikles en felles nordisk kampanje for å øke kunnskapen om antibiotikaresistens og som kan tilpasses og gjøres tilgjengelige for publikum i de enkelte landene. Kampanjen skal omfatte både folkehelse- og dyrehelseområdet. Målet er å øke bevisstheten i befolkningen, i helsetjenesten, i landbruket og i oppdrettsnæringen om trusselen antibiotikaresistens utgjør for mennesker i Norden.

Formannskapsprosjektet Attraktive byer – Grønn omstilling og konkurransekraft i nordiske byregioner: Byer som ramme for gode liv for alle er et tverrsektorielt samarbeidsprosjekt hvor Helse- og omsorgsdepartementet deltar sammen med Klima- og miljødepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Målet er å utarbeide en felles nordisk strategi for hvordan byer med omland kan utvikle sin attraktivitet ved å sikre et godt og inkluderende bymiljø som er økonomisk, miljømessig og sosialt bærekraftig.

Under det svenske formannskapet videreføres og forsterkes det nordiske samarbeidet om bl.a. e-helse. Digitalisering er et sentralt tema i Sveriges program for 2018. Prosjektet «Vård på distans» har som delmål å legge til rette for tekniske løsninger og utveksling av e-resepter i Norden i løpet av en treårsperiode. Prosjektet identifiserer felles nordiske utfordringer.

Den nordiske e-Helsegruppen har i mandatperioden 2017–2019 prioritert å arbeide med informasjonsformidling. I tillegg har gruppen arbeidet med diskusjoner om strategiske og politiske målsettinger i landene, styrke Nordens posisjoner i forhold til EU samt samarbeide om indikatorer som skal knyttes til EU, WHO og EU sitt indikatorarbeid. Videre skal landene samarbeide om gjeldende nordiske standarder for personlig helseinformasjon med spesiell fokus på mobilitet over landegrensene.

Nordisk Demensnettverket ble opprettet i 2015 har fått nytt mandat i 2018. Mandatet videreføres til 2020.

Nordisk nettverk om senfølger av seksuelle overgrep ble etablert i 2017 og er besluttet videreført til 2020. Formålet med dette er å bidra til å styrke innsatsen for voksne som i sin barndom har vært utsatt for seksuelle overgrep og for å igangsette samarbeid i Norden.

De nordiske landene opplever alle utfordringer på legemiddelområdet knyttet bl.a. til finansiering av nye, dyre legemidler og til stabile leveranser av etablerte legemidler. I 2017 vedtok de nordiske ministrene et mandat for en arbeidsgruppe for informasjons- og erfaringsutveksling på legemiddelområdet. I mandatet legges det også til rette for at to eller flere land kan inngå et tettere samarbeid, for eksempel felles prisforhandlinger.

Parallelt med arbeidet i Nordisk Ministerråd ble Nordisk Lægemiddelforum opprettet i 2015. Gjennom arbeidet i Nordisk Lægemiddelforum er det skapt en god dialog mellom innkjøpsorganisasjonene i Danmark og Norge, som legger til rette for å kunne etablere felles forhandlinger (eller anbud) om pris på utvalgte legemidler.

Norge og Danmark inngikk 18. september 2018 en intensjonsavtale om felles forhandlinger (eller anbud) om pris på utvalgte legemidler. Beslutninger om hvilke legemidler som skal tas i bruk i de respektive landene forblir nasjonale. Innkjøp forblir også et nasjonalt anliggende. Intensjonen er å starte med noen få etablerte legemidler og noen få nye. Erfaringene med samarbeidet må vurderes fortløpende, slik at begge land sikres en merverdi. De øvrige nordiske land er invitert til å inngå i avtalen.

Gjeldende avtale om et felles nordisk arbeidsmarked for visse personalgrupper i helsevesenet og veterinærer («Arjeplogavtalen») trådte i kraft i 1994. Avtalen har deretter blitt endret gjennom en endringsavtale i 1998. Endringene var av teknisk karakter og skyltes i hovedsak endringer i landenes utdanningssystemer. Siden 2010 har landene diskutert om avtalen bør oppheves fordi det finnes betydelig overlappning med EU's yrkeskvalifikasjonsdirektiv 2005/36/EF. Forholdet mellom pasientsikkerhet og mobilitet har vært en viktig del av diskusjonen. I stedet for å oppheve avtalen har ministrene valgt å gå videre med en ny revisjon av avtalen. MR-S i 2017 godkjente at det gjennomføres en ny revisjon av avtalen der nye bestemmelser om informasjonsutveksling av tilsynsinformasjon inkorporeres. Det tas sikte på undertegnelse i desember 2018.

De demografiske endringene med en aldrende befolkning er også satt på dagsorden i det nor-

diske samarbeidet. Norge har bidratt til at Nordisk ministerråd i samarbeid med Nordens velferdssenter i oktober 2018 vil arrangere en nordisk konferanse om aldersvennlige byer i Norden.

Det nordiske helseberedskapssamarbeidet er forankret i Nordisk helseberedskapsavtale fra 2002. Avtalen følges opp i regi av den såkalte Svalbard-gruppen. En ny strategi for gruppen ble vedtatt av embetsmanns komitéen for helse og sosialsaker (EK-S) i september 2017. Svalbard-gruppens mandat og strategi har revitalisert det tverrnasjonale aspektet av beredskap i Norden. Blant annet gjennom felles nordisk avtale om behandling av alvorlige brannskader, signert på ministermøtet i 2018.

Helsesamarbeidet i nordområdene – Den nordlige dimensjon, Barents-, Arktis- og Russlandssamarbeidet

Situasjonen i våre nærområder er viktig for folkehelsen også nasjonalt. 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 i Barentsregionen. NDPHS arbeider for å bedre helsesituasjonen i regionen ved å bekjempe smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og fremme en sunn livsstil. Det er flere ekspertgrupper under NDPHS. Norge er representert i alle gruppene og leder samarbeidet som gjelder alkohol, narkotika og tobakk. Barentssamarbeidet vektlegger særlig hiv/aids og tuberkulose, men også ikke-smittsomme sykdommer og ulike tiltak for utsatte barn og unge.

I 2019 har Norge formannskapet i Barents helsesamarbeid (Joint Working Group on Health and Social Issues – JWGH) sammen med den russiske republikken Komi. Gjennom vårt formannskap har vi blant annet ansvaret for å lede prosessen med utarbeidelse av et nytt Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram, som har planlagt ferdigstillelse høsten 2019. I forbindelse med formannskapet har vi fra norsk side tatt initiativ til et eget arbeid under JWGH om helse i områder med lav befolkningstetthet i Barentsregionen. Her legges det vekt blant annet på velferdsteknologi og telemedisin.

Norge har en bilateral helsesamarbeidsavtale 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.

Gjeldende samarbeidsprogram ble undertegnet i mars 2017 og gjelder ut 2020.

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

Norge er i handelssammenheng, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), forpliktet på flere områder som angår helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet har som mål å ivareta helsepolitiske hensyn i prosesser for internasjonale handels- og investeringsavtaler. Det har de siste årene vært en økende bevissthet rundt at internasjonale handels- og investeringsavtaler kan utfordre nasjonalstatenes rett til å regulere for å beskytte folkehelsen. Dette har særlig blitt synliggjort i to saker på tobakksområdet mot hhv. Australia (om standardiserte tobakkspakninger) og Uruguay (om helseadvarsler og produktvariasjon).

Norge deltar i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) på helse- og mattrygghetsområdet. 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.

Det bilaterale helsesamarbeidet mellom Norge og Moldova, inngått 2014, løper til 2020. Formålet med samarbeidet er å utveksle informasjon om helsetjenester innenfor folkehelse, primærhelse og helsesystemer. Samarbeidet har bestått av studiebesøk og workshops for helseper-

sonell i landene for å utveksle kompetanse, og samarbeid mellom landenes folkehelseinstitutter. Midtveiseevalueringen av samarbeidet i 2017 pekte på flere positive foreløpige resultater, men også at nasjonale forutsetninger i Moldova begrenser effekten av de norske bidragene. Innsatsområder i samarbeidet omfatter prosjekter innenfor primærhelse, sykehusorganisering, befolkningsrettet folkehelsearbeid og smitteovervåkning.

Norge har et bilateralt helsesamarbeid med Kina og undertegnet i april 2017 en ny handlingsplan under Kina-samarbeidet.

Statsråd Bent Høie besøkte Kina i april 2018. Formålet med besøket var å opprette politisk kontakt og fremme helsesamarbeid mellom Norge og Kina, spesielt på områdene e-helse, innovasjon og utfordringene med antibiotikaresistens. Det ble avholdt et felles seminar om antibiotikaresistens i Beijing og et næringslivsseminar om helseteknologi/innovasjon i Shanghai.

Norge er en aktiv støttespiller i fredsprosessen i Colombia. Helse inngår som en komponent i oppfyllelsen av fredsavtaleverket. Norge og Colombia undertegnet i 2017 en bilateral intensjonsavtale om helsesamarbeid. Avtalen vektlegger bl.a. kunnskapsutveksling innen primærhelsetjenesten, mekanismer for introduksjon av ny teknologi og samarbeid på områdene alkohol og narkotikapolitikk, Intensjonsavtalen følges opp med felles aktiviteter/tiltak.

I 2018 har Norge et pilotprosjekt med Ukraina for et institusjonelt helsesamarbeid. Formålet er å støtte opp om reformarbeidet i Ukraina gjennom å styrke den faglige og administrative kompetansen innen folkehelse og smittevern, samt fysisk og psykisk rehabilitering.

Norge er partner og bidragsyter til European Observatory on Health Systems and Policies. Formålet er, gjennom sammenliknende studier, å gjøre kunnskap og erfaringer fra ulike helsesystemer tilgjengelig som grunnlag for politikkutforming.

## 10 Administrative fellesomtaler

### 10.1 Fornye, forenkle og forbedre

#### Sykehus

Det har siden 2015 vært gitt årlige oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i sykehusene. Oppdragene har vært særlig rettet mot å etablere indikatorer og metodikk som avdekker uønsket variasjon, samt å tilgjengeliggjøre denne informasjonen slik at den kan brukes til forbedringsarbeid på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Helseregionene har opprettet Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), som inkluderer representanter fra alle regionale helseforetak, samt Helsedirektoratet. Arbeidet følges opp i 2019.

De regionale helseforetakene har tidligere fått i oppdrag å etablere KPP (kostnader på pasientnivå) som kvalitets- og styringsverktøy i alle helseforetak. I 2018 skal helseregionene legge fram en framdriftsplan for hvordan KPP skal brukes for å understøtte forbedrings- og planarbeid, både på regionalt nivå og i hvert enkelt helseforetak. Videre har de regionale helseforetakene, i samarbeid med Helsedirektoratet, pilotert KPP for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det arbeides med å innføre KPP-modeller for disse områdene i alle helseforetak.

#### E-helse

Digitalisering av og nye arbeidsformer i helse- og omsorgstjenesten er viktig for å møte brukernes forventninger om en moderne og tilgjengelig tjeneste. Derfor prøves det ut flere løsninger for bedre kontakt og samhandling mellom innbygger og helsepersonell.

Det er etablert organdonasjon i kjernejournal, som gjør det enklere for innbygger å gjøre sitt ønske om organdonasjon kjent for pårørende og helsepersonell.

Det arbeides også med modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren. Digital melding om dødsfall er utviklet, og dagens manu-

elle rutiner skal skiftes ut med digitaliserte og helhetlige prosesser for å melde dødsfall. Det arbeides nå med å innføre digital melding om dødsfall i sektoren. Videre skal det lages fellesløsninger for å ta i bruk og nyttiggjøre seg av folkeregisteropplysninger i sektoren.

Helse- og omsorgsdepartementet fortsetter arbeidet med å modernisere og samordne helseregistrene og sikre tettere koordinering med sentrale e-helsetiltak gjennom Helsedataprogrammet. Programmet skal prioritere utvikling og bruk av fellesløsninger på tvers av registrene og etablering av en plattform for å gjøre tilgjengelig og analysere helsedata. Målet er bedre utnyttelse og kvalitet på helsedataene, forenkle innrapportering til de nasjonale helseregistrene og gjøre datahåndtering sikrere. Helseanalyseplattformen har et stort potensial for å redusere ressursbruk på datainnsamling for forskere og andre brukere av helsedata, og for å frigjøre ressurser til forskning og analyse. Plattformen skal gi mulighet for innebygget personvern og gi innbyggerne mer kontroll over hvordan egne data brukes.

#### Kommunale helse- og omsorgstjenester

Regjeringen vil tilrettelegge for å styrke kommunenes innovasjonsevne og bærekraft, evne til å ta i bruk nye løsninger og arbeidsmetoder. Regjeringen vil legge til rett for bruk av teknologi og digitalisering, og anser det det å være en forutsetning. Regjeringen vil styrke effektiviteten gjennom økt kompetanse, faglig omstilling, sterkere kommunal ledelse og bedre planlegging. Satsingen på hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering, Kompetanseløft 2020, trygghetsteknologi og medisinsk avstandsoppfølging og etablering av flerfaglige team er sentrale tiltak som bidrar til faglig omstilling og mer effektiv utnyttelse av ressursene. Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre, har løftet fram 25 nye løsninger på grunnlag av eksempler fra kommunene, blant annet med tiltak som skal gi bedre sammenheng og kontinuitet i tjenestene.

## 10.2 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. Lovens kapittel 3 gjelder offentlige myndigheters plikt til aktivt likestillingsarbeid. Offentlige myndigheter skal arbeide aktivt, målrettet og planmessig for likestilling mellom kjønnene.

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 særskilt fokus 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.

Kjønn i rapport IS-2554 Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten og Turnusrapporten viser at andelen kvinnelige leger har vært økende, og tendensen sees først og fremst blant de yngre legene.

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Menn i helse har formål å bidra til rekruttering av flere menn til omsorgstjenestene. Menn i helse inngår i Kompetanseløft 2020. Programmet er basert på en modell utviklet av Trondheim kommune. KS har ansvar for prosjektledelsen og modellen baserer seg på et samarbeid med deltakende kommuner og Nav lokalt. Gjennom programmet rekrutteres blant annet menn uten tidligere erfaring fra sektoren via Nav til arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Etter en praksisperiode gis det anledning til å ta voksenopplæring i helsearbeiderfaget. I 2018 rekrutteres det menn fra 69 kommuner fordelt på 8 fylker. I flere av fylkene starter flere kull. Siden oppstarten i 2014 har totalt 145 menn tatt fagbrev i helsefag. Spredningen av modellen avhenger av tett oppfølging lokalt og godt samarbeid mellom de deltakende aktørene. I Trond-

heim kommune inngår Menn i helse i ordinær drift. Prosjektet har ifølge Helsedirektoratet gitt kjønnspektivet stor oppmerksomhet og antas å bidra til økningen i andelen menn i omsorgssektoren. Det nasjonale prosjektet ble evaluert i 2018. Evalueringen viser at prosjektet erfarer som nyttig for å øke andelen menn i omsorgssektoren, men også som et kvalifiseringstiltak. Det fremheves i prosjektet at det er av stor betydning med tverrsektorielt samarbeid mellom helse, utdanning og arbeids- og velferdssektoren. Et slikt samarbeid kan bidra til å løse både sektorvise utfordringer som ressursbehovet i helsesektoren og samfunnsmessige utfordringer som arbeidsledighet og utenforskap. Statistikk fra SSB viser at andel årsverk utført av menn i brukerrettede omsorgstjenester økte fra 10 pst. i 2007 til nærmere 14 pst. i 2017. Se kap. 761, post 21, for nærmere omtale.

Regjeringen jobber langs flere spor for å sikre likestilling i helsesektoren. Innen spesialisthelsetjenesten er det særlig to tema helseministeren er opptatt av: andelen kvinnelige toppledere i helsetjenesten og å utvikle en heltidskultur. Helseministeren har derfor stilt krav til de regionale helseforetakene om å bidra i arbeidet med å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. Videre har helseministeren stilt krav om å fortsette arbeidet med å etablere heltidskultur i sykehusene og redusere bruken av deltid.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner styrer for de regionale helseforetakene. Styrene oppfyller lovens krav til minimum 40 pst. representasjon av begge kjønn, og per 2018 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.

I sykehusene er 8 av 10 ansatte kvinner, mens kun 4 av 10 er toppledere. Helseministeren har uttrykt at dette er en oppsiktsekkende underrepresentasjon og stilte tydelige krav til de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i januar 2016 om at de må bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. Styret og toppledelsen i sykehusene må tydelig engasjere seg i dette spørsmålet. Et av tiltakene for å øke andelen kvinnelige toppledere er økt andel kvinnelige deltakere i det årlige nasjonale topplederprogrammet for helseforetakene. Andre tiltak er ledertalentprogrammet og helseregionenes foretaksinterne lederutviklingstiltak, hvor en av målsetningene er å øke andelen kvinnelige deltakere. De regionale helseforetakene har rapportert til departementet at de arbeider aktivt med å øke

andelen kvinnelige toppledere i sykehusene. De rapporterer også om en liten økning i andelen toppledere i sykehusene, og økt andel kvinnelige deltakere i det nasjonale topplederprogrammet for helseforetakene.

Regjeringen er opptatt av å utvikle en heltidskultur i helsetjenesten og derigjennom redusere bruken av deltid. Det er i foretaksmøte med de regionale helseforetakene stilt krav om at arbeidet med utviklingen av en heltidskultur videreføres, og at flest mulig medarbeidere tilsettes i faste hele stillinger. Flest mulig medarbeidere i faste hele stillinger er en viktig forutsetning for å lykkes med å utvikle pasientens helsetjeneste. En velutviklet heltidskultur er også kvalitetsfremmende og vil sikre god kontinuitet i pasientoppfølgingen i sykehusene. Mer enn 70 pst. av medarbeiderne i sykehusene er kvinner. Det betyr også at helseforetakene må ha strategier for å rekruttere bedre fra begge kjønn.

Å etablere en heltidskultur er et langsiktig arbeid som vil medvirke til å øke kvinners stillingsprosent i helseforetakene. Dette er viktig i et likestillingsperspektiv og understøtter også kvalitetsperspektivet i spesialisthelsetjenesten. Bruken av deltid for fast ansatte i sykehusene er fra januar 2013 til mars 2018 redusert i alle helseregionene. Reduksjonen varierer fra 3,5 pst. til 17,1 pst. for de fire helseregionene. Samtidig har andelen medarbeidere som har fått høyere stillingsprosent også økt. Gjennomsnittlig stillingsprosent for fast ansatte ligger nå på om lag 90 pst. i alle helseregioner. Selv om utviklingen går i riktig retning, er en ikke i mål. Det har hatt stor betydning at flere sykehus tilbyr faste, hele stillinger ved at de ansatte er tilknyttet jobber ved ulike avdelinger som til sammen gir 100 pst. stilling. Faste hele stillinger er viktig for å rekruttere kompetente medarbeidere, beholde kvalifisert arbeidskraft og samtidig bidra til å ivareta arbeidsmiljøet og redusere sykefravær. Faste hele stillinger bidrar til økt kvalitet og kontinuitet i tjenesten. Det er økt bevissthet og kunnskap i hele organisasjonen omkring denne utfordringen og det arbeides systematisk for å utvikle nye og fleksible løsninger slik at medarbeidere kan arbeide ved ulike avdelinger, og at deler av stillingen er knyttet til sykehusenes egne bemanningssentre o.l. Ledere og tillitsvalgte i sykehusene 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. En annen utfordring er å motivere medarbeidere i deltidsstillinger til å øke sin stillingsprosent.

## Likestillingsrapport

Tabell 10.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2017 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	3/6
Avd.direktør mv.	16/8
Fagdirektør	9/8
Underdirektør	11/4
Spesialrådgiver	8/9
Seniorrådgiver	69/32
Rådgiver	18/2
Seniorkonsulent	8/2
Førstekonsulent	6/1
<b>Totalt</b>	<b>148/72</b>

Statistikken bygger på personaladministrative data. I 2017 var 67,3 pst. av de ansatte kvinner og 32,7 pst. var menn. Av ekspedisjonssjefer/departementsråd er 33,3 pst. kvinner. Av avdelingsdirektører er 66,7 pst. kvinner.

Tabell 10.2 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	4,3 pst.
Menn	2,7 pst.
Alle	3,8 pst.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde i 2017 et gjennomsnittlig fravær som følge av sykdom på 3,8 pst., som er en reduksjon fra foregående år.

### *Direktoratet for e-helse*

Ved utgangen av 2017 utgjorde andelen av de ansatte 58 pst. kvinner og 42 pst. menn. Direktoratet for e-helse er bevisst på å ha samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. I direktørens ledergruppe var det fire kvinner og to menn. Kvinneandelen i direktoratets lederstillinger totalt sett utgjør 60 pst. Et mål er å ha flest mulig ansatte i heltidsstillinger og direktoratet har ved utgangen av 2017 fire ansatt i deltidsstilling av totalt 316 ansatte. I alle stillingskategoriene med unntak av seksjonssjefstilling er kvinner noe lavere lønnet enn menn.

### *Folkehelseinstituttet*

Folkehelseinstituttet er bevisst på å ha samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. Det har ikke vært vesentlige endringer i andelen kvinner/menn i instituttet fra 2017 til 2018. 67 pst. av de ansatte er kvinner. Kvinneandelen i lederstillinger er 60 pst. Instituttet har en kvinneandel på 67 pst. i senior fagstillinger (forsker 1110 og 1183, overleger og seniorrådgivere). Den største utfordringen for likestilling er å øke andelen kvinner blant seniorforskerne, slik at det over tid samsvarer med den høye andelen kvinner blant stipendiater og postdoktorer (75 pst.). Andelen kvinner har økt både i senior fagstillinger og blant stipendiater og postdoktorer i perioden frem til 2017, men er uforandret fra 2017 til 2018. Instituttet er opptatt av at kvinner og menn får like muligheter for meritterende oppgaver.

### *Helsedirektoratet*

Helsedirektoratet hadde ved utgangen av 2017 en kvinneandel på 69 pst. Dette er to prosentpoeng mer enn i 2016. Til tross for særlige tiltak i lokale forhandlinger tidligere år har menn gjennomgående høyere lønn enn kvinner. Den høyeste kvinneandelen er i lønnsgruppene saksbehandlere, kontorstillinger og rådgivere, mens gruppa leder- og spesialstillinger har den laveste kvinneandelen.

### *Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten*

Helseklage har en ambisjon om å speile det norske samfunnet i forhold til kjønn, alder og etnisitet. Helseklage er en inkluderende arbeidsplass. Det blir tilrettelagt på arbeidsplassen for personer med nedsatt arbeidsevne eller funksjonshemming og medarbeidere i ulik livsfase med ulike behov. Helseklage er en kvinnedominert arbeidsplass. Kjønnfordelingen i Helseklage var ved utgangen av 2017 på 76 pst. kvinner og 24 pst. menn. I ledergruppen var det ved utgangen av 2017 82 pst. kvinner (ni) og 18 pst. menn (to). Det er ikke store lønnsforskjeller mellom kjønnene på sammenliknbare funksjoner og nivåer. Helseklages personalretningslinjer sikrer at begge kjønn har like lønns- og arbeidsvilkår og samme mulighet for fremme og utvikling.

### *Norsk pasientskadeerstatning*

Norsk pasientskadeerstatning hadde ved utgangen av 2017 totalt en kvinneandel på 71 pst. (mot 69 pst. i 2016). Andelen kvinner i lederstillinger er 73 pst.

Kjønnfordelingen speiler det faktum at det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Norsk pasientskadeerstatning. Gjennom ulike personalpolitiske virkemidler legger NPE til rette for medarbeidere i ulike livsfaser og personer med nedsatt arbeidsevne eller med funksjonshemming. Tilsvarende gir NPEs lokale lønnspolitikk føringer som motvirker lønnsforskjeller mellom kjønnene og som gir like muligheter for karriereutvikling.

### *Statens helsetilsyn*

Helsetilsynet hadde ved utgangen av 2017 en kvinneandel på 66 pst. I stillingsgruppen ledere (avdelingsdirektør, underdirektør og fagsjef) er 64 pst. kvinner. Dette ligger godt innenfor Hovedavtalens mål om 40 pst. kvinner i lederstillinger innenfor definert lederstillingsgruppe. Menn er i gjennomsnitt lønnet høyere enn kvinner. Det har skjedd en generell lønnsutjevning mellom kvinner og menn de siste årene. Statens helsetilsyn har en relativt stor andel ansatte over 62 år og i 2017 utgjorde denne aldersgruppen 20 ansatte (av 115 totalt). Statens helsetilsyn legger til rette for eldre arbeidstakere ved bl.a. mulighet for fleksible arbeidsformer.

### *Statens legemiddelverk*

Legemiddelverket har flere kvinnelige tilsatte enn menn, noe som gjenspeiler kvinneandelen blant studentene fra de utdanningsfelt og fagfelt Legemiddelverket normalt rekrutterer fra. Kvinnelige ansatte utgjør 74,4 pst. av arbeidsstokken, og toppledergruppen består av tre kvinner og to menn. Mellomledergruppen har 17 kvinner og 2 menn. En gjennomgang av de mest brukte stillingskoder (rådgiver, seniorrådgiver og forsker) viser svært små forskjeller i gjennomsnittslønn mellom kjønn. Legemiddelverket har kontinuerlig fokus på arbeidet med sin livsfasepolitikk.

### *Statens strålevern*

Strålevernet hadde ved inngangen til 2018 en kvinneandel på 54,4 pst. Ledergruppen består nå av to kvinner og tre menn. På seksjonssjefsnivået er det seks kvinner og to menn. I gjennomsnitt tjener kvinner 0,5 pst. mindre enn menn. Det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori. Andelen av midlertidig tilsetning i Strålevernet er liten, dette gjelder for både kvinner og menn. Det er ingen større forskjell i bruken av deltidsstilling eller i uttaket av foreldrepermisjon. Sykefraværet er i snitt i underkant av fire pst. og uendret over tid.



### 10.3 Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter

---

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF mottok i 2017 lønn på 2 250 426 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 5 025 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 454 555 kroner. Administrerende direktør skal ha pensjonsvilkår på lik linje med andre ansattes vilkår i foretaket, og har ordinære pensjonsvilkår via Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH). Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn. Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppebåret i perioden. Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret/administrerende direktør av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratrukke sin stilling umiddelbart.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF mottok i 2017 lønn på 2 379 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 20 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 597 000 kroner. Administrerende direktør har, i tillegg til ordinær ytelsespensjon i KLP, en avtale om pensjon utover 12G. Avtalen var inngått før det kom pålegg om ikke å inngå slike avtaler. Det er ikke inngått avtale om sluttvederlag eller liknende for administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF mottok i 2017 lønn på 1 919 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 158 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 338 000 kroner. Administrerende direktør har offentlig tjenestepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår, det vil si gjennom ordinær ordning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon utover ordinære vilkår gjennom KLP. Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal ikke overstige 12 måneder og til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppebåret i perioden.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF mottok i 2017 lønn på 2 009 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 160 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 163 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Administrerende direktør har ikke avtale om etterlønn.

Administrerende direktør i Norsk Helsenett SF mottok i 2017 lønn på 1 680 892 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 6 803 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 303 220 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. I ansettelsesavtale med administrerende direktør er det avtalt rett til ni måneders etterlønn ut over oppsigelsestiden dersom styret anmoder administrerende direktør om å si opp sin stilling, eller administrerende direktør i samråd med styrets leder/styret velger å si opp sin stilling uten at det foreligger saklig grunn til oppsigelse eller avskjed. Dersom administrerende direktør i perioden for sluttvederlag, men etter utløpet av ordinær oppsigelsestid har andre inntekter, skal sluttvederlaget reduseres tilsvarende krone for krone. Det er inngått tilleggsavtale med administrerende direktør som gir ham rett til å gå over i annen stilling i Norsk Helsenett SF fra og med at han fyller 62 år, og fram til han fyller 65 år. Arbeidstaker har i ny stilling rett til å beholde eksisterende betingelser som gjelder på det tidspunktet han går av som administrerende direktør.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet mottok i 2017 lønn på 2 222 000 kroner, mens andre godtgjørelser beløp seg til 189 000 kroner. AS Vinmonopolet innførte i 2007 en lederpensjonsordning som finansieres over drift. I 2017 var pensjonskostnadene til administrerende direktør 360 000 kroner. Administrerende direktør har en etterlønsavtale på 12 måneder.

## 11 Sektorovergripende 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 miljømålene kan nås. For en omtale av regjeringens samlede klima- og miljørelevante saker, se Klima- og miljødepartementets fagproposisjon.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, samt fylkesmennene, er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåking av miljøforurensning. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet.

Mattilsynet arbeider for en miljøvennlig produksjon av trygge næringsmidler og trygt drikkevann. For å få størst mulig samfunnsmessig verdiskapning ut av begrensede ressurser er det vesentlig å legge vekt på kvalitet, plante- og dyrehelse samt hensynet til miljøet.

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. Departementet har i sitt styringsbudskap til de regionale helseforetakene bedt om at spesialist-

helsetjenesten foretar en helhetlig tilnærming til klima- og miljøutfordringene. Miljøarbeidet i spesialisthelsetjenesten koordineres gjennom et samarbeidsutvalg mellom de fire helseregionene. Alle de regionale helseforetakene er representert med et medlem i samarbeidsutvalget. I tillegg har Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF, samt vernetjenesten og tillitsvalgte en representant hver. De fire regionene har også hver sin miljøfaggruppe hvor alle helseforetak er representert. Det arbeides nå i alle regioner med å implementere ny revidert ISO14001 standard, og alle helseforetak skal være sertifisert etter denne i løpet av 2018.

Det følger av klimaforliket, jf. Innst. 390 S (2011–2012), at fossil fyringsolje som grunnlast skal fases ut av alle statlige bygg innen 2018. Det er lagt til grunn at dette skal forstås som at utfasingen skal gjennomføres innen utgangen av 2018. Helseforetakene har over tid arbeidet med planer for å fase ut oljefyr i sine bygg. Per 31. desember 2017 gjenstod 13 bygg hvor bruk av oljefyring som grunnlast fortsatt benyttes, og det er lagt planer for utfasing av nesten alle disse innen utgangen av 2018. Helseforetakene har fem anlegg der det ikke er lagt konkrete planer om utfasing av oljefyr innen utgangen av 2018. De regionale helseforetakene opplyser at det arbeides med planer for utfasing av ett anlegg i 2019, mens de fire siste anleggene er i bygg som vil bli utrangert etter 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2018–2019) om statsbudsjettet for år 2019 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et  
framlagt forslag.

---

## Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2018–2019)  
statsbudsjettet for budsjettåret 2019 opp følgende forslag til vedtak:

### Kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3701–3748, 5572 og 5631

#### I Utgifter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	240 961 000	240 961 000
701	E-helse, helseregistre mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	488 181 000	
	70 Norsk Helsenet SF	140 526 000	
	71 Medisinske kvalitetsregistre	38 866 000	667 573 000
702	Beredskap:		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	24 762 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 897 000	28 659 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	8 115 000	
	71 Internasjonale organisasjoner	43 717 000	51 832 000
704	Helsearkivet		
	01 Driftsutgifter	38 700 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	46 000 000	84 700 000
709	Pasient- og brukerombud		
	01 Driftsutgifter	74 021 000	74 021 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		1 147 746 000
Folkehelse mv.			
710	Vaksiner mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	336 375 000	336 375 000
712	Bioteknologirådet		
	01 Driftsutgifter	9 762 000	9 762 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
714		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	147 098 000	
	60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	98 013 000	
	70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	120 477 000	
	74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	20 568 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	49 135 000	435 291 000
717		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 836 000	
	70	Tilskudd	58 451 000	70 287 000
		Sum Folkehelse mv.		851 715 000
		Spesialisthelsetjenester		
732		Regionale helseforetak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	59 710 000	
	70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	828 059 000	
	71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	552 116 000	
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	53 579 738 000	
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	18 784 161 000	
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	14 272 545 000	
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	12 728 492 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	37 843 728 000	
	77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	3 119 112 000	
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 216 053 000	
	80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	7 030 632 000	
	81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>	96 723 000	
	82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	5 631 381 000	
	83	Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	81 000 000	
	86	Driftskreditter	3 359 000 000	159 182 450 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
733	Habilitering og rehabilitering		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	16 842 000	
	70 Behandlingsreiser til utlandet	127 954 000	
	72 Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	1 245 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	6 341 000	152 382 000
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01 Driftsutgifter	71 349 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	35 993 000	
	70 Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	2 784 000	
	71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	85 612 000	
	72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	13 141 000	208 879 000
737	Historiske pensjonskostnader		
	70 Tilskudd, <i>overslagsbevilgning</i>	30 000 000	30 000 000
	Sum Spesialisthelsetjenester		159 573 711 000
	Sentral helseforvaltning		
740	Helsedirektoratet		
	01 Driftsutgifter	1 212 918 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	30 421 000	
	60 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	81 908 000	
	70 Helsetjenester i annet EØS-land	50 305 000	1 375 552 000
741	Norsk pasientskadeerstatning		
	01 Driftsutgifter	205 664 000	
	70 Advokatutgifter	39 327 000	
	71 Særskilte tilskudd	10 304 000	255 295 000
742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	01 Driftsutgifter	146 594 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	15 837 000	162 431 000
744	Direktoratet for e-helse		
	01 Driftsutgifter	213 594 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	150 992 000	364 586 000
745	Folkehelseinstituttet		
	01 Driftsutgifter	1 044 831 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	141 489 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	12 477 000	1 198 797 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
746	Statens legemiddelverk		
	01 Driftsutgifter	288 252 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	30 000 000	318 252 000
747	Statens strålevern		
	01 Driftsutgifter	94 236 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	18 432 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 494 000	117 162 000
748	Statens helsetilsyn		
	01 Driftsutgifter	159 164 000	159 164 000
749	Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten		
	01 Driftsutgifter	40 433 000	40 433 000
	Sum Sentral helseforvaltning		3 991 672 000
	Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761	Omsorgstjeneste		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	179 641 000	
	60 Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	10 125 000	
	61 Vertskommuner	934 778 000	
	62 Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	347 998 000	
	63 Investeringstilskudd – rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	4 213 357 000	
	64 Kompensasjon for renter og avdrag	876 900 000	
	65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	1 482 840 000	
	67 Utviklingstiltak	70 227 000	
	68 Kompetanse og innovasjon	398 050 000	
	69 Investeringstilskudd – netto tilvekst, <i>kan overføres</i>	65 400 000	
	71 Frivillig arbeid mv.	17 500 000	
	72 Landsbystiftelsen	81 007 000	
	73 Særlige omsorgsbehov	23 975 000	
	75 Andre kompetansetiltak	10 944 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	112 975 000	8 825 717 000
762	Primærhelsetjeneste		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	119 688 000	
	60 Forebyggende helsetjenester	333 458 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	61	Fengselshelsetjeneste	178 866 000	
	63	Allmennelegetjenester	185 723 000	
	64	Opptappingsplan habilitering og rehabilitering	88 196 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	45 048 000	
	73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	56 600 000	
	74	Stiftelsen Amatheia	20 969 000	1 028 548 000
765		Psykisk helse og rusarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	107 523 000	
	60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	456 180 000	
	62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	477 360 000	
	71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	159 385 000	
	72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	358 742 000	
	73	Utviklingstiltak mv.	154 677 000	
	74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	308 947 000	
	75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	219 889 000	2 242 703 000
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	14 971 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 020 000	17 991 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		12 114 959 000
		Tannhelse		
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	35 093 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	292 393 000	327 486 000
		Sum Tannhelse		327 486 000
		Kunnskap og kompetanse		
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	336 212 000	336 212 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	63 305 000	
	79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	73 570 000	136 875 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	106 234 000	
	61	Tilskudd til kommuner	142 708 000	



Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	25 745 000	274 687 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		747 774 000
		Spesialisthelsetjenester mv.		
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	2 135 000 000	
	71	Psykologhjelp	323 000 000	
	72	Tannbehandling	2 318 320 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	1 024 000 000	5 800 320 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.		5 800 320 000
		Legehjelp, legemidler mv.		
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	9 476 800 000	
	71	Legeerklæringer	7 000 000	
	72	Medisinsk forbruksmateriell	2 042 100 000	11 525 900 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Egenandelstak 1	5 243 200 000	
	71	Egenandelstak 2	1 014 000 000	6 257 200 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.		
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	413 000 000	
	70	Allmennlegehjelp	5 274 600 000	
	71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 180 000 000	
	72	Jordmorhjelp	61 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	174 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	164 000 000	7 266 600 000
2756		Andre helsetjenester		
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	13 000 000	
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	490 000 000	
	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	240 000 000	743 000 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.		25 792 700 000
		Andre helsetiltak		
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag	244 000 000	244 000 000
		Sum Andre helsetiltak		244 000 000
		Sum departementets utgifter		210 592 083 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Diverse inntekter			
3701	E-helse, helseregistre mv.		
	02 Diverse inntekter	200 097 000	200 097 000
3703	Internasjonalt samarbeid		
	02 Diverse inntekter	2 089 000	2 089 000
3710	Vaksiner mv.		
	03 Vaksinesalg	96 065 000	96 065 000
3714	Folkehelse		
	04 Gebyrinntekter	2 412 000	2 412 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	264 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	525 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	632 000 000	1 421 000 000
3740	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	19 582 000	
	03 Helsetjenester i annet EØS-land	48 968 000	
	04 Gebyrinntekter	46 152 000	
	05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	63 000 000	
	06 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	81 908 000	259 610 000
3741	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	6 602 000	
	50 Premie fra private	17 802 000	24 404 000
3742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	50 Premie fra private	2 418 000	2 418 000
3745	Folkehelseinstituttet		
	02 Diverse inntekter	184 787 000	184 787 000
3746	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	30 000 000	
	04 Registreringsgebyr	92 193 000	122 193 000
3747	Statens strålevern		
	02 Diverse inntekter	19 831 000	
	04 Gebyrinntekter	9 151 000	28 982 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
3748	Statens helsetilsyn		
	02 Diverse inntekter	1 558 000	1 558 000
	Sum Diverse inntekter		2 345 615 000
	Skatter og avgifter		
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70 Legemiddeldetaljistavgift	63 000 000	
	72 Avgift utsalgssteder utenom apotet	4 900 000	
	73 Legemiddelleverandøravgift	207 500 000	
	74 Tilsynsavgift	3 770 000	
	75 Sektoravgift tobakk	15 000 000	294 170 000
	Sum Skatter og avgifter		294 170 000
	Renter og utbytte mv.		
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85 Statens overskuddsandel	41 200 000	
	86 Utbytte	2 000	41 202 000
	Sum Renter og utbytte mv.		41 202 000
	Sum departementets inntekter		2 680 987 000

*Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger*

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 701 post 21	kap. 3701 post 02
kap. 703 post 21	kap. 3703 post 02
kap. 710 post 21	kap. 3710 post 03
kap. 714 post 21	kap. 3714 post 04
kap. 740 postene 01 og 21	kap. 3740 postene 02 og 04
kap. 740 post 01	kap. 5572 post 75
kap. 740 post 70	kap. 3740 post 03
kap. 740 post 60	kap. 3740 post 06
kap. 741 post 01	kap. 3741 postene 02 og 50
kap. 742 post 01	kap. 3742 post 50
kap. 745 post 01	kap. 3710 post 03
kap. 745 postene 01 og 21	kap. 3745 post 02
kap. 745 post 01	kap. 3740 post 04
kap. 746 postene 01 og 21	kap. 3746 post 02
kap. 747 postene 01 og 21	kap. 3747 postene 02 og 04
kap. 748 post 01	kap. 3748 post 02

Merinntekt som gir grunnlag for overskridelse skal også dekke merverdiavgift knyttet til overskridelse, og berører derfor også kap. 1633, post 01 for de statlige forvaltningsorganene som inngår i nettordningen for merverdiavgift.

Merinntekter og eventuelle mindreinntekter tas med i beregningen av overføring av ubrukt bevilgning til neste år.

*Fullmakter til å pådra staten forpliktelser utover gitte bevilgninger*

III

Bestillingsfullmakt

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for

nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Vaksiner mv.	
	21	Spesielle driftsutgifter	580 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 kan gi tilsagn utover gitte bevilgning-

ger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Omsorgstjeneste	
	63	Investeringstilskudd – rehabilitering	8 009,2 mill. kroner
	69	Investeringstilskudd – netto tilvekst	1 241,0 mill. kroner
	79	Andre tilskudd	1,0 mill. kroner

*Andre fullmakter*

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2019:

1. aktiverer investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak i statens kapitalregnskap.
2. i tilknytning til oppgjørsordningene for h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg kan føre

utgifter og inntekter uten bevilgning over kap. 740 Helsedirektoratet, hhv. post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler og post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg. Netto mellomregning med helseforetakene føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

=====



## Bestilling av publikasjoner

### Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)

E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)

Telefon: 22 24 00 00

### Privat sektor:

Internett: [www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Trykk: 07 Media AS – 10/2018

