DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2017–2018)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2018

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

Innhold

Del I **Innledende del** 7

1 **Helse- og omsorgspolitikken** ... 9

2 **Profilen i budsjettforslaget** 13

3 **Oversiktstabeller** 22

Del II **Budsjettomtaler** 27

4 **Nærmere omtale av bevilgnings-forslagene mv.** 29

Programområde 10 Helse og omsorg 29

Programkategori 10.00
Helse- og omsorgsdepartementet mv. 29
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet ... 30
Kap. 701 E-helse, helseregistre mv. 31
Kap. 3701 E-helse, helseregistre mv. 38
Kap. 702 Beredskap 38
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid 41
Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid 43
Kap. 709 Pasient- og brukerombud 43

Programkategori 10.10
Folkehelse mv. 45
Kap. 710 Vaksiner mv. 47
Kap. 3710 Vaksiner mv. 48
Kap. 712 Bioteknologirådet 49
Kap. 714 Folkehelse 49
Kap. 3714 Folkehelse 57
Kap. 717 Legemiddeltiltak 57
Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet 59
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet 60

Programkategori 10.20
Helseforvaltning (utgår) 62

Programkategori 10.30
Spesialisthelsetjenester 66
Kap. 732 Regionale helseforetak 68
Kap. 3732 Regionale helseforetak 101
Kap. 733 Habilitering og rehabilitering 102
Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak 104

Programkategori 10.40
Sentral helseforvaltning 110
Kap. 740 Helsedirektoratet 111
Kap. 3740 Helsedirektoratet 119
Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning 120
Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning 122
Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 123
Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 126
Kap. 744 Direktoratet for e-helse 126
Kap. 745 Folkehelseinstituttet 130
Kap. 3745 Folkehelseinstituttet 135
Kap. 746 Statens legemiddelverk 135
Kap. 3746 Statens legemiddelverk 139
Kap. 747 Statens strålevern 139
Kap. 3747 Statens strålevern 143
Kap. 748 Statens helsetilsyn 143
Kap. 3748 Statens helsetilsyn 147
Kap. 749 Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten 147

Programkategori 10.50 Legemidler (utgår) ... 149

Programkategori 10.60
Helse- og omsorgstjenester i kommunene 151
Kap. 761 Omsorgstjeneste 154
Kap. 762 Primærhelsetjeneste 178
Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid 197
Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv. 217

Programkategori 10.70 Tannhelse 220
Kap. 770 Tannhelsetjenester 223

Programkategori 10.80
Kunnskap og kompetanse 228
Kap. 780 Forskning 229
Kap. 781 Forsøk og utvikling mv. 234
Kap. 783 Personell 240

Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden 243

Programkategori 30.10
Spesialisthelsetjenester mv. 243
Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv. 244

Programkategori 30.50
Legehjelp, legemidler mv. 248
Kap. 2751 Legemidler mv. 248
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling 252
Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv. 258
Kap. 2756 Andre helsetjenester 262

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak 265
Kap. 2790 Andre helsetiltak 265

Del III **Omtale av særlige tema** 267

5 **Spesialisthelsetjenesten** 269

6 **Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – oppfølging av NOU 2016: 25** 285

7 **Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester** 298

8 **Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester** 307

9 **Forsknings- og innovasjons-strategien HelseOmsorg21** 311

10 **IKT og digitalisering** 318

11 **Tilstandsvurdering for samfunns-sikkerhet og beredskap innenfor helse- og omsorg** 320

12 **Internasjonalt samarbeid** 328

13 **Administrative fellesomtaler** ... 335

14 **Anmodningsvedtak** 343

Forslag 357

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2017–2018)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2018

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. september 2017, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)

Del I
Innledende del

1 Helse- og omsorgspolitikken

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

Sentrale mål for regjeringen er:

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

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

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

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

Mye er bra i norsk helse- og omsorgstjeneste. Innenfor en rekke områder viser forskning og analyser at vi oppnår svært gode resultater. Dyktige ansatte i alle ledd av tjenestene gjør en uvurderlig jobb og sørger for god kvalitet gjennom hele døgnet. Samtidig ser vi på viktige områder at det fortsatt er behov for endringer og forbedringer. Dette handler særlig om behovet for bedre organisering, effektivitet og kommunikasjon. Overganger og samhandling på tvers av nivåer og funksjoner må bli bedre. For mye variasjon i kvalitet mellom ulike sykehus, kommuner og tilbud vitner om potensial for bedring. For mange venter fortsatt for lenge på hjelp. Regjeringen vil ta vare på det som fungerer bra, og forbedre det som kan bedres.

1.1 Pasientens helsetjeneste

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasienten som partner i utviklingen av tjenestene. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, slippe unødig ventetid og få delta mer i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Regjeringen vil fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten med utgangspunkt i pasientens behov. Norge har og skal ha et godt offentlig helsetilbud. Skal dette ivaretas, er tjenestene avhengig av tillit fra befolkningen. Skal den tilliten ivaretas må tjenestene utvikles, mangfoldet tas i bruk og alle gis en sterkere stemme i utviklingen av tjenestene. Det skal satses på medvirkning på alle nivåer, fra nasjonal utvikling og beslutninger til pasient- og brukerinvolvering på lokalt og individuelt nivå. Regjeringen vil i budsjettet for 2018 fortsette å prioritere tiltak som styrker disse målsettingene. Regjeringen vil skape større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet for å skape pasientens helsetjeneste og å følge utviklingen over tid.

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

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

1.2 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det overordnede målet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Stortinget har gitt sin tilslutning til stortingsmeldingen Fremtidens primærhelsetjeneste, Meld. St. 26 (2014–2015). I meldingen har regjeringen beskrevet utfordringer og pekt ut retningen for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Regjeringen arbeider nå med oppfølgingen.

For å utvikle en mer helhetlig og teambasert tjeneste tilpasset brukernes behov, der de samlede personellressursene brukes bedre, foreslås det i 2018 å starte opp tre piloter, en med primærhelseteam, en med oppfølgingsteam og en pilot på legevaktfeltet. Pilotene vil gi viktig kunnskap om effekten av nye arbeidsformer og arbeidsdeling og om endringer i organisering og finansiering av tjenestene.

Regjeringen har som mål å sikre trygghet for eldre og pleietrengende gjennom å skape en omsorgstjeneste med kapasitet og kvalitet. Gjennom regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, har regjeringen startet arbeidet med å legge til rette for at flere eldre kan bo lenger hjemme, og leve aktive og selvstendige liv – med tilpassede tjenester. Regjeringen ønsker at staten skal ta et større ansvar for utbyggingen av kapasitet i kommunene. Derfor er den statlige tilskuddsordningen bedret. Det har ført til et taktskifte i kommunenes søknader om tilskudd til utbygging av sykehjem og heldøgns omsorgsplasser, og antallet plasser med innvilget tilskudd per år er i snitt om lag doblet under denne regjeringen. I årene som kommer vil det være behov for å øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser i kommunene. Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser er derfor endret, slik at det kun gis støtte til prosjekter som øker det totale antallet plasser f.o.m. 2021. For å sikre at kommuner som fortsatt har behov for å fornye eksisterende bygningsmasse gjennom utskifting eller renovering skal ha mulighet til det, er det lagt opp til en gradvis innfasing av den nye ordningen i statsbudsjettene for årene 2017–2020.

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 trygghetsstandard for sykehjem.

Regjeringen har lansert arbeidet med en ny reform for eldre – Leve hele livet. Arbeidet med reformen omhandler de grunnleggende forholdene som oftest svikter i tilbudet til eldre: Mat, aktivitet og felleskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Det er tre hovedmål med reformen: å sørge for at eldre får dekket sine grunnleggende behov og opplever å mestre livet, at pårørende ikke blir utslitt og at de kan bidra for sine nærmeste, at ansatte har et godt arbeidsmiljø der de får brukt sin kompetanse og får faglige utfordringer.

Stortinget har vedtatt forslag om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister. Lovforslaget innebærer en vesentlig styrking av rettighetene til eldre i praksis, og forplikter kommunene sterkere enn i dag til å innfri pliktene de har.

1.3 En folkehelsepolitikk som skaper muligheter

Regjeringen vil styrke det forebyggende helsearbeidet og utvikle en folkehelsepolitikk som skaper mestring og muligheter. Det offentlige spiller en viktig rolle i å legge til rette for en god folkehelse med flere sunne leveår og økt livskvalitet i befolkningen. Folkehelsepolitikken er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder. Et samfunn som legger bedre til rette for gode helsevalg, er en forutsetning for at den enkelte skal kunne ta mer ansvar for egen helse. Regjeringen vil gjøre det enklere å ta sunne valg, og har lagt fram Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle.

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 særlig satsing på barn og unge i det systematiske folkehelsearbeidet. I statsbudsjettet for 2018 viderefører regjeringen program for folkehelsearbeid i kommunene. Tilskuddsrammen foreslås økt med vel 25 mill. kroner til 71,3 mill. kroner slik at flere fylker kan inkluderes i programmet. Programmet har som et mål å fremme psykisk helse, lokalt rusforebyggende arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge er en prioritert målgruppe. 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.

I den nye folkehelsepolitikken setter regjeringen også aktiv aldring på dagsorden. Regjeringen vil møte utviklingen med at vi lever lenger og blir flere eldre med å satse på aktive eldre og utvikle aldersvennlige samfunn. Et viktig ledd i dette er regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, Flere år – flere muligheter. Aktive eldre vil også inngå i regjeringens arbeid med Leve hele livet, en kvalitetsreform for eldre.

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

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 helsetjenester – 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.

1.5 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 de fire første pakkeforløpene viser at resultatene er svært gode, og utgjør en forskjell for pasientene. Nye tall fra 2017 viser at stadig flere pakkeforløp gjennomføres innen maksimalt anbefalt forløpstid. Regjeringen er opptatt av å ta erfaringene med pakkeforløpene for kreft med i arbeidet med andre sykdommer og lidelser. I tillegg til pasientforløp for pasientgrupper med kreftsykdom, er det etablert, eller er under arbeid, pasientforløp for pasientgrupper med hjerneslag, rus og psykisk helse og truende for tidlig fødsel.

1.6 Rus og psykisk helse

Å prioritere rus og psykisk helse er et sentralt mål i regjeringens helsepolitikk. Rusfeltet har ikke fått den oppmerksomhet og prioritering som utfordringene på området tilsier. Utfordringene på rusfeltet er omfattende og har over flere år blitt dokumentert. Regjeringen vil derfor fortsette å styrke innsatsen innenfor rus og psykisk helse. Bevilg-

ningene til spesialisthelsetjenesten er økt, og helseregionene er instruert om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern høyere enn somatikk. Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan for 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. Regjeringen har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og lagt til rette for flere psykologer i kommunene gjennom en økning i tilskuddsordningen. Regjeringen er godt i gang med arbeidet med å etablere pakkeforløp for rus og psykisk helse, og flere av pakkeforløpene vil bli implementert 1. januar 2018.

1.7 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 funksjonsnedsettelser. God helse ligger i mestring: evnen til å mestre sin situasjon, oppleve selvbestemmelse og føle verdighet. Helse- og omsorgstjenestene vil for framtiden møte flere brukere med kronisk sykdom som vil kreve langvarig oppfølging. For å møte denne utfordringen må tjenestene tilpasse seg brukere og pasienters behov, ønsker og forutsetninger.

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

1.8 IKT og digitalisering

Regjeringens mål er en mer digital helse- og omsorgstjeneste. Bruk av teknologi er en forutsetning for å skape pasientens helsetjeneste. Regjeringen støtter anbefalingen om en utviklingsretning mot en felles nasjonal løsning for pasientjournal og -administrasjon for hele helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidet med digitalisering er avhengig av nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i sektoren. Derfor har regjeringen etablert Direktoratet for e-helse. Mer samordning, felles prioriteringer og tydeligere nasjonale beslutninger skal gi bedre muligheter for å etablere enkle og sikre e-helsetjenester til det beste for pasienter, innbyggere og helsepersonell.

Godt personvern og god informasjonssikkerhet er en forutsetning for digitalisering. For å løse utfordringene er helsesektoren avhengig av private leverandører. Regjeringen ga i 2017 Direktoratet for e-helse i oppdrag å se på informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører. Oppdraget skal identifisere og foreslå gode rutiner for å sikre at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører etterleves.

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

1.9 Kunnskapsbaserte tjenester

Gode helse- og omsorgstjenester er avhengige av å skape og ta i bruk ny kunnskap, gjennom å omsette forskning til innovasjon og bedre praksis. Regjeringen vil legge til rette for forskning og innovasjon gjennom å legge til rette for næringsutvikling. Som en oppfølging av HelseOmsorg21-strategien, har regjeringen lagt fram en handlingsplan med konkrete tiltak for en målrettet innsats i verdikjeden fra forskning til innovasjon til kommersialisering. Det er etablert et program for nasjonale kliniske multisenterstudier i de regionale helseforetakene, og det satses på innovasjon i hele helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet har nedsatt et ekspertutvalg som har foreslått tiltak for enklere tilgang og bedre utnyttelse av helsedata. Ekspertgruppens rapport er nå på høring. Helsedirektoratet har lagt fram en nasjonal strategi for persontilpasset medisin som skal bidra kompetansansebygging, god informasjon og forankring slik at pasientene får et likeverdig tilbud om persontilpasset medisin. Mer bruk av kvalitetsindikatorer, data og registre, samt beslutningsstøtte for ansatte, skal bidra til mer kunnskapsbasert praksis og bedre kvalitet. Forslaget om etablering av et nytt kommunalt pasient- og brukerregister er vedtatt av Stortinget. Registeret vil bidra med viktige data til bruk for forskning, planlegging og styring av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 197,9 mrd. kroner. Dette er fordelt med 165,9 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 32 mrd. kroner på programområde 30, Helsetjenester, folketrygden, jf. tabell i kap. 3.

Samlet foreslås om lag 8,1 mrd. kroner, eller 4,3 pst., mer enn i saldert budsjett 2017. Forslaget tar høyde for pris- og kostnadsvekst, herunder virkning av takstoppgjøret for leger, psykologer og fysioterapeuter samt redusert anslag for pensjonskostnader for de regionale helseforetakene med 800 mill. kroner. Sett bort fra dette, samt overføring av enkelte oppgaver mellom departementene, foreslås bevilgningsnivået økt reelt med om lag 4,9 mrd. kroner, eller om lag 2,6 pst. sammenliknet med saldert budsjett 2017.

Realveksten fordeler seg med om lag 3,5 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag 1,4 mrd. 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 at investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser øker med om lag 590 mill. kroner neste år knyttet til tilsagn gitt tidligere år. Økte lånebevilgninger til de regionale helseforetakene utgjør om lag 450 mill. kroner knyttet til prosjekter som var inkludert i låneordningen i saldert budsjett 2017. ABE-reformen medfører en netto reduksjon i bevilgningene med om lag 200 mill. kroner. Videre reduseres bevilgningene med 100 mill. kroner som følge av utfasing av tiltakspakken mot ledighet og med 178 mill. kroner knyttet til noe lavere aktivitet i helseforetakene i 2017 enn opprinnelig budsjettert.

Den reelle utgiftsveksten knyttet til legemidler er om lag 1,2 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2017, hvor av vel 200 mill. kroner skyldes økt anslag i 2017 etter saldert budsjett. Ved beregning av realveksten for legemidler ser en bort fra forslag om å overføre finansieringsansvaret for enkelte legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Utgiftene til legemidler forklarer en vesentlig del av den anslåtte realveksten på programområde 30.

Det foreslås videre at av veksten i kommunenes frie inntekter over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett begrunnes 300 mill. kroner med opptrappingsplan for rusfeltet. De viktigste styrkingene ut over anslag for regelstyrte ordninger framgår av boks 2.1.

2.1 Kortere ventetid og bedre kvalitet i sykehusene

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2018 med 1 589 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2017. Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 2 pst. neste år fra anslått aktivitetsnivå i 2017. Dette er en fortsatt høy budsjettert aktivitetsvekst. Det er da tatt hensyn til at aktiviteten i sykehusene er noe lavere i 2017 enn opprinnelig forutsatt, svarende til 178 mill. kroner. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,7 pst. Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene tar hensyn til at pensjonskostnadene anslås 800 mill. kroner lavere i 2018 sammenliknet med saldert budsjett 2017.

Innenfor den foreslåtte styrkingen på 1 589 mill. kroner, skal 2,1 mill. kroner gå til ny nasjonal kompetansetjeneste innen albuekirurgi i Helse Sør-Øst, 7 mill. kroner til medisinske undersøkelser i Statens barnehus og 3,9 mill. kroner til psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner.

I beløpet for økte driftsbevilgninger på 1 589 mill. kroner er det gjort fratrekk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (172 mill. kroner), underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (24 mill. kroner) og et særskilt effektiviseringskrav knyttet til laboratorievirksomhet i forbindelse med omleggingen av takstsystemet fra 2018 (20 mill. kroner). Videre er det gjort fratrekk for utfasing av utrednings- og kunnskapstilskudd til protonsentre (17 mill. kroner).

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen utgjør for de regionale helseforetakene 687 mill. kroner i 2017. Alle regionale helseforetak

Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2017

Kortere ventetid og bedre kvalitet i sykehusene	1589 mill. kroner
Lån til sykehusinvesteringer	785 mill. kroner
Opptrappingsplanen for rusfeltet[1]	300 mill. kroner
1800 heldøgns omsorgsplasser	152,5 mill. kroner
Pilot primærhelseteam	55 mill. kroner
Én innbygger – én journal	50 mill. kroner
Barnevaksinasjonsprogrammet	41,9 mill. kroner
Modernisering av Folkeregisteret	35 mill. kroner
Pensjonskostnader ideelle organisasjoner	27 mill. kroner
Grunn-, videre- og etterutdanning	25 mill. kroner
Saksbehandlingskapasitet pasientskadeordningen	25 mill. kroner
Undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten	20 mill. kroner
Nasjonalt tarmkreftscreeningprogram	18 mill. kroner
Ny senterordning for fremragende klinisk helseforskning	15 mill. kroner
Kommunalt pasient- og brukerregister	15 mill. kroner
Pilot oppfølgingsteam	12 mill. kroner
Persontilpasset medisin	11 mill. kroner
Pilotprosjekt på legevaktfeltet	10 mill. kroner
HPV-vaksine til gutter	7,6 mill. kroner
Opptrappingsplan mot vold og overgrep[2]	7 mill. kroner
Metodevurdering av legemidler for refusjon over folketrygden	6 mill. kroner
Oppstartsveiledning i apotek	4 mill. kroner
Bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet[2]	3,9 mill. kroner
Meldesystem for legemiddelbivirkninger	3,3 mill. kroner
Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp)	3 mill. kroner
Fontenehus	2 mill. kroner

Merknader
1 Over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.
2 Inngår som en del av satsingen på kortere ventetid og bedre kvalitet i sykehusene.

stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Reformen innpasses på samme måte for regionale helseforetak som i 2015–2017, og det foreslås å tilføre 516 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene for å gi rom for bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2018. Reformen innebærer at bevilgningene til helseforetakene reduseres med netto 172 mill. kroner.

Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester underregulert noe i forhold til antatt pris- og kostnadsvekst. Underreguleringen utgjør om lag 24 mill. kroner for sykehusene.

Aktivitetsbasert refusjon for laboratorieanalyser ved både sykehus og private laboratorier legges om fra 1 januar 2018. For sykehuslaboratoriene endres samtidig forholdet mellom den aktivitetsbaserte refusjonen og andelen som finansieres gjennom rammefinansiering. I den forbindelse foreslås det å overføre 400 mill. kroner til de regionale helseforetakenes basisbevilgning fra tilskudd til laboratorie- og radiologiske undersøkelser, gjennom at refusjonstakstene reduseres tilsvarende. Som omtalt ovenfor, underreguleres refusjonstakstene for sykehuslaboratoriene med ytterligere 20 mill. kroner i forbindelse med denne omleggingen. Dette på bakgrunn av at kostnadsdekningen kan ha vært noe høyere enn tilsiktet.

Fritt behandlingsvalgreformen i spesialisthelsetjenesten ble innført i 2015. Fritt behandlingsvalg er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Samtidig har offentlige sykehus fått økt frihet til å utnytte sitt økonomiske handlingsrom til å behandle flere pasienter. Private som tilfredsstiller kravene kan innen definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris. Godkjenningsordningen for private har fra oppstart omfattet døgnbehandling innenfor rus og psykisk helsevern. I tillegg har enkelte tjenester innenfor somatikk vært inkludert. Utgiftene til pasientbehandling som omfattes av fritt behandlingsvalg er anslått til 130 mill. kroner i 2018. Det er knyttet usikkerhet til anslaget.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 589 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2017.

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 2017, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2017. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2018.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2017 til 2018. Fra 2017 er finansiering av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling inkludert i ISF. Det er budsjettert med en vekst på om lag 6,8 pst. innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene.

Flere personellgrupper i spesialisthelsetjenesten foretar polikliniske undersøkelser og behandlinger, enten på selvstendig grunnlag eller i samarbeid med en ansvarlig lege. I 2016 ble flere nye helsepersonellgrupper inkludert i ISF. Det foreslås at kontakter hos optiker og ortoptist inkluderes som helsepersonellgrupper i ISF fra 2018, og i grunnlaget for ordinær egenandel. Gruppene utfører konsultasjoner på øyeavdelinger, og kan gjøre oppgaver som avlaster øyelegene og dermed frigjøre legetid.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper. I denne sammenheng overføres det 766 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2018. Legemiddelgruppene som foreslås overført er legemidler til behandling av alvorlig astma og legemidler til behandling av mastocytose (en sjelden blodsykdom). Dette er legemiddelområder der det kommer nye legemidler som vil føre til konkurranse mellom legemidler som har ulik finansering, dersom dagens skille opprettholdes. Legemidlene til behandling av mastocytose er ennå ikke tatt i bruk. Videre gjelder det legemidler til behandling av hiv og hepatitt B, samt gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C, som har delvis overlappende indikasjon og derfor bør overføres samtidig.

Det skal gjennomføres en NATO øvelse, Trident Juncture, i 2018 med en anslått kostnad for helseforetakene på om lag 50 mill. kroner. Overgangen til én poststrøm og ingen lørdagsombæring gir økte kostnader for de regionale helseforetakene på anslagsvis om lag 30 mill. kroner. Det forutsettes at de regionale helseforetakene dekker disse kostnadene innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 589 mill. kroner.

2.2 Lån til sykehusinvesteringer

Det foreslås til sammen 785 mill. kroner i økte lånebevilgninger til tre nye store byggeprosjekter i 2018 og til nytt sykehus i Drammen, sammenliknet med saldert budsjett for 2017. De tre nye byggeprosjektene er nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og utbygging av Haugesund sjukehus.

Det foreslås 220 mill. kroner til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal i 2018, med en samlet låneramme på 3,6 mrd. 2018-kroner. Lånet skal utbetales i perioden 2018–2022. Det foreslås 90 mill. kroner til nytt klinikkbygg fase 1 på Radiumhospitalet i 2018, med en samlet låneramme på 2,7 mrd. 2018-kroner. Lånet skal utbetales i perioden 2018–2021. Det foreslås 50 mill. kroner til utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus i 2018, med en samlet låneramme på 1,4 mrd. 2018-kroner. Lånet skal utbetales i perioden 2018–2022.

Ved Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017) ble det fastsatt en låneramme på 8,5 mrd. 2017-kroner til nytt sykehus i Drammen. Lånet vil komme til utbetaling i tråd med framdriften i prosjektet i perioden 2017–2024, og det foreslås 425 mill. kroner i 2018.

2.3 Opptrappingsplanen for rusfeltet

Regjeringen vil øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I 2016 og 2017 ble bevilgningene økt med hhv. 541 og 446 mill. kroner. For 2018 foreslås det en styrking med 300 mill. kroner gjennom kommunenes frie inntekter. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 150 mill. kroner i 2018. På bakgrunn av lav søkning hittil i 2017 om tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner, som i samarbeid med kommuner tilbyr institusjons- og aktivitetstilbud for mennesker med rus- og/eller prostitusjonserfaringer, foreslås denne bevilgningen redusert med 40 mill. kroner for neste år.

2.4 1800 heldøgns omsorgsplasser mv.

Bevilgningen til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser foreslås økt med 152,5 mill. kroner til å dekke første års utbetaling av tilskudd til om lag 1800 heldøgns omsorgsplasser, med en tilsagnsramme på vel 3 mrd. kroner.

Basert på oppdaterte anslag for 2017 og medregnet overførte bevilgninger fra 2017, legger budsjettforslaget til rette for om lag 350 flere dagaktivitetsplasser for personer med demens i 2018.

2.5 Pilot primærhelseteam

Det foreslås 55 mill. kroner til et pilotforsøk med primærhelseteam i kommunen, hvorav 28 mill. kroner omprioritert fra andre tiltak for utvikling av allmennlegetjenesten. Primærhelseteam er en utvidet allmennpraksis. I piloten vil teamet bestå av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Etableringen av primærhelseteam vil bidra til mer tilgjengelige og bedre koordinerte tjenester og større bredde i tjenestetilbudet. De samlede personellressursene vil kunne utnyttes mer effektivt ved en bedre arbeidsdeling mellom leger, sykepleiere og helsesekretærer. Det vil også prøves ut nye arbeidsformer. Pasientene skal få tettere oppfølging, og fastlegen mer tid til pasienter med store og sammensatte behov. Forsøket skal gi nødvendig kunnskap om effektene av en endret organisering og finansiering av fastlegetjenester i kommunen.

2.6 Én innbygger – én journal

Det foreslås 50 mill. kroner til å utarbeide beslutningsunderlag for det videre arbeidet med én innbygger – én journal. Målet er en felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosesstøtte og pasient-/brukeradministrasjon. Det vil trekkes på erfaringer som gjøres med Helseplattformen i region Midt-Norge.

2.7 Barnevaksinasjonsprogrammet

Det foreslås å styrke barnevaksinasjonsprogrammet med 41,9 mill. kroner bl.a. til innkjøp av seksvalent vaksine mot sykdommene difteri, stivkrampe, kikhoste, polio, haemophilus influenzae type B (HIB) og hepatitt B.

2.8 Modernisering av Folkeregisteret

Det foreslås 35 mill. kroner til modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren. Innføring av et modernisert folkeregister vil føre til raskere tildeling av fødselsnummer til nyfødte, sikrere identifisering av nyfødte og raskere innmelding og formidling av dødsfall. En felles sektorkomponent for distribusjon og bruk av folkeregisteropplysninger vil gi økt datakvalitet og god tilgjengelighet til oppdaterte opplysninger.

2.9 Pensjonskostnader for ideelle virksomheter mv.

Det foreslås å etablere en tilskuddsordning til dekning av ideelle og enkelte andre virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning, med en bevilgning på 27 mill. kroner i 2018. 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 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. Ut over 2000-tallet ble det tidligere tette samarbeidet 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.

2.10 Grunn-, videre- og etterutdanning

For å heve det faglige nivået i bl.a. sykehjem og hjemmetjenester, foreslås det å øke bevilgningen til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene med 25 mill. kroner i 2018. Samlet foreslås det bevilget 350 mill. kroner til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene i 2018. Samlet foreslås det bevilget om lag 1,5 mrd. kroner til Kompetanseløft 2020.

2.11 Saksbehandlingskapasitet pasientskadeordningen

Det foreslås å styrke saksbehandlingskapasiteten i pasientskadeordningen med totalt 25 mill. kroner. Beløpet fordeler seg med 10 mill. kroner til Norsk pasientskadeerstatning og 15 mill. kroner til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

2.12 Undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

Det foreslås 20 mill. kroner til etablering og drift av ny undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.

Stortinget vedtok i juni 2017 lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Loven legger til rette for etablering av en undersøkelseskommisjon som skal undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold som kan påvirke pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.

Undersøkelser viser at en betydelig del av uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten kan forebygges. Det er viktig å arbeide systematisk med å forebygge uønskede hendelser og bedre pasient- og brukersikkerheten. Undersøkelseskommisjonen vil være en uavhengig instans som kan foreta grundige og systematiske undersøkelser av hendelsesforløp og årsaksfaktorer for å avdekke årsakssammenhenger og systemfeil, som kan være viktige for å forebygge alvorlige hendelser.

2.13 Nasjonalt tarmscreeningprogram

Regjeringen ønsker å starte innføring av et nasjonalt program for screening av tarmkreft i 2019 og foreslår å øke bevilgningen til formålet med 18 mill. kroner, til sammen 62,8 mill. kroner, i 2018. Den økte bevilgningen vil gå til utvikling av nytt IT-program, rekruttering av personell, skopiskole og investeringer i endoskopisentre mv. i det nye nasjonale programmet.

Formålet med screening er å redusere forekomst og dødelighet av tarmkreft i befolkningen som tilbys screening ved å oppdage og fjerne forstadier til kreft eller kreft. Pilotprosjekt for et nasjonalt screeningprogram ble satt i gang i to helseforetak i Helse Sør-Øst i 2012. Prosjektet har årlig siden 2012 blitt tildelt midler over statsbudsjettet.

Forslaget er i tråd med anbefaling fra Helsedirektoratet og innebærer at programmet gjøres landsdekkende i løpet av en femårsperiode, 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.

2.14 Ny senterordning for fremragende klinisk helseforskning

Det foreslås å videreføre 15 mill. kroner fra revidert budsjett 2017 til en ny ordning for forskningssentre for klinisk behandling. Første utlysning skal prioritere pasientnær forskning på alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som demens, ALS og MS. Formålet er å øke kunnskapen på feltet og gi flere pasienter mulighet til å delta i kliniske studier, som på sikt kan bidra til å gi pasientgruppen en effektiv og trygg behandling. Forslaget er en del av oppfølgingen av regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21-strategien og rettes inn mot fremragende- og tverrfaglig translasjonsforskning og klinisk forskning.

2.15 Kommunalt pasient- og brukerregister

Det foreslås å øke bevilgningen til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) med 15 mill. kroner, til sammen 30 mill. kroner, i 2018. Midlene skal gå til videre utvikling av registeret. Kommunalt pasient- og brukerregister vil gi data for planlegging, styring, finansiering og evaluering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert tannhelsetjenestene. Opplysningene

skal også kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal.

2.16 Pilot oppfølgingsteam

Det foreslås 12 mill. kroner til utprøving av oppfølgingsteam i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 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 verktøy for risikokartlegging. Målsettingen med å prøve ut oppfølgingsteam er å se om en slik organisering kan bidra til bedre brukeropplevd kvalitet og funksjon, færre sykehusinnleggelser og redusert behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

2.17 Persontilpasset medisin

Det foreslås 11 mill. kroner til oppfølging av tiltak i Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2017–2021), med en samlet bevilgning på vel 19 mill. kroner i 2018. Styrkingen skal gå til oppbygging og drift av en nasjonal, anonymisert database over genetiske varianter hos norske pasienter og til etablering og drift av et nasjonalt nettverk med oppbygging av regional, tverrfaglig kompetanse om persontilpasset medisin i alle helseregionene.

2.18 Pilotprosjekt på legevaktfeltet

Det foreslås 10 mill. kroner til å sette i gang en pilot på legevaktfeltet i form av et helsevaktsystem som kan sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i framtiden. Pilotprosjektet vil gi erfaringer og kunnskap om nye måter å organisere akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus på.

2.19 HPV-vaksine til gutter

Det foreslås 7,6 mill. kroner til å innføre tilbud om HPV-vaksine til gutter på 7. trinn f.o.m. skoleåret 2018–2019. Jenter har hatt tilsvarende tilbud fra 2009. Vaksinen beskytter mot kreft forårsaket av humant papillomavirus (HPV).

2.20 Opptrappingsplan mot vold og overgrep

Som ledd i Opptrappingsplan mot vold og overgrep, foreslås det å styrke kapasiteten og kompetansen innen medisinske undersøkelser på barnehus med 7 mill. kroner, til 20,5 mill. kroner, i 2018. Midlene går til opprettelse av medisinske stillinger og til tiltak for å stimulere til at flere leger får sosialpediatrisk kompetanse og velger seg til dette arbeidsfeltet. Sosialpediatere er barneleger med spesialkompetanse på klinisk rettsmedisin på barn.

2.21 Metodevurdering av og forhandlinger om legemidler vurdert for refusjon over folketrygden

Det foreslås 6 mill. kroner til økt kapasitet til metodevurderinger av legemidler som vurderes for finansiering over folketrygden og 2 mill. kroner til prisforhandlinger for legemidler finansiert over folketrygden. Ved behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste, sluttet Stortinget seg til forslaget om å innføre krav om metodevurdering for alle nye legemidler som vurderes for offentlig finansiering, jf. Innst. 57 S (2016–2017). Kravet fordrer tilstrekkelig vurderingskapasitet for å sikre at metodevurderingene kan gjennomføres iht. fastsatte tidsfrister.

2.22 Oppstartsveiledning i apotek

Det foreslås 4 mill. kroner til oppstartsveiledning i apotek i 2018 for pasienter som starter med et nytt legemiddel til behandling av enten høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler. Oppstartsveiledning er en tjeneste i apotek der det gis to oppfølgingssamtaler mellom farmasøyt og pasient, etter reseptekspedering. Målet med tjenesten er å øke etterlevelsen av behandlingen. Det er pasientens lege som kan rekvirere oppstartsveiledning til pasienter som forventes å ha utfordringer med etterlevelse av behandlingen.

2.23 Bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet

Det foreslås 3,9 mill. kroner til bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet.

2.24 Meldesystem legemiddelbivirkninger

Det foreslås 3,3 mill. kroner til arbeidet med meldesystem for legemiddelbivirkninger i 2018. Dagens papirbaserte meldesystem for legemiddelbivirkninger er tungvint og tidkrevende for legene. Legemiddelverket deltar i prosjektet En vei inn – et felles meldesystem for meldeordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten. Prosjektet ledes av Helsedirektoratet, i samarbeid med Direktorat for e-helse. Bivirkningsrapportering av legemidler vil være et forprosjekt i En vei inn.

2.25 Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp)

Det foreslås 3 mill. kroner i 2018 for å fortsette Kupp-kampanjen på antibiotika samt å starte en kampanje på diabetes 2-behandling. Kupp er et undervisningsopplegg, der tilgjengelig kunnskap om legemiddelbehandling for ulike sykdommer formidles direkte til legen i et én til én-møte. Det har vært gjennomført pilotprosjekter på denne undervisningsformen, der tema har vært bruk av ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs) og antibiotika. Undervisningsopplegget har fått god mottakelse blant leger.

2.26 Fontenehus

Det foreslås å styrke tilskuddsordningen til Fontenehus med 2 mill. kroner, til vel 34 mill. kroner, i 2018. I Fontenehusene finner mennesker med psykiske helseutfordringer støtte på veien til lønnet arbeid, studier og til å ta tilbake kontroll med eget liv. Medlemmer og ansatte arbeider sammen i et helsebringende arbeidsfellesskap bygget på de grunnleggende menneskelige behovene for å bli sett, hørt, være nyttig, mestre og tilhøre et fellesskap.

2.27 Omlegging av ordningen Raskere tilbake

Som omtalt i Prop. 1 S (2016–2017), vil Helse- og omsorgsdepartementet bruke 2017 til å legge om helsetjenestens del av Raskere tilbake-ordningen, slik at midlene i større grad skal inngå i det ordinære pasienttilbudet. Samtidig skal de positive elementene i ordningen videreføres. Målet med omleggingen er mer likeverdige tjenestetilbud. Etter en samlet vurdering foreslås det at midlene til Raskere tilbake over kap. 732, post 79, og helserelaterte midler over kap. 732, post 70, overføres til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling i 2018. Det foreslås 7 mill. kroner til forskning, kunnskapsspredning, monitorering og en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen av den samlede rammen i Raskere tilbake.

2.28 Landsdekkende modell for organisering av rettspsykiatri

Fra 2014 har en ny modell for organisering av rettspsykiatrien blitt prøvd ut ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri på Brøset. Det er foretatt evalueringer som viser at prosjektet har gode resultater og som anbefaler en landsdekkende organisering av rettspsykiatrien etter modell av pilotprosjektet på Brøset. Det foreslås å gjøre modellen landsdekkende, i tråd med forslaget i Prop. 154 L (2016–2017). Tiltaket vil bidra til økt kvalitet og en mer effektiv straffesakskjede. Samlet foreslås det 10,1 mill. kroner til tiltaket i 2018. Det vises også til Prop. 1 S (2017–2018) for Justis- og beredskapsdepartementet.

2.29 Fullmaktsgrense for innvilgelse av forhåndsgodkjent refusjon for legemidler

Stortinget sluttet seg til forslaget i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste om at bagatellgrensen skulle endre navn til fullmaktsgrense og heves til 100 mill. kroner, jf. Innst. 57 S (2016–2017).

Samtidig med økningen av fullmaktsgrensen innføres det en ordning med krav til metodevurdering for alle nye legemidler innenfor blåreseptordningen. Dette innebærer at det ikke kan ytes individuell stønad til nye legemidler som ikke er metodevurdert.

Heving av fullmaktsgrensen for legemidler er en forutsetning for at de foreslåtte endringene i finansieringsordningene på folketrygden kan gjennomføres, uten at det i praksis hindrer rask tilgang til effektive legemidler.

2.30 Budsjett- og strukturtiltak

Gjennomgående budsjettiltak

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 717 mill. kroner, hvorav 687 mill. kroner for regionale helseforetak og 29 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 2017, og det foreslås å tilføre 516 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 2018.

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 56 mill. kroner. Budsjettposter med tilskudd til virksomheter som sykehus og private ideelle organisasjoner er holdt utenfor og prisomregnes på vanlig måte.

Som omtalt i statsbudsjettet for 2017, skal alle statlige virksomheter ha tatt i bruk digital postkasse i 2016. Dette gjelder utsending av post til innbyggere som har valgt digital postkasse og som ikke har reservert seg. Overgangen fra papirbasert post til digital post vil gi besparelser for statlige virksomheter, bl.a. i form av reduserte portokostnader. For Helse- og omsorgsdepartementet innebærer dette at budsjettforslaget for 2018 isolert sett er redusert med 1,6 mill. kroner.

Budsjettendringer knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, underregulering jf. med forventet pris- og kostnadsvekst, og overgang til digital post, omtales ikke nærmere under de enkelte kapitler og poster i del II.

Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden

Det ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens. Avansen for utlevering av produkter til stomi er høyere enn for andre hjemmelspunkt i § 5. Det foreslås å redusere avansen på stomiprodukter fra 40 pst. til hhv. 25 pst. for hjelpemateriell og 37 pst. for andre stomiprodukter, svarende til en samlet innsparing for folketrygden med anslagsvis 21,7 mill. kroner i 2018.

Bidragsordningen for legemidler innebærer at folketrygden yter stønad til legemidler der verken alvorlighet, nytte eller ressursbruk er vurdert. Bidragsordningen foreslås derfor avviklet for nye pasienter for å unngå at den undergraver intensjonen med blåreseptordningen, med en anslått innsparing for folketrygden med om lag 10 mill. kroner.

Statens legemiddelverk har gjennomgått apotekenes avanse og tilrådd enkelte strukturelle endringer, som Helse- og omsorgsdepartementet slutter seg til. På denne bakgrunn foreslås det å oppheve gevinstdelingsmodellen, innføre minstepris for legemidler i trinnprissystemet på 50 kroner, justere apotekenes avansemodell ved å øke kronetillegget og redusere prosenttillegget, samt innføre et kjølevaretillegg. Kronetillegget foreslås til 29 kroner, prosentpåslaget til 2,25 pst. uavhengig av innkjøpspris, og det foreslås et ekstra tillegg for kjølevarer på 0,5 pst. Samlet sett vil disse tiltakene medføre en innsparing for staten på anslagsvis 42 mill. kroner.

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 25,7 mill. kroner. Dette bidrar til at de statlige takstene ikke virker prisdrivende i markedet. Takstbeløpene for stønad til implantater, kroner og broer er betydelig høyere enn tilsvarende statlige takster i Sverige. Takstene ved slike behandlinger foreslås redusert ytterli-

gere med 6 mill. kroner. Videre foreslås takster for framstilling av gipsmodeller (takst 702 Studiemodell, per kjeve, og takst 703 Soklet artikulerende modell, per sett) redusert med til sammen 10,2 mill. kroner. Ny teknologi kan erstatte slike arbeidsoperasjoner på en mer kostnadseffektiv og billigere måte. Det foreslås presiseringer i vilkårene for stønadsordningen til tannbehandling for personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne. Praktiseringen av stønadsordningen har gått langt ut over det som har vært de forutsatte vilkår i regelverket for stønad. Presiseringen vil gjøre det mer tydelig hvilke tilstander som faller/ikke faller inn under ordningen, og dermed gjøre det mer forutsigbart for tannlegene. Slike presiseringer vil også forenkle kontrollen Helfo gjør av tannlegenes bruk av stønadsordningen. Det anslås at presiseringen av vilkårene vil medføre en innsparing for folketrygden på om lag 30 mill. kroner. Samtidig foreslås det å styrke fylkeskommunenes tilbud til tortur- og overgrepsofre og til personer med odontofobi (stor angst for tannbehandling) med til sammen 10 mill. kroner. Dette vil også gi en bedre styring med bruken av midlene overfor målgruppen.

Det legges til grunn at egenandelene i sum justeres i tråd med forventet prisvekst, svarende til om lag 98 mill. kroner i 2018. Innenfor denne rammen foreslås det å øke egenandelstak 1 med 53 kroner, eller 2,4 pst., til 2258 kroner og egenandelstak 2 med 35 kroner, eller 1,8 pst., til 2025 kroner. Egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser foreslås økt med 1,8 pst. For legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept foreslås det maksimale kronebeløpet uendret på 520 kroner. Egenandelen for pasientreiser og opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli, som svarer til en økning på om lag 0,9 pst. for året under ett.

Det foreslås å overføre finansieringsansvaret for legemidler til behandling av alvorlig astma og legemidler til behandling av mastocytose fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Dette er områder der det kommer nye legemidler som vil føre til konkurranse mellom legemidler som har ulik finansiering, dersom dagens skille opprettholdes. Videre forslås en overføring av finansieringsansvaret for legemidler til behandling av hiv og hepatitt B, samt gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C. Her er det mange ulike legemidler der de fleste har vært på markedet i flere år. Ansvarsoverføringen vil gjelde fra 1. januar 2018, jf. omtale av det økonomiske opplegget for helseforetakene under pkt. 2.1.

Refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester foreslås økt med om lag 1 pst. i 2018, som er noe lavere enn forventet pris- og kostnadsvekst på 2,7 pst. Underreguleringen, som gjøres av hensyn til å stimulere til økt effektivitet i tjenestene, anslås å medføre en innsparing for folketrygden på om lag 16 mill. kroner. Det stilles også effektivitetskrav til laboratorie- og røntgenvirksomhet ved de offentlige sykehusene, jf. pkt. 2.1.

3 Oversiktstabeller

Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

mill. kr

Betegnelse	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
Programområde 10.00 Helse og omsorg			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	1 044,7	841,7	-19,4
10.10 Folkehelse mv.	1 972,8	783,5	-60,3
10.20 Helseforvaltning	1 947,7	0,0	-100,0
10.30 Spesialisthelsetjenester	141 479,3	148 106,7	4,7
10.40 Sentral helseforvaltning	0,0	3 958,5	
10.50 Legemidler	352,6	0,0	-100,0
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	10 481,1	11 255,5	7,4
10.70 Tannhelse	286,5	304,1	6,1
10.80 Kunnskap og kompetanse	676,8	656,9	-2,9
Sum før lånetransaksjoner	158 241,4	165 906,9	4,8
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0
Sum Helse og omsorg	158 241,4	165 906,9	4,8
Programområde 30.00 Helsetjenester, folketrygden			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	5 605,2	5 723,0	2,1
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	25 660,0	26 016,0	1,4
30.90 Andre helsetiltak	235,0	234,0	-0,4
Sum før lånetransaksjoner	31 500,2	31 973,0	1,5
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0
Sum Helsetjenester, folketrygden	31 500,2	31 973,0	1,5
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	189 741,6	197 879,9	4,3

Årsverk

Kap.	Virksomhet	Mars 2016	Oktober 2016
700	Helse- og omsorgsdepartementet	214,6	200,6
701	Direktoratet for e-helse	239,4	278,4
710	Folkehelseinstituttet	1266,6	1236,0
712	Bioteknologirådet	6,0	7,0
720	Helsedirektoratet	1433,9	1397,5
721	Statens helsetilsyn	112,8	106,9
722	Norsk pasientskadeerstatning	158,4	157,1
723	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	79,7	83,3
729	Pasient- og brukerombud	64,3	67,5
750	Statens legemiddelverk	255,0	265,0
	Sum	3830,7	3799,2

Merknader: Tall per mars 2017 foreligger ikke ved trykking. Samlet reduksjon i den sentrale helseforvaltningen fra mars til oktober 2016 utgjør 32 årsverk. Direktoratet for e-helse har en økning på 39 årsverk i perioden, knyttet til regjeringens styrking av arbeidet med IKT i helse- og omsorgssektoren. Tall for Helsedirektoratet inkluderer Helseøkonomiforvaltingen Helfo og Statens strålevern.

Kilde: Statens sentrale tjenestemannsregister.

Anmodningsvedtak

Det vises til samlet omtale i del III, kapittel 14.

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord
2007–2008	189	Kvalitetsforskriften
2008–2009	556	Spesialistgodkjenning
2011–2012	408	Fast kontakt for ofre og pårørende ved krise
2013–2014	26	Rammevilkår for ideelle organisasjoner
2014–2015	494	Plikt dagaktivitetstilbud
2015–2016	22	Ergoterapikompetanse
2015–2016	93	Regel for medikamentgjennomgang
2015–2016	437.2	Helsepersonell blant beboere på mottak
2015–2016	520	Strafferettslige særreaksjoner
2015–2016	521	Strafferettslige særreaksjoner
2015–2016	522	Strafferettslige særreaksjoner, statistikk
2015–2016	545	Basestruktur for luftambulanse
2015–2016	627	Alvorlig rusmiddelavhengighet, prevensjon
2015–2016	628	Lar-behandling, graviditet
2015–2016	658	Biobanker, helseregistre mv.
2015–2016	786	Ungdomshelsestrategi, kroppspress
2015–2016	787	Ungdomshelsestrategi, kroppspress
2015–2016	839	Medikamentfrie behandlingstilbud, barn og unge
2015–2016	840	Strategi for barn og unges psykiske helse
2016–2017	108.27	Dagtilbudet for demente
2016–2017	108.28	Statens barnehus, overgrepsutsatte barn
2016–2017	108.29	Dødehavsklinikken, pasientreiser
2016–2017	108.51	Sammenslåing av egenandelstak 1 og 2
2016–2017	108.54	Tverrsektoriell strategi for psykisk helse
2016–2017	108.55	Sosialpediatre, barneavdelinger
2016–2017	108.56	Ideelles pensjonskostnader
2016–2017	108.62	Utredning, protonsentre
2016–2017	125	Tobakkskadeloven, godteri
2016–2017	126	Ideell virksomhet, andel av samlete helse- og omsorgssektor
2016–2017	307	Tax-free salg, norske flyplasser
2016–2017	341	Informasjon om legemidler i bruk til barn
2016–2017	342	Avvikling av diagnoselisten, konsekvenser for studenter mv.
2016–2017	420	Reduksjon av matsvinn

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord
2016–2017	600	Gravide, rutiner for avdekking av voldsbruk
2016–2017	601	Hjemmebesøk etter fødsel
2016–2017	614	Psykologkompetanse og helsestasjonsvirksomhet
2016–2017	615	Teambasert tjenestetilbud i møte med volds- og overgrepsutsatte
2016–2017	617	Pakkeforløp psykisk helse og rus, voldserfaringer
2016–2017	619	Domfelling seksuelle overgrep, behandlingstilbud
2016–2017	620	Hjemmebesøk, tilstedeværelse av foresatte
2016–2017	732	Forhold ved sykehjem, internasjonale menneskerettigheter
2016–2017	734	Helsestasjoner og skolehelsetjeneste, nasjonale retningslinjer
2016–2017	770	Profesjonsstudier i utlandet, autorisasjon
2016–2017	847	Tannhelsetjenesten, prøveordning kommunalt ansvar
2016–2017	848	Tannhelsetjenesten, evaluering
2016–2017	849	Tannhelsetjenesten, økonomiske insentiver
2016–2017	850	Tannhelsetjenesten, overføring av ansvar
2016–2017	851	Tannpleierkompetanse i kommunene
2016–2017	920	Etablering av overgrepsmottak i hele landet
2016–2017	934	Tilgang til spesialisthelsetjeneste, barn utsatt for menneskehandel
2016–2017	992	Autismefeltet, nedsetting av utvalg
2016–2017	993	Prioritering av autismespekterforstyrrelser
2016–2017	1001	Handlingsplan for fysisk aktivitet
2016–2017	1010	Teknologiutvikling i vannbransjen
2016–2017	1117	Ideelles pensjonsforpliktelser

Del II
Budsjettomtaler

4 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Alle forslag er endringer sammenliknet med saldert budsjett 2017 så framt ikke annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2017 og uten bevilgningsforslag for 2018, 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 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
700	Helse- og omsorgsdepartementet	210 749	235 264	236 340	0,5
701	E-helse, helseregistre mv.	752 457	714 133	442 284	-38,1
702	Beredskap	28 512	28 399	28 509	0,4
703	Internasjonalt samarbeid	74 936	66 854	65 896	-1,4
709	Pasient- og brukerombud			68 632	
	Sum kategori 10.00	1 066 654	1 044 650	841 661	-19,4

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
01–23	Statens egne driftsutgifter	914 862	831 227	594 048	-28,5
70–89	Andre overføringer	151 792	213 423	247 613	16,0
	Sum kategori 10.00	1 066 654	1 044 650	841 661	-19,4

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	210 749	235 264	236 340
	Sum kap. 0700	210 749	235 264	236 340

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2017:
- Bioteknologirådet
- Direktoratet for e-helse
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet, inkl. Helfo
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)
- Norsk pasientskadeerstatning
- Statens helsetilsyn
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Mattilsynet (faglig ansvar)
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Norsk Helsenett SF
- AS Vinmonopolet

I sesjonen 2016–2017 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:
- Prop. 1 S Tillegg 1 (2016–2017) Endring av Prop. 1 S (2016–2017) Statsbudsjettet 2017 under Helse- og omsorgsdepartementet (innføring av en ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene)
- Prop. 1 S Tillegg 4 (2016–2017) Endring av Prop. 1 S Tillegg 1 (2016–2017) Statsbudsjettet 2017 under Helse- og omsorgsdepartementet (innføring av en ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene)
- Prop. 7 L (2016–2017) Endringer i helseberedskapsloven mv. (beredskapsregistre mv.)
- Prop. 26 S (2016–2017) Endringer i statsbudsjettet 2016 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 49 L (2016–2017) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)
- Prop. 68 L (2016–2017) Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten
- Prop. 69 S (2016–2017) Endringer i statsbudsjettet 2017 under Helse- og omsorgsdepartementet for å dekke økte kostnader i barnevaksinasjonsprogrammet
- Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)
- Prop. 75 L (2016–2017) Endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)
- Prop. 89 L (2016–2017) Endringer i transplantasjonslova mv. (gjennomføring av organhandelskonvensjonen i norsk rett)
- Prop. 109 L (2016–2017) Endringer i tobakksskadeloven, strålevernloven og helseberedskapsloven (registrerings- og tilsynsordning for salg av tobakksvarer mv.)
- Prop. 127 LS (2016–2017) Endringer i legemiddelloven og patentloven (legemidler til barn) og samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 92/2017 av 5. mai 2017 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EF) nr. 1901/2006 om legemidler til barn mv.
- Prop. 147 S (2016–2017) Endringar i statsbudsjettet 2017 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følgje av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)
- Prop. 150 L (2016–2017) Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- Meld. St. 13 (2016–2017) Kvalitet og pasientsikkerhet 2015
- Meld. St. 39 (2016–2017) Evaluering av bioteknologiloven

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 0,412 mill. kroner til kap. 453 Sivil klareringsmyndighet, post 01, Driftsutgifter knyttet til drift av den nye sivile kla-

reringsmyndigheten som etableres i Moss, jf. omtale i Justis- og beredskapsdepartementets Prop. 1 S (2017–2018).

Kap. 701 E-helse, helseregistre mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	196 536	209 213	
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	407 891	354 128	256 341
70	Norsk Helsenett SF	109 758	112 236	147 244
71	Medisinske kvalitetsregistre	38 272	38 556	38 699
	Sum kap. 0701	752 457	714 133	442 284

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

- 359,2 mill. kroner til nytt kap. 744 Direktoratet for e-helse jf. side 126.
- 35 mill. kroner til modernisering av Folkeregisteret
- 15 mill. kroner til videreutvikling av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
- 32,6 mill. kroner flyttes fra kap. 571, post 60, under Kommunal og moderniseringsdepartementet (rammetilskuddet til kommunene) for å finansiere kommunenes tilknytning til helsenettet

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 744, Direktoratet for e-helse, jf. budsjettforslag på side 126.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker oppfølgning og gjennomføring av prosjekter for å styrke digitalisering av helse- og omsorgstjenesten.

- Det foreslås å flytte 150 mill. kroner til kap. 744, post 21, jf. budsjettforslag på side 126.

Bevilgningen foreslås økt med:

- 35 mill. kroner til modernisering av Folkeregisteret
- 15 mill. kroner til videreutvikling av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Én innbygger – én journal

Nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. IKT-systemene som helsepersonell bruker i dag støtter i for liten grad opp under dette og helseaktørenes arbeidsprosesser. Gjennom nasjonalt e-helsestyre, hvor sentrale helseaktører er representert, samarbeider sektoren om utviklingstiltak innen e-helse. Direktoratet for e-helse har en porteføljestyring som bidrar til at prosjekter blir sett i sammenheng tematisk og tidsmessig. Aktørene bidrar også i arbeidet med én innbygger – én journal.

Det vises til kap. 744, post 21.

Digitale tjenester til innbyggere og helsepersonell

Helsepersonell skal ha rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige pasientopplysninger uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk og trenger behandling. Helsepersonell skal ha digitale verktøy for kunnskap og beslutnings- og prosesstøtte som på en enkel og brukervennlig måte hjelper med å stille riktig diagnose, planlegge behandlingsforløp og forskrive legemidler.

Innbyggerne bruker i stor grad de tilgjengelige digitale helsetjenestene på nett. Mobile plattformer som nettbrett og smarttelefon gir enklere og raskere tilgang til nettbaserte helse- og omsorgstjenester. Digitale tjenester bidrar til å gi brukerne bedre oversikt over og innflytelse på egen helse og behandling. Dette legger grunnlaget for en endret pasient- og brukerrolle. Pasientens helsetjeneste skal være utgangspunkt for utviklingen av digitale tjenester til innbyggerne.

Helsenorge.no

Tilgang til digitale helsetjenester på nett gir innbygger bedre oversikt, innflytelse på egen helse og behandling. Helsenorge.no er den nasjonale plattformen for realiseringen av innbyggertjenester og innbyggers kanal i kontakten med helsetjenesten. Helsenorge.no er mye besøkt og i 2017 har det i snitt vært 1,5 millioner besøkende månedlig på nettsiden, med en besøkstopp på 2,1 millioner i mars. I 2017 er flere nye tjenester gjort tilgjengelig for innbyggeren. Det er bl.a. etablert utvidet funksjonalitet for tilbakebetaling av utførte pasientreiser, oversikt over helseregistre, SMS-varsling til innbygger og flere samvalgsverktøy. Informasjon om planlagte og pågående kliniske studier i spesialisthelsetjenesten skal forbedres for å gjøre den lettere å bruke for pasienter, pårørende og helsepersonell.

Arbeidet med å gjøre tilgjengelig flere digitale tjenester for innbygger på nett skal videreføres i 2018. Det skal utvikles sikker digital dialog med fastlegen, dialogtjenester for brukere av hjemmetjenesten og dialogtjenester for innbygger mot spesialisthelsetjenesten. Dialogtjenestene vil inneholde funksjonalitet for endring og bestilling av timeavtaler, innsynsløsninger, e-konsultasjon mv.

Det er et mål at helsenorge.no tilrettelegges slik at markedet selv kan utvikle tjenester som gjøres tilgjengelig på den nasjonale helseportalen.

Kjernejournal

Tilgang til viktig informasjon i akutte situasjoner bidrar til økt pasientsikkerhet. I løpet av 2017 fikk alle innbyggere tilgang til egen kjernejournal via helsenorge.no. I kjernejournalen kan innbygger se hvilken informasjon som er tilgjengelig for helsepersonell og styre hvem som kan se informasjon. Innbygger kan selv bidra til å gjøre opplysningene i kjernejournalen bedre ved å legge inn egne opplysninger.

Kjernejournalen er i all hovedsak gjort tilgjengelig for fastlegen, legevakten og akuttmottak på sykehus. Implementeringen i den akuttmedisinske kjeden skal fullføres våren 2018. Erfaringene med bruk av kjernejournal viser at løsningen har bidratt til å redde liv i akutte situasjoner. Det er fortsatt helsepersonell som ikke kjenner til kjernejournal. Arbeidet med å gjøre kjernejournal kjent skal videreføres gjennom tiltak for å få flere til å ta godkjenningsprøven som er tilgjengelig på nett.

I 2018 vil arbeidet med å innføre kjernejournalløsningen til pleie- og omsorgstjenestene starte. Innføringen av løsningen i kommunene vil være avhengig av leverandørene. I tillegg skal kjernejournal utvikles slik at innbyggeren kan registrere ønske om organdonasjon. Det vil som del av løsning for registering av ønske om organdonasjon legges til rette for elektronisk varsling til nærmeste pårørende.

E-resept

Sikker legemiddelhåndtering er viktig for pasientsikkerheten. E-resept bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom enklere og tryggere håndtering av legemidler. E-resept er innført hos fastleger, sykehus, bandasjister og apotek i hele landet. I juni 2017 ble det rekvirert over 2,4 millioner e-resepter. Samtidig ble det utlevert over 3,8 millioner e-resepter. Oversikt over egne resepter på helsenorge.no gir innbyggere bedre mulighet til å administrere egen helse og behandling.

Det er fortsatt behov for å modernisere og utvikle e-reseptløsningen. Se også omtale under Pasientens legemiddelliste.

I 2017 er e-resept innført på alle sykehus. Videre er det i 2017 gjennomført regelverksendringer slik at tannleger, jordmødre og helsesøstre som rekvirerer legemidler kan benytte e-reseptløsningen. Det er utarbeidet tekniske og funksjonelle spesifikasjoner for disse nye rekvirentgruppene. Det er den enkelte leverandør av elektronisk pasientjournal som må implementere funksjonaliteten slik at den blir tilgjengelig for disse aktørene. Det er lagt til rette for at rekvirenter og annet helsepersonell kan få tilgang til pasientens legemiddelinformasjon via kjernejournalen. Dette gir sikrere legemiddelhåndtering i hele helse- og omsorgstjenesten.

Nettapotek er tatt i bruk av flere apotekkjeder etter at det er åpnet for netthandel med reseptpliktige legemidler. Nettapotek benytter e-reseptløsningen. Gjennom nettapotek har innbyggerne som har problemer med å komme seg til apotek som følge av egen helse eller lang reisevei en enklere tilgang til legemidlene de trenger.

Teknisk løsning for multidose prøves ut av flere fastleger. Løsningen legger til rette for at forskrivning for multidosepasienter og dialog mellom lege og apotek kan skje via reseptformidleren. Det planlegges med innføring for alle fastleger i 2018 og 2019.

EPJ-løftet

Siden 2014 har staten og Legeforeningen i samarbeid gjennomført tiltak for å heve kvaliteten på

de elektroniske pasientjournalsystemene (EPJ) på allmennlegekontor. Direktoratet for e-helse, koordinerer utviklingsprosjektene mellom staten, legene og EPJ-leverandørene. Fra 2016 ble det også avsatt midler for tilsvarende utvikling for fysioterapeuter. Midlene til EPJ-løftene videreføres i 2018. Se også omtale under kap. 762, post 63.

Pasientens legemiddelliste

Feil bruk av legemidler er en av de vanligste årsakene til pasientskader. Risikoen for alvorlige legemiddelfeil er særlig stor i overgangene mellom enheter i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg øker risikoen når pasienter bruker flere legemidler, og når flere helsepersonell på ulike nivå er involvert i behandlingen. En oppdatert oversikt over legemidlene som hver enkelt pasient skal bruke er ett av de viktigste tiltakene som kan gjøres for å bedre pasientsikkerheten på legemiddelområdet. Målet er en komplett, oppdatert og strukturert felles legemiddelliste som oppdateres automatisk hver gang det gjøres endringer i legemiddelbruken.

En felles oversikt over pasientens legemidler vil gjøre det mulig for helsepersonell å dele informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Innføringen vil måtte bygge videre på tekniske løsninger og infrastruktur i e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om forskriftsendringer for å etablere pasientens legemiddelliste med frist september 2017. Legemiddellisten skal innføres trinnvis med planlagt oppstart i 2018. Innføring av pasientens legemiddelliste i helse- og omsorgstjenesten i kommunene forutsetter at kommunene har etablert infrastruktur og sikkerhetsløsning for pålogging

Elektronisk helsekort for gravide

Elektronisk helsekort for gravide er ett av flere tiltak for å nå regjeringens mål om å styrke svangerskaps- og barselomsorgen i kommunene. Et elektronisk helsekort skal være tilgjengelig for helsepersonell som samarbeider om svangerskapsomsorgen og den gravide selv. Den gravide skal få tilgang til løsningen via helsenorge.no.

I 2017 har Direktoratet for e-helse startet arbeidet med arkitekturmodell for å realisere et elektronisk helsekort for gravide. Det pågår et forarbeid knyttet til referansearkitektur for bl.a. standarder, kodeverk og infrastruktur.

Velferdsteknologi – helse- og omsorgstjenester på nye måter

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er etablert for å nå målet om at velferdsteknologi er en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Programmet ledes av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse i samarbeid med KS. Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet består av flere nasjonale prosjekter. Programmet skal i tillegg bidra til å innføre velferdsteknologi i spesialisthelsetjenesten, slik at velferdsteknologi er en integrert del av hele helse- og omsorgstjenesten.

Gjennomføring av kompetansetiltak skal sikre erfaringsoverføring og opplæring av kommuner når de skal ta i bruk velferdsteknologiske løsninger. Det er utviklet et veikart for tjenesteinnovasjon/velferdsteknologi, som gir veiledning til kommunene i hvordan velferdsteknologiprosjekter kan drives fram i praksis. Videre er det utviklet en opplæringspakke, Velferdsteknologiens ABC, som skal hjelpe kommunene i opplæring av helsepersonell. Metodikken og verktøyet er godt mottatt av kommunene og gir gode effekter.

Velferdsteknologi er ikke lenger utelukkende et kommunalt omsorgsanliggende, men vil på sikt utgjøre et viktig verktøy i spesialisthelsetjenesten og i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil ta i bruk velferdsteknologi og mobil helseteknologi for mestring, trygghet, behandling og oppfølging. Velferdsteknologi skal bidra til mestring for brukerne, og gi nye muligheter for behandling og oppfølging av kronisk syke mennesker på avstand.

Teknologier for trygghet- og mestring

I 2017 er arbeidet med teknologier for trygghet og mestring gått over fra pilotering og utprøving, til innføring og skalering til nye kommuner. Resultatene og erfaringene fra de opprinnelige 34 utprøvningskommunene har kommet andre kommuner til gode. Resultatet av dette er at trygghetsteknologi som fallsensorer, elektroniske dørlåser, trygghetsalarm og digitale medisindispensere er blitt en integrert del av tjenesten i flere kommuner. Rundt 200 kommuner i 28 samarbeidsprosjekter ble tatt opp i det nasjonale programmet i 2017. Arbeidet med å integrere trygghetsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal videreføres i 2018.

Sentralt i de nasjonale prosjektene står gevinstrealisering. Evalueringsrapporter viser at bruk av velferdsteknologi har store gevinster når det

brukes riktig. Eksempelvis gir riktig bruk av velferdsteknologi redusert behov for hjemmetjenester, utsatt behov for institusjonsplass, bedre helse for pasient gjennom bedre oppfølging, økt trygghet, frihet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende. Dokumentasjonen på dette teknologiområdet er god, og det er derfor viktig at kommunene utnytter denne teknologien i omstillingen av helse- og omsorgstjenestene. Se nærmere omtale under kap. 761, post 21.

Avstandsoppfølgning

Nasjonalt velferdsteknologiprosjekt for avstandsbehandling og -oppfølging av kronisk syke ble etablert i 2015, jf. Innst. 11 S (2014–2015). Utprøvningen har siden 2015 pågått i fire bydeler i Oslo, Sarpsborg kommune, Trondheim kommune og Stavanger kommune. I dette prosjektet får pasienter med kroniske lidelser oppfølging hjemmefra via nettbrett og mobil sensorteknologi. Pasientene skal følges opp av sine responssentre, primærhelseteam eller andre steder i helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell kan følge med på målingene via responstjeneste og sette i verk tiltak ved behov.

Dagens utprøvingsprosjekter videreføres våren 2018 for å innhente mer kunnskap og erfaring som grunnlag for nasjonale anbefalinger og skalering. I tillegg skal det i 2018 startes opp en ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging knyttet til pilotene for primærhelseteam. Det blir også viktig å måle den kliniske effekten av avstandsoppfølging, samt hvordan samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjeneste påvirkes.

Verktøy for sosial kontakt og støtte til barn- og unge

Arbeidet med å utvikle og prøve ut teknologiske verktøy for sosial kontakt blant eldre videreføres. Det jobbes også med teknologisk støtte i fritidsaktiviteter for barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Det samme gjelder tilskuddsordningen for oppdrag sosial kontakt på tvers av generasjonsgrenser. Nasjonalt senter for e-helseforskning har i 2017 publisert en kunnskapsoppsummering om dette prosjektet. Se omtale under kap. 761, post 21.

Oppdaterte og tilgjengelige helsedata

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

I 2017 etablerte Direktoratet for e-helse et program for utvikling av fellesløsninger for helseregistrene (helsedataprogrammet) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedataprogrammet gjennomføres i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetakene og en rekke andre interessenter. Helsedataprogrammet bygger på erfaringene fra Nasjonalt helseregisterprosjekt og skal bidra til å styrke gjennomføringen av helseregisterstrategien.

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å utrede en helseanalyseplattform som skal gi bedre og sikrere tilgang til helsedata og legge til rette for avanserte analyser på tvers av helseregistre og andre kilder til helseopplysninger. Det er en ambisjon at plattformen skal bidra til utprøving og utvikling av ny teknologi innen helseanalyse. Personvern og informasjonssikkerhet vil være høyt prioritert og førende for utviklingen. Direktoratet har inngått en samarbeidsavtale med Forskningsrådet om realisering av helseanalyseplattformen. Målet for samarbeidet er å etablere en nasjonal infrastruktur for tilgang til og analyse av data, og en effektiv og moderne tjeneste til forskere.

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i 2016 helsedatautvalget for å utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata. Utvalget leverte sine anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet 30. juni 2017. Et samlet utvalg mener at pågående tiltak for å gjøre tilgangen til helsedata enklere og sikrere må gjennomføres så raskt som mulig. Utvalget mener imidlertid at tiltakene ikke er tilstrekkelige til å løse de grunnleggende utfordringene. Utvalgets flertall anbefaler derfor at det innføres et nytt system for tilgang til helsedata. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt utvalgets rapport på en høring. Rapporten og høringsinnspillene vil samlet sett være et viktig bidrag til det videre arbeidet med å gjennomføre helseregisterstrategien.

Som en konsekvens av ny helseregisterlov og EUs personvernforordning, pågår det et omfattende arbeid for å oppdatere alle forskriftene for de lovbestemte helseregistrene. Departementet har sendt forslag til forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser på høring og arbeider med en egen forskrift for medisinske kvalitetsregistre. Stortinget har vedtatt at det skal etableres

et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), jf. lov av 17. juni 2016 om endringer i helseregisterloven § 11, og Prop. 106 L (2015–2016) og Innst. 373 L (2015–2016). Forskriften for registeret ble vedtatt ved kongelig resolusjon 25. august 2017.

I 2016 og 2017 har arbeidet med Kommunalt pasient- og brukerregister vært rettet mot å etablere registeret basert på Kuhr (kontroll og utbetaling av helserefusjon) og forberede inkludering av Iplos (individbasert helse- og omsorgsstatistikk). Første versjon av registeret vil i løpet av 2017 bli etablert basert på Kuhr-data. I 2018 vil Helsedirektoratet prioritere inkludering av Iplos-data og videre utvikling av innholdet i registeret. Hovedformålet med registeret er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg vil registeret være en viktig datakilde for kvalitetsforbedringsarbeid, produksjon av statistikk, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal. Sammen med Norsk pasientregister (NPR) skal kommunalt pasient- og brukerregister gjøre det mulig å følge hele pasientforløp mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 658 (2015–2016), 18. mai 2016:

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av dokument 8:24 S (2015–2016) om et løft for norske biobanker, jf. Innst. 240 S (2015–2016). Vedtaket er fulgt opp gjennom mandatet til helsedatautvalget som Helse- og omsorgsdepartementet satte ned i juni 2016 for å utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata. Utvalget ba Biobank Norge, som nasjonal forskningsinfrastruktur på området, om å:

- vurdere og definere hvilke særlige behov næringslivet har
- vurdere og definere hvilke organisatoriske, juridiske og tekniske tiltak for å møte næringslivets behov
- beskrive trender, markedsmuligheter og gode eksempler på bruk av helsedata som grunnlag for innovasjon og næringsutvikling

En arbeidsgruppe under Biobank Norge leverte en rapport til helsedatautvalget 1. april 2017 som inngår som en del av grunnlagsmaterialet for helsedatautvalgets anbefalinger. Helsedatautvalget leverte 30. juni 2017 sine anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten er sendt på høring med frist 1. desember 2017. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget med forslag til videre prosess når høringen er gjennomført.

Oppdaterte folkeregisterdata

Skattedirektoratet skal i perioden 2016–2019 modernisere Folkeregisteret. Det ble i 2016 etablert et samarbeidsprosjekt i Direktoratet for e-helse med bred deltagelse fra helse- og omsorgssektoren. Samarbeidsprosjektet har gjennomført en foreløpig vurdering av effekter for helsesektoren. Innføring av et modernisert register vil føre til raskere tildeling av fødselsnummer til nyfødte, sikrere identifisering av nyfødte og raskere innmelding og formidling av dødsfall. Samlet sett vil dette gi økt pasientsikkerhet og redusert ressursbruk for tjenesten. I 2018 foreslås det bevilget midler til å starte arbeidet med å digitalisere dødsmeldingen og oppgradere eksisterende melding om fødsel til det nye registeret. Innføring av nye meldinger hos alle berørte parter, inkludert private og kommunale aktører, må gå over flere år fram til 2021. Arbeidet må ses i sammenheng med Folkehelseinstituttets arbeid for å modernisere Dødsårsaksregisteret.

Post 70 Norsk Helsenett SF

Det foreslås å flytte 32,6 mill. kroner fra kap. 571, post 60, under Kommunal og moderniseringsdepartementet (rammetilskuddet til kommunene). Flyttingen skal forenkle og effektivisere kommunenes innbetaling av medlemsavgift for tilkobling til helsenettet. Innbetalingen har tidligere vært gjennomført månedlig fra den enkelte kommune. Fra 2018 skal medlemsavgiften bevilges direkte til Norsk Helsenett SF.

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

Norsk Helsenett SF har fått i oppdrag å etablere et brukerfinansiert tjenestesenter for IKT, anskaffelser og arkiv for alle etater i den sentrale

helseforvaltningen. Det vises til omtale i del III, pkt. 13.2 Fornye, forenkle og forbedre.

IKT-infrastruktur og drift av IKT-tjenester

Norsk Helsenett SF har ansvaret for sektorens felles infrastruktur, helsenettet, og drift av IKT-tjenester som er viktig for den elektroniske samhandlingen. Statsforetaket skal sørge for sikker, stabil og effektiv drift av helsenorge-portalen, kjernejournal, sentrale helseadministrative registre, medisinske kvalitetsregistre og de løsninger statsforetaket har driftsansvar for.

Norsk Helsenett SF skal legge til rette for framtidsrettede løsninger som understøtter effektiv elektronisk samhandling mellom aktørene i sektoren. Nytt stamnett med høyere kapasitet og bedre tilgjengelighet skal legge til rette for en framtidsrettet infrastruktur som skal ta høyde for endringer som vil kunne komme i realiseringen av én innbygger – én journal.

De ulike aktørenes behov for tjenester endrer seg raskt i takt med digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren. Norsk Helsenett SF er etablert med et ikke-økonomisk formål og skal levere best mulig tjenester til lavest mulig pris til sine kunder.

Norsk Helsenett SF skal fortsette arbeidet med å samle teknisk drift av de medisinske kvalitetsregistrene.

Informasjonssikkerhet

Norsk Helsenett SF har en operativ rolle i det nasjonale arbeidet med informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Direktoratet for e-helse, jf. omtale under kap. 744, post 21.

Overvåkingssenteret i Norsk Helsenett SF, HelseCERT (Computer Emergency Response Team), gjør et viktig arbeid med forebygging og hendelseshåndtering i sektoren. HelseCERT skal spre kompetanse om IKT-trusler og beskyttelsesmekanismer, og kontinuerlig overvåke trafikken i helsenettet. Senteret skal samarbeide med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), NorCERT og andre nasjonale og internasjonale enheter. Gjennom HelseCERT er det etablert et nasjonalt kompetanseforum for IKT-sikkerhet med deltakere fra ulike deler av helse- og omsorgssektoren. Hensikten er å bidra til erfaringsutveksling og kompetansespredning.

Norsk Helsenett SF skal bidra til etablering av felleskomponenter som del av den nasjonale sikkerhetsinfrastrukturen. Nasjonalt beskyttelsesprogram skal videreutvikles iht. eksisterende planer for å øke sektorens evne til å forebygge, oppdage og håndtere alvorlige IKT-hendelser.

Norsk Helsenett SF skal drifte og bidra i videreutviklingen av helseadministrative registre slik at de er oppdatert og har høy datakvalitet. Helseadministrative registre er et fundament for den nasjonale sikkerhetsinfrastrukturen. Eksempler på slike registre er adresseregisteret, helsepersonellregisteret, fastlegeregisteret og legestillingsregisteret.

Center for Cyber and Information Security (CCIS) er et nasjonalt senter for forskning, utdanning og kompetansebygging innen cyber og informasjonssikkerhet. Senteret skal bidra til å styrke samfunnets kompetanse på å beskytte og respondere på kriminelle handlinger knyttet til cyber- og informasjonssikkerhet. I 2016 ble det bevilget 2 mill. kroner i basistilskudd for å sikre deltakelse i og læring fra nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter. Midlene foreslås videreført i 2018. CCIS har etablert en forskningsgruppe innenfor cyber- og informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren.

Forvaltning av digitale tjenester

I 2016 ble det sendt over 192 millioner medisinske meldinger i helsenettet mellom kommuner, sykehus, fastleger og andre aktører. Dette er en økning på 13,6 pst. fra året før. Statsforetaket skal fortsette arbeidet med forvalting av elektronisk meldingsutveksling, i samarbeid med de andre aktørene i sektoren. Kompetansen og nettverket som er etablert i arbeidet med meldingsutbredelse skal videreføres og støtte opp under behov og videre utvikling knyttet til elektronisk samhandling og IKT-tiltak i kommunesektoren.

Det skal legges til rette for å spre kunnskap om helseteknologi via KomUT-nettverket, og bidra til gode modeller for innføring og bruk av helseteknologi, se omtale av Nasjonalt velferdsteknoogiprogram under kap. 701, post 21.

Norsk Helsenett SF fikk i 2017 i oppdrag å videreutvikle det nasjonale testsenteret til også å omfatte testing av funksjonalitet i velferdsteknologiske løsninger. Det etablerte kompetansenettverket Komut skal videreutvikles for å understøtte kommuner med innføring av velferdsteknologi.

Post 71 Medisinske kvalitetsregistre

Bevilgningen dekker finansiering av nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Videre dekker bevilgningen videreutvik-

ling av tekniske fellesløsninger i Nasjonal IKT, og implementering av felles infrastruktur (teknologiske, organisatorisk og faglig) for medisinske kvalitetsregistre.

Medisinske kvalitetsregistre er registre som løpende kan dokumentere behandlingsresultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Data fra medisinske kvalitetsregistre er et viktig virkemiddel for å gi systematisk kunnskap om kvalitet, variasjon i kvalitet og oppnådd helsegevinst fra ulike behandlingsmetoder for en avgrenset pasientgruppe over tid gjennom helseanalyser og forskning. Medisinske kvalitetsregistre inneholder strukturert informasjon om pasientbehandlingen på et mer detaljert nivå enn sentrale helseregistre som Norsk pasientregister, og gir derfor et godt grunnlag for analyser og forskning som grunnlag for faglig kvalitetsforbedring, utvikling av resultatbaserte kvalitetsindikatorer, samt planlegging og styring.

Det er behov for medisinske kvalitetsregistre for flere pasientgrupper og fagområder. Helsedirektoratet utga i 2016 rapporten Områder i helsetjenesten med mangelfullt kunnskapsgrunnlag og mulig etablering av kvalitetsregistre. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å ta utgangspunkt i rapporten og lage en plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye kvalitetsregistre.

De regionale helseforetakene har ansvar for å finansiere faglig og teknisk drift av kvalitetsregistre med nasjonal status, og å bidra til at registrene benyttes i tråd med formålet. Det pågår et arbeid i regi de regionale helseforetakene med å samle teknisk drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i Norsk Helsenett SF. Se omtale kap. 701, post 70.

Ved inngangen til 2017 hadde 54 medisinske kvalitetsregistre nasjonal status. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for etablering og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre og beslutter hvilke registre som får nasjonal status.

Det nasjonale medisinske kvalitetsregistrene publiserer årsrapporter som brukes som grunnlag for å vurdere måloppnåelse og for å videreutvikle registrene. Høy dekningsgrad og datakvalitet er avgjørende for at registrene skal kunne brukes som grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning. Helse- og omsorgsdepartementet har i styringsdialogen med de regionale helseforetakene påpekt at det skal legges vekt på tiltak knyttet til nasjonal dekningsgrad, datakvalitet, resultatformidling og dokumentasjon på bruk av registerdata til kvalitetsforbedring og forskning. Rapporteringen viser at de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i stadig større grad bidrar med data som grunnlag for kvalitetsforbedring og forskningsprosjekt. Hvert år offentliggjøres resultater som er tilrettelagt for pasienter og befolkning på nettsiden www.kvalitetsregistre.no. I 2016 publiserte 49 av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene resultater på nettsiden, og 41 av registrene viste resultater på sykehusnivå. I alt 24 registre inkluderte i 2016 pasientrapporterte resultater.

Det er fortsatt for mange kvalitetsregistre som har for lav dekningsgrad. De regionale helseforetakene har satt i verk flere tiltak som skal bidra til økt dekningsgrad. I tillegg har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utrede hvordan økonomiske insentiver kan brukes til å øke dekningsgraden til kvalitetsregistrene. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med en forskrift for medisinske kvalitetsregistre som bl.a. skal legge til rette for at innsamling av data til kvalitetsregistre kan skje på bakgrunn av reservasjonsrett framfor samtykke fra pasientene.

I 2017 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å knytte utviklingen av medisinske kvalitetsregistre tettere opp mot journalsystemene gjennom IKT-strategiene i de regionale helseforetakene. 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.

Direktorat for e-helses arbeid med helsedataprogrammet og det langsiktige arbeidet med én innbygger – én journal er viktig for utviklingen av framtidens kvalitetsregistre. Målet er å dreie ressursene fra datainnhenting til kvalitetssikring og analyse av data, og etablere kvalitetsregistre på nye fagområder. Helsedataprogrammet skal bidra til å redusere dobbeltrapportering og til enklere og sikrere tilgang til helsedata. På sikt kan gjennomføring av én innbygger – én journal bidra til automatisk uttrekk av journaldata til kvalitetsregistre. Fagmiljøene knyttet til kvalitetsregistrene er derfor viktige premissleverandører i arbeidet med å utvikle felles løsninger i regi helsedataprogrammet og i det videre arbeidet med én innbygger – én journal.

Kap. 3701 E-helse, helseregistre mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter	168 793	70 003	71 534
	Sum kap. 3701	168 793	70 003	71 534

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker utvikling av felleskomponenter for helse- og omsorgstjenesten.

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	24 750	24 579	24 656
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	3 762	3 820	3 853
	Sum kap. 0702	28 512	28 399	28 509

Helseberedskap er en del av samfunnssikkerhetsområdet og har til formål å verne befolkningens liv og helse og sørge for nødvendig helsehjelp i kriser og krig.

Helseberedskap bygger på den daglige helse- og omsorgstjenesten og det daglige folkehelsearbeidet – strålevern, smittevern, miljørettet helsevern og mattrygghet – samt forsyningssikkerhet av legemidler, materiell, drikkevann, IKT og annen kritisk infrastruktur. Alt i tråd med prinsippene om ansvar, nærhet, likhet og samvirke. Ansvar for helseberedskap følger av helseberedskapsloven og øvrig helselovgivning. Helseberedskap finansieres i hovedsak over driftsbudsjettene. I dette kapitlet omtales hovedområdene for helseberedskapen. Det vises også til Tilstandsvurdering for samfunnssikkerhet og beredskap innenfor helse- og omsorg i kapittel 11, i del III.

Hovedinnsatsområdene er: krisehåndteringsevne, beredskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer, kritisk infrastruktur som IKT, energi, vann, legemidler og materiell og nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Mål for 2018:

- Beredskap basert på risikooversikter og erfaring fra hendelser og øvelser
- Gjennomføre Nasjonal helseøvelse 2018
- Styrke helseberedskapen mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer
- Styrke helseberedskapen for drikkevann, IKT, legemidler og materiell
- Styrke sivilt-militært og internasjonalt helseberedskapssamarbeid

Krisehåndteringsevne

Helsesektorens krisehåndteringsevne bygger på den daglige tjenesten, oversikt over risiko, forebygging, beredskapsplanlegging, øvelser og erfaring fra håndtering av hendelser. Nasjonal helseberedskapsplan klargjør roller og ansvar. Helsedirektoratet får som regel delegert fullmakt til å koordinere helsetjenestens innsats ved kriser. De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen og skal ved kriser om nødvendig legge om og utvide driften. Kommunene har tilsvarende ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen. Kommunene

har videre 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 kompetansemiljøer og planer på enkeltområder.

Terrorangrepet mot regjeringskvartalet og på Utøya 22. juli og katastrofen i Japan i 2011, mot Statoil i Algerie 2013, orkanen på Vestlandet 2011, Ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015 og situasjonen med økte asylankomster til Norge 2015 er eksempler på hendelser hvor det er tatt i bruk beredskapsplanverk i helsesektoren. Evalueringene etter disse hendelsene har påpekt læringspunkter, samtidig som de 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 Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Det gjennomføres fortsatt tiltak i tjenesten for å heve kompetansen på oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiserende hendelser. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har gjort en stor innsats for å gi de som ble rammet et verdig og godt tilbud. Mange har fått støtte og behandling. Samtidig har flere opplevd å ikke få hjelpen de trengte. Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om å tydeliggjøre kommunenes plikt til psykososial beredskap og oppfølging i helse- og omsorgstjenesteloven. Lovendringen trer i kraft 1. januar 2018. Oppfølging av overlevende og pårørende etter 22. juli er fortsatt prioritert. Det vises til omtale under kap. 765, post 75.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som ble fastsatt 28. oktober 2016, har til formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves, herunder beredskap og sikkerhet.

Beredskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer

Det alminnelige arbeidet med smittevern, miljørettet helsevern, og atomberedskap utgjør, sammen med spesialiserte planer og kompetansemiljøer, helsesektorens beredskap mot CBRNE hendelser. 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.

Det er etablert systemer for overvåkning, måling og analyse, samt varsling og tiltak for å forebygge og møte CBRNE-hendelser. Folkehelseinstituttet og Strålevernet har fageksperter 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). Tjenesten har spisskompetanse på stråleskader, radiologiske skader, biologiske og kjemiske skader. Tjenesten 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 og har sekretær for. For øvrig deltar Helsedirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret, Politidirektoratet, Mattilsynet, Kystverket og Utenriksdepartementet.

Departementet følger opp CBRNE beredskapen i tråd med Meld. St. 10 (2016–2017) Risiko i et trygt samfunn og Nasjonal strategi for CBRNE beredskap 2016–2020. Atomberedskapen og kjemikalieberedskapen følges for øvrig opp i tråd med Meld. St. 19 (2014–2015), jf. Innst. 380 S (2014–2015) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Bestemmelser om helseberedskap ved miljøhendelser ble fastsatt i forskrift av 21. april 2017 Arbeidet med å styrke atomberedskapen, herunder innkjøp og drift av nytt utstyr for å bedre målekapasitet videreføres i 2018. Statens strålevern er fra 1. juli 2017 direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet jf. Innst. S. nr. 40 (2016–2017), jf. Prop. 129 S (2016–2017) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017.

Beredskap mot pandemier og bioterror følges også opp i tråd med Meld. St. 16 (2012–2013) Beredskap mot pandemisk influensa. Ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa ble fastsatt 2014. Denne vil bli supplert av en Nasjonal plan mot alvorlig smittsomme sykdommer og en ny versjon av Nasjonal beredskapsplan mot kopper. 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.

Departementet vil, som ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for CBRNE beredskap 2016–2020, fastsette rammer for et kriseutvalg for biologiske hendelser med utgangspunkt i modellen for atomberedskap. Et Kriseutvalg for biologiske hendelser vil bli ledet av Helsedirektoratet, ha et smittevernfaglig sekretariat ved Folkehelseinstituttet, og faglige rådgivere fra berørte etater. Formålet er å få bedre tverrsektoriell koordinering av beredskap og håndtering av biologiske hendelser. Kriseutvalget for atomberedskap, med rådgivere og fullmakter, videreføres.

Som ledd i oppfølgingen av den norske ebolainnsatsen mot ebolautbruddet i 2014–2015 er det i 2017 startet en toårig pilot for å etablere norske Emergency Medical Teams, som skal kunne stilles til disposisjon for internasjonal innsats via EUs krisehåndteringsmekanisme. Piloten ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetak, DSB, Forsvaret og frivillige organisasjoner. De regionale helseforetakene følger opp tiltak som gjelder spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Spørsmål om hvordan kommunene ivaretar sitt ansvar for å sikre tilgjengelighet til smittevernlege i alvorlige smittesituasjoner gjennomgås som en del av en revisjon av smittevernloven.

Kritisk infrastruktur som IKT, vann, legemidler og materiell

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

Helseforetakene har rapportert at de har beredskapsplaner for IKT, vann- og strømforsyning. Målsettingen til de regionale helseforetakene er at helseforetakene har prosesser for risikoerkjennelse og for å håndtere risiko i ordinær drift – risikostyring. Regionene arbeider kontinuerlig med å forbedre rutiner og metodikk for risiko- og sårbarhetsanalyser og håndtering av sårbarhet. I tillegg vil helseforetakene ha beredskapsplaner for svikt innen disse områdene, som de øver internt. Det forventes at en mer systematisk ROS-metodikk også vil framheve trening og øvelse som risikoreduserende tiltak og bidra til at dette systematiseres i helseforetakenes drift.

Helsedirektoratets avtale med grossist om nasjonalt beredskapslager av legemidler for primærhelsetjenesten er fra 1. januar 2016 erstattet av at legemiddelgrossistene har beredskapslager av legemidler til bruk i primærhelsetjenesten for minst to måneders ordinær omsetning av legemidlene som går fram av vedlegg til grossistforskriften. Det vises her til Meld. St. 28 (2014–2015), Legemiddelmeldingen, Riktig bruk – bedre helse. Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Helsedirektoratet forvalter avtaler med grossister om beredskapslagre av antivirale legemidler og jod, samt utstyr og materiell.

For drikkevann, mottar hoveddelen av Norges befolkning vann fra store vannforsyningssystemer med god kvalitet og gode beredskapsplaner. Om lag 85 pst. av vannverkene, som leverer vann til minst 50 fastboende personer, har rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplan etter helseberedskapsloven og matloven. En del mindre vannverk har mangler i sine beredskapsplaner og enkelte større vannverk mangler tilstrekkelig reservevannforsyning. For øvrig er den viktigste utfordringen gammelt og dårlig ledningsnett. Forebygging og beredskap på drikkevannsområdet følges opp i tråd med Meld. St. 19 (2014–2015), jf. Innst. 380 S (2014–2015) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Nasjonale mål for drikkevann følges opp i en egen gjennomføringsplan. 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 det etablert et nettverk for kompetansestøtte til vannverk for å styrke vannverkenes 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 er også satt i gang for å styrke drikkevannsområdet under totalforsvarsprogrammet.

Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Departementet møter i Kriserådet og forvalter instrukser for Helseberedskapsrådet, Epidemikomiteen og Kriseutvalget for atomberedskap. Departementet og sektoren 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.

Internasjonalt deltar Norge i Verdens helseorganisasjon og Det internasjonale atomenergibyråets samarbeid om overvåking, analyse, varsling og tiltak ved smitteutbrudd og strålerelaterte hendelser. Norge samarbeider med EU og Nato på helse- og mattrygghetsområdet og har en Nordisk helseberedskapsavtale som omfatter informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer. Det vises til omtale i kapittel 12 Internasjonalt samarbeid, i del III, Omtale av særlige tema.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 0,54 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten.

Post 70 Tilskudd

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

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	74 936	8 043	8 079
71	Internasjonale organisasjoner		58 811	57 817
	Sum kap. 0703	74 936	66 854	65 896

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

Mange av dagens helseutfordringer overskrider nasjonale grenser. Ingen land kan løse dem alene. De gode løsningene forutsetter internasjonalt samarbeid. Økt reiseaktivitet, handel, markedsføring, klimaendringer og miljøforhold, er eksempler på faktorer som påvirker oss alle, og som må løses av alle. De berører også vår nasjonale helsepolitikk. FNs bærekraftsmål (Agenda 2030), som ble vedtatt i september 2015, peker på sammenhengen mellom nasjonal og internasjonal politikk. Disse målene forplikter Norge både nasjonalt og internasjonalt.

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

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. Helsesystemer 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 aldrende befolkninger. I mange tilfeller undermineres de av dårlig tilgang på helsearbeidere, tilgang på medisiner 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, jf. omtale i del III, kap. 12. 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. Ebolautbruddet i 2014 avdekket mangler i

det globale beredskapssystemet mot pandemiske sykdommer.

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

For nærmere omtale vises det til kapittel 12 Internasjonalt samarbeid, i del III, Omtale av særlige tema.

Mål for 2018:
- konsolidere og videreføre reformarbeidet i WHO under generaldirektør Tedros´ ledelse, med hovedmål å ivareta organisasjonens globalt normative rolle og WHOs helsepolitiske og helsefaglige arbeid
- støtte videre arbeid med styrking av WHOs 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
- bidra til god oppfølging i UNODC og øvrige berørte organer, herunder WHO, og av FNs generalforsamlings spesialsesjon (UNGASS) om narkotika
- bidra i multilaterale prosesser i oppfølgingen av vedtak av nye globale bærekrafts- og utviklingsmål
- fortsette arbeidet med å styrke gjennomføringen av tobakkskonvensjonen både nasjonalt og internasjonalt
- ratifisere tobakkskonvensjonens protokoll mot ulovlig handel med tobakksvarer
- fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer, byråer og komiteer på helse- og mattrygghetsområdet
- bidra i WHO/UNECEs arbeid under protokollen om vann og helse, samt bidra og delta i miljø- og helseprosessen i regi av WHO Europa, og i The Pan-European Program on Transport, Health and Environment (THE PEP) i regi av WHO/UNECE
- bidra og delta i WHOs og UNECEs arbeid med aktiv og sunn aldring
- bidra i arbeidet med WHOs globale handlingsplan for fysisk aktivitet
- delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser
- styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd
- ivareta norsk deltakelse i Barents helse- og sosialsamarbeid, helsesamarbeidet under Den nordlige dimensjon og Arktisk råd, bidra til gjennomføring av det norske formannskapet i Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram 2018–2019
- ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handelsavtaler
- videreutvikle det bilaterale helsesamarbeidet med Kina, Moldova, Russland og Colombia.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker kostnader til ekspertstillinger i internasjonale organisasjoner. Bevilgningen dekker videre kontingent til Europarådet og bidrag til European Observatory on Health Systems and Policies. Videre 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.

Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter		2 000	2 044
03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	1 236		
	Sum kap. 3703	1 236	2 000	2 044

Post 02 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker tilførte midler fra Nordisk Ministerråd. I tilknytning til at Norge under sitt formannskap i Nordisk Ministerråd i 2017 satte i gang treårige prioriteringsprosjekter, vil henholdsvis Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet få tilført midler fra Ministerrådet:

- nordisk forskningssamarbeid for bedre helse
- nordisk samarbeid om en kommunikasjonsplan for å motvirke antibiotikaresistens. Planen skal inneholde både folkehelse- og dyrehelseperspektivet i tråd med one health-tilnærmingen
- nordisk samarbeid for å utvikle metoder for helsefremmende nærmiljø og lokalsamfunn.

Kap. 709 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			68 632
	Sum kap. 0709			68 632

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 729 Pasient- og brukerombud. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 65.

Samfunnsoppdrag

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

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerombudet skal bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene. Pasient- og brukerombudet er et lavterskeltilbud for pasienter, brukere og pårørende. Ombudet søker å løse saker på lavest mulig nivå og gjerne i direkte dialog med tjenestestedene.

Det er et Pasient- og brukerombud i hvert fylke. I Hedmark og Oppland er det ett ombud og i Oslo og Akershus er det ett ombud. Ombudet i Oslo og Akershus er administrativt tilknyttet Oslo kommune. De øvrige Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet. Ombudene utfører sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

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

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

Resultatrapport 2016

I 2016 mottok landets pasient- og brukerombud 14 938 henvendelser. 60 pst. av henvendelsene omhandlet spesialisthelsetjenester mens 40 pst. av henvendelsene omhandlet 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.

Tilstandsvurdering 2017

Ombudene er tilgjengelige og bruker mye ressurser på utadrettet og oppsøkende virksomhet. Ombudene skal være synlige i viktige lokale og nasjonale fora. For å høyne kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen og blant tjenesteytere, benyttes ulike metoder. 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.

Post 01 Driftsutgifter

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

Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
710	Vaksiner mv.	1 861 587	1 529 911	270 580	-82,3
712	Bioteknologirådet	8 505	9 482	9 549	0,7
714	Folkehelse	422 142	433 360	435 576	0,5
717	Legemiddeltiltak			67 784	
	Sum kategori 10.10	2 292 234	1 972 753	783 489	-60,3

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
01–23	Statens egne driftsutgifter	2 006 795	1 668 646	440 079	-73,6
30–49	Nybygg, anlegg m.v.	19 279	21 750		-100,0
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen	42 683	78 969	87 102	10,3
70–89	Andre overføringer	223 477	203 388	256 308	26,0
	Sum kategori 10.10	2 292 234	1 972 753	783 489	-60,3

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.

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 3.3 om smittsomme sykdommer, delmål 3.4 om ikkesmittsomme sykdommer, delmål 3.5 om alkohol og narkotika, delmål 6 om drikkevann og delmål 3a om styrket gjennomføring av tobakkskonvensjonen. Se også omtale under kap. 12 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 skal i 2018 starte 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.

Regjeringen vil skape et samfunn som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening, og som legger til rette for helsevennlige valg. Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) har som mål at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Barnehager og skoler, arbeidsplasser, fritidsarenaer og lokalmiljø skal være helsefremmende arenaer – både fysisk og psykisk. Strategiens del om å fremme god psykisk helse hos barn og unge skal danne grunnlag for en opptrappingsplan.

Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle er et satsingsområde som følges opp med tallfestede mål gjennom Nasjonal handlingsplan for kosthold (2017–2021). Tiltakene i planen er viktige for å oppfylle WHOs NCD-mål og FNs bærekraftsmål. Planen følger også opp regjeringens intensjonsavtale med matvarebransjen. Se nærmere omtale under kap. 714, post 21.

Den nasjonale tobakksstrategien (2013–2017) har gjennom en helhetlig politikk gitt gode resultater for folkehelsen. Viktige tiltak i perioden har vært innføring av standardiserte tobakkspakninger og en ny registrerings- og tilsynsordning for tobakksalg. Helse- og omsorgsdepartementet vil videreføre innsatsen, som ses i sammenheng med det samlede arbeidet på NCD-området, gjennom en ny strategi fra 2018. Se også omtale under kap. 714, post 21.

Det nasjonale vaksineprogrammet og smittevernloven er kjernen i smittevernarbeidet. Særlig prioriterte områder er 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. Alle som er hiv-smittet skal få god oppfølging. Det er et viktig mål å sikre god beredskap mot pandemisk influensa. 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 (2017–2018) for Landbruks- og matdepartementet for nærmere omtale av mattrygghet og Mattilsynets virksomhet.

For å utvikle bedre og mer effektive folkehelsetiltak er det nødvendig med et sikkert og effektivt system for tilgang til helsedata. Dette følges opp gjennom helsedataprogrammet i Direktoratet for e-helse og oppfølgingen av helsedatautvalget, jf. omtale under kap. 701.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) har en bred tilnærming. Innsatsområdene er tidlig

innsats, riktig behandling og god oppfølging. Kosthold, fysisk aktivitet, tidlig innsats for barn og unge, eldre og rus samt arbeidslivet som arena for inkludering og rusmiddelforebygging er viktige innsatsområder på folkehelseområdet. Det vises til omtale under programkategori 10.60.

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 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	1 038 203	784 626	
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	804 105	723 535	270 580
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	19 279	21 750	
	Sum kap. 0710	1 861 587	1 529 911	270 580

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

- 1 230 mill. kroner til nytt kap. 745 Folkehelseinstituttet, jf. side 130.
- 82 mill. kroner knyttet til reduserte vaksineutgifter.
- 41,9 mill. kroner i økt bevilgning til barnevaksinasjonsprogrammet.

Av smittevernloven følger det at Helse- og omsorgsdepartementet skal fastsette et nasjonalt program for vaksinering mot smittsomme sykdommer og at vaksinasjon er et virkemiddel for gjennomføring av smitteverntiltak. 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. Regjeringen har startet et arbeid for å revidere smittevernloven for å tilpasse den dagens behov og utfordringer.

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. 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 vaksinasjonsprogram. 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 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 745 Folkehelseinstituttet, jf. budsjettforslag på side 130.

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 program-

vaksinene samt beredskapslager av vaksiner for gjennomføring av smitteverntiltak som ikke dekkes gjennom vaksinasjonsprogrammene.

Det foreslås å flytte:

- 292,7 mill. kroner til kap. 745, post 01, jf. budsjettforslag på side 130.
- 130,9 mill. kroner til kap. 745, post 21, jf. budsjettforslag på side 130.

Det foreslås 7,6 mill. kroner til innføring av tilbud om HPV-vaksine til gutter på sjuende trinn f.o.m. skoleåret 2018–2019. Jenter har hatt tilsvarende tilbud fra 2009. Vaksinen beskytter mot kreft forårsaket av humant papillomavirus (HPV).

Det foreslås 41,9 mill. kroner til å dekke merutgifter knyttet til barnevaksinasjonsprogrammet, jf. Prop. 69 S (2016–2017) og Innst. 253 S (2016–2017), herunder innkjøp av seksvalent vaksine mot sykdommene difteri, stivkrampe, kikhoste, polio, haemophilus influenzae type B (HIB) og hepatitt B og beskyttelsesstudier.

Det foreslås 82 mill. kroner mindre til innkjøp av vaksiner sammenliknet med saldert budsjett 2017. Dette er hovedsakelig knyttet til det toårige opphentingsprogrammet for HPV, jf. Prop. 1 S (2015–2016) og Innst. 11 S (2015–2016). Alle kvinner født i 1991 og senere har fra 1. november 2016 fått tilbud om gratis HPV-vaksine. Tilbudet gjelder i to år framover fra oppstartstidspunktet.

Markedet for vaksiner er generelt preget av økt internasjonal etterspørsel etter europeiskproduserte vaksiner fra land utenfra Europa, få produsenter som leverer til det europeiske markedet og tekniske produksjonsproblemer. Usikkerheten trekker i retning av at prisene på vaksiner kan øke framover.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 745 Folkehelseinstituttet, jf. budsjettforslag på side 134.

Kap. 3710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter	583 043	176 966	
03	Vaksinesalg	135 776	97 228	96 742
	Sum kap. 3710	718 819	274 194	96 742

Tidligere kap. 3710 Folkehelseinstituttet, foreslås delt mellom nytt kap. 3710 Vaksiner mv. og nytt kap. 3745 Folkehelseinstituttet.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 3745 Folkehelseinstituttet, jf. budsjettforslag på side 135.

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.

Kap. 712 Bioteknologirådet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	8 505	9 482	9 549
	Sum kap. 0712	8 505	9 482	9 549

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. Søknader om godkjenning av nye metoder innen bl.a. assistert befruktning, fosterdiagnostikk og genterapi skal forelegges Bioteknologirådet. Rådet er også høringsinstans for søknader om godkjenning av genmodifiserte dyr og planter. Rådet er oppnevnt av regjeringen for fire år ad gangen med 15 medlemmer og fem varamedlemmer. I tillegg innkalles observatører fra syv departementer til møtene. Bioteknologirådet arrangerer åpne debattmøter, og publiserer vanligvis videoer fra disse på nettsidene sine. Rådet driver også en rekke andre informasjons- og undervisningsaktiviteter, inkludert kurs og foredrag for lærere. Nettsidene til Bioteknologirådet inneholder bl.a. temasider om ulike typer bioteknologi, som er mye brukt i videregående skole. Rådet utgir også tidsskriftet Genialt fire ganger i året, på papir og i en digital versjon.

Post 01 Driftsutgifter

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

Kap. 714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79*	155 982	151 003	149 955
60	Kommunale tiltak, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	42 683	78 969	87 102
70	Rusmiddeltiltak mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	128 775	116 788	119 941
74	Skolefrukt mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	35 985	20 151	20 335
79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	58 717	66 449	58 243
	Sum kap. 0714	422 142	433 360	435 576

Formålet med bevilgningen er å styrke generelt folkehelsearbeid. 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 helsetrusler, 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 legge til rette for å gjøre sunne valg enkle. Videre er det en sentral oppgave å arbeide for en samfunnsutvikling som fremmer deltakelse i sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring.

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, jf. kap. 3714, post 04.

Det foreslås å flytte:

- 2 mill. kroner fra kap. 761, post 21, knyttet til regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, jf. omtale nedenfor.
- 3 mill. kroner fra kap. 714, post 79, knyttet til helse og miljø, herunder arbeidet med forebygging av astma, allergi og overfølsomhet, jf. omtale under kap. 714, post 79.
- 0,65 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten.

Det foreslås 5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til prioritering av tilskuddsordningen i folkehelseprogrammet, jf. post 60.

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, øremerkede tilskudd til nøkkelaktører samt evaluering av programmet.

Helsedirektoratet har vært i dialog med sentrale aktører i frivillig sektor som kan bidra til utvikling og kompetansestøtte på et nasjonalt nivå innen utvalgte områder av programmet. Fra kompetansemidlene på 6 mill. kroner foreslås det midler til tilskudd til Ungdom og Fritid, Frivillighet Norge og Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (LNU). Disse organisasjonene vil bidra i en prosjektperiode på inntil 4 år.

Videre foreslås 1,5 mill. kroner av kompetansemidlene til tilskudd til Ungdata i regi av Nova ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Ungdata gir kommunene en viktig oversikt over situasjonen for ungdom. Gjennom program for folkehelsearbeid i kommunene vil det gjennomføres en pilotering av Ungdata Junior på regionalt nivå. Ungdata Junior er en videreutvikling for å få mer data om aldersgruppen i femte til sjuende klassetrinn. Det har vært gjennomført en mindre pilotering i Asker kommune og Bærum kommune i 2017.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har en viktig støttefunksjon innenfor folkehelseprogrammet. For å sikre piloteringen av Ungdata Junior foreslås 0,5 mill. kroner øremerket til aktuelle regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål.

Folkehelseinstituttets folkehelseprofiler og folkehelseundersøkelsene i fylkene er sammen med Novas Ungdata-undersøkelse, sentrale for kommunenes arbeid med å få oversikt over innbyggernes helsetilstand og forhold som påvirker denne.

Helsedirektoratet er ansvarlig for implementeringen av programmet. Direktoratet 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 samt andre aktuelle aktører. KS mottok 4 mill. kroner i 2017 for å utvikle læringsnettverk.

Program for folkehelsearbeid i kommunene skal evalueres. Det er i 2017 gjennomført en nullpunkt-undersøkelse som grunnlag for en midtveis- og sluttevaluering. Folkehelseprogrammet og tilskuddene til fylkene er omtalt under post 60.

Kommunikasjon og kampanjer på levevaneområdene

Helsedirektoratet har brukt kampanjer for å øke kunnskapen om sammenheng mellom levevaner og fysisk og psykisk helse. Etter en kampanje om snusfritt svangerskap viste undersøkelser at kunnskapen om at snusbruk under graviditet kan ha uheldige helseeffekter på fosteret, økte med 10–15 pst. Ved hjelp av sosiale medier har kampanjen for alkoholfritt svangerskap nådd mange gravide, personer i deres omgivelser og helsepersonell. Over 90 pst. oppgir at de ikke drikker alkohol etter at de har fått en positiv graviditetstest. På kostholdsområdet er det gjennomført tre kampanjer under kommunikasjonssatsingen Små grep, stor forskjell. Nye forbrukertall viser at 68 pst. har ganske eller svært stor tillit til kostrådene. I 2017 kjenner 97 pst. til Nøkkelhullet, og tilliten har økt siden 2014. Flere er opptatt av salt når de handler mat. Fysisk aktivitets-kampanjen Dine30 er videreført som tidligere. Kjennskap til kjerneanbefalingen om 30 minutter daglig fysisk aktivitet er på 84 pst. i befolkningen over 16 år. Kampanjene har støttet opp under gjennomføring av andre tiltak på levevaneområdene både på individ- og samfunnsnivå. Kommunikasjon og kampanjer om fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol gjennomfø-

res i tråd med årlige planer med grunnlag i Helsedirektoratets helhetlige kommunikasjonsstrategi og andre føringer. Kommunikasjon rundt psykisk helse skal være en integrert del av kampanjer og arbeidet med kommunikasjon, der det er relevant. Arbeidet med kommunikasjon og kampanjer på levevaneområdene vil ha stor oppmerksomhet også i 2018.

Forsøk med utvidet tid til kroppsøving og fysisk aktivitet i ungdomsskolen

For å skape et bedre kunnskapsgrunnlag for framtidig arbeid med fysisk aktivitet og kroppsøving i hele grunnopplæringen, foreslås det å videreføre 3 mill. kroner til arbeidet med forsøk med utprøving og evaluering av modeller med ekstra tid til fysisk aktivitet og kroppsøving på ungdomstrinnet. Mange skoler, særlig på barne- og mellomtrinnet, finner lokale tilpasninger og tilrettelegger for fysisk aktivitet for elevene ut over obligatorisk tid.

Forsøket gjennomføres som et forskningsprosjekt under ledelse av Norges idrettshøgskole. Det er i skoleåret 2016–2017 gjennomført en pilotstudie med sju skoler hvorav to kontrollskoler der to ulike intervensjonsmodeller sammen med evalueringsverktøy er testet ut. Rapport fra piloten foreligger og gir grunnlag for nødvendige justeringer både på modellene som skal utprøves og på hvordan modellene skal implementeres i skolene. Hovedstudien gjennomføres i skoleåret 2017–2018 med et utvalg på 29 skoler der om lag 2700 elever på niende trinn inngår. Sluttrapport fra forsøket vil foreligge høst 2018. Utdanningsdirektoratet har i oppdrag å sørge for gjennomføring av forsøket. Helsedirektoratet bidrar til gjennomføringen sammen med Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet.

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)

Regjeringen la våren 2017 fram Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle. Planen har tiltak på sju departementers ansvarsområder. For å få til endringer i kostholdet er det nødvendig med innsats på tvers av sektorene og samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor.

Bærekraftig kosthold, sammenhengen mellom kosthold og psykisk helse og måltidsglede er vektlagt i større grad enn tidligere. Planen inkluderer videre ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten og er et viktig grunnlag for arbeidet med eldrereformen Leve hele livet. Helsedirektoratet koordinerer oppfølgingsarbeidet med kostholdsplanen. Folkehelseinstituttet vil bl.a. følge opp tiltak knyttet til bedre kunnskap om kosthold og psykisk helse. Bransjens system for selvregulering av markedsføring av mat og drikke rettet mot barn, Matbransjens Faglige Utvalg (MFU), ble evaluert i 2016. Evalueringen viser at ordningen fungerer bra, men bør forbedres på noen områder som alder, markedsføring i sosiale medier og bruk av emballasje som markedsføringskanal. Arbeidet med oppfølging av evalueringen er påbegynt.

Næringslivsgruppe på matområdet – intensjonsavtale

For å sikre et helhetlig og langsiktig samarbeid mellom bransjen og helsemyndighetene, ble det høsten 2016 inngått en overordnet intensjonsavtale. 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. Helsemyndighetene har et særskilt ansvar for kommunikasjon og monitorering. Dette følges opp i 2018 gjennom Helsedirektoratets kommunikasjonskampanjer. Videre skal Helse- og omsorgsdepartementet vurdere om det er tilgjengelige data på kostholdsområdet som er egnet til formålet, ev. om det er behov for å framskaffe nye data både for å følge opp handlingsplanen og for å ivareta helsemyndighetenes forpliktelser i intensjonsavtalen. Over 70 aktører er nå tilknyttet intensjonsavtalen. Helsedirektoratet har sekretariatet for arbeidet, dette skal videreføres innenfor alle områdene intensjonsavtalen dekker. Intensjonsavtalen skal evalueres.

Innsats for barn og unges mat og måltidsvaner

Regjeringen er opptatt av at barn og unge har tilstrekkelig tid til å spise og at det tilrettelegges for gode rammer for måltider i skolen. Derfor har helse- og omsorgsministeren sammen med kunnskapsministeren oppfordret skoleeiere til å sikre elevene nok spisetid. Dette følges opp gjennom Utdanningsdirektoratets Spørsmål til skole-Norge, jf. også omtale under kap. 714, post 74, Skolefrukt. Helsedirektoratet utredet i 2016 i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Tine, Eat, NCD-alliansen og Senter for sykelig overvekt ved Sykehuset i Vestfold modeller for et kostholdskonsept for barn som skal vekke engasjement, nysgjerrighet og gi kunnskap om mat og matens betydning for helse og miljø. Dette følges opp med en pilot der den sosiale entreprenøren

Folkelig skal samarbeide med Opplysningskontoret for frukt og grønt og Høgskulen på Vestlandet om å prøve ut opplegg i sju skolefritidsordninger i Bergensområdet. Piloten utvikles i dialog med Helsedirektoratet. Resultatene fra piloten vil bli vurdert og fulgt opp i 2018.

Nasjonal vannvakt mv.

For å styrke vannverkenes evne til å håndtere kritiske situasjoner er det i 2017 etablert en døgnbemannet rådgivningstjeneste for vannverk som trenger råd og støtte ved akutte hendelser. Sekretariatet er lagt til Folkehelseinstituttet og ordningen har fått navnet Nasjonal vannvakt. Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner til Nasjonal vannvakt samt til en studie for å skaffe kunnskap om sykdomsbyrde knyttet til konsum av drikkevann, jf. Innst. 11 S (2015–2016). Ny drikkevannsforskrift med tydeligere krav om vedlikehold av ledningsnettet trådte i kraft 1. januar 2017. Forskriften fastsetter skjerpede krav til forebyggende sikring, beredskap og kompetanse og konkrete tiltak for å bedre tryggheten ved små vannverk. Arbeidet med å nå de nasjonale målene på drikkevanns- og sanitærområdet videreføres i 2018.

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

Det foreslås å flytte 2 mill. kroner knyttet til utviklingsprosjekter for å følge opp Flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. Dette vil bidra til aktive eldre og mer aldersvennlige lokalsamfunn, jf. omtale under kap. 761, post 21. Arbeidet med å samordne norsk aldersrelatert forskning vil bli vektlagt i oppfølgingen av strategien.

Statistisk sentralbyrå vil høsten 2017 legge fram en framskrivning av andel eldre i norske kommuner og regioner sett i sammenheng med levekårsutvikling og andre samfunnsmessige forhold. Rapporten vil bidra til bedre kunnskapsgrunnlag for å utvikle aldersvennlige lokalsamfunn.

Tilsyn med og forvaltning av alkoholloven og tobakksskadeloven

Tilsyn med og forvaltning av alkoholloven og tobakksskadeloven og informasjonstiltak overfor kommuner, virksomheter og befolkning er en viktig oppgave, hvor hovedansvaret er lagt til Helsedirektoratet, jf. også kap. 740. Direktoratet har i 2017 bl.a. ført tilsyn med innehavere av tilvirkningsbevilling for alkoholholdig drikk. I 2018 vil oppfølging av nye ordninger knyttet til tobakksdirektivet og ny registreringsordning for tobakksalg være viktige forvaltnings- og tilsynsområder på tobakksfeltet.

Ansvarlig alkoholhåndtering og illegale rusmidler i utelivet

Arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering videreføres, og arbeidet er styrket i mange kommuner. Flere kommuner har tatt i bruk e-læringskurs i ansvarlig vertskap og satt gjennomføring som vilkår for skjenkebevilling. Bruk av illegale rusmidler i utelivet er satt på dagsorden, og det er satt i gang lokale tiltak og samarbeid i flere kommuner. Helsedirektoratet og Politidirektoratet har styrket sitt samarbeid, spesielt knyttet til bruk av illegale rusmidler i utelivet. Arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering og arbeidet med bruk av illegale rusmidler blir sett i sammenheng, og skal vektlegges også i 2018. For å få mer kunnskap om bruk av narkotika i utelivet vil Folkehelseinstituttet gjennomføre en ny studie av utelivsarenaen. Undersøkelsen vil omfatte flere byer i østlandsområdet.

Nasjonal strategi for tobakksforebygging

Nasjonal tobakksstrategi (2013–2017) har med god margin nådd målet om redusert ungdomsrøyking, og snusbruken er redusert blant unge menn. Lovrestriksjoner, høye avgifter, massemediakampanjer og hjelp til tobakksavvenning er strategier som har gitt gode resultater. Helse- og omsorgsdepartementet vil videreføre innsatsen, som må ses i sammenheng med det samlede arbeidet på NCD-området, i en ny strategi fra 2018.

Standardiserte tobakkspakninger vil over tid kunne få stor effekt på oppstart av tobakksbruk blant unge. En ny registerings- og tilsynsordning for tobakksalg er vedtatt og det er gjort en rekke endringer i tobakksskadeloven for å gjennomføre EUs nye tobakksdirektiv. Målene om redusert tobakksbruk blant voksne er ikke oppnådd, mens målet om redusert røyking blant gravide er nådd. Helsedirektoratet arbeider kontinuerlig med gjennomføring av Nasjonal plan for tobakksavvenning, men dette området peker seg ut som et av dem som bør intensiveres.

Tilsyns- og registreringsordning for salg av tobakk og bevillingsregister for alkohol

Den nylig vedtatte registrerings- og tilsynsordningen for salg av tobakksvarer og e-sigaretter vil

være i full drift fra 1. januar 2018. Ordningen skal bidra til økt overholdelse av tobakksskadelovgivningen, og tar særlig sikte på å forhindre salg til mindreårige. Kommunene vil føre tilsyn med utsalgsstedene, mens Helsedirektoratet vil føre tilsyn med grossistene, jf. kapittel 740. Implementeringen av tilsyns- og registreringsordningen vil bl.a. omfatte informasjon og veiledning til kommunene og næringen. Departementet vil sikre at implementeringen av ordningen følges nøye. Helsedirektoratet utvikler det nye tobakkssalgsregisteret, som Helsedirektoratet også vil drifte, jf. kapittel 740. På grunn av behov for bedre teknisk og funksjonell løsning for bevillingsregisteret for alkoholbevillinger, utvikles endringer i bevillingsregisteret parallelt.

Faglige råd for rusmiddelforebygging i offentlig sektor

En arbeidsgruppe med deltakelse fra arbeidslivsaktører, partene i arbeidslivet, relevante kompetansesentra og forskere har utviklet faglige råd for rusmiddelforebygging i offentlig sektor (Rusoff). Rusoff-rådene gir veiledning om hvordan en rusmiddelpolicy kan utvikles og følges opp på arbeidsplassen. Rådene er spesielt tilpasset offentlig sektor, men kan benyttes i hele arbeidslivet. Rusoff-rådene holdes oppdatert og er tilgjengelige på Helsedirektoratets nettsider.

Tidlig intervensjon

Gjennom arbeidet med tidlig intervensjon har Helsedirektoratet sammen med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet utviklet opplæringsprogrammet Tidlig inn. Formålet er at ansatte i kommunene skal bli tryggere i tidlig identifikasjon og inngripen ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner. 135 kommuner har så langt deltatt i opplæringsprogrammet. En evaluering viser at Tidlig inn øker kommunalt ansattes kompetanse i å identifisere og samtale med gravide og småbarnsforeldre om alkoholbruk, psykiske vansker og vold i nære relasjoner. Satsingen videreføres.

Andre tiltak

Det faglige ansvaret for Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet (MHFA) legges fra 1. januar 2018 til Høgskulen på Vestlandet i tråd med Meld. St. 21 (2016–2017) Lærelyst – tidlig innsats og kvalitet i skolen, jf. omtale i Kunnskapsdepartementets Prop. 1 S (2017–2018). Senteret skal følge opp igangsatte tiltak i tråd med bl.a. Meld. St.19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen og Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021).

I 2017 er det satt i verk arbeid med veiledninger til og utvikling av anbefalingene om fysisk aktivitet. Anbefalingene vil inkludere effekten av fysisk aktivitet i lys av utfordringer knyttet til psykisk helse og muskel- og skjeletthelse. Dette arbeidet videreføres i 2018 og ses i sammenheng med pågående revisjon av Aktivitetshåndboken.

Det foreslås å videreføre følgende øremerkede tilskudd:

- 38,7 mill. kroner i driftsstøtte til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og deres forebyggende arbeid. Se kap. 765, post 74, for øvrig bevilgningsforslag og nærmere omtale av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.
- 3,6 mill. kroner i driftsstøtte til Atferdssenteret for utvikling av tverrfaglig kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn og unge.
- 3,5 mill. kroner til møteplass for folkehelse og kampanjen for fellesskap og sosial støtte i regi av Frivillighet Norge, jf. post 70 og omtale under post 79.
- 3,3 mill. kroner i driftsstøtte til Høgskolen i Oslo og Akershus for å sikre finansieringen av Ungdata.

Post 60 Kommunale tiltak

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

Det foreslås å flytte 7,5 mill. kroner, herunder 5 mill. kroner fra kap. 714, post 21, og 2,5 mill. kroner fra kap. 714, post 79, knyttet til styrking av tilskudd under program for folkehelsearbeid i kommunene.

Program for folkehelsearbeid i kommunene

Tilskuddsrammen til program for folkehelsearbeid i kommunene foreslås økt med vel 25 mill. kroner gjennom omprioriteringer innenfor kap. 714, til 71,3 mill. kroner i 2018. Programmet startet i 2017 og er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Programmet skal gå over ti år og er et utviklingsarbeid for å fremme psykisk helse og lokalt rusforebyggende arbeid. 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. Programmet starter i noen fylker i 2017, men skal trappes opp slik at alle fylker mottar tilskudd i løpet av programperioden. I 2017 ble det gitt tilsagn om 42,1 mill. kroner i tilskudd til fylkene Agder (Aust-Agder og Vest-Agder), Østfold, Vestfold, Oslo og Oppland.

Helsedirektoratets tilskuddsordning til rus- og kriminalitetsforebyggende koordinatorer (SLT) fases ut i 2018. Det foreslås satt av 0,8 mill. kroner innenfor programmet til tilskudd til kommuner som fortsatt deltar i ordningen.

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, post 65.

Tverrfaglig innsats på rusmiddelfeltet

Det foreslås å videreføre tilskuddsordning for bedre tverrfaglig innsats på rusfeltet med 3,2 mill. kroner. Det foreslås at tilskuddsordningen samordnes med tilskuddsordningen for systematisk identifisering og oppfølging av utsatte barn. Ordningen forvaltes av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Tilskuddsordningene retter seg mot de samme målgruppene og har overlappende formål. Ved å kunngjøre ordningene med et felles regelverk vil søknadsprosessen bli enklere for kommunene og tilskuddsforvaltningen vil bli mer effektiv. Bufdir får ansvaret for tilskuddsforvaltningen i samråd med Helsedirektoratet.

Andre tiltak

Det treårige utviklingsarbeidet om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse har mottatt 17 mill. kroner årlig i prosjektperioden 2015–2017. Arbeidet avsluttes som prosjekt i 2018, men erfaringer, metoder og arbeidsformer videreføres gjennom program for folkehelsearbeid i kommunene. Helsedirektoratet har i oppdrag å sørge for gjennomføring av prosjektet. 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 folkehelsetiltak. 40 kommuner i åtte fylker deltar i prosjektet. De respektive fylkeskommuner er prosjekteiere og har inngått avtale om kompetansebygging, følge med-funksjon og fylkesvise evalueringer med regionale høgskoler og universiteter. Foreløpige funn viser at kombinasjonen av kvantitative og kvalitative data gir bedre kunnskapsgrunnlag for plan- og beslutningsprosesser. I arbeidet framover blir det viktig å styrke arbeidet med å integrere kunnskapen i styringssystem. Det er gjort avtale om nasjonal evaluering. Sluttrapport 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 0,7 mill. kroner til Sunne kommuner.

Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til rusmiddelforebyggende innsats.

Det foreslås 5 mill. kroner til en egen tilskuddsordning til rusmiddelforebyggende innsats rettet inn mot studenter og studiesteder i regi av bl.a. studentsamskipnader og studentorganisasjoner, jf. Innst. 401 S (2016–2017), jf. Prop. 129 S (2016–2017). Hensikten vil være å stimulere studiestedene til å etablere retningslinjer for rusmiddelbruk og andre rusmiddelforebyggende tiltak ved studiestedene. Det foreslås at tilskuddsordningen samordnes med tilskuddsordningen Studenters psykiske helse, jf. kap. 765, post 73, som i stor grad retter seg mot de samme målgruppene og har overlappende formål. Ved å kunngjøre ordningene med et felles regelverk vil søknadsprosessen bli enklere for studentsamskipnader, læringsinstitusjoner og studentorganisasjoner, samtidig som tilskuddsforvaltningen vil bli mer effektiv. Mål for ordningen vil være å styrke studentenes psykiske helse og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk, enten gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak eller gjennom utvikling av tjenestetilbud. Tiltak som bidrar til å heve kunnskapen om studenters helse og trivsel, eller som stimulerer studiestedene til å etablere retningslinjer for rusmiddelbruk og andre rus-

middelforebyggende tiltak ved studiestedene kan også støttes. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (Shot) kan fortsatt søke tilskudd gjennom denne ordningen. For øvrig vil hovedelementene i ordningen tilsvare tilskuddsordningen for frivillig rusmiddelforebyggende innsats og tilskuddsordningen Studenters psykiske helse. En samordnet tilskuddsordning vil sammen med forslag til bevilgning over kap. 765, post 73, ha en ramme på 10 mill. kroner.

Over tilskuddsordningen for frivillig rusmiddelforebyggende innsats ble det for 2016 gitt 43,8 mill. kroner i tilskudd til 44 tiltak (fordelt på 29 organisasjoner), mens det så langt i 2017 er gitt tilsagn om tilskudd for om lag 44,5 mill. kroner til 33 tiltak, fordelt på 28 organisasjoner. Det foreslås at tilskuddsordningen videreføres.

Over tilskuddsordningen til frivillige rusmiddelpolitiske organisasjoner (nasjonal grunnstøtte) ble det for 2016 gitt om lag 16 mill. kroner i tilskudd til 14 organisasjoner med et samlet medlemstall 23 666, til sammen 307 lokallag fordelt på alle landets fylker. I 2017 er det så langt gitt tilsagn om tilskudd for om lag 18 mill. kroner til 16 organisasjoner med et samlet medlemstall 29 969, til sammen 301 lokallag fordelt på alle landets fylker. Det foreslås at tilskuddsordningen videreføres.

Det foreslås 16,4 mill. kroner i driftsstøtte til kampanjeorganisasjonen Av-og-til. Av-og-til har 48 medlemsorganisasjoner og jobber målrettet med holdningsskapende arbeid innenfor arbeidsliv, båt- og badeliv, samvær med barn og unge mv.

Det foreslås 14,9 mill. kroner i driftsstøtte til Akan kompetansesenter. Proba samfunnsanalyse har på oppdrag fra Helsedirektoratet evaluert kompetansesenteret. Evalueringen bekrefter at Akan gjør en viktig jobb både som kompetansesenter og førstelinjetjeneste. I evalueringen blir det anbefalt å vurdere en bredere forankring gjennom utvidelse av eierskapet, statens operative rolle, strategisk samarbeid for å nå bredere ut og systematisering og dokumentasjon av kunnskapen. Helsedirektoratet vil vurdere anbefalingene i evalueringen før det tas stilling til oppfølging.

Det foreslås 14,7 mill. kroner i driftsstøtte til rusfeltets samarbeidsorgan Actis. Actis er en paraplyorganisasjon for 30 frivillige organisasjoner på rusfeltet som har aktivitet og kompetanse innenfor forebygging, holdningsskapende arbeid, behandling og ettervern.

Det foreslås 7,7 mill. kroner i driftsstøtte til Antidoping Norge og arbeidet mot doping som samfunnsproblem. Antidoping Norge har en sterk posisjon i det internasjonale antidopingarbeidet og har også påtatt seg en pådriverrolle i arbeidet mot doping som samfunnsproblem. Konferansen Doping and Public health, som ble arrangert i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2017, samlet 230 deltakere fra 40 land og bidro til å løfte temaet nasjonalt og internasjonalt.

Det foreslås 3 mill. kroner i tilskudd til Frivillighet Norge i forbindelse med kampanjen for felleskap og sosial støtte, jf. omtale under post 79.

I 2016 og 2017 er det gitt 300 000 kroner i tilskudd til Ski kommune og prosjektet Kafé med mening. Prosjektet har stimulert til engasjement for rusmiddelavhengige på lokalt nivå og bidratt til å redusere ernæringsrelaterte helseproblemer hos brukere med rusmiddelproblemer.

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.

Våren 2017 abonnerte om lag 63 000 elever på skolefrukt gjennom Skolefruktordningen. Det tilsvarer vel 10 pst. av elever i grunnskolen. Av disse var det om lag 18 000 som fikk gratis skolefrukt betalt av skole eller kommune. Andel skoler som deltok var vel 36 pst. Det er flest rene barneskoler som benytter tilbudet.

I 2016 og 2017 er det i samarbeid med opplysningskontorene i landbruket og Norges sjømatråd utviklet et praktisk-teoretisk kantinekurs, Påfyll, for ungdomsskolekantiner. E-læringskurs er lagt ut på nettsidene til Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet (MHFA). I tillegg ble NM i lunsj arrangert. Høsten 2016 fikk 24 kommuner/skoleeiere tilskudd til samarbeidstiltak for organisering av matordninger i skolen skoleåret 2016/2017. Disse evalueres høsten 2017 og vil inngå i idébanken til MHFA om organisering av måltider i skolen.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid.

Det foreslås å flytte:

- 3 mill. kroner til kap. 714, post 21, knyttet til helse og miljø, jf. omtale under den posten.
- 2,5 mill. kroner til kap. 714, post 60, knyttet til program for folkehelsearbeid i kommunene, jf. omtale under den posten.

– 0,5 mill. kroner fra kap. 765, post 71, knyttet til organisasjonen Mot.

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), Forandringsfabrikken (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. Det er ingen endringer i tilskuddsmottakere i 2017.

Ordningen skal gjennomgås slik at den bedre skal kunne legge til rette for at psykisk helse i skolen i større grad integreres i norsk skole, og at tiltak rettes mot de skoler med størst behov. Videre skal det legges til rette for systematisk utvikling av ny kunnskap for å fremme barn og unges psykiske helse i barnehager og skoler i samarbeid med frivillig sektor, kommuner og forskningsmiljøer, jf. Innst. 11 S (2016–2017).

Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen har som mål å forebygge ensomhet og tilbaketrekning 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 samarbeider 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 møtested og at de setter pris på den fysiske aktiviteten. Arbeidet har bidratt til etablering av nye seniordans-grupper i de fleste fylker, og 58 nye gågrupper i 2017 (fra 23 i 2015) og mange flere deltakere.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til det siste året i Frivillighet Norges treårige kampanje for fellesskap og sosial støtte, jf. forslag om 3 mill. kroner over post 21 og 3 mill. kroner over post 70. Nettportalen Frivillig.no er et viktig verktøy i kampanjen. Siden lansering i desember 2015 har det kommet inn over 16 000 interessemeldinger fra folk som vil bli frivillige, i organisasjoner, menigheter eller på kulturfestivaler. Et bredt utvalg av frivillige organisasjoner er med på utvikling, evaluering og gjennomføring. Det er i tillegg til selve portalen lagt opp til kursing og veiledning av organisasjoner for å bidra til åpen og inkluderende rekruttering til sektoren. Frivillighet Norge arbeider med å legge til rette for at flere skal bli frivillige, med særlig fokus på unge, personer med innvandrerbakgrunn og eldre.

Rambøll foretar en underveisevaluering av kampanjen. Den første delrapporten viser at de frivillige organisasjonene i stor grad er enige i kampanjens målsettinger om å forebygge ensomhet og isolasjon. I evalueringen anbefaler Rambøll bl.a. at Frivillighet Norge skal gi organisasjonene tydeligere kjennskap til kampanjens målsettinger, øke samarbeidet med kommunesektoren og se på mulighetene for å styrke kommunens koordinerende rolle lokalt. I tillegg er det viktig å redusere risikoen for at nye frivillige som registrerer seg på Frivillig.no ikke får svar. Evalueringen er et nyttig faktagrunnlag for videre aktiviteter i kampanjen.

Andre tiltak

Det foreslås å videreføre følgende øremerkede tilskudd:

– 23 mill. kroner til Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet, herunder 6 mill. kroner til drift av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag og 17 mill. kroner til delfinansiering av undersøkelsen Hunt 4.
– 3,7 mill. kroner i driftsstøtte til Norges astma- og allergiforbund, bl.a. til drift av Pollenvarslingen.
– 3 mill. kroner i driftsstøtte til Universitetet i Tromsø til Tromsøundersøkelsen.
– 1,2 mill. kroner i driftsstøtte 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 Fiskesprell.
– 1 mill. kroner til Skadeforebyggende forum til drift av aktiviteter iht. samarbeidsavtale.
– 0,5 mill. kroner til forebyggende arbeid i regi av organisasjonen Mot, flyttet fra kap. 765, post 72.

Kap. 3714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
04	Gebyrinntekter	2 404	2 311	2 361
	Sum kap. 3714	2 404	2 311	2 361

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som forvaltes av Helsedirektoratet.

Post 04 Gebyrinntekter

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 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*			9 995
70	Tilskudd			57 789
	Sum kap. 0717			67 784

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 751. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 150.

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

- reduksjon på 1 mill. kroner, post 21, flyttes til kap. 746 Statens legemiddelverk knyttet til virksomhetsoverdragelsen av forvaltningsområdet medisinsk utstyr.
- bevilgningen over post 70 foreslås økt med 3 mill. kroner til kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 1 mill. kroner til kap.746 post 01, knyttet til overføring av forvaltningsområdet medisinsk utstyr.
- 0,2 mill. kroner fra kap.740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten.

Bevilgningen nyttes til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboka. I tillegg nyttes bevilgningen til bl.a. Helsedirektoratets arbeid med tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk. Deler av bevilgningen har også vært brukt til Helsedirektoratets arbeid med tilsyn og tiltak på området medisinsk utstyr. Fra 2018 er forvaltningsområdet medisinsk utstyr flyttet til Statens legemiddelverk, jf. forslaget om flytting av 1 mill. kroner til kap. 746, post 01.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike legemiddeltiltak.

Kompetansenettverk legemidler for barn

Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barneklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen. Nettverket har en styringsgruppe som foruten ledelsen består av representanter fra de ulike helseregionene og en allmennlege. I tillegg har nettverket en stab for å ivareta administrative og faglige oppgaver. Det er etablert lokale legemiddelutvalg ved alle sykehus som har barneavdelinger. Legemiddelutvalgene er tverrfaglige og består av lege, sykepleier og farmasøyt.

Nettverket har følgende fire prioriterte arbeidsfelt: Pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling samt vitenskapelig kompetanse og kunnskapsoppsummering. Nettverket bidrar til kvalitetssikringsarbeid i spesialist- og primærhelsetjenesten ved å støtte prosjekter faglig og økonomisk. Nettverket arrangerer også faglige seminarer.

I årene 2010–2017 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, se nærmere omtale under temaet forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten, kap. 732.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 6 mill. kroner til Haukeland Universitetssykehus til drift av kompetansenettverket i 2018. Videre foreslås det en bevilgning på 0,4 mill. kroner for å sikre norsk tilgang til British National Formulary for Children i 2018.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 341 (2016–2017), 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). Kontaktpunktet for tverretatlig legemiddelinformasjon ble etablert i 2006 og har representanter fra Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Kontaktpunktet om at forslag til langsiktig løsning for informasjon om legemidler til barn innlemmes i deres utredning om helsepersonellets behov når det gjelder legemiddelinformasjon. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. Kontaktpunktet har frist til å levere sin rapport 1. desember 2017. Departementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Apotek

Ved utgangen av 2016 var det 868 apotek i Norge, en økning på 34 apotek sammenliknet med året før. Per 15. juni 2017 var det 885 apotek i Norge.

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis det støtte til samfunnsfunksjoner ved Institutt for energiteknikk i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler. For driftsåret 2017 ble det gitt støtte til sju vaktapotek og sju distriktsapotek. For driftsåret 2015 fikk seks vaktapotek og fem distriktsapotek støtte.

Fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen 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 fraktrefusjonsordningen f.o.m. 2017 begrenset til visse legemidler/pasientgrupper.

Regionale legemiddelsentra

Det er fire regionale legemiddelinformasjonssentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehusene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis gir viktig informasjon ved legemiddelforskrivning gjennom sin spørsmål- og svartjeneste for helsepersonell, som også omfatter spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient med spesielle behov.

Relis har også en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger, vurderer årsakssammenhenger og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler.

Siden 2015 har Relis gjennomført piloter med Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp). Kupp er den norske versjonen av undervis-

ningsmetoden «academic detailing» (AD), som ble utviklet ved Harvard Medical School i Boston. Bakgrunnen for AD var at kunnskapen om praktisk klinisk farmakologi og legemiddelinformasjon hovedsakelig ble formidlet via legemiddelindustrien. Det var et ønske om å ta i bruk legemiddelindustriens kommunikasjons- og markedsføringsferdigheter til å bedre forskrivers legemiddelkompetanse og på den måten bidra til å hindre feil legemiddelbruk.

I Kupp utarbeider en gruppe anerkjente spesialister fra et fagområde en kortfattet sammenfatning av tilgjengelig kunnskap på et bestemt tema, sammen med farmasøyter og farmakologer. Det utarbeides deretter et undervisningsopplegg som formidles direkte til legen i et én-til én møte. Hensikten er å gi legen en kunnskapsbasert, produsentuavhengig oppdatering på et tema som er direkte anvendbart i den kliniske hverdagen.

Relis har gjennomført Kupp-piloter i alle helseregioner i perioden 2015–2017. Tema i disse pilotene har vært riktig bruk av NSAIDs (betennelseshemmende legemidler) og av antibiotika. Det foreslås en bevilgning på 3 mill. kroner til Relis i 2018 for å fortsette Kupp-kampanjen på antibiotika. I tillegg skal det startes en Kupp-kampanje på diabetes 2.

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter, 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 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
70	Legemiddelomsetningsavgift	107 784	90 000	68 000
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 984	4 900	4 900
73	Legemiddelkontrollavgift	120 932	125 000	159 000
74	Tilsynsavgift		3 770	3 770
	Sum kap. 5572	234 700	223 670	235 670

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

- Legemiddelomsetningsavgift reduseres med 22 mill. kroner på bakgrunn av gjennomgang av gebyr og avgiftsnivået på legemiddelområdet.
- Legemiddelkontrollavgift økes med 34 mill. kroner for å dekke nye formål for denne avgiften, jf. høring av 24. februar 2017 om endringer i legemiddelloven – avgifter og gebyrer på legemiddelområdet.

Bevilgningen dekker sektoravgifter på legemiddelområdet.

Post 70 Legemiddelomsetningsavgift

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist, jf. legemiddelloven § 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). Avgiftssats foreslås redusert i 2018 fra 0,45 pst. til 0,3 pst. En slik reduksjon vil være i tråd med gjeldende bestemmelser om statlig gebyr- og avgiftsfinansiering, jf. høring av 21. mars 2017 om forslag til endringer i legemiddelloven – avgifter og gebyrer på legemiddelområdet.

Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder for legemidler utenom apotek. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader forbundet med tilsyn.

Post 73 Legemiddelkontrollavgift

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning, jf. legemiddelloven § 10 og legemiddelforskriften § 15-3 tredje og femte ledd. Avgiften skal bl.a. finansiere Legemiddelverkets arbeid med kvalitetskontroll, bivirkningsovervåkning, informasjonsvirksomhet mv. Avgiften foreslås økt fra 0,7 pst. til 1 pst. Samtidig foreslås registreringsgebyr kap. 3746 post 04 redusert. Det vises her til høring av 24. februar 2017 om forslag til endringer i legemiddelloven – avgifter og gebyrer på legemiddelområdet. Forslagene til endring av innretning og nivå av avgifter og gebyrer på legemiddelområdet innebærer bl.a. at deler av Statens legemiddelverks arbeid med markedsføringstillatelser dekkes av Legemiddelkontrollavgift i stedet for av Registreringsgebyr.

Post 74 Tilsynsavgift

Det foreslås 3,77 mill. kroner til en årsavgift som skal dekke Legemiddelverkets kostnader til tilsynsaktiviteter etter tobakksdirektivet.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
85	Statens overskuddsandel	58 531	32 000	70 900
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	58 534	32 002	70 902

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 detaljsalg av alkoholholdig drikk med høyere alkoholinnhold enn 4,7 volumprosent.

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

Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet i hele landet. I 2016 åpnet Vinmonopolet 9 nye butikker. Med totalt 315 butikker ved utgangen av 2016 bor 91 pst. av befolkningen i en kommune med Vinmonopol. 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 81,3 mill. liter i 2016, en økning på 1 pst. fra 2015. Salget av svakvin gikk opp med 0,7 pst. til 66,4 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker gikk opp med 1 pst. til 11,3 mill. liter. Salget av sterkvin gikk ned med 3,7 pst. til 519 000 liter, mens det ble solgt 2,6 mill. liter sterkøl, en økning på 6,4 pst. fra 2015. Salget av alkoholfrie drikker økte med 24,9 pst. til 436 000 liter.

Vinmonopolets omsetning var 13,2 mrd. kroner eksklusiv mva. i 2016, en omsetningsøkning på 456,6 mill. kroner fra 2015. Av dette var 7 mrd. kroner alkoholavgift. Driftsresultatet var 179,2 mill. kroner, en økning på 39,7 mill. kroner fra 2015. Økt driftsresultat skyldes i hovedsak økt omsetning. Resultatet før skatt ble 199,4 mill. kroner, som er 38 mill. kroner høyere enn i 2015.

Stortinget har fastsatt at 50 pst. av overskuddet etter skatt skal tilfalle staten. Dette utgjorde for 2016 74,8 mill. kroner som innbetales i 2017.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2016 et resultat på 5,3 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 2017 fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2016 før ekstraordinære poster. Andelen på 50 pst. foreslås uendret i 2018. Forslaget bygger på en vurdering av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknettet, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet og ønsket kapitalstruktur. Foreslått beløp er beregnet ut fra budsjettert resultat for 2017.

Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2016. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

Programkategori 10.20 Helseforvaltning (utgår)

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
720	Helsedirektoratet	1 249 354	1 347 252		-100,0
721	Statens helsetilsyn	113 285	129 342		-100,0
722	Norsk pasientskadeerstatning	251 374	255 644		-100,0
723	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	118 235	147 388		-100,0
729	Pasient- og brukerombud	60 235	68 084		-100,0
	Sum kategori 10.20	1 792 483	1 947 710		-100,0

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 654 714	1 821 708		-100,0
30–49	Nybygg, anlegg m.v.	2 848	4 211		-100,0
70–89	Andre overføringer	134 921	121 791		-100,0
	Sum kategori 10.20	1 792 483	1 947 710		-100,0

Kap. 720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	1 143 028	1 262 841	
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	41 279	32 598	
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	2 848	4 211	
70	Helsetjenester i annet EØS-land	41 265	47 602	
71	Oppgjørsordning h-resept	25 479		
72	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	-4 545		
	Sum kap. 0720	1 249 354	1 347 252	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 740 Helsedirektoratet og nytt kap. 747 Statens strålevern, jf. budsjettforslag på side 111 og side 139.

Kap. 3720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter	83 109	37 746	
03	Helsetjenester i annet EØS-land	39 677	46 896	
04	Gebyrinntekter	44 324	44 013	
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	62 097	64 805	
	Sum kap. 3720	229 207	193 460	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 3740 Helsedirektoratet og nytt kap. 3747 Statens strålevern, jf. budsjettforslag på side 119 og side 143.

Kap. 721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	113 285	129 342	
	Sum kap. 0721	113 285	129 342	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 748 Statens helsetilsyn, jf. budsjettforslag på side 143.

Kap. 3721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Salgs- og leieinntekter	96		
04	Diverse inntekter	1 727	1 492	
	Sum kap. 3721	1 823	1 492	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 3748 Statens helsetilsyn, jf. budsjettforslag på side 147.

Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	178 652	181 455	
70	Advokatutgifter	35 332	37 214	
71	Særskilte tilskudd	37 390	36 975	
	Sum kap. 0722	251 374	255 644	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning, jf. budsjettforslag på side 120.

Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter	2 555	1 420	
50	Premie fra private	37 015	18 018	
	Sum kap. 3722	39 570	19 438	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning, jf. budsjettforslag på side 122.

Kap. 723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	103 272	124 441	
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	14 963	22 947	
	Sum kap. 0723	118 235	147 388	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, jf. budsjettforslag på side 123.

Kap. 3723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
50	Premie fra private	2 304	2 447	
	Sum kap. 3723	2 304	2 447	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, jf. budsjettforslag på side 126.

Kap. 729 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	60 235	68 084	
	Sum kap. 0729	60 235	68 084	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 709 Pasient- og brukerombud, jf. budsjettforslag på side 43.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
732	Regionale helseforetak	135 637 164	141 156 559	147 780 256	4,7
733	Habilitering og rehabilitering	159 271	149 143	150 256	0,7
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	182 395	173 575	176 231	1,5
	Sum kategori 10.30	135 978 830	141 479 277	148 106 743	4,7

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
01–23	Statens egne driftsutgifter	112 154	104 090	109 044	4,8
70–89	Andre overføringer	135 866 676	141 375 187	147 997 699	4,7
	Sum kategori 10.30	135 978 830	141 479 277	148 106 743	4,7

Vesentlige endringsforslag er omtalt under hvert budsjettkapittel.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager, og fyller en viktig funksjon i en helhetlig behandlingskjede. Spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som dekkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak et ansvar for at helseforetakene utfører utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret). De fire regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de eier. Sørge for-ansvaret ivaretas gjennom den offentlige helsetjenesten, driftsavtaler med ideelle institusjoner og kjøp av tjenester fra andre private aktører.

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammene som er fastsatt økonomisk og i lover og forskrifter. Det helsepolitiske oppdraget samt 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 virksomhetene drives i samsvar med de krav som er stilt gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom månedlig rapportering med påfølgende opp-

følgingsmøter og utvidet rapportering hvert tertial.

Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2007 og bestod tidligere av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Helse Sør-Øst har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Sør-Øst består av Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF. Helse Sør-Øst forvalter driftsavtaler med Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset. I tillegg forvalter Helse Sør-Øst RHF avtaler med om lag 1000 avtalespesialister og om lag 80 avtaler med private institusjoner. Helse Sør-Øst har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 2,9 mill. innbyggere og hadde i 2016 om lag 78 000 medarbeidere som utførte om lag 60 000 årsverk. Helse Sør-Øst har et samlet inntektsbudsjett på om lag 79 mrd. kroner i 2017. Helse Sør-Øst RHF har om lag 170 medarbeidere. Sykehuspartner HF har om lag 1300 ansatte og har det overordnede ansvaret for IKT-, HR- og innkjøpstjenester til alle sykehusene i Helse Sør-Øst.

Helse Vest RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Vest består av Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sjukehusapoteka Vest HF. I tillegg eier det regionale helseforetaket Helse Vest IKT AS. Helse Vest RHF har driftsavtale med Haraldsplass Diakonale Sykehus som en del av lokalsykehustilbudet, og forvalter avtaler med om lag 280 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner. Helse Vest har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 1,1 mill. innbyggere og hadde i 2016 om lag 28 000 medarbeidere som utførte om lag 21 700 årsverk. Helse Vest har et samlet inntektsbudsjett på om lag 27,7 mrd. kroner i 2017. Helse Vest RHF har om lag 60 medarbeidere.

Helse Midt-Norge RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Midt-Norge består av Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF. I tillegg eier Helse Midt-Norge RHF Helse Midt-Norge IT. Helse Midt-Norge RHF forvalter avtaler med om lag 135 avtalespesialister og 20 avtaler med private institusjoner. Helse Midt-Norge har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 700 000 innbyggere og hadde i 2016 om lag 22 500 medarbeidere som utførte om lag 16 700 årsverk. Helse Midt-Norge har et samlet inntektsbudsjett på om lag 21 mrd. kroner i 2017. Helse Midt-Norge RHF har om lag 85 medarbeidere. Helse Midt-Norge IKT har om lag 330 ansatte.

Helse Nord RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for at befolkningen i Nordland, Troms, Finnmark og på Svalbard får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. De har også en særskilt oppgave i å sikre den samiske befolkningen en tilpasset og likeverdig spesialisthelsetjeneste. Helse Nord består av Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF. I tillegg eier det regionale helseforetaket Helse Nord IKT og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Helse Nord RHF forvalter avtaler med om lag 80 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner. Helse Nord har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 480 000 innbyggere og hadde i 2016 om lag 17 600 medarbeidere som utførte om lag 13 500 årsverk. Helse Nord har et samlet inntektsbudsjett på om lag 17,1 mrd. kroner i 2017. Helse Nord RHF har om lag 55 medarbeidere, i tillegg kommer prosjektorganisasjonen for felles innføring av kliniske systemer på om lag 25 personer. Helse Nord IKT har om lag 250 medarbeidere og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 25 medarbeidere.

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

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	17 650	19 686	19 626
70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	801 543	1 786 241	703 180
71	Kvalitetsbasert finansiering, *kan overføres*	519 500	528 749	540 310
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, *kan overføres*	51 588 454	50 034 672	51 977 819
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, *kan overføres*	18 210 231	17 659 836	18 324 281
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*	13 768 443	13 328 177	13 863 582
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, *kan overføres*	12 286 307	11 942 678	12 401 532
76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	31 428 526	34 195 188	36 130 946
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, *overslagsbevilgning*	4 056 724	3 251 892	3 136 492
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, *kan overføres*	1 123 399	1 145 337	1 172 479
79	Raskere tilbake, *kan overføres*	584 157	600 513	
80	Kompensasjon for merverdiavgift, *overslagsbevilgning*		4 982 707	6 414 149
81	Protonsenter, *kan overføres*		75 000	20 540
82	Investeringslån, *kan overføres*	1 229 730	1 566 883	2 857 520
83	Opptrekksrenter for lån f.o.m. 2008, *overslagsbevilgning*	22 500	39 000	60 800
86	Driftskreditter			157 000
	Sum kap. 0732	135 637 164	141 156 559	147 780 256

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

- 1 589 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til pasientbehandling i sykehusene
- 785 mill. kroner i økte lånebevilgninger til tre nye store byggeprosjekter og til nytt sykehus i Drammen
- 450 mill. kroner i økte lånebevilgninger til byggeprosjekter som var inkludert i låneordningen i saldert budsjett 2017
- 18 mill. kroner i økt bevilgning til Nasjonalt tarmscreeningsprogram
- 15 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til dekning av ideelle virksomheters historiske pensjonskostnader
- 11 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til persontilpasset medisin
- 800 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til lavere pensjonskostnader
- 100 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til vedlikeholdsinvesteringer gjennom tiltakspakken for økt sysselsetting
- 54,5 mill. kroner i redusert bevilgning til preforprosjektering av protonsenter i tråd med framdriften i prosjektet
- 17 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompetansetiltak om protonbehandling

- 6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til pilotprosjekt for langvarige smerte- og utmattelsestilstander
- 1 058 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til overføring av finansieringsansvaret for legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene
- 23,4 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus
- 6,9 mill. overført fra Justis- og beredskapsdepartementet knyttet til landsdekkende modell for organisering av rettspsykiatri
- 5,3 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til overføring av midler i Raskere tilbake fra Arbeids- og sosialdepartementet

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 et tilskudd basert på kvalitetsindikatorer for å øke kvalitet (kap. 732, post 71) og tilskudd til forskning og nasjonale kompetansetjenester (kap. 732, post 78).

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bestemmes bl.a. av antall innbyggere i regionen, alderssammensetning, ulike sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata. Hvert år rapporterer de regionale helseforetakene til departementet i årlig melding. Innspillene er en del av grunnlaget for Helse- og omsorgsdepartementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2018. I årlig melding 2016 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametere i oppdragsdokumentene og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2016 og status 2017 i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Hovedtrekk i forslag 2018

Det vises til budsjettforslagets del I, pkt. 2.1 for en mer utfyllende oppsummering av hovedtrekkene i budsjettforslaget for de regionale helseforetakene for 2018 og omtale under postene 72–75.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2018 med 1589 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2017. Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 2 pst. neste år fra anslått aktivitetsnivå i 2017. Dette er en fortsatt høy budsjettert aktivitetsvekst. Det er da tatt hensyn til at aktiviteten i sykehusene er noe lavere i 2017 enn opprinnelig forutsatt, svarende til 178 mill. kroner. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,7 pst. Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene tar hensyn til at pensjonskostnadene anslås 800 mill. kroner lavere i 2018 sammenliknet med saldert budsjett 2017.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2017 til 2018. Fra 2017 er finansering av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling inkludert i ISF. Det er budsjettert med en vekst på om lag 6,8 pst. innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene.

Det foreslås til sammen 785 mill. kroner i økte lånebevilgninger til tre nye store byggeprosjekter i 2018 og til nytt sykehus i Drammen, sammenliknet med saldert budsjett 2017. De tre nye byggeprosjektene er nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og utbygging av Haugesund sjukehus. Det foreslås 220 mill. kroner til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal i 2018, med en samlet låneramme på 3,6 mrd. 2018-kroner. Lånet skal utbetales i perioden 2018–2022. Det foreslås 90 mill. kroner til nytt klinikkbygg fase 1 på Radiumhospitalet i 2018, med en samlet låneramme på 2,7 mrd. 2018-kroner inkludert universitetsarealer. Lånet skal utbetales i perioden 2018–2021. Det foreslås 50 mill. kroner til utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus i 2018, med en samlet låneramme på 1,4 mrd. 2018-kroner. Lånet skal utbetales i perioden 2018–2022. Ved Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017) ble det fastsatt en låneramme på 8,5 mrd. 2017-kroner til nytt sykehus i Drammen. Lånet vil komme til utbetaling i tråd med framdriften i prosjektet i perioden 2017–2024, og det foreslås 425 mill. kroner i 2018.

Særskilte satsingsområder 2018

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 2018 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Samordning på tvers av regionene
- Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
- IKT
- Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

Pasientene etterspør forutsigbare pasientforløp. Derfor er det utarbeidet pakkeforløp for utvalgte tilstander. Pakkeforløpene beskriver planlagt pasientforløp, med fastsatt innhold og tidsfrister for de enkelte elementene i forløpet. Helsedirektoratet tar sikte på å legge fram pakkeforløp for hjerneslag i slutten av 2017. Revisjon av retningslinjene for behandling og rehabilitering av hjerneslag og pakkeforløpet er utarbeidet parallelt, og sikrer at anbefalingene i pakkeforløpet er i tråd med den nyeste kunnskapen og forskningen. Helsedirektoratet har startet arbeidet med en rekke pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling med sikte på implementering av de første i 2018. 28 pakkeforløp for kreft og 31 diagnoseveiledere for fastlegene ble etablert i 2015. Helseforetakene må bruke resultatene på indikatorene for pakkeforløp i eget forbedringsarbeid. Det skal legges vekt på å redusere variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft.

Fritt behandlingsvalgreformen ble innført i 2015. Ordningen omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt enkelte tjenester innen somatikk. Poliklinisk habilitering av barn og unge med medfødt eller ervervet hjerneskade ble inkludert 1. juli 2017. Helsedirektoratet vurderer hvilke nye tjenester som bør inkluderes i ordningen. Fritt behandlingsvalgreformen innebærer også at de regionale helseforetakene skal kjøpe mer fra private gjennom anbud. Det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skal også i framtiden være gjennom anbud. På oppdrag fra departementet leverte de regionale helseforetakene i juni 2017 forslag til tiltak for å bedre samhandlingen mellom sykehusene og private avtaleparter.

Stortinget slo fast gjennom behandlingen av prioriteringsmeldingen i 2016 at de foreslåtte prinsippene for prioritering skal gjelde for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at også pasientbehandling som gjennomføres av avtalespesialistene skal være underlagt disse prinsippene. Avtalespesialistene har imidlertid ikke anledning til å tildele pasientrettigheter per i dag. Det tas sikte på å gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av stortingsperioden. De regionale helseforetakene skal i løpet av høsten 2017 utrede og foreslå konkrete pilotprosjekter som skal prøve ut rettighetsvurdering i tilknytning til avtalespesialistpraksis.

I oppdragsdokumentet for 2016 ble de regionale helseforetakene bedt om å levere utkast til indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av regioner, helseforetak, sykehus og behandlingsenheter på et mer detaljert nivå enn det som er mulig i dag. I oppdragsdokumentet for 2017 ble de regionale helseforetakene bedt om å gi styringsmessig prioritet til dette arbeidet. Arbeidet følges opp i 2018.

Et resultat av variasjonsarbeidet er innføring av indikatoren Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Indikatoren inngår i oppdragsdokumentene 2017 til de regionale helseforetakene, og måler antall pasientavtaler som er forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet som er registrert. Indikatoren Tid til tjenestestart vil inngå i oppdragsdokumentene fra 2018. Helsedirektoratet fikk i juni 2016 oppdrag om å utrede flere forhold knyttet til ventetidsregistrering. Bakgrunnen for oppdraget var bl.a. oppslag i media om registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten og forståelsen av regelverket. Rapporten ble publisert i mai 2017 og Helsedirektoratets vurdering er at ventetiden på nasjonalt nivå samlet sett går ned. Det vises til omtale av rapporten i Del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Departementet har satt i gang et utredningsarbeid for å vurdere ev. endringer i reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og registrering av ventetider.

Flere personellgrupper i spesialisthelsetjenesten foretar polikliniske undersøkelser og behandlinger, enten på selvstendig grunnlag eller i samarbeid med ansvarlig lege. Fra 2018 utvides reglene for utførende helsepersonell i ISF til å inkludere nye grupper, herunder kontakter hos ortoptister og optikere. Fra 2018 legges det i ISF-

ordningen bedre til rette for ambulant somatisk virksomhet der dette er hensiktsmessig.

I budsjettforslag 2018 er det lagt til rette for en generell aktivitetsvekst på om lag 2 pst. som omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det skal også i 2018 være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktspsykiatriske 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. Regionale helseforetak rapporterer nå tvangsdata og tvangsmiddelbruk tertialvis. Dette vil styrke den ledelsesforankrede oppfølgingen og departementet får bedre styringsdata.

Oppfølgingen av datarapporteringen om tvang har vist at det fortsatt er praktiske og IKT-strukturelle utfordringer i helseforetakene som gir risiko for feil i registrering og overføring av data til Norsk pasientregister (NPR). Det er tilrettelagt for rapportering av digitale tvangsdata til NPR, men denne muligheten nyttes ikke fullt ut fra helseforetakenes side. Arbeidet med å identifisere og rette opp barrierer for korrekt datarapportering vil fortsette i 2018.

Som ledd i oppfølgingen av Strategi psykisk helse vil det bli lagt vekt på prosesser som tydeliggjør forventningene til DPS og bup, kartlegger gap mellom forventninger og dagens situasjon, og som legger til rette for nødvendige oppfølgingstiltak. Arbeid for å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang vil bli gitt prioritet. Dette forutsetter et nært samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Sterkere brukerinnflytelse, samvalgsverktøy, utvikling av e-helsetilbud og kunnskapsbaserte arbeidsmåter vil bli vektlagt.

Regjeringens satsing på bedre helsetilbud til barn i barnevernet vil bli videreført i 2018. Bl.a. skal de to første barnevernsinstitusjonene hvor det skal ytes helsehjelp etter hjemmesykehusmodellen etableres i 2018 i hhv. Søgne og Bodø.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter gjelder fra 1. januar 2017 også for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). De regionale helseforetakene har i 2017 fått i oppdrag, i samarbeid med Helsedirektoratet, å etablere et grunnlag for registrering av utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regjeringen vil foreslå endringer i forskriften slik at også betalingsplikten fra 2019 gjelder pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Det skal samtidig vurderes andre endringer i forskriften. Det viktigste spørsmålet er om det skal være folkeregistrert kommune eller oppholdskommunen som skal få betalingsplikt.

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 til å arbeide mer systematisk for bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennom stortingsmeldingene utfordres personell, pasienter og ledere til å bruke resultatene som grunnlag for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenesten. Målet er videre å stimulere til utvikling av en kvalitetsorientert ledelse og etablere systemer som skal bidra til en sikkerhetsfokusert og lærende kultur, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Målene for forløpstider er nådd for mange kreftformer, noe som innebærer at tilbudet til kreftpasienter er blitt bedre og mer forutsigbart. Flere pasienter kommer raskere i gang med behandling. I tiden framover er det viktig å satse på oppbygging av tilbudet til de som lever med eller har gjennomgått en kreftsykdom og sliter med senskader. Dette må gjøres i samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det skal innføres et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft med oppstart i 2019. Screeningprogrammet skal baseres på undersøkelse av blod i avføringen (FIT) med gradvis overgang til kikkertundersøkelse av tarmen (koloskopi). Programmet skal tilbys kvinner og menn det året de fyller 55 år og skal rulles ut trinnvis over 5 år. I 2018 må programmet forberedes ved at det investeres i utvikling av nytt IT-program, start rekruttering av personell, skopiskole og investeringer i endoskopisentre.

Hjernesykdommer rammer en av tre mennesker i løpet av livet, og regjeringen mener det kan gi stor gevinst å se dette fagområdet samlet. Mange av pasientene kan leve et godt liv og mestre livet med en diagnose eller tilstand, men det er nødvendig at pasientene får tverrfaglige og koordinerte tjenester. Regjeringen tar sikte på å legge fram en strategi for hjernehelse og pakkeforløp for hjerneslag ved utgangen av 2017.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender (2014–2018) har som overordnede målsettinger å:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

For å nå målene implementerer spesialisthelsetjenesten tiltakspakker på utvalgte risikoområder og ledelse, samt kartlegger omfanget av pasientskader og pasientsikkerhetskultur. Målet er at de ulike tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet blir implementert og ledelsesforankret som en varig og integrert del av det daglige arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. De regionale helseforetakene skal kartlegge omfanget av pasientskader og gjennomføre felles kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur i 2018. I samarbeid med Helsedirektoratet og pasientsikkerhetsprogrammet skal de regionale helseforetakene i 2018 legge til rette for at arbeidet igangsatt i pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og integreres i tjenesten, samt legge en plan for hvordan arbeidet med pasientsikkerhet og en samordnet innsats på området bør innrettes fra 2019. For å kunne følge med på utviklingen av pasientskader og pasientsikkerhetskultur på nasjonalt nivå, skal de regionale helseforetakene fortsette å rapportere nasjonale indikatorer til Helsedirektoratet også etter 2018. Kartleggingen av andel pasientskader viser at det er behov for styrket innsats for å redusere antall skader.

Medisinske kvalitetsregistre er viktige for å sikre kunnskap om kvaliteten på diagnostikk og behandling i helsetjenesten. Registrene skal primært utgjøre grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning, men også danne grunnlag for statistikk, helseanalyser, planlegging, styring og beredskap. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre utvikles på områder med behov for kunnskap, som f.eks. innenfor psykisk helsevern og rus. På områder der pasientgrunnlaget er lite, eksempelvis innenfor persontilpasset medisin, høyspesialisert medisin og sjeldne sykdommer, skal det tilrettelegges for internasjonalt samarbeid om kvalitetsregistre, herunder på områder som inngår i de europeiske referansenettverkene eller nordisk samarbeid. Etablering av registre forutsettes skje innenfor rammen av det etablerte systemet for nasjonal status for medisinske kvalitetsregistre. For eksisterende registre skal det legges vekt på tiltak knyttet til datakvalitet, resultatformidling og dokumentasjon på bruk av registerdata. De regionale helseforetakene skal i 2018 videreføre arbeidet med å sikre at utviklingen av nasjonale medisinske kvalitetsregistre knyttes tettere opp mot journalsystemene gjennom IKT-strategiene i de regionale helseforetakene, og legge til rette for samlet drift av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene hos Norsk Helsenett SF. Se kap. 701, post 71, for omtale av medisinske kvalitetsregistre.

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. Se kap. 701 for nærmere omtale av Helsedataprogrammet.

For å øke antall organdonorer i Norge, vil de regionale helseforetakene få oppdrag om å ta det nasjonale ansvaret med en informasjonskampanje i 2018. Dette arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med relevante aktører. Direktoratet for e-helse skal gjøre nødvendige tekniske endringer for å realisere en elektronisk løsning for organdonasjon i kjernejournal.

Pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan oppleve at det ikke finnes behandlingsmuligheter i Norge, eller at de som finnes er forsøkt og ikke lenger har effekt. Flere kan ha et ønske om en ny vurdering av sin tilstand og en gjennomgang av ev. uprøvde behandlingsmuligheter, inkludert utprøvende behandling gjennom kliniske studier. Departementet vil 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 behandling i Norge eller utlandet. Ordningen kan bidra til at legene bedre kan innhente bistand eller henvise pasienter videre, der dette er nødvendig og mulig. Panelet skal også gi pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom en likeverdig mulighet til å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier i Norge eller utlandet. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å utrede en nasjonal ordning.

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. Fortsatt er det for få studier på enkelte områder og for få nasjonale kliniske multisenterstudier. Informasjonen til pasienter om kliniske studier på helsenorge.no må bli bedre og pasienter bør gis likeverdig mulighet for vurdering av deltakelse i kliniske studier. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å legge til rette for dette. Helsedirektoratet er, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, gitt i oppdrag å bedre informasjonen om kli-

niske studier på helsenorge.no og sørge for at nettsiden blir lettere å finne fram til for pasienter og helsepersonell. Det nordiske samarbeidet om kliniske studier, Nordic Trial Alliance, vil også støtte opp om dette arbeidet, jf. omtale under kap. 3703, post 02.

Personell, utdanning og kompetanse

Personell, utdanning og kompetanse er kritisk viktige innsatsfaktorer i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste og for å gi gode og trygge helsetjenester. Å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse, god arbeidsdeling og bedre bruk av personell er sentrale temaer i Nasjonal helse- og sykehusplan og oppfølgingen av denne.

Personellframskrivninger har synliggjort et betydelig forventet merbemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten i årene framover. Særlig oppmerksomhet må rettes mot sykehusenes store behov for spesialisert kompetanse, både medisinsk og annen helsefaglig kompetanse. Samtidig opplever sykehusene endrede kompetansebehov og store behov for annen type fagkompetanse innen bl.a. realfag, IKT, logistikk og ulike støttetjenester.

Helseforetakene både regionalt og lokalt må ha oppmerksomhet og kunnskap om framtidige behov for kompetanse og personell i sykehusene, og legge planer for hvordan disse best kan møtes. Den nasjonale bemanningsmodellen som er utviklet i samarbeid mellom regionale helseforetak, skal fortsatt utgjøre et nyttig verktøy i arbeidet med strategisk planlegging av personell-, kompetanse- og utdanningsbehov. Sykehusenes behov for kompetanse og personell må også sees i sammenheng med behovene i de kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur er under omlegging og skal moderniseres. Utdanningen skal rettes inn mot framtidens helseutfordringer, ta inn over seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren. Ny spesialistforskrift trådte i kraft 1. mars 2017, og de første legene startet opp i utdanningens del 1 (tilsvarende tidligere turnus) i september. Del 2 og 3 i ny ordning vil starte i mars 2019. Nye læringsmål fastsettes av Helsedirektoratet med faglige innspill fra Legeforeningens spesialitetskomiteer. Læringsmålene for del 1 er besluttet, og målene for del 2 og 3 er under utarbeiding. Regionale sentra for å ivareta utdanning er etablert ved regionsykehusene. Iht. Stortingets føringer, skal det legges vekt på at læringsmålene også skal være tilpasset behovene i de mindre sykehusene. Det vises også til omtale i Prop. 1 S (2015–2016) og i Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015–2016)). Prioriterte oppgaver for de regionale helseforetakene i 2018 vil være å starte planleggingen for del 2 og 3 i spesialistutdanningen. Dette inkluderer å utarbeide søknader om godkjenning av utdanningsvirksomheter og gi innspill til Helsedirektoratets prosesser.

Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin ble vedtatt av departementet i januar 2017. De regionale helseforetakene har ansvar for å legge til rette for læringsaktiviteter og helhetlige utdanningsløp slik at spesialister i akutt- og mottaksmedisin kan godkjennes så snart som mulig etter 1. mars 2019.

Forskning og innovasjon

Det er viktig å styrke kvaliteten på og omfanget av tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning, helsetjenesteforskning og innovasjon. Dette fordi det bidrar til god kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten, økt tilgang til nye behandlingsmetoder, optimering av eksisterende behandlingsmetoder og måter å organisere tjenesten på, og i enkelte tilfeller, ekskludering eller utfasing av behandlingstiltak som viser seg å ikke ha god nok effekt. Forskningsprosjekter skal vurderes både ut i fra forskningskvalitet og ut i fra nytte for tjenesten og pasientene. Brukere skal inkluderes aktivt i utformingen av forsknings- og innovasjonsprosjekter.

Program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten skal gi flere pasienter mulighet til å delta i kliniske studier, bidra til økt koordinering av kompetanse, ressurser og infrastruktur og styrke grunnlaget for å gi data av god kvalitet. Det er et mål å øke både antallet offentlig initierte kliniske studier og studier initiert av næringslivet. Det er behov for å videreføre arbeidet med å styrke de kliniske utprøvingsenhetene og bruk av Norwegian Infrastructure for Clinical Trials, Norcrin.

NorPedMed er et klinisk forskningsnettverk med base i Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, finansiert over kap. 717, post 70. Det er ønskelig å knytte NorPedMed nærmere til Norcrin-nettverket, gjennom at det etableres som egen node i nettverket i Helse Vest RHF.

Nasjonal database for kliniske intervensjonsstudier og nettside for pasientrettet informasjon om kliniske studier på helsenorge.no vil bidra til bedre oversikt over pågående kliniske studier og bør videreutvikles. Det er satt i gang et arbeid med utvikling av en nasjonal database og indikato-

rer for kliniske studier, som grunnlag for å utforme kvantitative styringskrav samt økonomisk insentiv for å øke pasienters deltakelse i kliniske studier gjennom det resultatbaserte finansieringssystemet for forskning i de regionale helseforetakene.

Det er behov for økt forskning på pasientsikkerhet og effekter av behandling, gjennom bl.a. bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det er et mål å øke helseforetakenes deltakelse i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon 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 2017 pilotert et nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene, basert på pilotprosjektet gjennomført i 2016, se omtale i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det tas sikte på å gjennomføre en første måling i 2018, og på implementering 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 for uttesting av medisinsk-teknisk utstyr.

Nasjonal samarbeidsavtale om innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren 2013–2017 som en del av den tiårige nasjonale satsningen med nasjonal samarbeidsavtale (2007–2017) om innovasjon og næringsutvikling i regi av Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet utløper i 2017. Samarbeidet mellom aktørene om innovasjon og næringsutvikling følges opp gjennom arbeidet med stortingsmeldingen om helseindustrien, oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien og ses i sammenheng med oppdrag gitt til Helsedirektoratet om å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem, jf. omtale av HelseOmsorg21 i del III.

Samordning på tvers av regionene

Det er etablert flere felleseide nasjonale foretak de senere årene for å sikre felles løsninger for hele spesialisthelsetjenesten. Det ble i 2015 stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle fastsette felles prinsipper for styring av de felleseide foretakene. Disse ble ferdigstilt høsten 2015, og som en oppfølging av dette arbeidet ble Luftambulansetjenesten HF og Pasientreiser HF omdannet fra ansvarlige selskap (ANS) til helseforetak i 2017.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF har vært de regionale helseforetakenes verktøy for innføring og drift av nødnett, som er ferdig utbygget i 2017. Helseforetaket har overtatt ansvaret for brukerutstyret for kundene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og har også ansvaret for drift av det felles legevaktnummeret 116117.

Nasjonal IKT HF skal sikre strategisk samarbeid på IKT-området og koordinere tiltak med andre aktører i helsetjenesten. Det er lagt en strategi fram mot 2019 for samhandling og standardisering på tvers av de regionale helseforetakene.

Sykehusbygg HF skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang ved prosjektering og bygging av sykehus. Sykehusbygg skal benyttes i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner og bistår nå i mange bygge- og utviklingsprosjekter.

Sykehusinnkjøp HF ble etablert i 2016 for å samordne og standardisere innkjøp og logistikk. Helseforetaket ferdigstiller overdragelse av ansatte fra regionene til selskapet i løpet av 2017. Sykehusinnkjøp HF vil ha en desentralisert virksomhet med enheter i alle helseregioner for å sikre nærhet til de kliniske miljøene. De skal sørge for at anskaffelser til helseforetakene skjer på korrekt og samfunnsansvarlig måte, være en pådriver for etisk handel og miljøvennlige innkjøp og tilrettelegge for bruk av nye innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

For å sikre fortsatt utvikling av felles løsninger for spesialisthelsetjenesten, har departementet i 2017 bedt de regionale helseforetakene sørge for at de felleseide nasjonale foretakene har rammebetingelser som sikrer en utvikling i tråd med fastlagte mål og strategier.

Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Det vises til omtale i del III, kapittel 6 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – oppfølging av NOU 2016: 25.

IKT

Departementet vektlegger at IKT-utviklingen framover, også i de regionale helseforetakene, skal ha et nasjonalt perspektiv.

De regionale helseforetakene skal understøtte nasjonale tiltak og prosesser i regi av Direktoratet for e-helse. De skal benytte den nasjonale porteføljestyringen som forvaltes av Direktoratet for e-helse for å sikre samordning i utviklingen av tjenester og løsning av nasjonal betydning. Videre

skal de regionale helseforetakene aktivt bidra i de nasjonale arbeidene med felles infrastruktur, utvikling av felles arkitektur, kodeverk og terminologi. Innsatsen på området forventes å øke framover.

Direktoratet for e-helse har i 2017 gjort en komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området. Analysen viser at selv om arbeidet med digitaliseringen i spesialisthelsetjenesten går framover er det fortsatt, på enkelte områder, for liten grad av samordning av IKT-utviklingen mellom regionene. Økt samordning og gjennomføringsevne på IKT-området i de regionale helseforetakene er vesentlig for å nå målene med én innbygger – én journal.

I foretaksmøtet i januar 2017 ble det presisert at de regionale helseforetakene skal delta i arbeidet med bl.a. Helseplattformen og den nasjonale oppfølgingen av én innbygger – én journal som ledes av Direktoratet for e-helse. Videre ble Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF bedt om å sørge for en felles plan og koordinert utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative system (PAS), bl.a. for å danne grunnlag for felles framtidig realisering av én innbygger – én journal.

Departementet ba i foretaksmøtet i januar 2017 de regionale helseforetakene om å rapportere på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen viser at det totale meldingsvolumet øker og at papir brukes fordi det ikke er etablert digitale standarder. Det er fortsatt ulikheter mellom regionene. De regionale helseforetakene må følge opp tiltak på meldingsutveksling slik de er beskrevet i den Nasjonale handlingsplanen for e-helse 2017–2022, som også Nasjonalt e-helsestyre har gitt sin tilslutning til.

I Riksrevisjonens undersøkelse i 2014 om helseforetakenes styring og kontroll med tilgang til helseopplysninger i elektronisk pasientjournal påpekte Riksrevisjonen flere avvik knyttet til både de elektroniske pasientjournalene og de pasientadministrative systemene ved flere helseforetak. Riksrevisjonens undersøkelse viste at gjeldende regelverk om informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger ikke var tilstrekkelig implementert, at ansatte hadde tilgang til helseopplysninger utover tjenstlig behov, at det ikke var noen systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger, og at internkontroll av tilgangsstyringen var mangelfull. Departementet fulgte opp med eierkrav i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2015, hvor man ba de regionale helseforetakene om å følge opp denne undersøkelsen med tiltak for å lukke avvikene.

Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse

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

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som er finansiert i 2016 eller 2017.

Det foreslås å flytte 0,1 mill. kroner til kap. 285, post 55, knyttet til overføring av virksomhetskostnader i Norges forskningsråd.

Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

Etter gjennomført anbudskonkurranse i 2015 gjennomfører Nifu (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning) årlige målinger av forskningsaktiviteten i helseforetakene på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Måleresultatene ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning over kap. 732, post 78. Oppdraget til Nifu inkluderer også videreutvikling av målesystemet for forskning i de regionale helseforetakene, samt rådgivning i forbindelse med utvikling av nytt nasjonalt målesystem for innovasjonsaktivitet i helseforetakene. Nasjonal vitenskapsindeks (NVI), et felles forskningsdokumentasjonssystem for universitets-, høyskole- og institutt- og helsesektoren, benyttes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner i Cristin.

Lovutvalg om helhetlig revisjon av tvangsreglene

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

Prosjekt nasjonal dugnad for førstehjelp i befolkningen

Helsedirektoratet fikk i 2017 i oppdrag å utvikle en nasjonal førstehjelpsstrategi for livslang læring. Helsedirektoratet har fått bevilget 1 mill. kroner til oppstart.

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:

- 7 mill. kroner fra kap. 732, post 79, til finansiering av bl.a. en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen av Raskere tilbake
- 5,1 mill. kroner fra kap. 740, post 01, og 781, post 21, knyttet til virksomhetsoverdragelse av Sekretariatet for Nye metoder
- 3 mill. kroner fra kap. 734, post 72, knyttet til landsdekkende modell for organisering av rettspsykiatri
- 1 018,6 mill. kroner til kap. 732, post 80, knyttet til ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetak
- 64 mill. kroner til kap. 732, post 72–77, knyttet til omlegging av Raskere tilbake
- 21 mill. kroner til kap. 732, post 72–75, knyttet til transport av psykisk syke

Følgende tiltak fra saldert budsjett 2017 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2018:

- 163,6 mill. kroner til knyttet til omlegging av arbeidsgiveravgift tidligere år, med uendret fordeling mellom de regionale helseforetakene
- 113,2 mill. kroner til drift av Kreftregisteret inkludert kvalitetssikring av Mammografiprogrammet
- 37,5 mill. kroner til nasjonalt senter for e-helseforskning. Det vil bli startet opp en følgeevaluering av senteret i 2018.
- 10 mill. kroner til prosjektering luftambulanse Innlandet
- 9,7 mill. kroner til tilskudd til sykestuene i Finnmark
- 6,1 mill. kroner til å videreutvikle avansert hjemmesykehus for alvorlig syke barn
- 4,5 mill. kroner til økt kunnskap om behandling av personer med skadelig bruk av doping
- 3,5 mill. kroner til oppfølging av barn og unge med identifisert narkolepsi som mulig følge av influensavaksinen Pandemrix
- 2 mill. kroner til nasjonal klinisk multisenterstudie av CFS/ME
- 1,7 mill. kroner til Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling
- 1 mill. kroner tematisk biobank for CFS/ME
- 1 mill. kroner til oppfølging av Nasjonalt nødmeldeprosjekt

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 gjaldt 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. Arbeidet med de to oppdragene er i gang, og det er etablert arbeidsgrupper med deltagelse fra alle helseregioner, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Det foreslås å øke tilskuddet med 11 mill. kroner til 19,2 mill. kroner i 2018. Av dette skal 14,2 mill. kroner gå til etablering og drift av variantdatabasen og 5 mill. kroner til kompetansenettverket.

Landsdekkende modell for organisering av rettspsykiatri

Fra 2014 har en ny modell for organisering av rettspsykiatrien blitt prøvd ut ved Kompetansesenteret for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri på Brøset. Det er foretatt evalueringer som viser at prosjektet har gode resultater og som anbefaler en landsdekkende organisering av rettspsykiatrien etter modell av pilotprosjektet på Brøset.

Det vises til omtale i Prop. 1 S (2017–2018) for Justis- og beredskapsdepartementet hvor det går fram at regjeringen foreslår å tildele ytterligere 6,9 mill. kroner for å gjøre modellen landsdekkende, i tråd med forslaget i Prop. 154 L (2016–2017) Endringer i straffeloven og straffeprosessloven mv. (skyldevne, samfunnsvern og sakkyndighet). Tiltaket vil bidra til økt kvalitet og en mer effektiv straffesakskjede. Det foreslås i denne sammenheng å flytte 3 mill. kroner fra kap. 734, post 72, knyttet til pilotprosjektet. Samlet foreslås det et tilskudd på 10,1 mill. kroner i 2018.

Nasjonalt program for screening for tarmkreft

Formålet med screening for tarmkreft er å redusere forekomst og dødelighet av tarmkreft ved å oppdage og fjerne forstadier til kreft eller kreft. På bakgrunn av Helsedirektoratets anbefaling, vil

regjeringen innføre et nasjonalt program for screening for tarmkreft i 2019.

Pilotprosjekt for et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft ble satt i gang i to helseforetak i Helse Sør-Øst i 2012. På bakgrunn av erfaringene skulle det planlegges hvordan et nasjonalt screeningprogram kan organiseres. Piloten er tildelt midler over statsbudsjettet årlig siden 2012. I 2017 ble det gitt et tilskudd på 43,8 mill. kroner til piloten. Det vises til omtale under kap. 732, post 70, i Prop. 1 S (2016–2017).

Helsedirektoratet etablerte i 2016 en arbeidsgruppe som skulle beskrive alternative strategier for et nasjonalt program. Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgssektoren diskuterte sak om nasjonal tarmkreftscreening høsten 2016, og anbefalte, under visse forutsetninger, å innføre et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft i Norge. Som oppfølging av vedtaket i Nasjonalt råd, etablerte Helsedirektoratet et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Kreftregisteret og forskningsmiljøene for å utarbeide en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet har anbefalt å innføre et nasjonalt tarmscreeningprogram fra 2019. Videre anbefaler Helsedirektoratet at undersøkelse for blod i avføringen (FIT) blir standardmetode i programmet, med gradvis overgang til koloskopi (kikkertundersøkelse av hele tykktarmen). Koloskopi vil være mer effektivt å redusere dødelighet og forekomst av tarmkreft, og er derfor betydelig mer kostnadseffektivt enn FIT. Helsedirektoratet legger 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. For koloskopi gjøres undersøkelsen en gang i livet, mens for FIT gjøres undersøkelsen hvert annet år i 10 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.

Helsedirektoratet har anslått at når programmet er fullt utrullet om 5 år, slik at alle 55-åringer blir innkalt, bør 50 pst. av undersøkelsene kunne gjøres som koloskopi. Samtidig med utrulling i det nasjonale programmet, vil det gjennomføres en utfasing av personene som er med i piloten fram til 2025. Samlet foreslås det et tilskudd på 62,8 mill. kroner i 2018, der om lag 20 mill. kroner vil gå til utvikling av nytt IT-program, starte rekruttering av personell, skopiskole, investeringer i endoskopisentre mv. i det nye nasjonale programmet. Fordelingen av tilskuddet i 2018 til de ulike aktørene vil bli besluttet i løpet av høsten 2017. Tilskuddet må økes fram til 2025 som følge av gradvis oppbygging nasjonalt.

Medisinsk undersøkelse i Statens barnehus

I 2017 ble de regionale helseforetakene tildelt 13,2 mill. kroner til å styrke tilbudet om medisinske undersøkelser i Statens barnehus. Det foreslås å øke tilskuddet med 7 mill. kroner i 2018, slik at samlet tilskudd blir 20,5 mill. kroner. De regionale helseforetakene skal sørge for at barn som avhøres ved Statens barnehus tilbys medisinske undersøkelser. Midlene går til opprettelse av medisinske stillinger og for å stimulere til at flere leger tar sosialpediatrisk utdannelse og velger seg til dette arbeidsfeltet. Sosialpediatere er barneleger med spesialkompetanse på klinisk rettsmedisin på barn.

Psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner

Regjeringen vil etablere et statlig tilbud til barn som har behov for langvarig og/eller spesialisert omsorg utenfor hjemmet, og som samtidig har omfattende og sammensatte psykiske vansker og lidelser. I første omgang vil to barnevernsinstitusjoner bli utpekt til formålet i barnevernsregion sør og nord i hhv. Søgne og Bodø. Tilbudet skal utvikles i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF. Institusjonene skal være regulert av barnevernloven. Psykisk helsevern forpliktes til å yte helsehjelp i det omfang og på den måten som er nødvendig for det enkelte barn. Personell fra psykisk helsevern skal være ansatt i helseforetakene. Erfaringene fra hjemmesykehusmodellen for barn i andre deler av helsetjenesten skal legges til grunn. Det foreslås 3,9 mill. kroner i 2018. Tilskuddet vil bli fordelt i oppdragsdokument 2018 til de regionale helseforetakene.

Pensjonskostnader for ideelle virksomheter mv.

Det foreslås å bevilge 27 mill. kroner i 2018 for å etablere en tilskuddsordning til dekning av ideelle og enkelte andre virksomheter sine historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning.

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 sosi-

altjenester 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.

Regjeringen foreslår å etablere en tilskuddsordning for dekning av ideelle og andre virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning.

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 barnevernstjenester 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 lovpålagte statlige barnevernstjenester.
- Tilskuddet reduseres med avkastning på fondsmidler.
- Staten kompenserer ev. arbeidsgiveravgift av kompenserte pensjonskostnader.

Med unntak av at utvalget anbefalte at Statens pensjonskasse burde overta pensjonsforpliktelsene, er dette i tråd med det utvalget la til grunn.

Regjeringen tar forbehold om at tilskuddsordningen ikke kan gjennomføres før en formell notifikasjon er forelagt for ESA og godkjent i vedtak. Dette er nødvendig for å oppnå rettslig sikkerhet for at virksomhetene ikke må betale kompensasjonen tilbake med renter på et senere tidspunkt.

Ordningen foreslås å tre i kraft fra 2018. Regjeringen tar sikte på høring av forslag om regulering i lov og forskrift høsten 2017.

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 2018. Svært få avtaler utløper før 2021.

Totale utgifter i 2018 anslås til om lag 27 mill. kroner. Beløpet inkluderer administrative utgifter. Anslaget er usikkert. Regjeringen vil komme tilbake til en nærmere fordeling av midlene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2018.

Det er sannsynlig at Helsedirektoratet skal forvalte hele eller deler av tilskuddsordningen. Det foreslås derfor at 12. mill. kroner bevilges på kap. 740, post 21, mens 15 mill. kroner bevilges på kap. 732, post 70.

Raskere tilbake

Det vises til omtalen av omlegging av Raskere tilbake under kap. 732, post 79. Det foreslås et tilskudd på 7 mill. kroner til en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen av Raskere tilbake, monitorering, forskning og kunnskapsspredning. Evalueringen skal særlig belyse konsekvenser for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Evalueringen skal også belyse effekten på sykefraværet.

Rettsmedisinske fag

Det foreslås å flytte 23,4 mill. kroner fra kap. 745, post 01, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF, jf. Prop. 1 S (2016–2017) og Innst. 11 S (2016–2017). Overføringen skal dekke pensjonskostnadene og lønnsoppgjøret 2016 for de ansatte som er overført. I forbindelse med virksomhetsoverdragelsen ble det flyttet 136,4 mill. kroner fra Folkehelseinstituttet, daværende kap.

710, post 01. På det tidspunktet grunnlaget ble beregnet, var verken lønnsoppgjøret for 2016 eller pensjonsutbetalingen knyttet til forenklet modell for premiebetaling til Statens pensjonskasse kjent.

Bedre samhandling i den akuttmedisinske kjeden

Helse Nord ble i 2016 gitt i oppdrag å etablere et pilotprosjekt som skal bidra til mer systematisk arbeid med prosedyrer, erfaringsutveksling, samhandling og kommunikasjon. Ambulansehelikopterbasene i Evenes og Tromsø skulle omfattes av arbeidet. Helse Nord er tildelt midler i 2016 og 2017. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har samarbeidet med kommunene i UNNs område om felles prosedyrer for tidskritiske tilstander som hjertestans, akutt koronarsykdom, akutt respirasjonssvikt, alvorlig traume og hjerneslag.

Transporttilbud for psykisk syke pasienter

De regionale helseforetakene fikk i 2014 i oppdrag å sette i verk prosjekter med mål om å bl.a. tydeliggjøre at helsetjenesten har hovedansvaret for transport av psykisk syke pasienter, redusere omfanget av bruk av politi i pasienttransport og forebygge unødvendige innleggelser i akuttavdeling. Alle de fire regionale helseforetakene har etablert prosjekter som ivaretar formålet med tilskuddet. Evaluering skal foreligge våren 2018. Prosjektperioden avsluttes i 2017. Midlene på 21 mill. kroner foreslås overført til kap. 732, postene 72–75, fra 2018 for å sikre at gode erfaringer fra prosjektet kan videreføres og implementeres i tjenesten generelt.

Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Legenes turnustjeneste gjennomføres etter fullført utdanning og består av tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Ved innføring av ny spesialistutdanning for leger fra 1. mars 2017 avvikles turnustjenesten for leger, og erstattes av en ny del 1 i spesialistutdanningen. Del 1 (stillinger for leger i spesialisering, del 1 (LIS1)) vil bli starten på spesialistutdanningen for alle leger. Utlysning av stillinger skjer sentralt gjennom Helsedirektoratets portal som er etablert for formålet, mens vurderinger og tilsettinger foretas lokalt. Det ansettes årlig om lag 950 stillinger fordelt på to søknadsrunder, vår og høst. I 2016 var det totalt 1809 søkere til de utlyste turnusstillingene. Høsten 2016 var det 808 søkere til 448 utlyste stillinger, 450 personer ble tilsatt for oppstart februar 2017. Helsedirektoratet publiserer statusrapport om utviklingen i søkere og søknader på de aktuelle stillingene to ganger i året. Det vises også til kap. 783, post 61, for omtale av turnus for leger.

Fysioterapeuter har ett års obligatorisk turnustjeneste, seks måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. I 2016 var det behov for turnusplass til om lag 320 kandidater. Det oppstod venteliste, men alle fikk tilbud om turnusplass. I 2017 var det behov for om lag 340 turnusplasser. Et lite antall turnusfysioterapeuter kom på venteliste, men alle har fått tilbud om turnusplass. Estimater tilsier et økt behov for turnusplasser for fysioterapeuter i årene framover. Etter Helsedirektoratets vurderinger gjøres ingen endringer i omfang eller organisering av turnustjeneste for fysioterapeuter nå.

Det ytes et årlig tilskudd per turnus-/LIS1 plass 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 for turnusleger og -fysioterapeuter i sykehus dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, post 72–75). Det årlige tilskuddet kommer i tillegg og skal kompensere for tilrettelegging, veiledning og supervisjon av kandidatene. Det foreslås et tilskudd på 35 mill. kroner i 2018. Tilskuddet vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2018.

Flytting av sekretariat for Nye metoder

Det foreslås å flytte midler fra kap. 740, post 01, og kap. 781, post 21, knyttet til flytting av sekretariatet for Nye metoder. Det vises til nærmere omtale under kap. 740, post 01, og kap. 781, post 21. Samlet foreslås det å gi et tilskudd på 6,1 mill. kroner.

Oppfølging av Nasjonalt nødmeldingsprosjekt

Det vises til omtale i Prop. 1 S (2017–2018) for Justis- og beredskapsdepartementet. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 1 mill. kroner i 2018.

Langvarige smerte- og utmattelsestilstander med uklar årsak

Det vises til omtale i Prop. 1 S (2016–2017) der det ble gitt en omtale av pilotprosjektet som har blitt

tildelt midler i 2015 og 2016, og at behandlingsopplegget fra 2017 forutsettes videreført som en integrert del av tjenesten. I 2017 ble det tildelt 6 mill. kroner til å evaluere behandlingsopplegget. Midlene foreslås ikke videreført i 2018.

Forsering av vedlikeholdsinvesteringer – tiltakspakke

Som en del av regjeringens tiltakspakke mot ledighet og Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017), er det i 2017 gitt et tilskudd på 100 mill. kroner til de regionale helseforetakene til forsering av vedlikeholdsinvesteringer. Den ekstra innsatsen ble rettet mot Sørlandet, Vestlandet og Nordvestlandet, dvs. områder der ledigheten har økt mest. Midlene ble fordelt med 15 mill. kroner til Helse Sør-Øst (for å treffe agderfylkene), 70 mill. kroner til Helse Vest og 15 mill. kroner til Helse Midt-Norge (for å treffe Møre og Romsdal). Vedlikeholdstiltakene har kommet i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak i helseforetakene. Prosjektene forventes å være ferdigstilt i løpet 2017. De regionale helseforetakene oppgir at tiltakspakken har hatt god sysselsettingseffekt. Bevilgningen foreslås ikke videreført i 2018.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 556 (2008–2009), 19. juni 2009:

> «Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Ot.prp. nr. 83, jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen la fram saken om legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur i Prop. 1 S (2015–2016) og i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Det er utarbeidet forskrift om ny ordning for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning mv. Denne trådte i kraft 1. mars 2017, og med oppstart i stillinger for leger i spesialisering, del 1, i september 2017.

Vedtak nr. 108.28 (2016–2017), 5. desember 2016:

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at overgrepsutsatte barn som avhøres av Statens barnehus skal tilbys medisinske undersøkelser.»

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

Vedtaket er fulgt opp ved at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag 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. I 2017 ble de regionale helseforetakene tildelt 13,2 mill. kroner til å styrke tilbudet om medisinske undersøkelser i Statens barnehus. Det foreslås å øke tilskuddet med 7 mill. kroner i 2018, slik at samlet tilskudd blir 20,5 mill. kroner.

Vedtak nr. 108.55 (2016–2017), 5. desember 2016:

> «Stortinget ber regjeringen sikre at det ansettes sosialpediatere ved alle barneavdelinger på norske sykehus.»

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

I oppdragsdokumentet for 2016 ble de regionale helseforetakene bedt om å ansatte sosialpediatere i alle barneavdelinger og å sørge for at overgrepsutsatte barn som avhøres av Statens barnehus skal tilbys medisinske undersøkelser. Alle regioner rapporterer at det er ansatt sosialpediatere i helseforetakene eller det er laget planer for å bygge opp kompetanse og kapasitet, og det er laget samarbeidsavtaler med de statlige barnehusene. I 2017 er de regionale helseforetakene 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. Dette er en del av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. De regionale helseforetakene har i 2017 utarbeidet planer for oppbygging av kompetanse og kapasitet innen sosialpediatri og arbeider nå med å følge opp disse.

Vedtak nr. 920 (2016–2017), 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).

For 2016 ble det satt som mål at de regionale helseforetakene har ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder har inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. Helse

Nord RHF skal sikre at tilbudet til samiske voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep er tilrettelagt samisk språk og kultur. Alle regionene har enten overtatt ansvar for drift av overgrepsmottak eller, med noen få unntak, inngått avtaler med videreførte kommunale overgrepsmottak.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport over status for overtakelsen. Den konkluderer med at tilbudet er blitt bedre og at det går riktig vei, men at det fortsatt er en del mangler. Bl.a. har ikke alle mottak etablert beredskapsvakt og baserer seg fortsatt på ringeliste for leger og sykepleiere. Den rettsmedisinske kompetansen varierer mellom mottakene, det samme gjelder psykososial oppfølging. Tilbudet følges opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Vedtak nr. 934 (2016–2017), 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 gjennom videreføring av ulike tiltak og planer. Det har på traumeområdet vært en flerårig satsning på å bygge opp kunnskap og kompetanse i tjenestene. Dette arbeidet fortsetter, bl.a. gjennom tiltak i Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) og regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2016). I sistnevnte plan er det et eget tiltak om å gi opplæring til helse- og omsorgspersonell i deres arbeid med å identifisere og følge opp ofre for menneskehandel. De fem regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal gi veiledning og bidra til kompetanseheving av tjenesteytere knyttet til traumer, vold og overgrep, flyktningehelse og tvungen migrasjon. RVTS-ene skal bl.a. gjennomgå aktuelle kurs og tiltak, som de tilbyr tjenestene i dag, og vurdere hvordan informasjon og kunnskap om menneskehandel kan tas inn i eksisterende opplegg.

Post 71 Kvalitetsbasert finansiering

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene. Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer.

Finansieringsordningen bruker indikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. De fleste indikatorene (39 i alt) oppdateres årlig eller oftere. En bred tilnærming gjør ordningen mer robust og reduserer risiko for uønskede tilpasninger. Ordningen inkluderer både resultatindikatorer, prosessindikatorer og brukererfaringsindikatorer. Resultatindikatorer (f.eks. overlevelsesrater for ulike pasientgrupper) gir mest direkte uttrykk for effekten av behandlingen på pasientens helse. Det er viktig å fange opp brukererfaringer i en kvalitetsbasert modell. Ved også å inkludere prosessindikatorer, som beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløpet (f.eks. andel 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. For 2018 vil syv nye indikatorer inkluderes. I modellen vektes resultatindikatorer med 50 pst., pasientopplevd kvalitet med 30 pst. og prosessindikatorer med 20 pst.

Det brukes ulike typer prestasjonsmål, dvs. både absolutte og relative prestasjonsmål. Ved å kombinere ulike typer prestasjonsmål blir fordelingen av den økonomiske rammen mellom helseregionene mindre følsom for utvikling i enkeltindikatorer. Fordelingen av tilskuddet mellom de regionale helseforetakene vil bli oppdatert i hvert års statsbudsjett. Fordelingen for 2018 følger av tabell 4.1.

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

	Fordeling 2018	Fordeling 2017	Endring fra 2017 til 2018	Endring fra 2017 til 2018 i pst.	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst	315,1	286,1	29,1	10,2%	24,3
Helse Vest	102,0	106,8	-4,7	-4,4%	-0,5
Helse Midt-Norge	83,2	87,2	-4,1	-4,7%	5,6
Helse Nord	40,0	48,6	-8,7	-17,8%	-29,4
Sum	540,3	528,7	11,6	2,2%	0

Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF får hhv. 24,3 mill. kroner og 5,6 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. 0,5 mill. kroner og 29,4 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

Basisbevilgning fra staten til de regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Det ble innført et nytt inntektssystem i 2009 som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Inntektssystemet er bygd opp av såkalte behovs- og kostnadsindekser, slik det er i inntektsutjevningen i kommunesektoren. Nedenfor følger forslag med bevilgningsmessige konsekvenser for basisbevilgningene samt oppdatering av inntektssystemet i 2018.

Aktivitetsvekst på om lag 2 pst.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2018 med 1 589 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2017. Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 2 pst. neste år fra anslått aktivitetsnivå i 2017. Dette er en fortsatt høy budsjettert aktivitetsvekst. Det er da tatt hensyn til at aktiviteten i sykehusene er noe lavere i 2017 enn opprinnelig forutsatt, svarende til 178 mill. kroner. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 2,7 pst. Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene tar hensyn til at pensjonskostnadene anslås 800 mill. kroner lavere i 2018 sammenliknet med saldert budsjett 2017.

Innenfor den foreslåtte styrkingen på 1 589 mill. kroner, skal 2,1 mill. kroner gå til ny nasjonal kompetansetjeneste innen albuekirurgi i Helse Sør-Øst, 7 mill. kroner til medisinske undersøkelser i Statens barnehus og 3,9 mill. kroner til psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner.

I beløpet for økte driftsbevilgninger på 1 589 mill. kroner er det gjort fratrekk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (172 mill. kroner), underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (24 mill. kroner) og et særskilt effektiviseringskrav knyttet til laboratorievirksomhet i forbindelse med omleggingen av takstsystemet fra 2018 (20 mill. kroner). Videre er det gjort fratrekk for utfasing av særskilt utrednings- og kunnskapstilskudd til protonsentre (17 mill. kroner).

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen utgjør for de regionale helseforetakene 687 mill. kroner i 2017. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Reformen innpasses på samme måte for regionale helseforetak som i 2015–2017, og det foreslås å tilføre 516 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene for å gi rom for bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2018. Reformen innebærer at bevilgningene til helseforetakene reduseres med netto 172 mill. kroner.

Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester underregulert noe i forhold til antatt pris- og kostnadsvekst. Underreguleringen utgjør om lag 24 mill. kroner for sykehusene.

Aktivitetsbasert refusjon for laboratorieanalyser ved både sykehus og private laboratorier legges om fra 2018. For sykehuslaboratoriene endres samtidig forholdet mellom den aktivitetsbaserte refusjonen og andelen som finansieres gjennom rammefinansiering. I den forbindelse foreslås det å overføre 400 mill. kroner til de regionale helseforetakenes basisbevilgning fra tilskudd til laboratorie- og radiologiske undersøkelser, gjennom at refusjonstakstene reduseres tilsvarende. Som omtalt ovenfor, underreguleres refusjonstakstene for sykehuslaboratoriene med ytterligere 20 mill. kroner i forbindelse med denne omleggingen. Dette på bakgrunn av at kostnadsdekningen kan ha vært noe høyere enn tilsiktet.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 589 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2017.

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 2017, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2017. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2018.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2017 til 2018. Fra 2017 er finansering av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling inkludert i ISF. Det er budsjettert med en vekst på om lag 6,8 pst. innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene.

Det skal gjennomføres en NATO øvelse, Trident Juncture, i 2018 med en anslått kostnad for helseforetakene på om lag 50 mill. kroner. Overgangen til én poststrøm og ingen lørdagsombæring gir økte kostnader for de regionale helseforetakene på anslagsvis 30 mill. kroner. Det forutsettes at de regionale helseforetakene dekker disse kostnadene innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1589 mill. kroner.

Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2018 med 1123,9 mill. kroner med følgende fordeling:

- 604,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 213,5 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 161,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 144,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Fritt behandlingsvalg

Fritt behandlingsvalg er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Reformen består av tre elementer som gjensidig forsterker hverandre. For det første får pasientene rett til selv å kunne velge hvor han eller hun vil behandles blant godkjente virksomheter – på det offentliges regning. Private som tilfredsstiller kravene kan innen definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris. Godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg trådte i kraft 1. november 2015. For det andre skal de regionale helseforetakene kjøpe mer fra private gjennom anbud. Det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skal også i framtiden være gjennom anbud. For det tredje får de offentlige sykehusene større frihet. Fram t.o.m. 2014 fastsatte staten et tak for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle. Dette ble fjernet i 2015. Offentlige sykehus kan fra 1. januar 2015 behandle flere pasienter enn budsjettert så lenge de kan finansiere dette gjennom innsatsstyrt finansiering. Godkjenningsordningen for private har fra oppstart omfattet døgnbehandling innenfor rus og psykisk helsevern. I tillegg er enkelte tjenester innenfor somatikk inkludert. Fra 1. juli 2017 er intensiv habilitering av barn under 16 år med vesentlig nedsatt funksjonsevne som skyldes medfødt eller tidlig ervervet hjerneskade inkludert i godkjenningsordningen. Fra 1. juli 2017 har også pasienter med rett til rehabilitering rett til fritt å kunne velge mellom offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Fram til utgangen av 2016 ble 2 000 pasienter behandlet gjennom ordningen, og det ble utbetalt 66 mill. kroner. I 2017 (januar t.o.m. august) har om lag 3 000 pasienter fått behandling gjennom ordningen, og det er utbetalt 69 mill. kroner. Det er om lag 40 godkjente private leverandører. Utgiftene til pasientbehandling som omfattes av fritt behandlingsvalg er anslått til 130 mill. kroner i 2018. Det er knyttet usikkerhet til anslaget.

Pensjon

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 12 900 mill. kroner. Dette er 800 mill. kroner lavere enn bevilgningsnivået for 2017, vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017). Reduksjonen foreslås fordelt på følgende måte:

– 430,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72
– 152 mill. kroner fra kap. 732, post 73
– 114,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
– 102,7 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. januar 2018. Legemiddelgruppene som foreslås overført er legemidler til behandling av alvorlig astma og legemidler til behandling av mastocytose (sjelden blodsykdom). Legemidlene til behandling av mastocytose er ennå ikke tatt i bruk. Videre gjelder det legemidler til behandling av hiv og hepatitt B, samt gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C, som har delvis overlappende indikasjon og derfor bør overføres samtidig. Det vil være mulig for de regionale helseforetakene å oppnå prisreduksjoner gjennom innkjøpsordningene. Bevilgningene til de regionale helseforetakene økes med 766 mill. kroner svarende til forventede utgifter for helseforetakene.

Stortinget har sluttet seg til forslagene i Prioriteringsmeldingen, herunder målsetningen om at finansieringsansvaret for legemidler skal følge behandlingsansvaret. Det vises også til omtale i Prop. 129 S (2016–2017), der det ble varslet ytterligere overføring av legemiddelgrupper i 2018.

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 766 mill. kroner, svarende til 157,2 mill. kroner, på kap. 732, post 80. Resten fordeles mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger.

De regionale helseforetakene fikk overført finansieringsansvaret fra folketrygden for flere kreftlegemidler fra 1. mai 2017 med til sammen 585 mill. kroner. Som følge av helårseffekt for disse legemidlene i 2018 foreslås det å flytte ytterligere 292 mill. kroner fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Legemidlene inkluderes i innsatsstyrt finansiering fra 2018. 150 mill. kroner av beløpet legges derfor på kap. 732, post 76. Også disse legemidlene omfattes av ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetakene, og 60 mill. kroner av beløpet legges derfor på kap. 732, post 80.

Som følge av forslagene omtalt ovenfor flyttes det til sammen 690,8 mill. kroner fra folketrygden til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Fordelingen mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger blir som følger:

– 372,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
– 130,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
– 99,2 mill. kroner til kap. 732, post 74
– 88,2 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det vises til omtale også under kap. 732, post 76, kap. 732, post 80, og kap. 2751, post 70. Det vises også til omtale i avsnittet nedenfor.

Inkludering av legemiddelgrupper i innsatsstyrt finansiering

De regionale helseforetakene fikk overført finansieringsansvaret fra folketrygden for PAH-legemidler fra 1. januar 2017 og flere kreftlegemidler fra 1. mai 2017 med til sammen 730 mill. kroner. Legemidlene skal fra 2018 inkluderes i innsatsstyrt finansiering. Det foreslås på denne bakgrunn å flytte 375 mill. kroner til kap. 732, post 76. Det vises for øvrig til omtale i avsnittet ovenfor ang. helårseffekt knyttet til kreftlegemidlene. Fordelingen mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger blir som følger:

– 201,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72
– 71,2 mill. kroner fra kap. 732, post 73
– 53,8 mill. kroner fra kap. 732, post 74
– 48,1 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Utførende helsepersonell

Flere personellgrupper i spesialisthelsetjenesten foretar polikliniske undersøkelser og behandlinger, enten på selvstendig grunnlag eller i samarbeid med en ansvarlig lege. I 2016 ble flere nye helsepersonellgrupper inkludert i innsatsstyrt finansiering.

Det foreslås at kontakter hos optiker og ortoptist inkluderes som helsepersonellgrupper i innsatsstyrt finansiering fra 2018, og i grunnlaget for ordinær egenandel. Endringen gjennomføres kostnadsnøytralt. Det foreslås å flytte til sammen 4,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med hhv. 3 mill. kroner til kap.

732, post 76, 1,1 mill. kroner til kap. 732, post 77, og 0,4 mill. kroner til kap. 2752, post 70, med følgende fordeling:
- 2,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,9 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Endringen innebærer at det må gjøres endringer i forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten slik at behandlingen kan inngå i grunnlaget for ordinær egenandel, med sikte på iverksetting fra 1. januar 2018. Det vises til omtale også under kap. 732, post 76, kap. 732, post 77, og kap. 2752, post 70.

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 ble varslet i forslaget til statsbudsjett for 2017 at det tas sikte på å øke denne andelen. Det foreslås å flytte 200 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:
- 107,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 38 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 28,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 25,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 76.

Raskere tilbake

Det vises til omtalen av omlegging av Raskere tilbake under kap. 732, post 79. Det foreslås å flytte midler tilsvarende 673,4 mill. kroner fra kap. 732, post 70, og 79 til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling, dvs. basisbevilgningene og de to aktivitetsbaserte ordningene innsatsstyrt finansiering (ISF) og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Av disse foreslås 543,8 mill. kroner fordelt mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger som følger:
- 292,7 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 103,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 78 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 69,9 mill. kroner til kap. 732, post 75

Midler til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er inkludert i basisbevilgningene.

Budsjettnøytral omlegging av laboratorietakster

Det foreslås at satsen på det aktivitetsbaserte tilskuddet som utbetales for utført aktivitet ved de offentlige laboratoriene justeres ned fra 1. januar 2018 svarende til 400 mill. kroner mot at de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og Folkehelseinstituttets driftsbevilgning økes tilsvarende. Dette på bakgrunn av at kostnadsdekningen kan ha vært noe høyere enn tilsiktet. En lavere sats vil kunne bidra til å dempe aktivitetsveksten. Det er likevel slik at det er de medisinske vurderingene og prioriteringene som skal ligge til grunn for pasientbehandlingen.

Det foreslås å redusere takstene i størrelsesorden 6–7 pst. Dette innebærer at det flyttes 400 mill. kroner fra kap. 732, post 77, til kap. 732, postene 72–75 og kap. 745, post 01. Beløpet til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger fordeler seg på følgende måte:
- 214,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 75,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 57,2 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 51,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Transporttilbud for psykisk syke pasienter

De regionale helseforetakene fikk i 2014 i oppdrag å sette i verk prosjekter med mål om å bl.a. tydeliggjøre at helsetjenesten har hovedansvaret for transport av psykisk syke pasienter, redusere omfanget av bruk av politi i pasienttransport og forebygge unødvendige innleggelser i akuttavdeling. Alle de fire regionale helseforetakene har etablert prosjekter som ivaretar formålet med tilskuddet. For å sikre at erfaringene fra prosjektene blir videreført i ordinær drift foreslås det å flytte 21 mill. kroner fra kap. 732, post 70, med følgende fordeling:
- 11,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

Redusert apotekavanse

De regionale helseforetakenes utgifter reduseres med 7 mill. kroner som følge av redusert apotekavanse. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Fordelingen blir som følger:

- 3,8 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 1,3 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 1 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Jordmortjenester

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner fra kap. 2755, post 72, knyttet til endringer av honoreringen av enkelte tjenester utført av jordmor til kap. 732, postene 72–75. Det vises til omtale under kap. 2755, post 72. Fordelingen blir som følger:

- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Nødnett

Det er investert betydelige midler for å innføre et nytt digitalt radiosamband i Norge for landets nød- og beredskapsetater. I tillegg til midlene som er tilført innføringsprosjektet ved Direktoratet for nødkommunikasjon over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett og Helsedirektoratet over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kap. 720 og 781, er det bevilget 225 mill. kroner i årene 2013–2015 for å dekke kostnader de regionale helseforetakene har hatt ved innføring av nødnett i kommunene. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har i tillegg hatt kostnader i innføringsarbeidet som er dekket over egne budsjetter. Det er ifølge reviderte planer lagt opp til at de siste enhetene i helsesektoren under AMK-område Finnmark vil få nødnett i løpet av 2017. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) er ansvarlig for driften av nødnett både for den statlige og kommunale helsetjeneste. Kommunene betaler for driftstjenester fra HDO, og en ny betalingsordning for dette ble innført fra 2017 der kostnadene ved forvaltningen av brukerutstyret i nødnett, dvs. radioterminaler og IKT-utstyr på kommunikasjonssentralene, også dekkes. Det vises for øvrig til omtale av organisering og status i prosjektet under kap. 781, post 21.

Én poststrøm

I Prop. 1 S (2016–2017) ble det varslet at Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet for 2018 ville vurdere de økonomiske konsekvensene for helsetjenesten av overgang til én poststrøm og ingen lørdagsombæring. Når én poststrøm blir innført, medfører det at ordinær postforsendelse blir uaktuell for biologisk materiale pga. for lang transporttid. Postens ekspresstjeneste vurderes heller ikke som særlig aktuell, ettersom den da må benyttes ved all forsendelse og blir en kostbar tjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert det som mest hensiktsmessig at de regionale helseforetakene samarbeider om å etablere en nasjonal ordning eller regionale ordninger sett i sammenheng med den henteservice som allerede er etablert. Sykehusinnkjøp HF har på bakgrunn av dette satt i verk en nasjonal anskaffelse av pakketransport av ekspressleveranser over natt. Løsningen skal etter planen etableres i 2018 og har til hensikt å fungere som et alternativ der hvor ordinær postomdeling ikke lenger er aktuelt pga. for lang transporttid. Det anslås at de regionale helseforetakene vil få årlig økte kostnader på om lag 30 mill. kroner som følge av innføringen av én poststrøm.

Samhandling med kommunene – utskrivningsklare pasienter

I 2018 er betalingssatsen for utskrivningsklare pasienter 4 747 kroner. De regionale helseforetakene har i 2017 fått i oppdrag, i samarbeid med Helsedirektoratet, å etablere et grunnlag for registrering av utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Regjeringen vil foreslå endringer i forskriften slik at også betalingsplikten fra 2019 gjelder pasienter innen psykisk helsevern og TSB.

Egenandeler

Egenandelene for lege- og psykologtjenester, poliklinisk helsehjelp, lab/røntgen, pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet foreslås økt med 1,8 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet økes fra 1. januar 2018. Egenandelen for pasientreiser foreslås økt fra 146 kro-

ner til 149 kroner per enkeltreise, og fra 292 kroner til 298 kroner tur/retur. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli 2018, som svarer til en økning på 0,9 pst. for året under ett.

Det foreslås å flytte 32,6 mill. kroner til kap. 2752, post 70, fordelt på følgende måte:

- 17,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 6,2 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 4,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 4,2 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Pasienttransport

I Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner foreslo regjeringen å vurdere å overføre pasienttransport for primærhelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten til kommunene når forenklingen av pasienttransporten er gjennomført. Dette må sees i sammenheng med ønsket om å overføre nye oppgaver til kommunene. Saken er også omtalt i Prop. 91 L (2016–2017) Endringer i ekteskapsloven og bustøttelova m.m. (oppgaveoverføring til kommunene) og lov om overføring av ansvar for kollektivtransport. Bakgrunnen for forslaget er at det er uheldig at helseforetakene har finansieringsansvar for en tredjepart, dvs. kommunene, i pasientreiser. Dette er kostnader som helseforetakene ikke kan påvirke.

I 2014 ble det gjennomført 8,4 mill. reiser i pasienttransportordningen. Kostnadene til transport var om lag 2 mrd. kroner samme år. Det er beregnet at om lag 600 mill. kroner av disse skjer i primærhelsetjenesten, og som overføres kommunene dersom finansieringsansvaret flyttes. En forutsetning for at kommunene skal få nye oppgaver, og ikke bare finansieringsansvar, er at administrasjon av oppgavene også flyttes til kommunene. Dette gjelder Pasientreiser HF i Skien og administrasjon som informasjon, pasientreisekontor mv. i 18 helseforetak. Det er anslått at administrasjonskostnadene utgjør 200 mill. kroner, og som overføres kommunene ved en ev. overføring. Beregninger viser at kun om lag 30 av landets 427 kommuner i 2016 hadde så mange reiser at de kunne finansiere ett årsverk eller mer. Selv om det blir færre kommuner i framtiden, vil kostnadene til administrasjon øke sammenliknet med dagens situasjon.

Regjeringen ønsker å skape pasientens helsetjeneste. En stor del av administrasjonskostnadene i pasientreiser er knyttet til oppgjør med pasientene. Dette har de regionale helseforetakene samlet i en nasjonal instans, Pasientreiser HF. Det vil være lite formålstjenlig å dele opp administrasjonen av pasientreiser. En oppdeling i mindre enheter vil være lite brukervennlig. Samtidig kan en oppdeling i for mange enheter innebære mindre likebehandling. Det vil også innebære mer byråkrati siden dagens organisering drar nytte av stordriftsfordeler. Etter en samlet vurdering, vil ikke regjeringen gå videre med forslaget.

Inntektssystemet for de regionale helseforetakene

Magnussenutvalgets forslag til ny fordeling av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene (NOU 2008: 2) ble innført i 2009 til 2010. Systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene er bygd opp av behovs- og kostnadsindekser, slik det også er i inntektsutjevningen i kommunesektoren. De ulike behovs- og kostnadsindeksene samles i en ressursbehovsindeks som beskriver det samlete 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 prehospitale tjenester. 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 2018 som vist i tabell 4.2.

Tabell 4.2 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2017 og 2018

	Ressursbehovsindeks		Andel befolkning per		Fordelingsnøkkel[1]	
	2017	2018	1.1.2016	1.1.2017	2017	2018
Helse Sør-Øst RHF	97,0	96,9	0,5602	0,5611	0,5432	0,5435
Helse Vest RHF	91,0	91,2	0,2102	0,2096	0,1913	0,1912
Helse Midt-Norge RHF	104,3	104,4	0,1371	0,1371	0,1413	0,1431
Helse Nord RHF	132,4	132,5	0,0924	0,0922	0,1224	0,1222
Norge	100,0	100,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

[1] Fordelingsnøkkelen for inntektsgrunnlaget til regionale helseforetak. I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Endringer i fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene i 2018 skjer som følge av oppdatering av de ulike kriterieverdiene. Oppgaveendringer fra 2017 til 2018 vil også påvirke fordelingen. Tabell 4.3 viser de samlede endringene i 2018 etter pris- og lønnsjustering og oppgaveendring for 2018. Effekten av kapital- og gjestepasientoppgjør er innarbeidet.

Tabell 4.3 Endring i basisbevilgning i 2018 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør (i mill. kroner og andel av basisbevilgning)

Helse Sør-Øst RHF	4 (0 %)
Helse Vest RHF	-19 (-0,1 %)
Helse Midt-Norge RHF	19 (0,1 %)
Helse Nord RHF	3 (0 %)
Sum	0 (0 %)

Post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2016 og status 2017 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 51 978 mill. kroner i 2018.

Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2016 og status 2017 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 18 324 mill. kroner i 2018.

Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2016 og status 2017 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 13 864 mill. kroner i 2018.

Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2016 og status 2017 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 12 402 mill. kroner i 2018.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er derfor rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil til-

skuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Høyere aktivitet enn forutsatt blir bare kompensert gjennom innsatsstyrt finansiering. Refusjonene er i gjennomsnitt bare ment å dekke deler av kostnadene ved økt aktivitet. Resten må dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Det foreslås å flytte:

- 525 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 og kap. 2751, post 70, knyttet til inkludering av legemidler i innsatsstyrt finansiering. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017) ble det vedtatt å overføre finansieringsansvaret for PAH-legemidler og flere kreftlegemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra hhv. 1. januar og 1. mai 2017. Legemidlene skal fra 2018 inkluderes i innsatsstyrt finansiering. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75 og kap. 2751, post 70.
- 200 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.
- 113,1 mill. kroner fra kap. 732, post 79, som følge av omleggingen av ordningen med Raskere tilbake.
- 86 mill. kroner fra kap. 732, post 77. I forbindelse med utvidelsen av ISF-ordningen til å omfatte poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra 2017, ble det holdt tilbake midler på kap. 732, post 77, i 2017 for å ta hensyn til utbetalinger i 2017 for aktivitet som er utført i 2016.
- 3 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 som følge av inkludering av flere helsepersonellgrupper i innsatsstyrt finansiering fra 2018, herunder ortoptister og optikere. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75, kap. 732, post 77, og kap. 2752, post 70.

ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem. Prioriteringene skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter angir. Basisbevilgningene skal brukes til å understøtte ønsket prioritering. Utbetalingene gjennom innsatsstyrt finansiering skal avspeile reell behandlingsaktivitet. Finansieringsmodellen for de regionale helseforetakene innebærer at helseregionene fordeler basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering til det enkelte helseforetak. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. De regionale helseforetakene skal sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Nærmere om ISF-ordningen

ISF-ordningen omfatter somatisk pasientbehandling, både innleggelser og poliklinisk utredning og behandling. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen dekker 50 pst. av enhetsprisen. De øvrige kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, postene 72–75. I 2017 ble den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen.

Prisen som de regionale helseforetakene betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger eller anbud på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til ISF-refusjonen. Innsatsstyrt finansiering bygger på DRG-systemet, jf. boks 4.1. Innenfor hver enkelt pasientgruppe kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Årlige endringer skal sikre at finansieringsordningen i størst mulig grad avspeiler medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig, og det vil ikke være mulig å være a jour til enhver tid. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering.

Regelverket for innsatsstyrt finansiering beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. Helsedirektoratet publiserer regelverket og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

Fra 2018 legges det i ISF-ordningen bedre til rette for ambulant somatisk virksomhet i tilfeller der dette er hensiktsmessig. Fra 2018 legges det videre opp til at nye legemidler som besluttes innført i spesialisthelsetjenesten og som er til erstatning for legemiddelbehandling i ordningen kan inkluderes i innsatsstyrt finansiering ila. året. Endringene vil konkretiseres nærmere i regelverket for ISF.

Nærmere om poliklinisk psykisk helsevern og TSB

Fra 2017 er ISF-ordningen utvidet til også å omfatte polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB. Data per første tertial 2017 indikerer at omleggingen har vært budsjettnøytral, i tråd med forutsetningen. Departementet følger utgiftsutviklingen. 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 200 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 til kap. 732, post 76. Utover å øke satsen, vil deler av denne overføringen ta høyde for mindre utvidelser av aktivitetsgrunnlaget i denne delen av ISF i 2018. I forbindelse med utvidelsen i 2017 ble det holdt tilbake midler på kap. 732, post 77, i 2017 for å ta hensyn til utbetalinger i 2017 for aktivitet som er utført i 2016. Disse midlene overføres til post 76 i 2018, tilsvarende 86 mill. kroner. Det var nødvendig å holde tilbake midler på post 77 i 2017 fordi det er et etterslep i utbetalingene på post 77, noe det ikke er på post 76. De 86 mill. kronene som således ikke blir utbetalt på ISF i 2017 må teknisk føres i 2017-regnskapet til de regionale helseforetakene som en fordring på staten, men gir ingen effekt på aktivitetsnivået i 2017. ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB vil også i 2018 holdes atskilt fra den øvrige delen (somatikk), ved at det blir forskjellige enhetspriser for de to delene av systemet.

Raskere tilbake

Det vises til omtalen av omlegging av Raskere tilbake under kap. 732, post 79. Det foreslås å flytte midler fra kap. 732, post 70, og 79 til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling, dvs. basisbevilgningene og de to aktivitetsbaserte ordningene innsatsstyrt finansiering og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Det foreslås å flytte 113,1 mill. kroner til kap. 732, post 76. ISF-regelverket har ikke gitt åpning for å ta ISF-refusjon under Raskere tilbake fram t.o.m. 2017, men som følge av omleggingen vil dette bli ordinær pasientbehandling og dermed bli finansiert av ISF og laboratorie- og radiologiske undersøkelser.

Boks 4.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG er et system for å klassifisere sykehusaktivitet i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Det er i alt om lag 860 diagnoserelaterte grupper. Målsetningen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasienter medisinsk og ressursmessig. Inndelingen i grupper bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 8 000 prosedyre- eller tiltakskoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisering og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt DRG har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall behandlinger
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke som følge av at pasientbehandlingen er blitt mer ressurskrevende, men også at det har skjedd endringer i registreringspraksis. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke det medføre økte kostnader for sykehusene og derfor skal det heller ikke utbetales ISF-refusjon for dette. Sykehusene ville i så fall fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for reelt sett samme aktivitet. Dette er i strid med intensjonen i ISF-ordningen. Endringer i registreringspraksis håndteres gjennom underregulering av enhetsprisen.

Resultat 2016

I saldert budsjett 2016 ble det lagt til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,8 pst. i sykehusene fra 2015 til 2016, med utgangspunkt i anslag for 2015 basert på aktivitetstall per første tertial. Faktisk aktivitet i 2016 viser om lag 0,4 pst. lavere vekst enn lagt til grunn i saldert budsjett. Analysene for 2016 tilsier at det er utbetalt 166,5 mill. kroner for mye for 2016-aktiviteten, hensyntatt justering av enhetsprisen. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2016 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2017, inkludert ev. justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget. Ev. mer- eller mindreutbetalinger i 2016 vil på vanlig måte bli motregnet mot a kontoutbetalinger til de regionale helseforetakene for 2017.

Status 2017

Saldert budsjett 2017 legger til rette for et aktivitetsnivå som ligger om lag 1,5 pst. over anslått nivå for 2016, basert på aktivitet per første tertial 2016.

Hensyntatt noe lavere faktisk aktivitet innenfor somatikk i 2016 enn tidligere anslått gir saldert budsjett 2017 rom for en aktivitetsvekst på om lag 1,9 pst. Prognose for somatisk aktivitet for 2017 basert på aktivitetstall per første tertial indikerer en vekst på om lag 0,1 pst. En betydelig del av den lavere anslåtte veksten, svarende til om lag 1 pst., skyldes at de regionale helseforetakene med gjeldende regelverk ikke har mottatt ISF-refusjon for nye legemidler til behandling av hepatitt C, da disse ikke har vært inkludert i grunnlaget for ISF for 2017. Fra 2018 legges det opp til at nye legemidler som besluttes innført i spesialisthelsetjenesten og som er til erstatning for legemiddelbehandling i ordningen kan inkluderes i innsatsstyrt finansiering ila. året. Det er stor usikkerhet knyttet til prognosen for 2017 basert på aktivitetstall per første tertial.

Poliklinisk aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er inkludert i innsatsstyrt finansiering fra 2017. De aktivitetsdata som foreligger per første tertial indikerer at forutsetningen om en budsjettnøytral omlegging holder, herunder aktivitetsforutsetningen i saldert budsjett 2017. De regionale helseforetakene har fått utsatt frist ut andre tertial med å etterregistrere data fra første tertial. Det er derfor noe usikkerhet knyttet til foreliggende data per første tertial.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til bevilgningsmessige konsekvenser av anslått aktivitet 2017 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2017 etter at ny informasjon om aktivitetstall for første og andre tertial 2017 foreligger.

Mål 2018

For 2018 foreslås bevilget 36 131 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2018 som ligger om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2017 basert på aktivitet per første tertial 2017. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsettinger og prioriteringer.

Enhetsprisen for somatiske fagområder for antall DRG-poeng i oppdragsdokumentet foreslås satt til 43 515 kroner. Enhetsprisen er prisomregnet med 2,7 pst. En enhetspris på 43 515 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,4 pst. i 2018. 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 2018.

I forslaget er det hensyntatt 171 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dette innebærer at enhetsprisen for somatiske fagområder er redusert med 0,5 pst. Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er foreløpig ikke beregnet.

Post 77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser

Det foreslås å flytte:

- 400 mill. kroner til kap. 732, postene 72–75 og kap. 745, post 01, knyttet til forslag om endret forhold mellom aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering
- 86 mill. kroner til kap. 732, post 76, knyttet til utvidelse av ISF-ordningen til å omfatte poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2017
- 16,8 mill. kroner fra kap. 732, post 79, knyttet til omlegging av Raskere tilbake.
- 1,1 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 knyttet til inkludering av nye helsepersonellgrupper i innsatsstyrt finansiering i 2018, og i grunnlaget for ordinær egenandel. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75, kap. 732, post 76, og kap. 2752, post 70.

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 2018 foreslås det bevilget 3136 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet tilsvarende en vekst på om lag 6,8 pst. fra anslag for 2017.

I forbindelse med utvidelsen av ISF-ordningen fra 2017 til også å omfatte poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ble det holdt tilbake 84 mill. kroner på post 77 i 2017 for å ta hensyn til utbetalinger i 2017 for aktivitet som er utført i 2016. Disse midlene overføres til post 76 i 2018, jf. omtale på kap. 732, post 76.

Det ble i Prop. 1 S (2016–2017) varslet at ble tatt sikte på å legge om finansieringssystemet for laboratorieanalyser fra 2018. Laboratorieanalyser fra ekstern rekvirent og polikliniske pasienter ved sykehusene gjennomføres av både offentlige laboratorier (sykehuslaboratorier og Folkehelseinstituttet) og private laboratorier som har avtale med de regionale helseforetakene. Finansieringen av analysene skjer gjennom en kombinasjon av refusjonstakster og rammefinansiering (offentlige laboratorier) eller kjøpsbetaling (private laboratorier). Det er lite innslag av egenandeler. Av historiske årsaker er det forskjellige takstsystemer for offentlige (kap. 732, post 77) og private (folketrygden, kap. 2711, post 76) laboratorier. Helsedirektoratet har laget et nytt refusjonssystem som vil settes i verk 1. januar 2018. Refusjonssystemet er bygget opp med grunnlag i koder fra Norsk Laboratoriekodeverk som inneholder knapt 8 000 analysekoder. Analysekodene er samlet i et mindre sett refusjonskategorier (jf. DRG-systemet). Omleggingen vil ikke omfatte fagområdet patologi. Det tas sikte på å inkludere patologi i det nye refusjonssystemet fra 2019. Laboratorierefusjon til både offentlige og private laboratorier utbetales fortløpende av Helfo. Det er en forutsetning at systemomleggingen i 2018 skal være budsjettnøytral både for kap. 732, post 77, og for kap. 2711, post 76. Helsedirektoratet vil følge utviklingsutviklingen nøye. Dersom forutsetningen om budsjettnøytralitet ikke blir oppfylt, vil det være aktuelt å justere enhetsprisen i forhold til det som er lagt til grunn for 2018. En slik justering vil kunne skje fortløpende gjennom året.

For de offentlige laboratoriene foreslås det å endre forholdet mellom den aktivitetsbaserte refusjonen og andelen som finansieres gjennom rammefinansiering. Det foreslås overført 400 mill. kroner fra kap. 732, post 77, til kap. 732, postene 72–75 og kap. 745, post 01. Overføringen innebærer at den aktivitetsbaserte refusjonen for de offentlige laboratoriene går ned i størrelsesorden 6–7 pst. motsvart av en tilsvarende styrking av den rammefinansierte delen av finansieringen. Pga. at laboratorietakstene kan ha medført noe høyere kostnadsdekning enn tilsiktet, reduseres takstene med 20 mill. kroner knyttet til denne omleggingen.

For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med om lag 40 mill. kroner medregnet ABE-reformen.

Refusjonssatsene for radiologi øker i gjennomsnitt med 1,3 pst. neste år og for laboratorievirksomhet med om lag 0,5 pst.

Status 2017

Refusjonene for laboratorievirksomhet og radiologisk virksomhet ble prisjustert med 0,3 pst. fra 1. januar 2016. I saldert budsjett ble det samlet sett lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 8,5 pst. utover anslått nivå i 2016, basert på regnskapstall per juni 2016, jf. Prop. 1 S (2016–2017). Basert på regnskapstall for perioden januar til mai 2017 (per juli for laboratoriene), er samlede utbetalinger i 2017 anslått til 3380 mill. kroner. Dette er 128 mill. kroner høyere enn saldert budsjett 2017.

Raskere tilbake

Det vises til omtalen av omlegging av Raskere tilbake under kap. 732, post 79. Det foreslås å flytte midler fra kap. 732, post 70, og 79 til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling, dvs. basisbevilgningene og de to aktivitetsbaserte ordningene innsatsstyrt finansiering og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Det foreslås å flytte 16,8 mill. kroner til kap. 732, post 77.

Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester

Alle helseforetak er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning integrert i pasientbehandling og sin virksomhet. Forskning er viktig for å bidra til ny kunnskap og kompetanse i tjenesten og til utvikling av nye og evaluering av etablerte behandlingsmetoder i sykehusene.

Det foreslås en styrking på 2,1 mill. kroner til etablering av Nasjonal kompetansetjeneste for albuekirurgi.

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning skal være et økonomisk bidrag og insentiv til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Basistilskuddet på 30 pst. fordeles likt mellom de fire regionale helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet på 70 pst. fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler, avlagte doktorgrader og uttelling for tildelinger av midler fra EU og Norges forskningsråd) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Beslutning om tildeling av tilskuddet treffes i styrene i de regionale helseforetakene, på bakgrunn av en samlet innstilling fra samarbeidsorganet mellom de regionale helseforetakene og universiteter. Det er ikke lagt føringer for finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.
- Program for klinisk behandlingsforskning skal imøtekomme behovet for større nasjonale kliniske studier som svarer til behov identifisert av pasienten, i tjenesten, av beslutningstakere og av forskeren selv. I tillegg til nasjonale kliniske multisenterstudier som vil kunne gi pasienter tilgang til utprøvende behandling, finansierer programmet sammenliknende effektstudier med dokumentert nytte for pasienten og tjenesten. Program for klinisk behandlingsforskning er et langsiktig forskningsprogram som eies og følges opp av de fire regionale helseforetakene i fellesskap.
- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester skal gi et økonomisk bidrag til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Midlene skal sammen med basisbevilgningen understøtte oppgaver knyttet til administrativ drift av tjenestene. Formålet med nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten er å utvikle og heve kvaliteten på de leverte tjenestene i hele utrednings- og behandlingsforløpet.

Resultat 2016

Samlet bevilgning var 1102,4 mill. kroner i 2016. Tilskudd til forskning utgjorde 646,2 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 456,2 mill. kroner, herunder 203,1 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser og 51,1 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde.

Status 2017

Forskning

Bevilgningen på posten var for 2017 1145,3 mill. kroner. Tilskudd til forskning i helseregionene utgjør 680,2 mill. kroner i 2017. Dette inkluderer 133,2 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning. Program for klinisk behandlingsforskning ble etablert våren 2016 av de regionale helseforetakene og i dialog med Norges forskningsråd. Første utlysning ble gjennomført høsten 2016. De regionale helseforetakene tildelte i februar 2017 til sammen 124 mill. kroner til syv store forskningsprosjekter med deltakelse fra alle fire helseregioner. Prosjektene er tett knyttet opp mot pasientbehandling og spesialisthelsetjenestens behov. Søknadene ble vurdert og rangert av internasjonale fageksperter med særlig stor kompetanse innen kliniske studier og behandlingsforskning. De tildelte midlene er gitt til de prosjektene som har oppnådd høyest rangering etter vurdering av både vitenskapelig kvalitet og forventet nytte. Hvert prosjekt mottar en støtte på mellom 12 og 20 mill. kroner over fem år. Andre utlysning ble gjennomført med søknadsfrist 30. april 2017. En egen nettside, kliniskforskning.rhf-forsk.org, gir nærmere informasjon om programmet.

Cristin brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Ny beregning av publiseringspoeng ble gjennomført i 2016, i tråd med tilrådning fra Det nasjonale publiseringsutvalget under Universitets- og høyskolerådet, i likhet med universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren. Fra november 2016 overføres informasjon automatisk til Cristin for alle nye prosjekter som får godkjenning fra de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Overføring av eldre data har tatt lenger tid enn ventet, pga. tekniske utfordringer med saksbehandlingssystemet til REK. Disse dataene danner utgangspunktet for en nasjonal database for kliniske studier og skal benyttes som datagrunnlag for utvikling av indikatorer for kliniske studier i helseforetakene. Fordelingen av forskningsmidler over statsbudsjettet gjøres på bakgrunn av glidende gjennomsnitt i forskningspoeng over tre år (tabell 4.4). For omtale av forskningspoeng og forskningsaktivitet for 2016, se del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.4 Gjennomsnittlig tre årlige beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak

Gjennomsnitt	2014–2016	2013–2015	2012–2014
Helse Sør-Øst RHF	62,6	61,8	61,6
Helse Vest RHF	18,9	19,8	20,3
Helse Midt-Norge RHF	10,4	9,7	9,7
Helse Nord RHF	8,1	8,7	8,4

Nasjonale kompetansetjenester

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 466,5 mill. kroner i 2017, herunder 207,1 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Det er i alt godkjent 51 nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i 2017 etter forskrift.

Mål 2018

Det foreslås bevilget 1172,5 mill. kroner i 2018. I forslaget er det tatt hensyn til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

Forskning

Det foreslås et tilskudd på 695 mill. kroner til forskning i 2018. Det inkluderer 136 mill. kroner som finansierer program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.5 Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten

	Basis (30 %)	Resultat (70 %)[1]	Sum
Helse Sør-Øst RHF	41,9	244,9	286,8
Helse Vest RHF	41,9	74,0	115,9
Helse Midt-Norge RHF	41,9	40,7	82,6
Helse Nord RHF	41,9	31,7	73,6
Totalt	167,6	391,3	558,9

[1] Forskningsresultater for perioden 2014–2016 ligger til grunn for fordeling av midler i 2018, jf. tabell 4.4. Departementet tar forbehold om justering av beløpene i tabellen mellom tilskuddsmottakere som følge av ytterligere kvalitetssikring av data som ligger til grunn for poengberegningen.

Tilskudd til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten

Tilskuddet på totalt 136 mill. kroner fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst RHF som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene.

Nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås 477,5 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 211,7 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 53,3 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord.

For å understøtte etablering av en ny nasjonal kompetansetjeneste for albuekirurgi foreslås det å øke tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester med 2,1 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF. Nasjonal kompetansetjeneste for albuekirurgi skal bygge opp og spre kompetanse om diagnostikk og behandling av akutte og kroniske albuelidelser.

Tabell 4.6 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	337,1
Helse Vest RHF	33,6
Helse Midt-Norge RHF	37,3
Helse Nord RHF	69,5
Sum	477,5

Post 79 Raskere tilbake

Det foreslås å flytte 616,7 mill. kroner til kap. 732, postene 72–75 knyttet til omleggingen av Raskere tilbake.

Raskere tilbake har eksistert i ti år med formål å bidra til redusert sykefravær og raskere tilbakeføring til arbeid. Tilskuddsrammen til Raskere tilbake har vært fordelt mellom Arbeids- og sosialdepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets budsjetter. Ordningen har ikke gitt dokumenterte utslag på sykemeldingsstatistikken, men enkeltevalueringer har vist gode resultater. De regionale helseforetakenes gjennomgang av Raskere tilbake i 2017, viser at det er oppnådd mange gode resultater i form av høy pasienttilfredshet, reduksjon i helseplager og raskere tilbakegang til arbeid. De regionale helseforetakene har derfor anbefalt å videreføre tverrfaglige, kunnskapsbaserte og arbeidsrettede behandlingstilbud for personer med angst og depresjon og for personer med muskel- og skjelettlidelser. Raskere tilbake-tilbud har de siste årene særlig vært rettet mot disse gruppene, som også utgjør en stor andel av sykefraværet og antall uføretrygdede. For å videreutvikle kunnskap om arbeid og helse, har de regionale helseforetakene også anbefalt fortsatt forskning, evaluering og monitorering. De regionale helseforetakene anbefaler at behandlingstilbud breddes nasjonalt over en tre- til femårsperiode for å sikre likeverdige tjenester, fleksibilitet i omstillingstiltak og gjennomføring av anbudskonkurranser.

Som varslet i Prop. 1 S (2016–2017), vil Helse- og omsorgsdepartementet bruke 2017 til å legge om helsetjenestens del av Raskere tilbake-ordningen slik at midlene i større grad inngår i det ordinære pasienttilbudet, samtidig som de positive elementene i ordningen videreføres.

Gjennom sørge for-ansvaret, anbudsordningen og fornyelse av avtaler med private, er målet videreutvikling av mer helhetlige tilbud innen bl.a. arbeidsrettet rehabilitering og en mer samlet understøttelse av relevante tiltak i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Midlene som overføres til de regionale helseforetakenes ordinære rammer knyttet til Raskere tilbake, skal primært komme personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser til gode. En rekke av tiltakene i gjeldende Raskere tilbake-ordning, herunder også i regi av private leverandører, kan vise til gode resultater. Det forutsettes at gode tilbud til store grupper sykmeldte, så som personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser videreføres. For å unngå brudd i behandlingsforløp og muliggjøre nødvendige utlysningsprosesser, ble de regionale helseforetakene i revidert oppdragsdokument 2017 informert om den planlagte omleggingen fra 2018. De regionale helseforetakene ble samtidig bedt om å videreføre kjøp av helsetjenester knyttet til Raskere tilbake-midler på samme nivå som i 2017 samt å vurdere mulighetene for forlengelse av avtaler der det er aktuelt.

Det foreslås å flytte 616,7 mill. kroner fra kap. 732, post 79, til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling (kap. 732, postene 72–77), dvs. basisbevilgningene og de to aktivitetsbaserte ordningene innsatsstyrt finansiering (ISF) og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. ISF-regelverket har ikke gitt åpning for å ta ISF-refusjon under Raskere tilbake, men som følge av omleggingen vil dette bli ordinær pasientbehandling og dermed bli finansiert av innsatsstyrt finansiering og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Resterende midler over posten, 7 mill. kroner, foreslås overført til kap. 732, post 70, til finansiering av bl.a. en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen.

Som ledd i omleggingen, foreslås det i tillegg å flytte helserelaterte midler i ordningen under kap. 732, post 70, med i alt 63,9 mill. kroner til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling, kap. 732, postene 72–77, tilsvarende som for resterende del av midlene til Raskere tilbake. På denne måten samles alle øremerkede midler til Raskere tilbake-formål i ordinær ramme og legger til rette for videreføring og videreutvikling av gode tilbud til bl.a. arbeidsrettet rehabilitering, innenfor ordinært system. Formålet er et mer likeverdig tilbud til alle pasientgrupper, basert på de samme prinsippene for prioritering.

Det vises til omtale under kap. 732, post 70, og 79 og kap. 781, post 21.

Post 80 Kompensasjon for merverdiavgift

Bevilgningen dekker kompensasjon for merverdiavgift til de regionale helseforetakene som følge av innføring av en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. F.o.m. 2018 budsjetteres posten med 6 etterskuddsvise terminutbetalinger basert på krav fra de regionale helseforetakene. Det er i den forbindelse flyttet 1 018,6 mill. kroner fra kap. 732, post 70, til kap. 732, post 80.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for flere legemiddelgrupper fra 1. januar 2018. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetakene legges deler av midlene som overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene, svarende til 157,2 mill. kroner, på kap. 732, post 80. De regionale helseforetakene fikk overført finansieringsansvaret fra folketrygden for flere kreftlegemidler fra 1. mai 2017. Som følge av helårseffekt for disse legemidlene i 2018 foreslås det å flytte ytterligere midler fra folketrygden til de regionale helseforetakene knyttet til disse legemidlene. 60 mill kroner legges som følge av dette på kap. 732, post 80. Som følge av forslagene knyttet til legemidler omtalt ovenfor flyttes dermed til sammen 217,2 mill. kroner fra kap. 2751, post 70, til kap. 732, post 80. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75, kap. 732, post 76, og kap. 2751, post 70.

Post 81 Protonsenter

Bevilgningen skal dekke tilskudd til etablering av protonbehandling i Norge.

Regjeringen vil sikre at det etableres protonbehandling i Norge. Det pågår fortsatt utredninger knyttet til etablering av slik behandling. Anslåtte kostnader for etablering av protonbehandling varierer mellom 1,8 mrd. kroner og 3 mrd. kroner, avhengig av valg av løsning når det gjelder lokalisering og kapasitet. Som det framgår av Prop. 1 S (2016–2017) skal det i de videre utredningene legges til grunn at utbygging av protonbehandling skal finansieres med 30 pst. tilskudd og 70 pst. lån fra staten.

I forbindelse med behandlingen av 2017-budsjettet gjorde Stortinget følgende vedtak jf. Innst. 2 S (2016–2017), vedtak 62:

> «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.»

De regionale helseforetakene har, med bakgrunn i de avklaringer som er gjort når det gjelder rammebetingelser, fått frist til 23. oktober 2017 med å utrede to protonsentre i Norge. Det skal planlegges for bygging av ett senter innen 2022. Regjeringen vil på egnet måte komme tilbake til Stortinget med forslag til en konkret løsning etter at utredningen foreligger.

Det foreslås at bevilgningen til etablering av protonbehandling i Norge blir videreført med 20,5 mill. kroner i 2018.

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 kostnadsramme etter konseptnivå. De regionale helseforetakene kan kun ta opp lån gjennom denne låneordningen.

Lån i 2016

I 2016 ble det totalt utbetalt 1 229,7 mill. kroner i lån til investeringsformål til de regionale helseforetakene. Lånemidlene ble utbetalt til vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus (315 mill. kroner), Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold (100 mill. kroner), nytt barne- og ungdomssykehus byggetrinn I på Haukeland universitetssjukehus ved Helse Bergen (57,23 mill. kroner), nytt barne- og ungdomssykehus byggetrinn II på Haukeland universitetssjukehus ved Helse Bergen (160 mill. kroner), nytt sykehus i Kirkenes ved Finnmarkssykehuset (362,5 mill. kroner), ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge (55 mill. kroner), modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø (130 mill. kroner) og PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (50 mill. kroner). Helse Midt-Norge RHF hadde ingen investeringsprosjekter som fikk lån i 2016. Nytt barne- og ungdomssykehus byggetrinn I på Haukeland universitetssjukehus ved Helse Bergen ble ferdigstilt høsten 2016.

Tabell 4.7 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2016 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kr)

	Lånesaldo per 31.12.15	Tildelt låneramme 2016	Påløpte opptrekks-renter 2016 jf. kap. 3732, post 83	Innbetalte avdrag 2016 jf. kap. 3732, post 85, og 90	Lånesaldo per 31.12.16
Helse Sør-Øst RHF	8 684,5	415,0	3,8	562,3	8 541,0
Helse Vest RHF	2 374,6	217,2	8,6	65,4	2 535,0
Helse Midt-Norge RHF	3 274,5	0,0	0,0	244,2	3 030,4
Helse Nord RHF	2 692,0	597,5	10,1	140,1	3 159,5
Sum	17 025,6	1 229,7	22,5	1 012,0	17 256,9

Lån i 2017

Ved inngangen til 2017 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene om lag 17,3 mrd. kroner. Av dette er 14,7 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 2,6 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Saldert budsjett for 2017 utgjør 1 566,9 mill. kroner. Bevilgningen sikrer fortsatt framdrift av vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus, Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold, nytt barne- og ungdomssykehus byggetrinn II ved Helse Bergen, nytt sykehus i Kirkenes ved Finnmarkssykehuset, ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge, modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø, PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, nytt sykehus i Stavanger, oppgradering og modernisering av sykehuset i Helse Førde, nytt psykatribygg ved Sørlandet sykehus, oppgradering av sentralblokka ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen.

Lån til nytt sykehus i Drammen ble vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017). Det er i 2017 bevilget 70 mill. kroner til prosjektet.

Samlet lånebevilgning for 2017 utgjør dermed 1 636,9 mill. kroner.

Budsjettforslag 2018

Det foreslås en bevilgning på 2 857,52 mill. kroner i 2018. Det foreslås 785 mill. kroner i økte lånebevilgninger til tre nye store byggprosjekter i 2018 og til nytt sykehus i Drammen, sammenliknet med saldert budsjett for 2017. De tre nye byggeprosjektene er nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og utbygging av Haugesund sjukehus.

Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, Helse Møre og Romsdal

Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal skal erstatte dagens sykehus i Molde og i Kristiansund og skal etter planen stå ferdig innen 2022. Det nye sykehuset skal inneholde nytt felles akuttsykehus på Hjelset og et distriktsmedisinsk senter med dagkirurgisk tilbud i Kristiansund. Det foreslås 3 554 mill. 2018-kroner i låneramme til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal for perioden 2018–2022, med en bevilgning på 220 mill. kroner i 2018.

Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus, Helse Fonna

Utbygging ved Haugesund sjukehus vil gi nye lokaler for sentrale funksjoner som bl.a. akuttmottak, laboratorier, operasjon og føde, og legge til rette for modernisering av eldre bygningsmasse. Det foreslås 1 350 mill. 2018-kroner i låneramme til prosjektet for perioden 2018–2022, med en bevilgning på 50 mill. kroner i 2018.

Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus

Etablering av et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er definert som en viktig del av framtidens Oslo universitetssykehus (OUS). Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i fjor at OUS skal utvikles med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Det er behov for nytt kli-

nikkbygg på Radiumhospitalet fordi store deler av virksomheten foregår i bygninger som er gamle, lite funksjonelle og i dårlig stand.

Framtidig virksomhetsmodell for nytt klinikkbygg legger til grunn at all onkologi og kirurgi innen brystkreft, prostatakreft og gynekologi skal legges til Radiumhospitalet. I tillegg skal sarkom og lymfom, øre-, nese- og halskreft og melanom/hudonkologi inngå i den framtidige virksomhetsmodellen for Radiumhospitalet. Det samme gjelder medikamentell kreftbehandling og strålebehandling på regionnivå og lokalsykehusnivå for bydeler som i framtiden skal sokne til Gaustad. Denne virksomhetsmodellen er lagt til grunn for dimensjonering av nytt klinikkbygg. Det foreslås 2 738 mill. 2018-kroner i låneramme til prosjektet for perioden 2018–2021, med en bevilgning på 90 mill. kroner i 2018.

Nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken

Lån til nytt sykehus i Drammen ble vedtatt med en øvre ramme på 8 460 mill. 2017-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017). Lånet utbetales i perioden 2017–2024. Det er i 2017 bevilget 70 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 425 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018.

Øvrige prosjekter innenfor låneordningen

Lån til nytt sykehus i Stavanger ble vedtatt med en øvre ramme på 5 930 mill. 2017-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017). Lånet utbetales i perioden 2017–2023. Det er i 2017 bevilget 175 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 264,86 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018.

Lån til oppgradering og modernisering av sykehuset i Helse Førde ble vedtatt med en øvre ramme på 1 125 mill. 2017-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017). Lånet utbetales i perioden 2017–2025. Det er i 2017 bevilget 18 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 150 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018.

Lån til oppgradering av sentralblokka ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen ble vedtatt med en øvre ramme på 370 mill. 2017-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017). Lånet utbetales i perioden 2017–2020. Det er i 2017 bevilget 90 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 94 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018.

Lån til nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus ble vedtatt med en øvre ramme på 567 mill. 2017-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017). Lånet utbetales i perioden 2017–2019. I 2017 er det bevilget 80 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 160 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018.

Lån til oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus ble vedtatt med en øvre ramme på 1,3 mrd. 2016-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016). Lånet utbetales i perioden 2016–2019. T.o.m. 2017 er det bevilget 655 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 334 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018.

Lån til PET-senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge ble vedtatt med en øvre ramme på 375 mill. 2015-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016). Lånet utbetales i perioden 2016–2018. T.o.m. 2017 er det bevilget 345 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 63,45 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018. Med dette blir den samlede lånerammen på 375 mill. 2015-kroner utbetalt.

Lån til byggetrinn II av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen, ble vedtatt med en øvre låneramme på 2 084 mill. 2014-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015). Lånet utbetales i utbyggingsperioden 2015–2022. T.o.m. 2017 er det bevilget 255,8 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 320 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018.

Lån til Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold ble vedtatt med en øvre låneramme på 1 870 mill. 2014-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015). Lånet utbetales i utbyggingsperioden 2015–2020. T.o.m. 2017 er det bevilget 395 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 480 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018.

Lån til ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø ble vedtatt med en øvre låneramme på 455 mill. 2012-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2011–2012). Det er foretatt noen endringer i forprosjektet fra konseptfasen. T.o.m. 2017 er det bevilget 440 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 59,42 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018. Med dette blir den samlede lånerammen på 455 mill. 2012-kroner utbetalt.

Lån til gjennomføring av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø ble vedtatt med en øvre låneramme på 1 328 mill. 2008-kroner gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009). T.o.m. 2017 er det bevilget 1 452,2 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås

bevilget 146,79 mill. kroner i lån til prosjektet i 2018. Med dette blir den samlede lånerammen på 1 328 mill. 2008-kroner utbetalt.

Universitetsarealer i sykehus

Universitetene med sine medisinske fakulteter er sentrale aktører ved universitetssykehusene. Flere byggeprosjekter med integrerte sykehus- og universitetsarealer er under planlegging, der det største er utbyggingen ved Oslo universitetssykehus. Det legges til grunn at utbygging av sykehus med universitetsarealer i framtiden bør gjennomføres som felles prosjekter mellom universiteter og helseforetak. Der hvor helseforetakene vil være største bruker, skal det legges til grunn at planleggingen skal skje i tråd med helseforetakenes etablerte planleggings- og kvalitetssikringsregime. Det skal videre benyttes en hovedmodell hvor helseforetakene er eiere, også av universitetsarealene, og hvor universitetene leier lokaler av helseforetakene. Det skal tidlig i prosessen etableres langsiktige leieavtaler som regulerer ansvar og forpliktelser for begge parter. Herunder må det fastsettes en kostnadsdekkende husleie for universitetsarealene, som dekker forvaltning, drifts-, vedlikeholds- og kapitalkostnader.

Helseforetakene kan søke om finansiering av sin del av prosjektet i tråd med det etablerte systemet for finansering av sykehusinvesteringer. For utbygging av universitetsarealer legges det til grunn at helseforetakene kan søke om 100 pst. lån, slik at ikke det ikke må tas midler fra spesialisthelsetjenesten for å dekke et finansieringsbehov for universitetssektoren.

Forslag om økte bevilgninger til husleie for universitetene behandles i den ordinære budsjettprosessen sammen med forslag om bevilgning til investeringslån. Kompensasjonen skal maksimalt utgjøre 75 pst. av de økte kostnadene. Universitetene skal eie brukerutstyret.

Husleieutgifter til universitetene delfinansieres ved at det trekkes ut et beløp fra helseforetakene tilsvarende dagens utgifter til forvaltning, drift og vedlikehold for universitetsarealer.

Ved bygging av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet skal det bygges universitetsarealer med kostnadsramme på 83 mill. kroner. Det gis 100 pst. lån på denne delen av prosjektet, i tråd med prinsippene over. Lånerammen på prosjektet settes til 2 738 mill. 2018-kroner.

Endring av rentemodell

Det foreslås at rentemodell for nye prosjekter som får lån fra 2018 endres. Bakgrunnen for forslaget er bl.a. at helseforetakenes rentebetingelser i større grad skal tilpasses øvrige renter i markedet. Både faste renter og flyterenter skal beregnes med utgangspunkt i basisrenten med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng. Generelt innebærer dette at helseforetakenes rentevilkår økes med om lag 1 prosentpoeng i forhold til dagens rentebetingelser. For 2018 anslås det at opptrekksrenten økes med om lag 1,8 mill. kroner, som vil gi et tilsvarende effektiviseringskrav for helseforetakene. Gitt dagens låneportefølje vil endrede rentebetingelser på sikt medføre økte rentekostnader med opp til 200 mill. kroner årlig.

For allerede gitte lånerammer vil tidligere rentebetingelser videreføres.

Post 83 Opptrekksrenter 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 2016 utgjorde opptrekksrenter på denne posten 22,5 mill. kroner.

Post 86 Driftskreditter

Posten benyttes til å håndtere svingninger mellom pensjonskostnader og -premier. Det foreslås en bevilgning på 157 mill. kroner i 2018.

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 ordinær inntektsfordeling. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009) ble helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene. Opplegget innebærer at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Dersom det skjer betydelige endringer i pensjonskostnaden som helseforetakene selv ikke har kunnet påvirke, vurde-

res det i det enkelte tilfelle om det skal gjøres endringer i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Overskuddslikviditet som følge av at pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden, har blitt trukket inn gjennom krav til nedbetaling av driftskreditt. I situasjoner med likviditetsbehov som følge av at pensjonspremien har vært høyere enn pensjonskostnaden, har likviditet blitt tilført gjennom økt tilførsel av driftskreditt.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2016

Ramme for driftskreditt var per 1. januar 2016 på 6 196 mill. kroner. Ved behandling av Prop. 1 S (2015–2016) ble det lagt til grunn en samlet pensjonskostnad på 18 650 mill. kroner og pensjonspremier på 14 300 mill. kroner. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjorde dermed 4 350 mill. kroner, som ble foreslått håndtert gjennom en tilsvarende reduksjon av driftskredittten.

Endelige beregninger fra pensjonsleverandørene ga et anslag for samlede pensjonskostnader for 2016 på 14 100 mill. kroner for de regionale helseforetakene. På denne bakgrunn ble basisrammen til de regionale helseforetakene redusert med 4 550 mill. kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016. Samtidig ble det lagt til grunn nytt anslag for pensjonspremien på 13 800 mill. kroner. Kravet til nedbetaling av driftskreditt ble redusert til 300 mill. kroner som følge av nytt anslag på differansen mellom pensjonskostnad og -premie. Ny informasjon på høsten 2016 viste at pensjonspremien for 2016 ble på 13 900 mill. kroner, som var 100 mill. kroner høyere enn tidligere antatt. Ved Stortingets behandling av Prop. 26 S (2016–2017), Endringer i statsbudsjettet 2016 under Helse- og omsorgsdepartementet, ble derfor kravet om nedbetaling av driftskreditt redusert med ytterligere 100 mill. kroner. Det samlede nedbetalingskravet i 2016 var dermed 200 mill. kroner.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2017

Saldert budsjett for 2017 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader på 13 700 mill. kroner og pensjonspremier på 13 630 mill. kroner. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 70 mill. kroner, som er håndtert gjennom en tilsvarende reduksjon av driftskredittrammen. Samtidig er det gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017) lagt opp til at helseforetakene skal benytte 5 100 mill. kroner av premiefondet til premiebetaling.

Opplegget for håndtering av pensjonskostnad og pensjonspremie innebærer at helseforetakene ikke kan benytte premiefond til premiebetaling, med mindre Helse- og omsorgsdepartementet gir tillatelse til det. Dette har medført at premiefondet over tid har økt i størrelse. Per 2016 er helseforetakenes premiefond på om lag 9 100 mill. kroner. I budsjettforslaget for 2017 ble det som omtalt lagt til opp at helseforetakene skal benytte 5 100 mill. kroner av premiefondet til premiebetaling. Driftskredittrammen reduseres tilsvarende. Samlet reduksjon av driftskredittrammen i 2017 blir dermed 5 170 mill. kroner.

Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene ga et anslag for pensjonskostnaden på 13 200 mill. kroner for 2017. Den reduserte kostnaden skyldes hovedsakelig endringer i de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for beregningen av pensjonskostnaden. På denne bakgrunn ble basisbevilgningen til de regionale helseforetakene redusert med 500 mill. kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017.

Premieanslaget i Prop. 1 S (2016–2017) var basert på et lønnsvekstanslag på 2,7 pst. Anslått lønnsvekst ble redusert til 2,4 pst., noe som reduserer anslaget for pensjonspremien for 2017 med 580 mill. kroner til 13 050 mill. kroner.

Videre ble det i Prop. 1 S (2016–2017) ved en feil ikke tatt hensyn til at den andelen av pensjonspremien som betales fra premiefond er unntatt fra arbeidsgiveravgift. Når det tas hensyn til dette, reduseres den betalbare pensjonspremien med 720 mill. kroner.

Den samlede effekten som følge av redusert pensjonskostnad, av endret anslag for lønnsveksten og av endret betalbar premie, er et økt krav til 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.

Endelig informasjon om nivået for pensjonspremie 2017 vil først være kjent høsten 2017. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av ev. endringer sammenliknet med det som her er lagt til grunn.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2018

Budsjettforslaget for 2018 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader 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 foreslås håndtert gjennom bruk av helseforetakenes premiefond. Det legges 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 foreslås dekket gjennom en tilsvarende økning av driftskredittrammen.

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 2017 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 2018 vil tidligst være kjent ultimo januar 2018, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2018. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av ev. endringer sammenliknet med det som her er lagt til grunn.

Tabell 4.8 Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kr)

	Årsslutt 2015	Prop. 1 S (2015–2016)	Prop. 122 S (2015–2016)	Prop. 26 S (2016–2017)	Prop. 1 S (2016–2017)[1]	Prop. 129 S (2016–2017)	Prop. 1 S (2017–2018)
1. Anslått pensjonskostnad		18 650	14 100	14 100	13 700	13 200	12 900
2. Anslått pensjonspremie		14 300	13 800	13 900	13 630	13 050	16 300
3. Benyttet premiefond					5 100	5 100	2 842
4. Arbeidsgiveravgifteffekt						720	401
5. Endring i driftskredittramme		-4 350	4 050	100	-5 170	-800	157
6. Endring driftskreditt gjennom året (2–1–3–4)		- 4 350	-300	-200	-5 170	-5 970	157
7. Samlet driftskredittramme	6 196	1 846	5 896	5 996	826	26	183

[1] Etter behandlingen av Prop. 26 S (2016–2017), Endringer i statsbudsjettet 2016 under Helse- og omsorgsdepartementet, hvor kravet om nedbetaling av driftskreditt ble redusert med ytterligere 100 mill. kroner.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
80	Renter på investeringslån	333 054	292 000	286 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	406 322	448 000	465 000
86	Driftskreditter	200 000	5 170 000	
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	605 704	647 000	632 000
	Sum kap. 3732	1 545 080	6 557 000	1 383 000

Bevilgningen dekker renter og avdrag.

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2016 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 333 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

Tabell 4.9 Oversikt over innbetalte renter i 2016 fordelt på regionale helseforetak (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	160,4
Helse Vest RHF	10,3
Helse Midt-Norge RHF	115,3
Helse Nord RHF	47,0
Sum	333,0

Avdrag på investeringslån

Avdrag knyttet til investeringslån er todelt, det som gjelder lån tatt opp før 2008 og det som gjelder opplåning i 2008 og årene etter. I 2016 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 1 012 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 2016 utgjorde avdrag på denne posten 406,3 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 605,7 mill. kroner i 2016.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	23 054	14 618	14 778
70	Behandlingsreiser til utlandet	123 148	125 057	126 504
72	Kjøp av opptrening mv., *kan overføres*	759	3 468	2 812
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	12 310	6 000	6 162
	Sum kap. 0733	159 271	149 143	150 256

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 medfødte eller ervervet nedsatt funksjonsevne.

Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator legges til grunn for utvikling av faglig gode tjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Økt valgfrihet for brukerne av rehabiliteringstjenester er gjennomført i 2017. Fra 1. juli 2017 ble pasient- og brukerrettighetsloven endret slik at alle pasienter som har rett til rehabilitering, fritt kan velge mellom offentlige og private rehabiliterings-institusjoner som har avtale med regionale helseforetak.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 0,6 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten.
- 0,5 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til forvaltning av tilskuddsordninger.

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 nederlandsk modell hvor pasientens kunnskap om egen sykdom, tilpasset egentrening og egenbehandling er basis for tilbudet til pasienter med Parkinsons sykdom. Modellen inneholder systematisk utdanning og opplæring til helsetjenesten og informasjon til pasienter og pårørende gjennom 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 over to år fra april 2017 til april 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 2017 bevilget 2 mill. kroner over kap. 733, post 21, og 3 mill. kroner over kap. 733, post 79, til prosjektet. Midlene foreslås videreført i 2018.

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. Egenandelene foreslås økt med 1,8 pst. fra 1. januar 2018. I 2016 fikk 2 728 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 215 ledsagere til barn.

Det ble 16. juni 2017 vedtatt forskrift om behandlingsreiser til utlandet. Forskriften trer i kraft 1. januar 2018. Forskriften rammer i utgangspunktet inn gjeldende ordning, men åpner for en større adgang til å få dekket utgifter til reise og opphold for ledsager til pasienter med nedsatt funksjonsevne. Forutsetningen er imidlertid at pasienten med nedsatt funksjonsevne oppfyller vilkårene for å få tildelt behandlingsreise. Kostnader til ledsager for denne gruppen skal dekkes innenfor budsjettrammen. Det foreslås ingen endringer i bevilgningen.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 108.29 (2016–2017), 5. desember 2016:

> «Stortinget ber regjeringen forsikre seg om at det ikke stilles uforholdsmessig strenge krav til hvem som kan få lov til å gi tilbud til pasientreiser, for eksempel knyttet til avstand og reisetid, og at Dødehavsklinikken kan gis anledning til å gi tilbud på lik linje med andre tilbydere.»

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF for 2017 framgår at Helse Sør-Øst RHF skal sørge for behandlingsreiser til utlandet for pasienter fra hele landet, og sikre at kravene til f.eks. avstand og reisetid ikke skal hindre Dødehavsklinikken å inngi tilbud på lik linje med andre leverandører av behandlingsreiser. Dette innebærer at det verken i kvalifikasjonskrav eller tildelingskriterier skal stilles uforholdsmessige strenge krav til avstand og reisetid.

Post 72 Kjøp av opptrening mv.

Livsstilsprosjektet ved Feiringklinikken har som formål å bygge opp og spre kunnskap om forebygging av hjerte- og karsykdommer gjennom samhandling og livsstilsendring. I prosjektet sammenliknes etter tre år en intervensjonsgruppe som har gjennomgått livsstilkurs på Feiring, med en kontrollgruppe som er fulgt opp av fastlege. Bevilgningen foreslås redusert med 0,7 mill. kroner i 2018 knyttet til redusert behov. Det foreslås bevilget 2,8 mill. kroner på posten i 2018.

Post 79 Andre tilskudd

Det ble i budsjettet for 2017 omprioritert 16,7 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 for å etablere et behandlingstilbud i alle helseregioner til barn med ervervet hjerneskade. Arbeidet er satt i gang som et prosjekt ledet av Helse Midt-Norge RHF hvor helseregionene og representanter for brukerne er med. Formålet er å etablere et permanent tilbud som styrker behandlingsforløpet og sikrer faglig kvalitet i alle ledd av behandlingskjeden.

Rehabiliteringstilbud til ryggmargskadde

Camp Spinal er et tiltak i regi av Sunnaasstiftelsen, som i flere år har gitt rehabiliteringstilbud til ryggmargskadde som har avsluttet sin primærrehabilitering. Motivasjons- og treningsleire arrangeres årlig 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. Camp Spinal er alene i Norge om denne typen rehabiliteringstiltak for ryggmargsskadde. Tiltaket har siden 2014 blitt tildelt prosjektstøtte over kap. 733, post 79. Det foreslås et tilskudd på 1 mill. kroner til Sunnaasstiftelsen i 2018 til å videreføre arbeidet.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	56 557	50 395	57 715
21	Spesielle driftsutgifter	14 893	19 391	16 925
70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	7 520	2 635	2 706
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	84 126	81 012	83 199
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	19 299	20 142	15 686
	Sum kap. 0734	182 395	173 575	176 231

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser er omtalt under kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, kap. 732 Regionale helseforetak og del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det er et mål å styrke kvaliteten på tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Utarbeidelse og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, kvalitetsindikatorer og etablering av pakkeforløp er sentrale virkemidler for å styrke kvalitet og kunnskapsbasert praksis i tjenestene. Andre viktige virkemidler er etablering av nasjonalt kvalitetsregister for tverrfaglig spesialisert behandling, legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin og tiltak for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Regelen om prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling videreføres, jf. omtale under kap. 732. Innenfor psykisk helsevern skal bup og DPS prioriteres.

Som ledd i oppfølgingen av Strategi for psykisk helse vil det bli satt i gang prosesser for å tydeliggjøre forventningene til DPS og bup, kartlegge gap mellom forventninger og dagens situasjon og legge til rette for nødvendige oppfølgingstiltak. Arbeid for å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang vil bli gitt prioritet. Dette forutsetter et nært samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Sterkere brukerinnflytelse, utvikling av E-helse tilbud, implementering av kunnskapsbaserte arbeidsmåter og utvikling av samvalgsverktøy vil bli vektlagt. Økt deltagelse i samfunn og arbeidsliv og reduksjon av stigma knyttet til psykiske lidelser er klare mål i strategien. Barn og unges psykiske helse vil få særlig oppmerksomhet gjennom den varslede opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse.

Arbeidet med å sikre bedre helsetjenester til barn i barnevernet vil bli videreført i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet, herunder etablering av en hjemmesykehusmodell for barn/ungdom med særlig store psykiske problemer ved to utvalgte barnevernsinstitusjoner i 2018 i hhv. Søgne og Bodø.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås å:
- flytte 50 000 kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten.
- omprioritere til sammen 5 mill. kroner fra kap. 734, post 21 og 72, for å styrke driftsutgiftene til kontrollkommisjonene.

Det foreslås å styrke landets kontrollkommisjoner med 7 mill. kroner til dekning av utgiftene til kommisjonenes arbeid. Driftsutgiftene for kontrollkommisjonene har økt de siste årene. Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjøring og andre utgifter for kontrollkommisjonene innen det psykiske helsevernet. Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon. Landet har 55 kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonene ivaretar rettssikkerheten til pasienter i møtet med det psykiske helsevernet. Kommisjonen skal gjennomgå alle vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Kontrollkommisjonen er klageinstans for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven, og skal i tillegg utføre velferdskontroll. Enkelte av de vedtak kontrollkommisjonen fatter, kan pasienten få overprøvd av domstolene etter tvisteloven kap. 36, jf. psykisk helsevernloven § 7-1. 68 pst. av vedtakene om tvungent vern ble påklaget i 2015 (2673 klager). Andelen vedtak som påklages er økende. Også antall klager til fylkesmannen og antall saker for domstolen øker. Fylkesmennene behandlet i 2015 totalt 1061 klager på vedtak om tvangsbehandling og det var 225 søksmål i saker om tvungent psykisk helsevern. Analyser av data fra kontrollkommisjonene og fylkesmennenes klagesaksbehandling viser til dels betydelige forskjeller i medholdsprosent mellom kommisjonene og mellom fylkesmannsembetene. Helsedirektoratet har et faglig og praktisk oppfølgingsansvar overfor kommisjonene. Den økonomiske forvaltningen er delegert til fylkesmennene gjennom embetsoppdrag og fullmaktsbrev.

Helsedirektoratet har i 2016 arbeidet med en opplæringspakke for kontrollkommisjonsmedlemmer, herunder undervisning og obligatorisk e-læring. Dette vil implementeres i 2017. Sentrale elementer i opplæringen er rolleforståelse, kunnskap om menneskerettigheter, regelverk, fagområde og brukerperspektivet samt praktiske sider av kommisjonsarbeidet. Det foreslås til sammen 57,7 mill. kroner på posten i 2018.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å:
- flytte 0,46 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten.
- Omprioritere 3 mill. kroner til kap. 734, post 01, for å styrke driftsutgiftene til kontrollkommisjonene.

Formålet med posten er bl.a. å følge opp tiltak for økt frivillighet i psykiske helsetjenester. Videre skal bevilgningen finansiere utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer og utviklingsarbeid innenfor rusområdet og psykisk helsevern, samt oppfølgingstiltak på andre områder.

Det ble ifm. Stortingets behandling av budsjettet for 2017 bevilget 5 mill. kroner over posten til styrking av kontrollkommisjonenes arbeid. Bakgrunnen for styrkingen var avdekkingen av faglig uriktig og til dels lovstridig bruk av tvang i psykisk helsevern i 2016. Midlene skal brukes til å forbedre kvaliteten på kontrollkommisjonenes arbeid, herunder utøvelse av en mer aktiv velferdskontroll. Midlene til formålet videreføres med 2 mill. kroner i 2018. Det foreslås bevilget 16,9 mill. kroner på posten i 2018.

Særskilte oppfølgingstiltak av utilregnelige lovbrytere

Stortinget har gjennom endringer i straffeloven vedtatt to utvidelser 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. Prop. 154 L (2016–2017), jf. Innst. 179 L (2016–2017) Endringer i straffeloven og straffeprosessloven mv. (skyldevne, samfunnsvern og sakkyndighet), innebærer bl.a. en utvidelse av ordningen ved at også mindre alvorlige lovbrudd kan gi grunnlag for slik særreaksjon. Stortingets vedtak innebærer også et tillegg-

skrav om at lovbryteren er utilregnelig pga. alvorlig sinnslidelse, slik at det ikke vil være tilstrekkelig at en lovbryter har en slik lidelse.

De ressursmessige konsekvensene for helsetjenesten er avhengig av hvor mange som faktisk dømmes til overføring til særreaksjon som følge av endringene. Regjeringen har vurdert at omfanget av nye dommer vil være lavt.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Den første tverrsnittsundersøkelsen for pasienter ved døgninstitusjoner innen TSB ble gjennomført høsten 2013 og er gjentatt både høsten 2014 og høsten 2015. Undersøkelsene er gjennomført over den samme malen alle tre årene. Tilsvarende undersøkelse ble foretatt og vil bli publisert også i 2017. Resultatene fra disse pasient- og brukerundersøkelsene danner et godt grunnlag for videreutvikling av tjenestene. Hovedtrekkene viser at pasientene er generelt godt fornøyd med behandlingen, men at planlegging for videre hjelp og oppfølging i kommunene er mangelfull.

Helsedirektoratet sluttførte i 2016 arbeidet med utgivelsen av de to siste nasjonale retningslinjene for TSB (behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet og retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler). Med dette er nå alle deler av TSB underlagt nasjonale retningslinjer.

En overordnet implementeringsplan for retningslinjene på området psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble ferdigstilt i 2016, og Nasjonal kompetansetjeneste for TSB vil ha en viktig rolle i implementeringen av disse retningslinjene.

Videre har Helsedirektoratet startet arbeidet med å revidere gjeldende retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (lar) som vil være ferdig i 2018.

Det har over tid vært rettet kritikk mot deler av Helsedirektoratets nasjonale retningslinje for gravide i lar. Anbefalingen om at kvinner skal starte med lar ved graviditet og anbefales å fortsette i lar dersom de blir gravide, er blitt kritisert.

I Opptrappingsplan for rusfeltet vedtok Stortinget at det skulle arrangeres en Konsensuskonferanse om gravide i lar. Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å arrangere en slik konferanse. Den ble gjennomført i juni 2017. Panelet som fikk i oppdrag å vurdere alle innspill, vil komme med en sluttrapport før jul. På bakgrunn av denne rapporten, vil Helsedirektoratet vurdere ev. grunnlag for å justere/endre gjeldende retningslinje.

Ny handlingsplan mot spilleproblemer (2016–2018) ble lansert høsten 2015. Handlingsplanen skal bidra til at tilbud og kompetanse om forebygging, hjelp og behandling videreutvikles. Planen skal også bidra til økt kunnskap om helsemessige utfordringer for personer med spilleproblemer, samt økt kunnskap om pårørendes levekår, erfaringer og opplevelser.

Veileder for tvang overfor personer med rusmiddelproblemer iht. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4 sees i sammenheng med oppdatert forskrift om rettigheter og bruk av tvang innenfor rusbehandling og ferdigstilles i 2016.

I 2017 ble det etablert tre nye enheter i fengsel etter modell av Stifinner'n – i tråd med opptrappingsplanen. Disse enhetene er plassert på Eidsberg, Bjørgvin og i Trondheim.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 628 (2015–2016), 28. april 2016:

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

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017 framgår 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.

Vedtak nr. 839 (2015–2016), 9. juni 2016:

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

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

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

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. Helsedirektoratet vil tilrettelegge for at medikamentfrie alternativer synliggjøres i faglig veiledning, bl.a. i håndbok for bup-feltet som er under utarbeidelse.

Vedtak nr. 617 (2016–2017), 25. april 2017:

> «Stortinget ber regjeringen sikre at voldserfaringer og erfaringer fra personer som er utsatt for vold og overgrep, inngår i arbeidet med Pakkeforløp for psykisk helse og rus, ved utredning, tiltak og behandling.»

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

Det framgår av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) at regjeringen vil sikre at volds- og overgrepserfaringer inngår i arbeidet med pakkeforløp for psykisk helse og rus, ved utredning, tiltak og behandling. Stortingets vedtak blir fulgt opp gjennom et prosjektarbeid i tilknytning til pakkeforløp psykisk helse og rus. Det er etablert en egen ressursgruppe for å sikre ivaretakelse av vold, overgrep og andre traumatiske erfaringer i pakkeforløpene. Ressursgruppen består av 30 representanter fra brukerorganisasjoner og relevante kompetansemiljøer på feltet. De skal gi innspill og råd som omhandler både kartlegging/avdekking, utredning og tiltak/behandling og omhandler både de som har vært utsatt for vold/overgrep og/eller de som utøver vold – både barn, unge og voksne.

Vedtak nr. 619 (2016–2017), 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) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

I tråd med Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) vil regjeringen 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. På oppdrag fra departementet har Helsedirektoratet gitt Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å utrede kunnskapsgrunnlaget for behandling av utøvere og utsatte for vold og overgrep, jf. Prop. 129 S (2016–2017) og Innst. 401 S (2016–2017).

Post 70 Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.

Norske myndigheter har tidligere kunnet legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utgifter til transport har kunnet blitt ført over denne posten, men krevd refundert av pasienten. Fra 2018 foreslås dette formålet med posten avviklet, da ordningen strider med ansvarsprinsippet som ligger til grunn for konsulær bistand. Bevilgningen på posten dekker fra 2018 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 2,7 mill. kroner på posten i 2018.

Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffelovens § 39a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere. 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. Samlet foreslås det bevilget 83,2 mill. kroner på posten i 2018.

Fra januar 2002 til mai 2017 er til sammen 23 personer dømt til tvungen omsorg. Per mai 2017 er to personer innlagt i fagenhetens sengepost med gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg etter straffelovens § 63 (tidligere 39 a). Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært om lag fire personer (2016 og 2017). Ni personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar (for gjennomføring av dom til tvungen omsorg) per juni 2017. Dom til tvungen omsorg er

opphørt for 12 personer i perioden 2002–2017 (til sammen 23 domfelte fratrukket gjeldende dommer for 11 personer). Fra januar 2002 til mai 2017 har det til sammen vært 27 kjennelser fra retten om innleggelse ved fagenheten for gjennomføring av varetektsurrogat etter straffeprosessloven § 188 og/eller rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167 (17 kjennelser for § 188, 10 for § 167). I perioden fra mai 2016 til mai 2017 ble 6 personer med dom til fengselsstraff og/eller forvaring, innlagt etter straffegjennomføringsloven § 12 etter avtale med Kriminalomsorgen. For hele 2016 og fram til juni 2017 er tallet syv personer. Per mai 2017 var to personer med dom til fengselsstraff innlagt i fagenhetens sengepost etter straffegjennomføringsloven § 12 etter avtale med Kriminalomsorgen. Per juni 2017 er én person innlagt i fagenhetens sengepost etter straffegjennomføringsloven § 12.

Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Det foreslås å:

- flytte 3 mill. kroner til kap. 732, post 70, knyttet til prosjekt vedrørende organisering av rettspsykiatri, jf. omtale under den posten.
- Omprioritere 2 mill. kroner til kap. 734, post 01, for styrke driftsutgiftene til kontrollkommisjonene.

Tvang i psykisk helsevern

I 2016 var antallet tvangsinnleggelser for voksne 7900. Dette er en økning fra 7600 i 2015. Andelen tvungne innleggelser av innleggelser totalt er noe redusert fra 2015 til 2016. På årsbasis ble det i 2016 benyttet tvangsmidler overfor 7 pst. av pasientene. I 2015 var andelen 6,4 pst. Helse Nord hadde lavest andel med 4,6 pst. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge hadde en andel på henholdsvis 7,2 og 5,8 pst. Helse Vest hadde den høyeste andelen med 8,5 pst.

Omfanget av ulike former for tvang i psykisk helsevern for voksne har holdt seg stabilt gjennom flere år, til tross for flere gjennomførte tiltak nasjonalt for å redusere bruken av tvang. Frivillighet er hovedprinsippet i all pasientbehandling, også ved behandling av alvorlige psykiske lidelser. Tvang skal kun brukes unntaksvis, som siste utvei etter at frivillighet har vært forsøkt og forutsatt at pasienten er underlagt rettssikkerhetsgarantier.

Som ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) har det i alle helseregioner blitt etablert medikamentfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern for voksne i 2017. I Helse Sør-Øst er tilbudet etablert i Telemark, Buskerud, Vestfold, Akershus, Oslo og Østfold.

Erfaringene med de medikamentfrie tilbudene skal oppsummeres/evalueres i samarbeid med brukerorganisasjonene.

Det er i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017 stilt krav om etablering av system for komplette og kvalitetssikrede data om tvang i psykisk helsevern. Departementet har mottatt framdriftsrapportering fra de regionale helseforetakene på styringskravet og vil følge opp dette i styringsdialogen.

Komplette og kvalitetssikrede data fra helseforetakene om bruk av tvangsmidler for 2016 ble publisert av Norsk pasientregister 4. mai. Det er gjennom de nye kvalitetsindikatorene for bruk av tvangsmidler lagt til rette for tertialvis rapportering. Dette innebærer en vesentlig forbedring i datagrunnlaget og gjør det mulig for tjenester og myndigheter å sette i verk mer presise styringsgrep og virkemidler i oppfølgingen av tvangsområdet.

Videre er det stilt krav til helseforetakene om å gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevernenheter som benytter tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang. Det vil i mange år framover være behov for en videre oppfølging på feltet for å sikre et likeverdig tjenestetilbud og en enhetlig praksis over hele landet.

Kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og Rettspsykiatri (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 planlagt 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 forslås 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 2018.

Fysisk aktivitet i rehabilitering av rusavhengige og psykisk syke

Det ble i 2015 gitt et tilskudd på 2 mill. kroner til forsknings- og utviklingsprosjekter knyttet til fysisk aktivitet i rehabilitering av rusavhengige og psykisk syke, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015). Midlene ble videreført i 2016 og 2017. Det foreslås å avvikle tilskuddsordningen i 2018. Det foreslås å omprioritere midlene til styrking av kontrollkommisjonenes arbeid, jf. omtale under kap. 734, post 01.

Programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
740	Helsedirektoratet			1 335 046	
741	Norsk pasientskadeerstatning			256 665	
742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten			163 257	
744	Direktoratet for e-helse			420 370	
745	Folkehelseinstituttet			1 214 563	
746	Statens legemiddelverk			297 085	
747	Statens strålevern			118 154	
748	Statens helsetilsyn			133 342	
749	Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten			20 000	
	Sum kategori 10.40			3 958 482	

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
01–23	Statens egne driftsutgifter			3 750 382	
30–49	Nybygg, anlegg m.v.			20 480	
60–69	Overføringer til kommune-forvaltningen			80 000	
70–89	Andre overføringer			107 620	
	Sum kategori 10.40			3 958 482	

Helseforvaltningen er organisert for å understøtte målet om pasientens helsetjeneste, og best mulig helse i befolkningen. Det er klart definerte oppgaver knyttet til myndighetsutøvelse og tilskuddsforvaltning, til kunnskapsproduksjon og faktainnhenting, til tilsyn og oppfølging av pasienter når uønskede hendelser inntreffer. Virksomhetene har definerte oppgaver, og kan dermed fokusere på sine kjerneoppgaver. Dette gjør at det ligger godt til rette for en effektiv og hensiktsmessig ressursbruk.

Helsedirektoratet er et fagorgan på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet. Direktoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, og sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende. Etaten har en rekke forvaltningsoppgaver, herunder myndighet til å anvende og fortolke 24 lover innenfor helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk på helse- og omsorgsområdet i tråd med føringene som departementet gir.

Norsk pasientskadeerstatning 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.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) ble etablert 1. januar 2016 gjennom sammenslåing av sekretariatene til flere nemnder. De enkelte nemndene består, og deres oppgaver og uavhengige stilling er opprettholdt. Helseklage skal sikre at pasientenes rettigheter blir ivaretatt innenfor etatens myndighetsområder. I en overgangsperiode på tre år vil etaten ha kontorer både i Bergen og i Oslo.

Direktoratet for e-helse skal være en pådriver for digitalisering av helse- og omsorgssektoren og sørge for nasjonal koordinering og styring av e-helseområdet. Som myndighet har Direktoratet for e-helse ansvaret for å følge opp den nasjonale e-helseporteføljen og er premissgiver for gjennomføring av nasjonale prosjekter.

Folkehelseinstituttet skal produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode omsorgs- og helsetjenester.

Statens strålevern er fagmyndighet på område strålevern og atomberedskap. Strålevernet har selvstendige fullmakter etter atomenergiloven og strålevernforskriften underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg fungerer Strålevernet også som direktorat med selvstendige fullmakter for både Utenriksdepartementet og Klima- og miljødepartementet.

Statens legemiddelverk er det nasjonale forvaltnings- og tilsynsorganet på legemiddelområdet, og skal bidra til at målene for legemiddelpolitikken og refusjonsområdet blir oppfylt.

Statens helsetilsyn er et faglig uavhengig organ med overordnet faglig styringsansvar overfor fylkesmennene når det gjelder tilsyn og klagesaksbehandling på de fleste områdene innen barnevern- og helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen og folkehelseområdet.

Kap. 740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			1 175 518
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*			30 641
60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger			80 000
70	Helsetjenester i annet EØS-land			48 887
	Sum kap. 0740			1 335 046

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 720 Helsedirektoratet. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 63.

Samfunnsoppdrag

Helsedirektoratet har ansvar for å:

- følge med på forhold som påvirker folkehelse og utviklingen i folkehelsearbeidet, samt å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. På dette grunnlag skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen
- stille sammen kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder
- være et kompetanseorgan som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparat, interesseorga-

nisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer, samt media ser det som naturlig å henvende seg til.

Hovedaktivitetene er å:
- gi råd om helse og livsmestring herunder kosthold, fysisk aktivitet, søvn, rusmidler og tobakk
- fremme helse og redusere helseforskjeller i befolkningen ved å arbeide bredt med samfunnsmessige forhold som påvirker helse og livskvalitet, bl.a. ved samarbeid med andre sektorer som skole og utdanning, arbeidsliv, transport, nærmiljø og samfunnsplanlegging
- utvikle tjenestene sammen med helsepersonell og brukere
- bidra til at pasientene får oppfylt sine rettigheter og påvirker behandling og tjenestetilbud
- videreutvikle og drifte finansieringsordningene for helsetjenestene og pasientene
- sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse
- ta ansvar for å koordinere helsetjenesten i en stor krise
- følge med på helseutviklingen og foreslå tiltak som skal gi folk bedre helse.

Roller

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

Myndighetsfunksjoner

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

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

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.

Bedre folkehelse og reduserte helseforskjeller

I arbeidet med å fremme befolkningens helse og utjevne sosiale helseforskjeller er forvaltningen av folkehelseloven, strukturelle virkemidler som bl.a. regulerer tilgjengelighet til tobakk og rusmidler, samarbeid med matvarebransjen og alliansebygging med offentlige, frivillige og private aktører sentralt for Helsedirektoratets arbeid.

Helsedirektoratet vil i 2018 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, Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021), samt bidra i utviklingen av tobakksområdet og en ny handlingsplan for fysisk aktivitet.

Arbeidet med mobbing og barn og unges psykiske helse følges opp i samarbeid med Utdanningsdirektoratet. Se kap. 714, post 21, for nærmere omtale. Videre skal Helsedirektoratet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet bidra i forskningsprosjektet om utprøving og evaluering av modeller for økt fysisk aktivitet og kroppsøving på ungdomstrinnet, jf. omtale under kap. 714, post 21. Helsedirektoratet skal bidra inn i arbeidet med ny folkehelsemelding, herunder utgi en folkehelserapport om status i folkehelsearbeidet og forslag til tiltak for å nå de nasjonale folkehelsemålene.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Helsedirektoratet følger med på utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten gjennom styringsdata og analyser.

Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi er ett viktig tiltak. 31 programkommuner har arbeidet for å tilrettelegge for gevinstrealisering og nye tjenester og teknologi, slik at det blir en ordinær del av tjenestetilbudet. I 2017 prioriteres innføring og spredning i nye kommuner.

Helsedirektoratet har avsluttet oppdateringen av retningslinjer for behandling av hjerte-karsykdommer og diabetes. For personer med psykisk lidelse har etaten to tiltak i utvikling og med gode resultater; ACT-team er en metode for rask psykisk helsehjelp som reduserer behovet for lange døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Individuell jobbstøtte (IPS) skal bidra til bedre livskvalitet, bedre selvopplevd helse og bedre funksjonsnivå.

I Helsedirektoratet arbeides det med flere oppgaver som skal bidra til at pasientens helsetjeneste henger bedre sammen. 28 pakkeforløp for kreft er revidert. Helsedirektoratet har revidert nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag og utarbeider pakkeforløp for hjerneslag. Arbeidet med utarbeidelse av pakkeforløp for psykisk helse og rus er startet. De første implementeres i 2018. ParkinsonNet skal på systematisk og oversiktlig vis tilgjengeliggjøre helsetjenestene parkinsonpasienter trenger, når de trenger det og på tvers av omsorgsnivåene. Kontaktlegeordningen skal sikre pasienter med komplekse behov god koordinering.

Meldeordningen

Helsedirektoratet forvalter meldeordningen forankret i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 om plikt til å melde hendelser som har, eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Meldeordningen skal bidra til å redusere pasientskader. Meldeordningen analyserte om lag 10 000 mottatte meldinger i 2016. Antall innmeldte hendelser fra spesialisthelsetjenesten er på omtrent samme nivå som i 2015. Meldeordningen publiserte 6 læringsnotater fra utvalgte områder, samt en årsrapport med oversikt over ulike hendelsestyper.

Helsedirektoratet drifter også meldeordninger for hemovigilans (blod) og for celler og vev.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Utvikling og publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer er viktige bidrag i arbeidet med økt åpenhet om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

I løpet av 2016 har Helsedirektoratet utviklet 67 nye nasjonale kvalitetsindikatorer, 9 er revidert og 5 er faset ut. De nye er utviklet innenfor områdene AMK, graviditet og fødsel, velg behandlingssted, antibiotika, barne- og ungdomsdiabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft, psykisk helse, rus og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ved utgangen av 2016 var det totalt 159 nasjonale kvalitetsindikatorer innen somatikk, psykisk helse og rus, spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Det ble i 2016 gjennomført 5 publiseringer av nasjonale kvalitetsindikatorer.

Kvalitetsindikatorer innen kommunale helse- og omsorgstjenester skal videreutvikles, særlig innen følgende områder: Legemiddelgjennomgang og oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem samt dagaktivitetstilbud for demente og for psykisk utviklingshemmede. Innen somatikk videreutvikles indikatorer innen hjerte- og karsykdommer, infeksjon og antibiotika, kreft, ortopedi, diabetes, nyre og astma/kols, mens det innen psykisk helse og rus arbeides med tvangsmiddelvedtak, avbrudd i behandling og pakkeforløp.

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er virkemidler for å redusere uønsket variasjon, heve kvaliteten og utvikle en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste. De skal også bidra til riktigere prioriteringer, og til å løse samhandlingsutfordringer samt bidra til helhetlige pasientforløp. Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, videreformidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Pasientrettigheter

1. november 2015 trådte det i kraft flere endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Bl.a. fikk spesialisthelsetjenesten plikt til å varsle Helfo dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes. Helfo skal gi pasienten et annet tilbud om helsehjelp, privat eller i utlandet om nødvendig. Antall fristbrudd gikk betydelig ned i 2015 og 2016.

Fritt behandlingsvalg og Velg behandlingssted på helsenorge.no

Fritt behandlingsvalg har som formål å gi pasienter økt valgfrihet og kortere ventetid. Ordningen omtales nærmere under Helfo. Helsedirektoratet har ansvar for informasjonstjenesten Velg behandlingssted som skal gi pasienter grunnlag for å

gjøre gode valg av behandlingssted i spesialisthelsetjenesten basert på ventetid, kvalitet og geografi. Tjenesten omfatter informasjon om alle tilgjengelige behandlingssteder innen det offentlige, private med avtale og private med godkjenning for en rekke undersøkelser og behandlinger.

Egenandelstak 2

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å automatisere ordningen med frikort for egenandelstak 2 fra 1. januar 2017. Pasientene slipper nå å søke om frikort, og får frikortet automatisk tilsendt i posten. En viktig faktor er at fysioterapeutene i økende grad sender egenandelene elektronisk over linje. Automatisering av frikortordningen fungerer og det utstedes frikort til om lag 1000 personer per virkedag.

Styringsinformasjon

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å analysere og følge med på utvikling og variasjon i tilbud og bruk av ulike kommunale helse- og omsorgstjenester, deriblant det lovpålagte kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp og grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Styringsinformasjon av god kvalitet er et viktig grunnlag for effektiv ressursutnyttelse og forbedringsarbeid i spesialisthelsetjenesten.

For å bidra til forbedringsarbeidet i kommunene har Helsedirektoratet i 2017 utviklet en interaktiv webtjeneste (Samdata kommune). Løsningen er nært knyttet til opprettelsen av det kommunale pasient- og brukerregisteret (KPR).

Helsedirektoratet har i 2016 utviklet en interaktiv web-tjeneste for styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten til helseforetakene og offentlige helsemyndigheter.

I tillegg til de årlige analysene har Samdata spesialisthelsetjenesten gjennomført analyser rettet mot variasjoner i effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

Finansieringsordningene i helsesektoren

Helsedirektoratet drifter og utvikler finansieringsordningene for helsetjenestene og pasientene. Dette gjøres i tett samarbeid med departementet og omfatter regelverk om innsatsstyrt finansiering, kvalitetsbasert finansiering, takster, refusjonsordninger og tilskudd. I tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten har direktoratet utviklet og implementert en ny ISF-basert finansieringsmodell for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB. Flere nye typer legemiddelbehandlinger er inkludert i ISF-finansieringen, og det arbeides for ytterligere utvidelse av denne ordningen når finansieringsansvaret for legemidler overføres til de regionale helseforetakene.

Kommunikasjon og digitalisering

Å gi befolkning og helsepersonell god informasjon og tilgang til selvbetjeningsløsninger er en viktig del av direktoratets oppgaver. Hovedkanalene for kommunikasjon er via Helsedirektoratets innhold og tjenester på helsenorge.no (for befolkningen) og på helsedirektoratet.no (for helsepersonell og samhandlere).

Besøkstallene til helsenorge.no har økt betydelig. I mars 2017 hadde sidene 2,1 millioner besøk. Helsedirektoratet og Helfo har ansvar for noen av de mest brukte tjenestene; bytte fastlege, frikort og gratiskondomer.

Helsedirektoratet har automatisert saksbehandlingen rundt autorisasjon av nyutdannet helsepersonell fra godkjente norske lærersteder, som har redusert saksbehandlingstiden fra 4–6 uker til samme dag.

Digitalisering av retningslinjer og normerende innhold har blitt forbedret og modernisert for å bedre kunne produsere normerende innhold digitalt.

Helsedirektoratet.no er en samleportal for en rekke tjenester som skal understøtte helsetjenestens arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Portalen hadde i gjennomsnitt 400 000 besøk i måneden i 2016. I 2016 er innkomne telefonsamtaler redusert med gjennomsnittlig 20 pst., mens antall trykksaker i papirutgave er redusert med 40 pst. fra 2015.

For å tilpasse leveranser og innsats godt til målgruppene, gjennomfører Helsedirektoratet ulike brukerundersøkelser (ulik metodikk) på en rekke temaer og følger med på omdømmeundersøkelser. Direktoratet kommer bl.a. særlig godt ut på Ipsos MMIs profilundersøkelse blant norske etater i 2016 med høy score på fagkunnskap, kompetanse og samfunnsansvar.

Personell, kompetanse og autorisasjon mv.

Personell er den største ressursen og viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitet og pasientsikkerhet er avhengig av kvalifisert og kompetent helsepersonell i tilstrekkelig omfang.

Hovedformålet med autorisasjons- og godkjenningsordningene er å ivareta pasientsikkerhet,

bidra til å sikre god kvalitet på helsetjenestene og tillit til helse- og omsorgstjeneste og helsepersonell. Helsedirektoratet skal tilse at helsepersonell som får autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning har nødvendige kvalifikasjoner og at søknader behandles etter gjeldende regelverk.

For å styrke innsatsen og arbeide mer helhetlig på autorisasjons- og godkjenningsfeltet, ble Statens autorisasjonskontor integrert i Helsedirektoratet fra 1. januar 2016. Dette har gitt gode effekter gjennom kompetansedeling og muligheter for å bruke informasjonen fra autorisasjonsarbeidet i planlegging og utvikling innen helsepersonellområdet. I 2016 ble det innvilget 17 263 autorisasjoner og 3135 lisenser fordelt på 29 helseprofesjoner. Det ble gitt 1228 avslag, noe som utgjør om lag 6 pst. av de behandlede søknadene. Det er innvilget flest autorisasjoner innenfor profesjonene sykepleiere (5184), helsefagarbeidere (5098), leger (1658), og vernepleiere (885).

Det er i 2016 registrert en betydelig nedgang i autorisasjonssøknader fra nordiske søkere, og da spesielt fra Sverige hvor reduksjonen er 35 pst. fra 2015 til 2016. I løpet av 2016 har en ny helautomatisk løsning for innmelding av helsepersonell som har fullført sin utdanning i Norge forenklet behandlingen betydelig for disse gruppene.

Det er i 2016 behandlet 1679 av totalt 1910 søknader om spesialistgodkjenning. Det ble gitt 45 avslag, som utgjør 2,6 pst. av de behandlede søknadene. Av de 1634 innvilgende godkjenningene er om lag 650 i allmennmedisin, 700 i sykehusspesialiteter og knapt 200 konverteringer fra EU/EØS-spesialiteter. Av 358 klager på vedtak innenfor autorisasjons- og godkjenningsområdet i 2016 ble 106 oversendt til Helseklage, som stadfestet 94 pst. av vedtakene.

Stadig flere norske ungdommer velger å ta sin utdanning ved universiteter eller høyskoler utenfor Norge. Ny informasjon om regulering av utdanninger i utdanningslandet, har bidratt til omlegging av praksis og endring i saksbehandlingen for enkelte grupper.

For å gi søkere god informasjon og profesjonell service jobbes det løpende med forbedringer, særlig handler dette om å gi søkere mulighet til å søke digitalt og ha en effektiv dialog med Helsedirektoratet.

Statens seniorråd

Statens seniorråd er oppnevnt for perioden 2014–2017, og har inntil ti medlemmer. Hovedoppgaven i rådsperioden har vært å fremme aktiv og sunn aldring. Rådet har gitt råd til myndigheter og andre instanser, bidratt til å øke kunnskap om eldrebefolkningen, endre holdninger om seniorers rolle i arbeids- og samfunnsliv, bekjempe aldersdiskriminering mv. samt vært høringsinstans. Økt deltakelse i arbeids- og samfunnsliv har vært særlig vektlagt. Ved utløpet av rådsperioden skal rådet avgi en seniorpolitisk redegjørelse. Helsedirektoratet har ansvar for sekretariatsfunksjonen for rådet. I perioden har det vært satt av om lag 5 mill. kroner per år over kap. 740, post 01, til drift av rådet. Helse- og omsorgsdepartementet vil foreta en vurdering av rådets formål og funksjon for neste periode med hensikt å styrke idéutvikling og nytenking om seniorers rolle i et aldrende samfunn og hvordan skape et mer aldersvennlig samfunn i alle sektorer.

Helfo

Formål og hovedprioriteringer

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo har om lag 540 årsverk og forvalter i overkant av 34 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. De senere år har service, informasjon, og effektiv forvaltning av pasientrettigheter vært viktige utviklingsområder. Følgende overordnede mål er knyttet til 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 helserefusjonsområdet

Resultatrapport 2016

Servicetjenester – informasjon og veiledning

Servicetjenester til brukere og behandlere er en viktig del av Helfos tjenesteyting. Det omfatter informasjon og veiledning på telefon, nett og øvrige kanaler og selvbetjeningsløsninger som bytte av fastlege og utstedelse av europeisk helsetrygdkort. Målet er å gjøre hverdagen enklere for brukerne.

All informasjon til private brukere fra Helfo er nå samlet på helsenorge.no. Besøkstallene til helsenorge.no har økt betydelig i 2016. Gjennomsnittlig besøk per måned i 2016 var 1,34 millioner. 79 pst. av fastlegebyttene ble foretatt gjennom selvbetjeningsløsningene på helsenorge.no.

I 2015 ble helfo.no etablert som nettløsning 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. Helfo.no hadde i 2016 en økning av nettbesøk fra behandlere på 20 pst. fra 2015.

I 2016 mottok Helfo i alt 729 000 telefonhenvendelser, nær 4 pst. flere henvendelser enn i 2015. Brukertilfredshet på telefon er til tross for noe lang ventetid på hele 88 pst. Det tyder på at kvaliteten på tjenesten er meget god, noe som bekreftes gjennom at Helfo i 2016 for tredje gang ble kåret til det beste kundeservicemiljø innen offentlig forvaltning. Produktiviteten er i tillegg høy per dagsverk.

Veiledningstelefonen for behandlere hadde en økning i antall henvendelser på 10 pst. i 2016. Brukertilfredsheten er på hele 89 pst.

Fritt behandlingsvalg

Ordningen Fritt behandlingsvalg ble innført i november 2015 og erstatter og utvider den tidligere ordningen Fritt sykehusvalg. Helfo behandler søknader fra private behandlingsinstitusjoner om å bli godkjent som helsetilbud i den nye ordningen. Fram til utgangen av 2016 ble 2000 pasienter behandlet gjennom ordningen, og det ble utbetalt 66 mill. kroner. I 2017 (januar t.o.m. august) har om lag 3000 pasienter fått behandling gjennom ordningen, og det er utbetalt 69 mill. kroner. Det er om lag 40 godkjente private leverandører. Det vises til nærmere omtale av fritt behandlingsvalg under kap. 732, post 72–75. Helfo har i 2016 registrert om lag 4400 fristbrudd, og av disse har om lag 1600 pasienter mottatt helsehjelp via Helfo og fristbruddsordningen. Øvrige pasienter har valgt å vente på behandling ved fristbruddinstitusjonen.

Saksbehandlingstider

Helfo hadde også i 2016 manglende måloppnåelse for saksbehandlingstider på legemiddelområdet. Prioriterte legemiddelsaker behandles innen fristen, men for øvrige saker har det vært store forsinkelser. Saksinngangen har økt med 11 pst. siden 2015. Antall søknader totalt innenfor legemidler og næringsmidler var 111 000 i 2016. Ved årets slutt var det nær 2 750 saker over ytre grense (8 uker), om lag som ved inngangen til 2016.

Helfo arbeider kontinuerlig med forbedring av sine prosesser. Omprioritering av ressurser er også et sentralt tiltak.

Saksinngang for refusjonsordning for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdlovens § 5-24 a, har vært stabil de siste to år og var i 2016 på 11 200 saker. I 2015 var det 576 saker over ytre grense (12 uker). Tilsvarende for utgangen av 2016 var 431 saker. Produksjonen det siste året har økt og antall restanser reduseres gradvis.

Innsending av refusjonskrav og oppgjør

Helfo håndterte i 2016 vel 700 000 oppgjørsmeldinger fra behandlere, en økning på 10 pst. sammenliknet med 2015. I 2016 var det nær 68 pst. av behandlerne som sendte sine krav elektronisk over linje, en økning på 5 prosentpoeng fra 2015. Det er imidlertid store forskjeller mellom behandlergruppene. 93 pst. av legene (herav 99 pst. av fastlegene), 76 pst. av tannlegene og 21 pst. av fysioterapeutene sender elektronisk over linje. Automatisering av saksbehandling og utsending av frikort for egenandelstak 2 fra 1. januar 2017 innebærer krav til fysioterapeuter om elektronisk innsending. Det har resultert i en vesentlig økning av andel behandlere som sender sine refusjonskrav elektronisk over linje i 2017.

Etterlevelse

Med mål om rett behandlingsrefusjon og bedre etterlevelse av regelverket, har Helfo forsterket arbeidet med en kunnskapsdrevet kontrollvirksomhet i 2016. Helfo legger vekt på at «riktig første gang» er en effektiv strategi for å sørge for etterlevelse av regelverket og forhindre urettmessige utbetalinger av helserefusjoner. Det er opprettet en egen telefontjeneste med informasjon og veiledning av behandlere og en pro-aktiv tjeneste som arbeider aktivt med rettledning og informasjon. Videre er det utviklet omfattende automatiserte kontroller i mottak og behandling av refusjonskrav og interne kontrolltiltak i saksbehandlingen av individuelle søknader. Helfo gjennomfører etterkontroller etter kontrollplaner utarbeidet på basis av årlige risikovurderinger av stønadsområdene. 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. Hele virkemiddelkjeden fra informasjon og veiledning til kontroll, tilbakekreving og ev. anmeldelser tas i bruk. Helfo legger til grunn erfaring og kunnskap om effekten av ulik virkemiddelbruk i sin oppfølging. I 2016 utgjorde tilbakekrevd beløp nær 54 mill. kroner fordelt på

92 saker. Tilsammen 190 behandlere fikk pålegg om endring av praksis, en økning på 29 pst. fra 2015, 11 behandlere ble fratatt retten til å praktisere på trygdens regning, mens dette gjaldt kun 2 behandlere i 2015. Helfo gikk til anmeldelse i 9 saker, noe som tilsvarer nivået i 2015.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås følgende flyttinger:

- Tilskuddsforvaltning. Det foreslås å flytte til sammen 2 mill. kroner fra kap. 733, post 21, kap. 761, post 21, og kap. 762, post 21, til kap. 740, post 01, knyttet til forvaltning av tilskuddsordninger. Helsedirektoratet forvalter en rekke tilskuddsordninger for Helse- og omsorgsdepartementet. Etaten har ansvar for over 160 tilskuddsregelverk. Tilskuddsforvaltning defineres som en fast oppgave for Helsedirektoratet, og skal derfor finansieres over etatens driftspost.
- Omorganisering av sentral helseforvaltning. Ved omorganiseringen i 2016 ble hovedtyngden av Kunnskapssenteret overført til Folkehelseinstituttet. Samtidig ble det besluttet at totalt 10 mill. kroner skulle overføres fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet over en tre års periode. Beløpet omfatter arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det gjenstår å overføre 2 mill. kroner i 2018.
- Forvaltning av Nødnett i helsetjenesten. Helsedirektoratet har hatt prosjektlederansvaret for utrulling av nødnett i hele helsetjenesten. Prosjektet ble formelt nedlagt i 2017, og prosjektmidlene på 22 mill. kroner ble trukket inn i statsbudsjettet for 2017. Helsedirektoratet har i tillegg finansiert deler av arbeidet med midler over kap. 781, post 21. Det foreslås å overføre 3 mill. kroner fra kap. 781, post 21, til dekning av Helsedirektoratets faste forvaltningsoppgaver med nødnettet. Myndighetsrollen er bl.a. gitt i akuttmedisinforskriften og innebærer å stille nødvendige krav til utstyr, drift, organisering og opplæring for helsetjenestens bruk av nødnett.
- Forvaltning av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Helsedirektoratet har ansvaret for å forvalte ovennevnte kvalitetsindikatorsystem. Deler av utgiftene har blitt finansiert over kap. 781, post 21. Det foreslås å flytte 2,2 mill. kroner til kap. 740, post 01, til finansiering av direktoratets faste oppgave.
- Utskillelse av Strålevernet. Statens Strålevern ble etablert som egen etat fra 1. juli 2017. Det vises til omtale under kap. 747, post 01. Det foreslås å overføre 91,126 mill. kroner fra kap. 740, post 01, til kap. 747, post 01.
- Pensjonspremie, fordeling av kompensasjon. I 2017 ble det innført en forenklet modell for premiebetaling til Statens pensjonskasse for de virksomheter som tidligere ikke betalte premie. Virksomhetene ble kompenserte for utgiftene i 2017-budsjettet. En andel av Helsedirektoratets årsverk er finansiert som spesielle driftsutgifter (21-poster) på andre fagkapitler. Det er derfor nødvendig å flytte deler av kompensasjonen til disse driftspostene. Samlet utgjør endret fordeling av kompensasjon 9,07 mill. kroner.
- Ved innføring av forenklet modell for premieinnbetaling til Statens pensjonskasse i 2017 ble Helsedirektoratet tildelt totalt 7 mill. kroner for mye i kompensasjon. Bevilgningen foreslås derfor redusert med 7 mill. kroner.
- Medisinsk utstyr. Helsedirektoratet er fagmyndighet på området medisinsk utstyr og ivaretar de løpende tilsyns- og forvaltningsoppgaver som følger av dette. Det foreslås at forvaltningsansvaret for medisinsk utstyr overføres til Statens legemiddelverk fra 1. januar 2018. Forslaget medfører en rammeoverføring på 7,8 mill. kroner.
- Sekretariatet for Nye metoder. Sekretariatsfunksjonen for Nye metoder ble opprettet i 2013 ved etablering av system for Nye metoder. Sekretariatet er organisatorisk plassert i Helsedirektoratet. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å overføre sekretariatet for Nye Metoder fra Helsedirektoratet til de regionale helseforetakene ved Helse Sør-Øst RHF fra 1. januar 2018. Det foreslås å flytte til sammen 5,1 mill. kroner, fordelt med 0,8 mill. kroner fra kap. 740, post 01, og 4,4 mill. kroner fra kap. 781, post 21, til kap. 732, post 70. Midlene skal tildeles Helse Sør-Øst RHF. Det vises til omtale under kap. 781, post 21, og kap. 732, post 70.

Bevilgningen foreslås økt med 5,4 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3740, post 04. Av disse er 2,5 mill. kroner knyttet til driften og forvaltningen av tobakkssalgsregisteret samt tilsyn med grossistene etter registrerings- og tilsynsordningen for salg av tobakksvarer og e-sigaretter, jf. Prop. 109 L (2016–2017). Ordningen vil være i drift fra 1. januar 2018. Resterende 2,9 mill. kroner er knyttet til nytt system for innkreving av gebyrer som følge av gjennomføring av EUs tobakksdirektiv, jf. Prop. 142 L (2015–2016).

EU har i en egen forordning (883/2004) besluttet at trygdeoppgjørene mellom medlem-

mene i EU/EØS skal skje elektronisk, og slik at man utveksler personsensitiv informasjon i egne strukturerte dokumenter. EU-kommisjonen i Brussel skulle stå for utvikling og levering av de sentrale IKT-løsningene, mens de enkelte medlemslandene skulle være ansvarlig for utvikling og drift av de nasjonale IKT-systemene, som skulle kommunisere med de sentrale IKT-systemene. Administrativ Kommisjon i Brussel har varslet om en forskyvning av prosjektet. Det er nødvendig å styrke prosjektet i Helsedirektoratet med 5 mill. kroner.

Bevilgningen foreslås redusert med 0,749 mill. kroner i forbindelse med innføring av Digital post.

Nasjonalt råd for prioritering

Nasjonalt råd for prioritering er oppnevnt fram til 31. desember 2017. Rådet oppnevnes ikke på nytt fra 2018. Hovedgrunnen er at spesialisthelsetjenesten har bygd opp systemer for prioritering i langt større grad enn da rådet for første gang ble oppnevnt i 2007. Videre er det nedsatt et utvalg som skal se på prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Sekretariatet for rådet er plassert i Helsedirektoratet og legges ned. Innsparingen i lønnskostnader er omprioritert til finansiering av andre oppgaver i etaten.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

I forbindelse med etableringen av Statens strålevern overføres 17,726 mill. kroner til kap. 747, post 21. Det vises til omtale under den posten.

Bevilgningen foreslås styrket med 3 mill. kroner til Helfos kontrollfunksjon rettet mot tannlegenes krav om refusjon fra folketrygden.

Det foreslås å etablere en tilskuddsordning til dekning av ideelle virksomheter mv. sine historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning. Det er sannsynlig at Helsedirektoratet skal forvalte hele eller deler av tilskuddsordningen. Det foreslås at 12. mill. kroner bevilges på kap. 740, post 21, mens 15 mill. kroner bevilges på kap. 732, post 70. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70. Bevilgningen over post 21 skal dekke kostnader til forvaltning og kjøp av tjenester.

Post 60 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger

Ved Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017), jf. Innst. 401 S (2016–2016), ble det opprettet en ny post med tilhørende inntektspost tilknyttet Gjesteinnbyggeroppgjøret fastlegeordningen. Ordningen foreslås videreført.

Gjesteinnbyggeroppgjøret for fastlegeordningen er et oppgjør mellom landets kommuner for kostnader knyttet til pasienter som har fastlege i en annen kommune enn bostedskommunen. Oppgjøret gjelder per capita-kostnadene.

Basert på regnskapstall fra tidligere år, anslås det at innbyggeroppgjøret vil utgjøre om lag 80 mill. kroner i 2018. Dette er et nullsum-oppgjør, fordi det for hver avgivende kommune skal være en mottakende kommune.

Det er Helfo som står for gjesteinnbyggeroppgjøret mellom kommunene.

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 41,3 mill. kroner på posten i 2016. I tillegg ble det utbetalt 20,5 mill. kroner i 2016 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, og tannbehandling, som belastes folketrygden, som dominerte i 2016.

Antall søknader om refusjon for sykehusbehandling har tatt seg opp siden forskriftsutvidelsen 1. mars 2015. I første halvår 2017 er det innvilget 184 refusjonskrav innen sykehusbehandling for til sammen 7,5 mill. kroner. Dette er en dobling sammenliknet med første halvår 2016. De innvilgede sakene fordeler seg på flere diagnoser, men det er mange innen akutt hjelp i Spania og behandling av prostatakreft i Tyskland. Behandling for atrieflimmer og atrieflutter i Danmark har avtatt sammenliknet med første halvår 2016. En ny tendens er at flere forsikringsselskap 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. 63 av

de 184 innvilgede sakene i første halvår 2017 kommer fra forsikringsselskap. Utbetalingene tilsvarte 2,4 mill. kroner i samme periode.

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 bevilgningene til de regionale helseforetakene. Forvaltningen av ordningen innebærer bl.a. at Helfo i samarbeid med Nav skal betale til de private aktørene. Det er derfor nødvendig med et påfølgende oppgjør mellom Helfo og de regionale helseforetakene. Nav vil belaste posten ved løpende utgiftsføring av utbetalinger til private aktører. Helfo vil kreve refusjon fra helseforetakene og inntektsføre på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid.

Kap. 3740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter			19 202
03	Helsetjenester i annet EØS-land			47 921
04	Gebyrinntekter			42 723
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.			69 503
06	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger			80 000
	Sum kap. 3740			259 349

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 3720 Helsedirektoratet. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 63.

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til salg av trykksaker, publikasjoner og gjennomføring av prosjekter og tiltak finansiert av andre offentlige organer. Det foreslås å flytte 19,369 mill. kroner til kap. 3747, post 02, i forbindelse med etableringen av Statens Strålevern. Det vises til omtale under kap. 747.

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 regionale helseforetak. Dette inntektsføres på post 03.

Post 04 Gebyrinntekter

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

Posten omfatter også inntekter til behandling av søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell.

Det foreslås å flytte 7,652 mill. kroner til kap. 3747, post 04, i forbindelse med etableringen av Statens Strålevern.

Bevilgningen foreslås økt med 5,4 mill. kroner, jf. omtale under kap. 740, post 01.

Post 05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.

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

Post 60 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger

Det foreslås å opprette ny inntektspost med bevilgning 80 mill. kroner, jf. omtale under kap. 740, post 60.

Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			197 932
70	Advokatutgifter			38 219
71	Særskilte tilskudd			20 514
	Sum kap. 0741			256 665

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 64.

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 instrukser 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 skal ha høy prioritet i Norsk pasientskadeerstatnings arbeid. Saksbehandlingen skal tilpasses de økonomiske rammer.

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2016 har NPE mottatt 83 000 erstatningskrav. Saksmengden – eksklusive legemiddelsaker – gikk ned fra 5635 nye saker i 2015 til 5511 nye saker i 2016. 609 av sakene knyttet seg til privat helsetjeneste. 1419 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 2994 fikk avslag i 2016. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på rundt 31 pst.

I 2016 ble erstatningsutbetalingene i offentlig helsetjeneste 948 mill. kroner. Dette er en økning på 7,5 pst. fra 2015. Det ble utbetalt 35,3 mill. kroner i saker knyttet til privat helsetjeneste. For erstatninger hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2016, ble det i gjennomsnitt utbetalt 720 000 kroner per sak, varierende fra et minstebeløp på 10 000 kroner og opp til 10 mill. kroner.

I 2016 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker mht. om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 261 dager, mot 242 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om erstatning, var 371 dager, mot 328 dager året før.

Det har vært en prioritert oppgave å redusere saksbehandlingstiden i NPE. For første gang på flere år lyktes ikke virksomheten i 2016 med dette for å ta stilling til om erstatningssøker har krav på erstatning. Virksomheten har imidlertid klare målsettinger for redusert saksbehandlingstid, og arbeidet med nedgang i den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for begge utredningsløpene fortsetter i 2017 og 2018.

Det har videre vært en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Avviklingen i 2016 økte med 4,8 pst. fra 2015, hvilket innebar en økt produktivitet på 2,7 pst. Viktige elementer i denne utviklingen er kompetansebygging og et kontinuerlig arbeid med endringer i arbeidsmetodikk.

Fagutvikling

NPE har i 2016 jobbet med å følge opp strategien for virksomheten. Det ble besluttet å utvide strategiperioden fra 2015 ut 2018.

Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. NPE er opptatt av å jobbe med å forbedre sine arbeidsmetoder (bl.a. bruk av Lean-metodikk). Som et ledd i dette arbeidet ble det i 2016 gjennomført en verdistrømsanalyse der man kartla og analyserte saksflyten i hele saksforløpet, fra en sak meldes til den avsluttes. Prosjektet munnet ut i konkrete tiltak og en overordnet plan for å sette i verk tiltakene gjennom 2017 (Program Ny retning). Hovedsiktemålet med dette er raskere saksbehandling og mer effektive løsninger for brukerne.

NPE har gjennom flere år driftet og utviklet felles IKT-løsninger for NPE og Pasientskadenemnda. 1. januar 2017 ble tre medarbeidere fra NPE overført til Norsk Helsenett SF i forbindelse med at drifts- og brukerstøtteoppgaver ble sentralisert. NPE har nå oppgaver innen IKT-forvaltning og utvikling.

I forbindelse med etableringen av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) utviklet NPE i 2016 en saksbehandlingsløsning for den nye virksomheten. Løsningen ble utviklet og tatt i bruk innenfor avtalt tids- og kostnadsramme.

En viktig oppgave for NPE i årene framover vil være å utvikle gode digitale løsninger for erstatningssøkerne. Arbeidet med å utvikle en brukerportal, hvor erstatningssøkerne kan melde saken sin og følge behandlingen videre, har startet opp.

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 2018.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås en styrking på 10 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet, herunder utgifter til medisinsk sakkyndige.

Bevilgningen er satt opp med 5 mill. kroner mot tilsvarende inntekter over kap. 3741, post 02. Norsk pasientskadeerstatning utvikler og leverer IKT-tjenester til Helseklage. Helseklage må betale for disse tjenestene.

Bevilgningen foreslås satt ned med 0,065 mill. kroner i forbindelse med Digital post. Videre foreslås det å overføre 0,07 mill. kroner til kap. 1605, post 01, til dekning av tjenester som DFØ leverer til Norsk pasientskadeerstatning.

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 ev. framtidige erstatninger knyttet til ukjente skader eller bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasientskadeerstatning skal behandle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og ev. skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordningen. For 2018 er utgiftene anslått til 20 mill. kroner.

Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter			6 451
50	Premie fra private			17 928
	Sum kap. 3741			24 379

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 64.

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene for 2018 er satt opp med 5 mill. kroner. Økningen er relatert til en oppgjørsordning mellom Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Norsk pasientskadeordning utvikler IKT-systemene for Helseklage, herunder IKT-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 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			140 219
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*			23 038
	Sum kap. 0742			163 257

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 65.

Samfunnsoppdrag

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten ble etablert 1. januar 2016 gjennom sammenslåing av sekretariatene til Pasientskadenemnda, Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda). I tillegg er ansvaret for definerte klagesaker fra Helsedirektoratet og Helfo overført. Det er kun sekretariatene som er slått sammen. De enkelte nemndene består, og deres oppgaver og uavhengige stilling er opprettholdt. Gjennom å samle klagebehandlingen i en etat vil det bygges opp et sterkere fagmiljø og en mer effektiv klagebehandling enn i dag. Klageorganet er etablert i Bergen og i en overgangsperiode på tre år vil etaten ha kontorer både i Bergen og Oslo.

Helseklage skal sikre at pasienters rettigheter blir ivaretatt innenfor etatenes myndighetsområde. Gjennom ansvarsområdet til helsepersonellnemnda skal etaten bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt tillitt til helsepersonell og helsetjenesten. Samtidig skal helsepersonellets 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. Klagene gjelder avslag på søknad om dekning av utgifter til behandling i utlandet.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda behandler søknader om tillatelse til preimplantasjonsdiagnostikk etter bioteknologiloven.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 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.

Forvaltningsoppgaver

Etablering av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Helseklage bygger opp et helt nytt klageorgan i Bergen. Omstillingen følger oppsatt plan, men er fortsatt i en krevende fase. For å ta ned risiko er det en prioritert oppgave å overføre kompetanse fra Oslo til Bergen så raskt og forsvarlig som mulig. Denne overgangsfasen får betydning for saksbehandlingskapasiteten til etaten. I tillegg til konkret kompetanseoverføring gjennomfører Helseklage mange tiltak for å unngå vekst i restanser.

Saksbehandlingen

Klagesakene i Helseklage behandles på noe forskjellig vis. For pasientskadesakene er hovedregelen behandling i nemnd med tre medlemmer. De mer prinsipielle sakene behandles imidlertid i nemnd med fem medlemmer, mens saker som ikke byr på vesentlig tvil behandles av Helseklage i egenskap av sekretariat etter delegasjon fra nemnda. Hva gjelder de andre nemndene i Helseklage behandles sakene i nemnd, men det er også mulig å behandle prosessuelle spørsmål som gjelder Helsepersonellnemnda administrativt. Helsepersonellnemnda og Apotekklagenemnda består av syv medlemmer, Klagenemnda for behandling i utlandet består av fem medlemmer og PGD-nemnda består av åtte medlemmer. Klagesakene som er overført fra Helfo og Helsedirektoratet, utredes og avgjøres av Helseklage, og krever ikke nemndbehandling.

Pasientskadenemnda

Mens antall klagesaker steg med 100 pst. i årene 2009–2013, har det i perioden 2014–2016 vært en nedgang på rundt 15 pst. Det er mye som tyder på at saksmengden igjen er økende i 2017, og veksten anslås til rundt 15 pst. for 2017.

Saksavviklingen gikk ned med 35 pst. fra 2014 til 2015, og ytterligere ned med 30 pst. fra 2015 til 2016. 35 pst. av sakene som ble avviklet i 2016, ble behandlet etter delegasjon fra nemnda, mot 44 pst. i 2015. De resterende sakene ble behandlet av Pasientskadenemnda.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for avviklede saker var ved utgangen av 2015 14,5 måneder. Ved utgangen av 2016 hadde denne økt til 17,5 måneder. Forventet saksbehandlingstid på de nye klagesakene som kommer inn i desember 2017 er nå nærmere 14 måneder. Det er da lagt til grunn å avvikle like mange nemndsmøter i 2018 som i 2017. Saksbehandlingstiden for sakene som ble avviklet i april 2017 var 20 måneder (ansvarssakene 18,5 måneder og utmålingssakene 21,5 måneder). Om lag 10–12 pst. av alle realitetsbehandlede saker ender i rettsapparatet.

Helsepersonellnemnda og Apotekklagenemnda

Helseklage mottok 40 pst. færre saker i 2016 enn i 2015. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 8,5 måneder i 2016, mot syv måneder i 2015. Samtlige saker er behandlet i nemnd. Tendensen i inneværende år er at antall klagesaker igjen er økende. I 2016 var en av nemndas avgjørelser til behandling i domstolen.

Klagenemnda for behandling i utlandet

Helseklage mottok om lag 10 pst. færre saker i 2016 enn i 2015. Nemnda behandlet 50 pst. færre saker i 2016 sammenliknet med 2015. Saksbehandlingstiden var 4,1 måneder i 2016, mens den i 2015 var syv måneder. Tendensen i inneværende år er at antall klagesaker er å vei ned.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

Helseklage mottok like mange saker i 2016 som i 2015. Nemnda behandlet 23 pst. færre saker i 2016 sammenliknet med 2015. Saksbehandlingstiden var 2,8 måneder i 2016, mot 3,5 måneder i 2015. Tendensen i inneværende år er at antall klagesaker er på vei ned.

Helseoppgjørsaker

Helseklage overtok ansvaret for klagesakene som tidligere hørte inn under Helfo Klage Anke og Regelverk (KAR) med virkning fra 1. januar 2017. Restansene utgjorde på dette tidspunktet om lag 240 pst. mer i forhold til året før. Økt inngå-

ende restanse medfører økt saksbehandlingstid og denne utgjør nå 10 måneder. Denne er økende. Helseklage vil styrke Helseoppgjør med økt bemanning framover.

Andre saksområder

Helseklage har overtatt ansvaret for klagesaker som tidligere ble håndtert av Helsedirektoratet. Det er særlig innenfor førerkortsakene at det har vært en negativ utvikling med økende restanser. På grunn av en forskriftsendring fra 1. oktober 2016, er det forventet at antall nye førerkortsaker til behandling hos Helseklage vil bli færre framover. Saksbehandlingstiden er på om lag åtte måneder.

På de øvrige saksområdene som godkjenning av allmennleger, veilederavtaler og turnus for leger og fysioterapeuter, er gjennomsnittlig saksbehandlingstid om lag 2–3 måneder.

Rettssakene på pasientskadeområdet

Helseklage er prosessfullmektig i de sakene hvor Staten ved Pasientskadenemnda er saksøkt, mens søksmål på de øvrige områdene i Helseklage håndteres av regjeringsadvokaten.

Totalt har det i perioden 2004–2016 innkommet 1633 stevninger, noe som utgjør om lag 11 pst. av alle realitetsbehandlede saker i samme periode. Behandling av saker i domstolene og særlig i flere rettsinstanser er svært ressurskrevende og kostnadsdrivende. Etter en periode hvor antall rettssaker under behandling økte, satte etaten i verk flere tiltak. Bl.a. innebar dette en mer kritisk tilnærming til hvilke saker som skulle ankes videre i rettsapparatet. Dessuten ble flere saker forlikt.

Staten ved Pasientskadenemnda ble i 2016 frifunnet i 77 pst. av sakene som endte med rettskraftig dom, mot 68 pst. i 2015. Gjennomsnittet for årene 2004 til 2016 var til sammenlikning 68 pst. I samme periode ble om lag 33 pst. av alle innkomne stevninger trukket før hovedforhandling, mens rundt 26 pst. endte med forlik. Frifinnelsesprosenten er høyere innenfor ansvarssakene sammenliknet med erstatningsutmålingssakene, og denne påvirkes derfor sterkt av hvor stor andel av ansvarssaker og utmålingssaker som til enhver tid står for domstolene.

Som følge av lavere avvikling av saker i Pasientskadenemnda i 2015 og i 2016, er antall innkomne stevninger tilsvarende redusert. I 2016 mottok Helseklage kun 103 nye stevninger, mot 192 året før. Dette antas å være en forbigående tendens.

Digitalisering av saksbehandlings- og saksarkiv mv.

Helseklage arbeider for å digitalisere arbeidsprosesser og tjenester. I samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning har Helseklage utviklet et fullelektronisk saksbehandlings- og arkivsystem. Alle sakstyper i Helseklage ble inkludert i 2016. I 2017 er det blitt tilrettelagt for at nemndsmøter kan gjennomføres fullelektroniske, samt at utvikling av ledelsesrapportering for alle sakstyper i Helseklage er påbegynt.

I tillegg er det lagt ned et betydelig arbeid med å skanne hele Helseklage sitt papirarkiv. Arbeidet ble ferdigstilt primo 2017 og Helseklage er nå gått over til e-arkivløsning.

Framover vil Helseklage følge opp mål om å bli mer brukervennlig ved å utvikle Helseklages hjemmeside og en elektronisk brukerportal hvor klager kan følge prosessen i sin egen sak. Dette arbeidet vil bli utført i samarbeid med Norsk Helsenett og Norsk pasientskadeerstatning.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Det foreslås å styrke saksbehandlingskapasiteten med 15 mill. kroner. Beløpet dekker oppbemanning i Bergen, samtidig som man opprettholder en del stillinger i Oslo. Styrkingen er spesielt innenfor pasientskadeområdet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

I en overgangsperiode på tre år vil Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten bli tilført midler til å dekke økte kostnader til drift både i Bergen og i Oslo. Midlene skal dekke økte lønnskostnader, økte husleiekostnader og utgifter til tiltak for å beholde nøkkelpersonell, kjøp av juridiske tjenester og tilpasning av IKT-systemer mv. I 2016 var den største enkelt utgiftkomponent knyttet til utvikling av IKT-systemer i forbindelse med sammenslåing av sekretariatene for de ulike nemndene.

Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
50	Premie fra private			2 435
	Sum kap. 3742			2 435

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 3723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 65.

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 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			219 770
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*			200 600
	Sum kap. 0744			420 370

Bevilgningen foreslås flyttet fra kap. 701 E-helse, helseregistre mv., tidligere kap. 701 Direktoratet for e-helse. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 31.

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

– 50 mill. kroner til arbeidet med én innbygger – én journal

Samfunnsoppdrag

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

Roller

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

Myndighetsfunksjoner

Som myndighet skal Direktoratet for e-helse bidra til en forutsigbar IKT-utvikling. Direktoratet for e-helse skal ivareta en strategisk styring og samordning av IKT-området for hele helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse har myndighet til å fastsette felles nasjonale arkitekturprinsipper, kodeverk, terminologier og standarder på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. Etaten har myndighet- og premissgiverrolle i utviklingen av

nasjonal sikkerhetsinfrastruktur. Direktoratet for e-helse har ansvaret for å følge opp den nasjonale e-helseporteføljen, og er premissgiver for gjennomføring av nasjonale prosjekter innenfor e-helseområdet. Direktoratet for e-helse skal tilrettelegge for en aktiv utvikling av nye modeller for bruk av økonomiske og regulerende virkemidler.

Forvaltningsoppgaver

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

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

Fagutvikling

Direktoratet for e-helse skal følge med på forhold som påvirker utviklingen av e-helse og gi råd og veiledning på området. Direktoratet for e-helse skal sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende med ansvar for nasjonale utredningsoppdrag 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 kontaktflate og bidra til en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste med høyere kvalitet.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte:

- 219,8 mill. kroner fra kap. 701, tidligere Direktoratet for e-helse, post 01, Driftsutgifter. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 31.
- 0,788 mill. kroner til kap. 1605 under Finansdepartementets budsjett, knyttet til tjenester fra Direktoratet for økonomistyring.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker oppfølgning og gjennomføring av Direktoratet for e-helses myndighetsoppdrag.

Det foreslås å flytte 150 mill. kroner fra kap. 701, post 21, knyttet til spesielle driftsutgifter.

Bevilgningen foreslås økt med 50 mill. kroner til arbeidet med én innbygger – én journal.

Én innbygger – én journal

Målet for arbeidet med én innbygger – én journal er en felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, beslutning- og prosesstøtte og pasient-/brukeradministrasjon. En nasjonal løsning kan bestå av ulike systemer som tilsammen utgjør én journal. Arbeidet med én innbygger – én journal er et omfattende og langvarig arbeid som må deles opp.

Kommunenes IKT-løsninger for dokumentasjon og administrasjon av helsehjelp har for dårlig funksjonalitet og kommuniserer for dårlig med andre aktører. Mange oppfyller heller ikke krav til informasjonssikkerhet. Dagens løsninger har også begrenset støtte for helseanalyse, ledelse og forskning. Det er kostnadsdrivende og samfunnsøkonomisk ulønnsomt dersom kommunene hver for seg skal anskaffe nye løsninger.

Det foreslås 50 mill. kroner til et forprosjekt om en nasjonal kommunal pasientjournal som er integrert med spesialisthelsetjenesten og til videre arbeid med gjennomføringsplanen for én innbygger – én journal. Det vil gi grunnlag for beslutninger om videre gjennomføring av én innbygger – én journal.

Forprosjektet omfatter også nødvendig nasjonal standardisering og normering av helsefaglig kodeverk og terminologi slik at Helseplattformen og øvrige relevante prosjekter i sektoren får størst mulig nasjonal verdi og læringseffekt. Videre vil standardisering innen sikkerhet og arkitektur

bidra til at en nasjonal kommunal løsning blir godt integrert med spesialisthelseløsningene i de tre helseregionene utenom Midt-Norge.

Nasjonal styring og samordning av e-helse

Økt gjennomføringsevne og en mer effektiv bruk av sektorens samlede ressurser i IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er avhengig av mer felles strategier og en bedre samordning mellom aktørene. Både helsetjenesten, leverandører og myndigheter skal legge til rette for flere innovative løsninger.

Direktoratet for e-helses myndighetsrolle skal tydeliggjøres og videreutvikles, og virkemiddelstrukturen skal vurderes. Tydeliggjøring av myndighetsrollen må ses i sammenheng med direktoratets øvrige oppgaver.

Den etablerte nasjonale styringsmodellen med nasjonalt e-helsestyre, prioriteringsutvalget (Nuit) og fagutvalget (Nufa), har gitt et godt grunnlag for styring av den nasjonale IKT-utviklingen. Direktoratet for e-helse har etablert nasjonal porteføljestyring. Den nasjonale porteføljestyringen samordner og koordinerer IKT-tiltak i sektoren for en mer helhetlig oppfølgning av planer, økonomi, risiko og ressurser i aktørenes prosjekter.

Det skal vurderes å etablere en felles nasjonal organisering som kan ivareta et større ansvar for utvikling, drift og forvaltning av nasjonale løsninger på tvers av forvaltningsnivåene. Direktoratet for e-helse skal i 2018 detaljere planer og innhold for en mulig etablering av en nasjonal tjenesteleverandør.

Direktoratet for e-helse samarbeider med Nasjonalt senter for e-helseforskning om å definere behov for forskning og utredning i tråd med prioriteringer fra nasjonal porteføljestyring. Nasjonalt senter for e-helseforskning er underlagt Helse Nord RHF, jf. forslag til bevilgning under kap. 732, post 70.

Tekniske standarder, helsefaglige terminologier og kodeverk

Helhetlige pasientforløp krever at helsefaglige opplysninger dokumenteres, formidles, forstås og brukes entydig uavhengig av IKT-system. Med entydig kodebruk kan helsetjenesten bedre følge med på befolkningens helse, oppdage sykdomsmønstre og fordele ressurser i helse- og omsorgssektoren.

Fortsatt er mange standarder, kodeverk og terminologier preget av lokale tilpasninger, manglende felles oppdatering og ulik versjonshåndtering. Direktoratet for e-helses myndighetsrolle innenfor utarbeidelse og fastsettelse av tekniske standarder, kodeverk og terminologi skal styrkes.

Direktoratet for e-helse har ansvar for å legge til rette for at kodingskvaliteten i helsetjenesten forbedres gjennom opplæring og veiledning. Arbeidet med å utvikle nødvendige støtteverktøy og e-læringskurs for korrekt koding skal videreføres. Det skal også vurderes virkemidler for mer forutsigbar og enhetlig innføring av standarder, kodeverk og terminologi.

Program for kodeverk og terminologi som ledes av Direktoratet for e-helse skal sikre god kvalitet i alle de helsefaglige kodeverkene som forvaltes sentralt og at prioriterte fagområder er dekket med helsefaglige kodeverk og relevant terminologi. Programmet skal understøtte korrekt og konsistent bruk av standardiserte termer i relevante fagsystemer.

Nasjonal arkitekturstyring

Bruk av felles arkitektur i utvikling av digitale løsninger gir enklere deling av informasjon og sikrer at ny funksjonalitet kan utvikles på en mest mulig ressurseffektiv måte. Direktoratet for e-helses myndighetsrolle innenfor nasjonal arkitekturstyring skal styrkes.

Vedtatte arkitekturprinsipper, felles infrastruktur og felles grensesnitt skal legge til rette for at leverandører lettere kan utvikle ny funksjonalitet basert på eksisterende tjenester og åpne data.

Program for felles infrastruktur og arkitektur (FIA) er etablert for å utvikle nødvendige elementer for å oppnå sikker og effektiv informasjonsdeling i helse- og omsorgstjenesten. Det skal etableres en gjennomgående prosess for arkitekturstyring som skal ligge til grunn i gjennomføring av alle digitaliseringsprosjekter. Direktoratet for e-helse skal i 2018 arbeide videre med å utvikle virkemidler for styring, herunder vurdere modeller for finansiering av felles utvikling.

Personvern og informasjonssikkerhet

Personvern er grunnleggende ved behandling av helseopplysninger. Innbyggerne skal ha tillit til at helseopplysninger blir behandlet og lagret på en trygg og sikker måte. Godt personvern og god informasjonssikkerhet er en forutsetning for digitalisering. Personvernet skal ivaretas i alle utviklingsfaser av både systemer og løsninger (innebygget personvern). Gjennom EUs personvernforordning blir innebygget personvern lovpå-

lagt fra 2018. Dette stiller krav til både teknologi, prosesser og mennesker.

Helsetjenesten er avhengig av private leverandører innenfor IKT-området. Dette gjelder bl.a. bruk av programvare, maskinvare og medisinskteknisk utstyr. Disse leverandørene har en sentral rolle i å tilpasse og innføre nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten, gjennomføre nødvendig service og vedlikehold, og til en viss grad også bistå i drift og forvaltning. Virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten må gi og styre tilganger til personell fra leverandørene for å kunne få utført nødvendige oppgaver. Det må sikres at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører etterleves.

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å identifisere og foreslå gode rutiner for å sikre at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører etterleves. Direktoratet skal som en del av oppdraget utarbeide en overordnet status for bruk av nasjonale og internasjonale leverandører som kontinuerlig eller episodisk arbeider inn mot virksomhetenes datasystemer. Se også omtale i del III, pkt. 10 IKT og digitalisering.

Regjeringen la fram Meld. St. (2016–2017) Digital sårbarhet – sikkert samfunn i juni 2017. Stortingsmeldingen peker bl.a. på behov for sterkere nasjonal styring av IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren.

Direktoratet for e-helse er premissgiver i utviklingen av nasjonal sikkerhetsinfrastruktur. Dette omfatter nasjonale personverntjenester som skal bidra til sikker, enkel og effektiv håndtering av innbyggerens personvern i helse- og omsorgstjenesten. Innbyggeren skal gis mulighet til å styre tilgang til egne opplysninger, bl.a. hvordan opplysninger blir delt og utlevert. Arbeidet med nasjonal sikkerhetsinfrastruktur skal videreføres i 2018. Det skal etableres et veikart som gir retningen for det videre arbeidet.

Direktoratet for e-helse skal i samarbeid med Norsk Helsenett SF og andre relevante aktører bidra til kompetansespredning om informasjonssikkerhet og personvern. Samarbeidet med relevante utdanningsinstitusjoner skal styrkes.

Direktoratet for e-helse er sekretariat for Norm for informasjonssikkerhet (Normen). Normen er en bransjenorm, og selv om sekretariatet ligger i Direktoratet for e-helse, så er det bransjen selv som bestemmer innholdet i normen. Normen baserer seg på gjeldende lover og regelverk, men kan, når det er hensiktsmessig, være strengere enn regelverkets minimumskrav.

Norsk Helsenett SF har i dag en operativ rolle i arbeidet med informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren og drifter bl.a. Helsecert, som overvåker trafikken på helsenettet, utarbeider sårbarhetsoversikter, gjennomfører inntrengingstesting, bistår med hendelseshåndtering mv. Det vises til omtale under kap. 701, post 70.

Internasjonalt samarbeid

Europakommisjonen er den viktigste aktøren for Norge når det gjelder e-helsesatsinger internasjonalt. Sentrale deler av regelverket som regulerer bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren i Norge stammer fra europeiske direktiver eller forordninger. Det gjelder bl.a. krav til personvern og informasjonssikkerhet og regler for innkjøp og anskaffelser av IKT-utstyr. Flere relevante direktiver og reguleringer er under utforming innen elektronisk ID, medisinsk-teknisk utstyr og cybersikkerhet.

Pasientrettighetsdirektivet er implementert i Norge. Dette innebærer at norske pasienter, gitt enkelte beskrankninger, kan søke helsehjelp i andre europeiske land som har implementert direktivet. Europakommisjonen bidrar til utvikling av tjenester som gjør elektronisk utveksling av informasjon over landegrensene mulig. Norge deltar i ekspertgrupper som utformer IKT-arkitektur og -krav for felles europeiske løsninger innen e-helse. Det er foreløpig et lavt antall pasienter som søker helsehjelp i andre land. Innsatsen og ressursbruken på norsk side vurderes ut fra etterspørsel. Norge har gode forutsetninger for relativt raskt å møte de systemkrav som vil komme, med godt utbygd IKT-infrastruktur, sikkerhetsmekanismer på plass og høy IKT-kompetanse i sektoren.

Det nordiske samarbeidet spiller også en viktig rolle på dette området, både i tillegg til og som understøttende til det europeiske samarbeidet.

Be healthy – be mobile

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.

Kap. 745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			1 060 803
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*			141 575
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*			12 185
	Sum kap. 0745			1 214 563

Bevilgningen foreslås flyttet fra kap. 710 Vaksiner mv., tidligere kap. 710 Folkehelseinstituttet. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 47.

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

- 23,4 mill. kroner til kap. 732, post 70, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF.
- 9 mill. kroner fra kap. 762, post 70, knyttet til virksomhetsoverdragelse av Nakmi.
- 10 mill. kroner til kap. 2442, post 24, Statsbygg, knyttet til vedlikehold av eksisterende bygningsmasse på Lindern.

Samfunnsoppdrag

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag er å produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester. På denne måten bidrar Folkehelseinstituttet til bedre helse 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 helserelaterte tema for å bidra til kunnskapsbasert praksis og offentlig debatt. Folkehelseinstituttet er faglig uavhengig.

Folkehelseinstituttet driver og utvikler en moderne infrastruktur for kunnskap, som omfatter helsedata og digitalisering. Folkehelseinstituttet skal følge med på utviklingen i folkehelsen og helse- og omsorgstjenestene. Instituttet skal utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt utføre helseanalyser, kunnskapsoppsummeringer og drive forskning. Instituttets arbeid omfatter bl.a. temaene fysisk helse, psykisk helse, rus, vold og miljømedisin. Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt og skal overvåke, gi bistand, råd, veiledning, informasjon og drive forskning om smittevern.

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, helsesystemet og publikum innen smittevern og miljømedisin.

Folkehelseinstituttet har ansvar for innkjøp, lagring, distribusjon og oppfølging av vaksiner i vaksinasjonsprogrammene, jf. omtale under kap. 710 Vaksiner mv. Oppfølging av vaksiner innebærer bl.a. gode data på vaksinasjonsdekning, forekomst av sykdom, immunitet i befolk-

ningen, uønskede hendelser etter vaksinering og holdninger til vaksine. 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 skadedyrbekjempere (Forskrift om skadedyrbekjempelse § 4-2).

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

Forvaltningsoppgaver

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag deles inn i kjerneoppgavene:

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

For nærmere omtale av kjerneoppgavene, se post 01 Driftsutgifter.

Fagutvikling

Folkehelseinstituttet driver fagutvikling på samtlige av instituttets fagområder. I perioden 2015–2018 er fagutviklingen knyttet til omorganiseringen av den statlige helseforvaltningen, omstilling og effektivisering. Instituttet driver bl.a. en rekke utviklingsprosjekter for digitalisering av virksomheten og tjenestene, samt satsinger på tiltaksforskning, sykdomsbyrdeanalyser, kunnskapsoppsummeringer av folkehelsetiltak, helseanalyser, og samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenestene om psykisk helse og rus og om smittevern og miljømedisin. Instituttet er også pådriver i arbeidet for bedre tilgang til helsedata og biobanker, presisjonsmedisin, 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.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte:

- 784,6 mill. kroner fra kap. 710, tidligere Folkehelseinstituttet, post 01, Driftsutgifter. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 47.
- 292,7 mill. kroner fra kap. 710, post 21, knyttet til realistisk budsjettering.
- 23,4 mill. kroner til kap. 732, post 70, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag, jf. omtale under der.
- 9 mill. kroner fra kap. 762, post 70, knyttet til virksomhetsoverdragelse av Nakmi, jf. omtale nedenfor.
- 2 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til Helsedirektoratets ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet.
- 0,88 mill. kroner fra kap. 732, post 77, knyttet til omlegging av laboratorietakster, jf. omtale nedenunder.
- 1,9 mill. kroner til kap. 1605, post 01, knyttet til driftstjenester fra Direktoratet for økonomistyring.

Det foreslås å flytte 9 mill. kroner fra kap. 762, post 70, knyttet til virksomhetsoverdragelse av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (Nakmi) fra Helse Sør-Øst RHF til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. januar 2018. De siste ti årene har antallet innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge blitt

tredoblet. I dag utgjør denne gruppen om lag 17 pst. av befolkningen. Dette skyldes primært arbeidsinnvandringen fra EUs nye medlemsland i øst i Europa, og mange flyktninger som har kommet til landet. Kunnskapen om ulike grupper innvandreres fysiske og psykiske helse er fortsatt mangelfull. Oppdatert kunnskap om ulike innvandrergruppers helse og helsetjenestebehov er nødvendig, skal innvandrere få god oppfølging, diagnostisering og behandling. Det eksisterer i dag ulike kompetansemiljøer innen feltet. Det er nødvendig å samle fagressursene på feltet og opprettholde formålet med å formidle forskningsbasert kunnskap til helse- og sosialpersonell på flere nivåer. Videre foreslås 1,8 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til virksomhetsoverdragelsen.

Folkehelseinstituttets laboratorievirksomhet mottar aktivitetsbasert tilskudd som budsjetteres på kap. 732, post 77. Det foreslås å redusere nivået på den aktivitetsbaserte refusjonen mot tilsvarende økning av rammefinansieringen. Som følge av dette foreslås det å flytte 0,88 mill. kroner fra kap. 732, post 77, til kap. 745, post 01. Det vises til omtale under kap. 732, post 77.

Ved innføring av forenklet modell for premieinnbetaling til Statens pensjonskasse i 2017 ble Folkehelseinstituttet tildelt totalt 7 mill. kroner for mye i kompensasjon. Bevilgningen foreslås derfor redusert med 7 mill. kroner. Videre foreslås bevilgningen redusert med 0,75 mill. kroner knyttet til digital post.

Beredskap

Folkehelseinstituttet skal understøtte myndigheter og operative enheter med kunnskap om risiko og helsekonsekvenser av hendelser. Helseregistrene som instituttet er databehandlingsansvarlig for spiller her en viktig rolle. Instituttet skal raskt oppdage, varsle og håndtere situasjoner på områdene smittsomme sykdommer og miljøhendelser. Folkehelseinstituttet har også ansvar for å gi råd om tiltak man anser nødvendige i slike situasjoner til kommunale og statlige myndigheter og deler av helsesystemet som forventes å sette i verk slike tiltak. I 2017 har instituttet utredet hvilke fagområder det skal gis råd om, til hvem det skal gis råd og hvordan kvaliteten på rådgivningen skal sikres.

Folkehelseinstituttet arbeider med å styrke tilgangen til data- og kommunikasjonssystemer nasjonalt for å være bedre rustet i kriser, og vil videreføre dette arbeidet i 2018. Det vil også være en prioritert oppgave å videreutvikle kapasiteten knyttet til miljøhendelser som kan skade mennesker. Forskning og helseanalyse om migrasjonshelse vil bli videreført. Folkehelseinstituttet har stor nasjonal og internasjonal aktivitet knyttet til arbeidet mot antibiotikaresistens.

Folkehelseinstituttet har døgnkontinuerlige beredskapstjenester på følgende områder:
- Giftinformasjonen
- Varsling av miljø- og kjemikaliehendelser
- Smittevernvakta
- Mikrobiologisk beredskapsvakt
- Nasjonal vannvakt

Kunnskapsbaserte råd og metodevurderinger

Folkehelseinstituttet gir kunnskapsbaserte faglige råd om smittevern og miljømedisin for å støtte lokale og nasjonale myndigheter, helse- og omsorgtjenesten og andre aktørers arbeid og beslutningsprosesser. Gjennom prosjektene Smittevern i kommunene og Miljørettet helsevern i kommunene har Folkehelseinstituttet kartlagt kommunenes ønsker om støtte fra instituttet på disse fagområdene. Instituttet gir også råd om risikofaktorer for sykdom og om effekt av tiltak som kan virke helsefremmende eller forebyggende, i tillegg til råd om global helse.

Folkehelseinstituttet leverer kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger til helsemyndigheter og helse- og omsorgstjenesten som kunnskapsgrunnlag for å vurdere effekt og sikkerhet, samt vurderinger av økonomiske, etiske og organisatoriske konsekvenser ved nye eller etablerte metoder. Dette gir grunnlag også for nasjonale faglige retningslinjer.

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

Tjenester og infrastruktur

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

Folkehelseinstituttet leverer en rekke tjenester, bl.a.:

- vaksineinnkjøp og vaksinedistribusjon, jf. omtale under kap. 710, post 21
- Giftinformasjonen
- utlevering av data fra nasjonale helseregistre og helseundersøkelser
- bibliotektjenester
- biobanktjenester
- nettbaserte tjenester som Mine vaksiner og Helsebiblioteket.no
- folkehelseprofiler for fylker, kommuner og bydeler

Folkehelseinstituttet drifter og utvikler en moderne infrastruktur for kunnskap. Kjernen i denne infrastrukturen er helseregistrene hvor instituttet er databandlingsansvarlig for ti av de nasjonale helseregistrene. I tillegg inngår helseundersøkelser, data fra helsetjenesten, biologisk materiale (biobanker), laboratorievirksomhet og digitale tjenester som sentrale komponenter. Personvern og informasjonssikkerhet er en integrert del av forvaltningen av helsedata og for utvikling og drift av instituttets IKT-løsninger. Informasjonssikkerheten skal ivaretas med utgangspunkt i risikovurderinger basert på trussel- og sårbarhetsinformasjon og følges opp gjennom god internkontroll. For arbeid med e-helse generelt og helseregistre spesielt samarbeider instituttet tett med Direktoratet for e-helse. Instituttet spiller en sentral rolle i utviklingen av helsedataprogrammet. Se nærmere omtale under kap. 701, post 21.

Instituttet vil fortsette arbeidet med å modernisere og digitalisere infrastrukturen og tjenestene slik at tilgangen og bruken blir enklere og sikrere for alle med legitime behov.

Folkehelseinstituttet vil samarbeide med Direktoratet for e-helse om innføring av elektronisk melding om dødsfall og dødsårsak. Innføring av den elektroniske meldingen må samordnes med arbeidet for å modernisere Folkeregisteret. Se nærmere omtale under kap. 701, post 21.

Forskning, kunnskapsoppsummeringer og helseanalyse

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

Folkehelseinstituttets oppgaver på dette området omhandler spørsmål om forekomst og fordeling, påvirkningsfaktorer, årsaker, konsekvenser og forløp knyttet til god helse og trivsel, sykdom og død, kostnader og effekter av tiltak på kvalitet og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Det skal arbeides for at forskning i regi av instituttet baseres på konkurranseutlyste eksternfinansierte forskningsoppdrag, dette som et bidrag til å sikre høy kvalitet og habilitet.

Folkehelseinstituttet har omfattende forsknings- og dokumentasjonsoppgaver på rusmiddel- og tobakksfeltet. En del av resultatene samles i den årlige publikasjonen Rusmidler i Norge.

Våren 2017 fikk Folkehelseinstituttet status som Senter for Framragende Forskning, Centre for Fertility and health, gjennom Norges forskningsråd. Forskningen ved senteret skal fokusere på de siste 10-årenes endringer i fruktbarhet og familiemønstre og hvordan disse henger sammen med helse og ulikhet i helse.

Folkehelseinstituttet har i 2017 etablert senter for Antimikrobiell resistens, og er instituttets tredje senter for forskning og helseanalyse. Vitenskapelige artikler produsert ved Folkehelseinstituttet har i perioden 2014–2016 økt med 16 pst. Videre har instituttet levert rapporter med analyse av helsetilstand og helsetilbud i Norge, bl.a. folkehelseprofiler for kommuner, fylker og bydeler.

Folkehelseinstituttet fikk i 2016, i samarbeid med Helsedirektoratet, et oppdrag om å bidra til utvikling av indikatorer på NCD-området knyttet til rapporterering av den globale og nasjonale NCD strategien. Foreløpige tall viser at Norge kan nå hovedmålet om en 25 pst. reduksjon i tidlig død av kreft, hjerte-karsykdommer, kronisk lungesykdom og type 2 diabetes innen 2025. Øvrige resultater vil fortløpende bli publisert på Folkehelseinstituttets hjemmesider.

Arbeidet med utvikling av sykdomsbyrdeanalyser har hatt stor framdrift og vil være et viktig verktøy framover. Sykdomsbyrdeanalysene gir en helhetlig og detaljert oversikt over helsetilstanden i befolkningen og peker på de viktigste tilstandene som bidrar til dødelig og ikke-dødelig helsetap. Dette arbeidet skjer i samarbeid med det internasjonal Global Burden of Disease Study og muliggjør internasjonale sammenlikninger. Folkehelseinstituttet planlegger også i samarbeid med det internasjonale prosjektet å gjøre sykdomsbyrdeanalyser på fylkesnivå.

Det ble i 2017 publisert en rekke kunnskapsoppsummeringer om effekten av kliniske tiltak, samt omtale av systematiske oversikter utarbeidet av andre. Det er også publisert flere gjennomgan-

ger av måleinstrumenter og metodikk til bruk i klinisk arbeid innen psykisk helse. Instituttet har en strategisk og organisatorisk satsing for å inkludere psykisk helse i det generelle folkehelsearbeidet, og å skape bedre sammenheng i arbeidet med psykisk og fysisk helse. Instituttet har bidratt inn i arbeidet med regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) og Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021), jf. omtale under Programkategori 10.10, og vil få oppdrag i oppfølgingen av disse. Instituttet vil også få oppdrag i oppfølgingen av Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021).

Folkehelseinstituttet skal etablere og videreutvikle samarbeid med forskningsinstitusjoner som arbeider med temaer innenfor instituttets samfunnsoppdrag, og styrke forskningsmessig samarbeid med universiteter og høyskoler, helseforetak og kunnskaps- og kompetansesentre i Norge og i utlandet. Deltakelse i prosjekter under One Health European Joint Programme er eksempler på dette.

Folkehelseinstituttet har etablert et forskningsmiljø om aldring og helse. Instituttet vil bidra i arbeidet med bedre samordning av norsk aldersforskning og kunnskapsmiljøer. Folkehelseinstituttet bidrar bl.a. med forbedringskunnskap i prosjektet Gode pasientforløp, sammen med KS og Helsedirektoratet.

Koalisjon for innovasjoner mot epidemier (CEPI) er en ny mekanisme for å utvikle vaksiner mot sykdommer med potensiale for å bli store epidemier. Folkehelseinstituttet er vertsinstitusjon for sekretariatet, med avdelinger i London og Delhi. Sekretariatet blir støttet gjennom et trepartssamarbeid mellom myndighetene i Norge og India og stiftelsen Wellcome Trust i London. For omtale av norske avsetninger til CEPI-fondet, se Utenriksdepartementets budsjettproposisjon, under kap. 169, post 70.

Folkehelseinstituttet er norsk kontaktpunkt for det europeiske narkotikaovervåkningssenteret EMCDDA.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet

Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM) er en tverrfaglig uavhengig komité. VKM har egne vedtekter fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 8. januar 2016. Komiteen består av om lag 120 vitenskapelige eksperter fra en rekke fagfelt. Komiteen er avhengig av at kunnskapsinstitusjonene legger til rette for at ansatte kan delta i komiteens arbeid. VKM utfører uavhengige, vitenskapelige risikovurderinger på mat- og miljøområdet på oppdrag fra Mattilsynet og Miljødirektoratet. Folkehelseinstituttet ivaretar sekretariatsfunksjonen for komiteen, og er bl.a. norsk kontaktpunkt for den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (EFSA), deltar i EFSA Advisory Forum og i EFSAs faglige nettverk. Ny komite skal oppnevnes i 2018.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensende prosjekter, herunder utgifter til eksternfinansierte oppdrag.

Det foreslås å flytte 141,5 mill. kroner fra kap. 710, post 21, knyttet spesielle driftsutgifter ved Folkehelseinstituttet.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider.

Det foreslås å flytte:

- 22,1 mill. kroner fra kap. 710, tidligere Folkehelseinstituttet, post 45, Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 47.
- 10 mill. kroner til kap. 2442, post 24, Statsbygg knyttet til vedlikehold av eksisterende bygningsmasse på Lindern, jf. Prop. 1 S (2016–2017) og Innst. 11 S (2016–2017).

Kap. 3745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter			180 835
	Sum kap. 3745			180 835

Bevilgningen foreslås flyttet fra kap. 3710 Vaksiner mv., tidligere 3710 Folkehelseinstituttet. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 48.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker bl.a. inntekter fra oppdrags- og bidragsfinansiert aktivitet, laboratorieprøver, salg av forsøksdyr mv.

Det foreslås å flytte 180,8 mill. kroner fra kap. 3710, post 02, knyttet budsjettforslag side 48.

Kap. 746 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			297 085
	Sum kap. 0746			297 085

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 750 Statens legemiddelverk. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 149.

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

- 8,8 mill. kroner til forvaltningsområdet medisinsk utstyr, overført fra Helsedirektoratet, jf. kap. 740 og kap. 717.
- 6 mill. kroner til arbeidet med metodevurdering av alle nye legemidler.
- 3,3 mill. kroner til meldesystem for legemiddelbivirkninger.
- 2 mill. kroner til arbeidet med prisforhandlinger for legemidler finansiert av folketrygden.
- 12,5 mill. kroner, redusert bevilgning knyttet til flyttekostnader i 2016 og 2017.

Samfunnsoppdrag

Legemiddelverkets samfunnsoppdrag er å være nasjonalt forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og bidra til at målene for legemiddelpolitikken blir oppfylt. De overordnede målene for legemiddelpolitikken er å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, at legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og legge til rette for forskning og innovasjon.

Roller

Legemiddelverket er gjennom forskrifter tillagt spesiell myndighet for regulering av legemiddelmarkedet på produsent-, grossist- og detaljistnivå samt forvaltning av forhåndsgodkjent refusjon i blåreseptordningen.

Myndighetsfunksjoner

Legemiddelverket godkjenner hvilke legemidler som kan markedsføres i Norge og fastsetter prisen på legemidler som er reseptpliktige. Legemiddelverket fatter videre vedtak om hvilke legemidler som skal gis forhåndsgodkjent refusjon innenfor blåreseptordningen hvis kostnadene ikke over-

stiger fullmaktsgrensen. Legemiddelverket fatter vedtak om apotekkonsesjon og om tillatelse til grossistvirksomhet med legemidler, og de er tilsynsmyndighet overfor legemiddelprodusenter, grossister og apotek.

Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA), Heads of Medicines Agencies (HMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Forvaltningsoppgaver

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt og 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, 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 og legemiddelutvikling. Legemiddelverket har også ansvar for regelverket som fastslår hva som er narkotiske stoffer (narkotikalisten) 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.

Fagutvikling

Legemiddelverket skal følge med på forhold som påvirker målene for legemiddelpolitikken og gi råd og veiledning på legemiddelområdet. Legemiddelverket skal sammenstille kunnskap og erfaringer på legemiddelområdet og gjennomføre utredninger og situasjonsanalyser innenfor etatens fagområder.

Kommunikasjon

Statens legemiddelverk skal, i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken, ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Legemiddelverket skal formidle kunnskap og innsikt i legemiddelrelaterte tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Etaten skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode helse- og omsorgstjenester.

Post 01 Driftsutgifter

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

Bevilgningen foreslås økt med 8,8 mill. kroner knyttet til virksomhetsoverdragelse av forvaltningsområdet medisinsk utstyr fra Helsedirektoratet. Videre foreslås 6 mill. kroner til metodevurderinger, jf. Meld. St. 34 (2015–2016) hvor det legges til grunn at alle nye legemidler som finansieres av det offentlige skal metodevurderes, 2 mill. kroner til prisforhandlinger for legemidler finansiert av folketrygden og 3,3 mill. kroner til meldesystem for legemiddelbivirkninger. Bevilgningen reduseres videre med 12,5 mill. kroner knyttet til flyttekostnader i 2016 og 2017.

God kvalitet ved behandling med legemidler

Søknader om markedsføringstillatelser for viktige/nye innovative legemidler behandles innenfor et europeisk samarbeid hvor Norge har de samme plikter og rettigheter som andre europeiske land. Aktiv og målrettet deltagelse i det europeiske samarbeidet gir arbeidsdeling, styrker kvaliteten på vedtakene som fattes og bidrar til å sikre god nasjonal forvaltning. Legemiddelverket yter særlig innsats på områdene kreftlegemidler, vaksiner, diabeteslegemidler og antibiotika. Det europeiske samarbeidet gir Norge muligheter til å effektivisere gjennom arbeidsdeling, påvirke godkjenning og bruk av legemidler og utforming av det europeiske regelverket.

Innen veterinærmedisin er legemidler til fisk et spesielt viktig område siden tilgangen på effektive vaksiner og andre legemidler har stor betydning for oppdrettsnæringen.

Antall 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 redu-

sert 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, Helsedirektoratet, 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 utprøvninger 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 nettbasert handel 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 narkotikalisten, samarbeider Legemiddelverket med Kripos, Toll- og avgiftsdirektoratet og Statens institutt for rusmiddelforskning. Før oppføring på listen vurderer Legemiddelverket hvor farlig og hvor vanedannende et stoff er.

Legemiddelverket informerer om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler. Informasjonsarbeidet er rettet mot både helsepersonell og publikum. For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet tjenesten Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte, Fest, som en del av e-reseptløsningen. Fest muliggjør oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journalsystemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Dataene i Fest inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder også informasjon som gjør at legene i forskrivningsprosessen kan få informasjonsvarsler for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Varsler fra Legemiddelverket er også tatt i bruk av Felleskatalogen. Legemiddelverket jobber for bruk av varselfunksjonen også i andre informasjonskanaler.

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 mer enn 122 virkestoff (per september 2017). Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen. Statens legemiddelverk har i 2016 gjennomgått apotekenes avanse og tilrådd enkelte strukturelle endringer, jf. omtale under kap. 2751 post 70.

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. I 2016 har Statens legemiddelverk levert 25 hurtig metodevurderinger. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært 175 dager. Legemiddelverket har gjennomgått alle nye virkestoff/indikasjoner som er søkt godkjent gjennom sentral prosedyre i Europa for å utarbeide metodevarsler som tilsvarer et antall på 76 metodevarsler i 2016.

I 2016 behandlet Legemiddelverket 92 søknader om forhåndsgodkjent refusjon, hvorav 86 ble innvilget refusjon. Kravet om kostnadseffektivitet var ikke oppfylt for fem nye virkestoff og en ny indikasjon. I tillegg ble søknaden trukket av firma i fire saker.

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). I behandlingen av denne meldingen sluttet Stortinget seg til forslaget om å innføre krav om metodevurdering for alle nye legemidler som vurderes for offentlig finansiering. Et slikt krav fordrer tilstrekkelig vurderingskapasitet for å sikre at metodevurderingene kan gjennomføres iht. fastsatte tidsfrister. Det foreslås derfor 6 mill. kroner til økt kapasitet til metodevurderinger av legemidler som vurderes for finansiering over folketrygden.

Legge til rette for forsking 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 legemiddelutvikling, klinisk forskning og helseøkonomi. Legemiddelverket veileder også apotek, grossister og tilvirkere på legemiddelområdet. I 2016 ble det gjennomført 22 slike veiledningsmøter, og aktiviteten vil øke i 2017. 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, er det viktig med en god regulatorisk strategi. Veiledning i regi av legemiddelmyndigheter er et vesentlig bidrag til dette. Beslutningen om offentlig finansiering er i mange tilfelle avgjørende for når pasientene får reell tilgang. 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 synliggjøre 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 i 2018. Det foreslås en bevilgning på 13,29 mill. kroner til dette arbeidet i 2018. Kostnadene antas på sikt å kunne reduseres noe.

Medisinsk utstyr

Helsedirektoratet er i dag fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge og fører tilsyn med produkter, produsenter og andre omsettere, samt tekniske kontrollorgan. Denne myndigheten overføres fra Helsedirektoratet til Legemiddelverket fra 1. januar 2018.

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.

Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr gjelder for helse- og omsorgstjenestens håndtering av medisinsk utstyr og enhver offentlig og privat virksomhets håndtering av elektromedisinsk utstyr. Formålet med forskriften er å sikre at medisinsk utstyr til enhver tid er sikkert, vedlikeholdes korrekt og brukes forsvarlig i samsvar med sitt formål.

Kap. 3746 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter			15 587
04	Registreringsgebyr			90 302
05	Refusjonsgebyr			3 093
	Sum kap. 3746			108 982

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 3750 Statens legemiddelverk. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 150.

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

– Registreringsgebyr er foreslått redusert med 34 mill. kroner, jf. forslag til omlegging av struktur og nivå for avgifter og gebyrer på legemiddelområdet.

Bevilgningen dekker ulike gebyrer industrien må betale for Legemiddelverkets arbeid med godkjenning av produkter og virksomhet.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner, godtgjørelse og refusjoner fra EMA samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

Post 04 Registreringsgebyr

Bevilgningen dekker gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillatelser eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel. Videre dekker bevilgningen registreringsordning etter tobakksdirektivet.

Det arbeides med en omlegging av struktur for avgifter og gebyrer på legemiddelområdet, jf. høring av 24. februar 2017 med forslag til endringer i legemiddelloven. Forslagene til endringer skal sikre at lovens bestemmelser om avgifter og gebyrer er utformet i samsvar med Finansdepartementets rundskriv R112–2015. Det foreslås på denne bakgrunn å redusere registreringsgebyr med 34 mill. kroner. Samtidig foreslås det å dekke deler av Legemiddelverkets arbeid med markedsføringstillatelser over legemiddelkontrollavgift, jf. kap. 5572 post 73.

Kap. 747 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			92 189
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*			17 670
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*			8 295
	Sum kap. 0747			118 154

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 720 Helsedirektoratet.

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

– 4 mill. kroner til innkjøp av en kobolt-60 kilde.

Samfunnsoppdrag

Statens strålevern er fra 1. juli 2017 direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Strålevernet er Klima- og miljødepartementets fagetat på området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø og skal sikre effektiv forvaltning og gjennomføring av forurensningsloven på sitt område gjennom informasjon, håndheving og tilsyn. Strålevernet utfører direktoratsoppgaver for Utenriksdepartementet innen internasjonal atomsikkerhet og ikke-spredning.

Statens strålevern arbeider for å redusere negative følger av stråling ved å:

– påse riktig og forsvarlig håndtering av strålekilder
– påse riktig og forsvarlig medisinsk strålebruk
– påse forsvarlig håndtering av avfall og utslipp
– bidra til reduserte stråledoser fra radon og UV
– påse atomsikkerhet nasjonalt og bidra til atomsikkerhet internasjonalt
– sikre en forsvarlig atomberedskap med god krisehåndteringsevne

Roller

Statens strålevern utøver sitt samfunnsoppdrag bl.a. ved å forvalte regelverk, føre tilsyn, informere, gi råd og 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 strålevernområdet.

Statens strålevern er nasjonalt referanselaboratorium på vegne av Justervesenet for måleenheter innenfor stråling og radioaktivitet.

Myndighetsfunksjoner

Strålevernet har selvstendig beslutningsmyndighet etter strålevernloven og atomenergiloven. Innenfor de deler av Statens stråleverns ansvarsområde som angår radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljøet, er Statens strålevern som direktorat under Klima- og miljødepartementet og har beslutningsmyndighet etter forurensingsloven. Statens strålevern er fagdirektorat for Utenriksdepartementet på områdene internasjonal atomsikkerhet, ikke-spredning og eksportkontroll. Videre skal Strålevernet forestå forvaltning av tilskuddsmidler under regjeringens Atomhandlingsplan, samt tilskuddsmidler fra Utenriksdepartementet på nedrustnings- og ikkespredningsområdet.

Forvaltningsoppgaver

Statens strålevern har ansvar for forvaltning og tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning, med de to forskingsreaktorene i Norge, ved anløp av reaktordrevne fartøyer og med utslipp og avfall.

Statens strålevern skal øke kunnskapen om forekomst, risiko og effekt av stråling. Dette gjelder bl.a. innenfor radioøkologi og medisinske effekter av stråling.

Statens strålevern leder, har sekretariat og operasjonslokale for den nasjonale atomberedskapen.

Statens strålevern har standardlaboratorium for måling av stråledose og radioaktivitet.

Fagutvikling

Strålevernet er deltaker i et Senter for fremragende forskning finansiert av Forskningsrådet (Centre for radioactivity, Cerad), i samarbeid med Norges miljø- og bio-vitenskapelige universitet. Videre deltar etaten i nordiske (Nordisk kjernesikkerhetsforskning) og europeiskfinansierte prosjekter. Prosjektporteføljen understøtter og bidrar til videreutvikling av forvaltningen.

Strålevernet følger kontinuerlig med på ny kunnskap, normer og rekommandasjoner som utvikles i internasjonale fora, blant andre International Atomic Energy Agency (IAEA), World Health Organization (WHO) o.a. og legger dette til grunn for videreutvikling av nasjonal forvaltning.

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 skape en kunnskapsbasert offentlig debatt og bidra til å påvirke beslutninger og atferd slik at de er 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.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte:

- 92,1 mill. kroner fra kap. 740, post 01, jf. Prop. 129 S (2016–2017) og Innst. 401 S (2016–2017).
- 0,23 mill. kroner til kap. 1605, post 01, knyttet til levering av driftstjenester fra Direktoratet for økonomistyring.

Gjennomgang av forvaltningsregimet

Strålevernet skal i 2018 planlegge for og gjennomføre en egenevaluering som grunnlag for IAEAs Integrated Regulatory Review Service (IRRS) i 2019. IRRS-en planlegges som en total gjennomgang av hele det norske forvaltningsregimet for atomsikkerhet og strålevern.

Atomsikkerhet og sikring

Innstilling til søknad om konsesjon til drift av de nukleære anleggene på Kjeller og brenselsinstrumentverkstedet i Halden skal ferdigstilles og avgis til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. april 2018. Institutt for energiteknikk (IFE) arbeid med sikkerhet og sikkerhetskultur generelt, og spesielt i lys av hendelsen Halden i oktober 2016, skal følges nøye. Intensivert tilsyn med IFE skal opprettholdes så lenge det er behov.

Strålevernet skal fortsatt ha et høyt og prioritert fokus på anbefalingene etter IAEAs evaluering av Norges gjennomføring av forpliktelsene i Konvensjonen om fysisk sikring. Dette innebærer bl.a. forsterket tilsyn med IFE og deres forskningsreaktorer på Kjeller og i Halden, pålegg om økte tiltak av sikkerhetsmessig art og oppdatering av regelverk. Strålevernet skal følge opp IFEs arbeid med sikring av de nukleære anleggene, inkludert arbeidet med cyber-sikkerhet. Videre skal det fastsettes en ny dimensjonerende trusselvurdering i dialog med deltagerne i det etablerte myndighetsforum mellom Strålevernet, Politiets Sikkerhetstjeneste (PST), Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), Politidirektoratet (POD) og Tollvesenet for sikring av norske atomanlegg. Den interne organisering i Strålevernets virksomhet må være tilpasset den høye prioritering dette beredskap- og sikkerhetsarbeidet har.

Strålevernet skal videre følge opp konseptvalgutredningene (KVU/KS1) knyttet til håndtering av avfall fra en framtidig dekommisjonering av forskningsreaktorene, inkludert forsvarlig oppbevaring og framtidig lagring av det brukte brenselet fra reaktorene. Strålevernet skal i 2018 kartlegge ytterligere sikringsbehov for radioaktive kilder.

Det foreslås øremerket 10,5 mill. kroner til Strålevernets virksomhet som tilsynsmyndighet på atomenergilovområdet i 2018, fordelt med 8,9 mill. kroner under post 01 og 1,6 mill. kroner under post 21.

Radon og UV

Strålevernet skal i 2018 sluttføre sin UV- og hudkreftstrategi og utarbeide en gjennomføringsplan med tiltak for å følge opp strategien. Strålevernet skal opprettholde høy kvalitet på det optiske laboratorium for å kvalitetssikre målenettverket og til støtte for forvaltningen med tanke på solarietilsyn, kontroll av laserpekere mv.

Strålevernet skal også videreføre arbeidet med gjennomføringen av den nasjonale radonstrategien, kartlegge radonutsatte områder og overvåke befolkningens eksponering for radon.

Henvisningskriterier

Strålevernet skal i 2018 følge opp funnene i Riksrevisjonens undersøkelse om bruken av poliklinisk bildediagnostikk (Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2017). Det er behov for klarere kriterier for å sikre en mer ensartet praksis for vurdering av henvisninger til bildediagnostikk. Strålevernet skal i samarbeid med bl.a. Helsedirektoratet jobbe for etablering av nasjonale henvisningskriterier og implementering av disse i kliniske beslutningsstøttesystemer i helsevesenet.

Internasjonal atomsikkerhet og ikke-spredning

Strålevernet er fagdirektorat for Utenriksdepartementet innen internasjonal atomsikkerhet, ikkespredning og eksportkontroll. Strålevernet har også fått delegert forvaltning av tilskuddsmidlene over regjeringens atomhandlingsplan fra Utenriksdepartementet, samt tilskuddsmidler fra Utenriksdepartementet på nedrustnings- og ikkespredningsområdet. I 2018 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. Norges deltagelse i det internasjonale arbeidet med å hindre smugling av nukleært og radiologisk materiale som kan brukes i terrorsammenheng skal intensiveres, bl.a. gjennom deltagelse i

prosjekter med EØS-finansiering. Styrket grensekontroll for å hindre smugling av nukleært og annet materiale er et viktig element i dette arbeidet. 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 2018 skal Strålevernet planlegge og bistå Utenriksdepartementet i gjennomføringen av den internasjonale konferansen i Oslo om å minimere og eliminere bruken av høy-anriket uran i sivil sektor.

Forvaltning av avfall og utslipp

I 2018 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.

Beredskap

Strålevernet skal være pådriver for å ytterlige styrke den operative krisehåndteringsevnen for den norske atomberedskapsorganisasjonen. Oppdaterte planverk for alle etatene skal være på plass i løpet av 2018. Strålevernet skal i 2018 følge opp CBRNE-strategien, spesielt skal scenariet med bruk av kjernefysiske våpen på eller nær norsk territorium innlemmes i relevante planverk. 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. Strålevernet skal i 2018 forberede en stor nasjonal atomberedskapsøvelse i 2019.

Arbeidet med å bedre atomberedskapen, bedre målekapasiteten mht. mat og drikkevann iht. Matstrategien og vedtatt gjennomføringsplan, avtaler med laboratorier, kompetanseoppbygging og øvelser videreføres. Gjennomføring av Strategi for forvaltning av radioaktivitet i dyrefôr og næringsmidler har hatt god framdrift i forhold til de mål som var satt for perioden. En ny strategi vil nå utarbeides med fokus på å videreutvikle målekapasiteter, modellverktøy og tiltaksstrategier som på sikt vil gi en nødvendig styrking av den totale nasjonale beredskapen for håndtering av atomhendelser. Strålevernet vil som Kriseutvalgets sekretariat være en viktig pådriver for dette.

Videre skal Strålevernet videreutvikle samlet beredskapsplanverk for roller og ansvar innenfor miljøsektoren, bl.a. ved å gjennomføre øvelser for miljøsektoren. Se også omtale i Prop. 1 S (2017–2018), kap. 1423 Radioaktiv forurensning i det ytre miljø.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter.

Det foreslås å flytte 17,67 mill. kroner fra kap. 740, post 21, jf. Prop. 129 S (2016–2017) og Innst. 401 S (2016–2017).

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 brenselsinstrumentverksted i Halden.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

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 fôr og næringsmidler utarbeidet av Strålevernet og Mattilsynet.

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 720, post 45, jf. Prop. 129 S (2016–2017) og Innst. 401 S (2016–2017).

Bevilgningen foreslås økt med 4 mill. kroner til innkjøp av en kobolt-60 kilde. Kilden er avgjørende for å sikre trygg strålebehandling ved rundt 40 behandlingsmaskiner til rundt 14 000 pasienter årlig i Norge. Dette gjelder også for protonbehandling som det er besluttet å etablere på minst et sykehus i Norge. Strålevernet er nasjonalt referanselaboratorium med ansvar for SI-enhetene for ioniserende stråling utpekt av Justervesenet. Strålevernet har et kalibreringslaboratorium med medlemskap i IAEA/WHOs nettverk av sekundærstandarddosimetrilaboratorier, som yter kalibreringstjenester for strålebrukere i Norge. I kalibrering av stråledoser benyttes stråling fra en kobolt-60 kilde, som må fornyes hvert tiende år. Kilden ble sist byttet ut i 2008.

Kap. 3747 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter			19 369
04	Gebyrinntekter			8 302
	Sum kap. 3747			27 671

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 3720 Helsedirektoratet.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til salg av tjenester og prosjektfinansiering, f.eks. doseovervåkning, yrkeseksponerte og kalibrering av solarier og strålevekilder i sykehus.

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra tilsyn ved Institutt for energiteknikk (IFE).

Bevilgningen foreslås økt med 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 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			133 342
	Sum kap. 0748			133 342

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 721 Statens helsetilsyn. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 63.

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

– 3,5 mill. kroner i økt bevilgning, knyttet til økte leiekostnader.

Samfunnsoppdrag

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:

– rettssikkerheten og befolkningens behov for tjenester ivaretas
– sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
– barneverntjenestene er forsvarlige og til barnas beste
– svikt i tjenestene forebygges, avdekkes og følges opp

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

Roller

Statens helsetilsyn er overordnet myndighet både for tilsyn og for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter, og utøver myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Fylkesmannen er klage- og tilsynsmyndighet og fører tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid, og er direkte underlagt Statens helsetilsyn, jf. barnevernloven, sosialtjenesteloven og helsetilsynsloven.

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

Statens helsetilsyn skal ta imot, undersøke og håndtere alle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten som er utenfor påregnelig risiko, 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.

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 helsetjenestene blir avsluttet av fylkesmennene. 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 og de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk. 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 selv tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker. Statens helsetilsyn er pålagt å føre jevnlige tilsyn med virksomheter som håndterer blod, blodkomponenter, celler, vev og organer.

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

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

Fagutvikling og brukerinvolvering

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

Fylkesmennene og Statens helsetilsyn vil i 2018 fortsette arbeidet med hvordan tilsynsmyndighetene bedre kan involvere pasienter, brukere og pårørende i tilsyn. Slik involvering gir et bedre grunnlag for tilsynsmessige vurderinger og avgjørelser, og bedre prioritering av knappe tilsynsressurser. Sluttbrukerne skal oppleve at tilsynsmyndigheten blir mer tilgjengelig og åpen. Statens helsetilsyn har siden 2015 samarbeidet tett med representanter fra fire brukerorganisasjoner. Dette arbeidet skal videreføres i 2018 gjennom opprettelse av et permanent brukerråd for Statens helsetilsyn, og ved å implementere anbefalingene fra satsingen så langt.

Det er satt i verk en følgeforskning av det landsomfattende tilsynet i spesialisthelsetjenesten i 2016

til 2018, som skal gi kunnskap om tilsynets effekt. Prosjektet utvikler metode og vil gi kunnskap om hvordan og om tilsynet virker på tjenestenes etterlevelse av kravet til forsvarlighet.

I 2016 og 2017 har Statens helsetilsyn arbeidet med hvordan fylkesmennene kan undersøke og vurdere forebygging og forsvarlig bruk av tvang i barneverninstitusjonene. I flere år har Statens helsetilsyn gjennomført kurs i samtaler med barn på barneverninstitusjoner. Helsetilsynet skal ha som mål å videreutvikle dette kurset og med det bidra til en kompetanseheving i embetene. Statens helsetilsyn vil i 2018 fortsatt 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 fagmiljø og brukere i utvikling av nye og forbedrede veiledere for tilsyn og klagesaksbehandling. Tilsynsskolen ble etablert i 2016. Det er et læringsopplegg for å sikre at tilsynet holder et faglig høyt nivå og at praksis er lik over hele landet.

Som ledd i et langsiktig arbeid for å skape bedre sammenheng mellom reaktive og proaktive tilsynsformer, og for å styrke effekt av tilsynet, vil Statens helsetilsyn i 2018 arbeide videre med å utvikle kompetanse om og behandling av saker der det kan være både et individansvar og et virksomhetsansvar.

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

Kommunikasjon

Statens helsetilsyn skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Statens helsetilsyn skal formidle kunnskap og innsikt om helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester og om barnevern, og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Tilsynet skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode velferdstjenester og godt folkehelsearbeid.

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

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte:

– 0,4 mill. kroner til kap. 1605, post 01, knyttet til driftstjenester fra Direktoratet for økonomistyring.

Det foreslås 3,5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til flytting av Statens helsetilsyn til nye lokaler. Som en del av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen skal Helseklages virksomhet flyttes til Bergen. For å unngå tomgangsleie i deres lokaler i Oslo, er det bestemt at Statens helsetilsyn skal ta over lokalene i Møllergata 24, jf. omtale i Prop. 129 S (2016–2017). Kostnader til ombygging og tilpasninger finansieres gjennom økt husleie.

Varsler og undersøkelser

I 2016 avsluttet Statens helsetilsyn den tilsynsmessige oppfølgingen av 532 varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Varslene følges opp på ulike måter avhengig av innhold og alvorlighetsgrad. 297 saker (56 pst.) ble avsluttet etter innledende undersøkelser. 169 saker (32 pst.) ble avsluttet ved at de ble overført til fylkesmannen for tilsynsmessige vurdering. 46 saker (9 pst.) 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. 14 saker (3 pst.) ble avsluttet etter at det var utført stedlig tilsyn fra Statens helsetilsyn, og 6 saker (1 pst.) ble avsluttet som vanlige tilsynssaker.

Statens helsetilsyn skal formidle funn fra oppfølging av varsler gjennom en oppsummeringsrapport, der både lovbrudd og forbedringspunkter skal vektlegges for å redusere framtidig risiko.

Tilsynssaker

Fylkesmennene avsluttet 3339 tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester, 814 tilsynssaker om tjenester og tiltak innen barnevernet og 90 tilsynssaker innen sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen i 2016.

Tilsynssaker som avsluttes hos fylkesmannen i 2018 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 431 saker i 2016. Det ble gitt 250 reaksjoner til helsepersonell og konkluderte med brudd på helse- og omsorgslov-

givningen overfor 62 virksomheter. Til sammen 120 autorisasjoner ble tilbakekalt. Den hyppigste årsaken var misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen (eks. tyveri av legemidler, narkotikalovbrudd og vold).

I 2016 ga Statens helsetilsyn 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.

Statens helsetilsyn skal tilstrebe å nå de mål som Helse- og omsorgsdepartementet setter for saksbehandlingstider, med den kvalitet som ivaretar brukeres og pasienters, samt helsepersonells og virksomheters rettssikkerhet, og som reflekterer sakens alvorlighet. Saker som gjelder fare for liv og helse skal prioriteres først.

Planlagte tilsyn

Fylkesmennenes tilsyn innen Statens helsetilsyns områder inkluderte i 2016 følgende:

- 904 tilsyn med barneverninstitusjoner. 41 pst. av tilsynene var uanmeldte, og det ble gjennomført samtaler med 51 pst. av de registrerte barna
- 149 tilsyn med omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere (nesten tredobling fra året før pga. stor tilstrømning av asylsøkere høsten 2015)
- 21 systemrevisjoner i det landsomfattende tilsynet med barneverntjenestens arbeid med meldinger. I tillegg ble 76 egenvurderinger fra kommunene fulgt opp
- 79 tilsyn tilsvarende systemrevisjoner med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, de fleste som ledd i det landsomfattende tilsynet med kommunens ansvar for å sikre at Nav-kontoret tilbyr og yter forsvarlige sosiale tjenester til personer mellom 17 og 23 år
- 169 tilsyn tilsvarende systemrevisjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten hvorav 55 i det landsomfattende tilsynet rettet mot tjenester til personer med utviklingshemning
- 39 tilsyn med spesialisthelsetjenesten, de fleste som ledd i et treårig landsomfattende tilsynet med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse av pasienter med blodforgiftning

Landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen til personer med samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser som ble satt i gang i 2017 skal videreføres i 2018. Fylkesmannen skal undersøke om kommunen tilrettelegger for samarbeid mellom kommunale enheter, med fastlege og med spesialisthelsetjenesten, innhenter informasjon om brukerens helhetlige situasjon og tjenestebehov, samordner tjenestene brukerne mottar, yter individuelt tilpassede og forsvarlige tjenester, følger opp somatiske helseplager og tilbyr individuelt tilpassede tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig. Videre skal fylkesmannen undersøke om spesialisthelsetjenesten legger til rette for at disse pasientene får helhetlige, individuelt tilpassede og forsvarlige tjenester som dreier seg om utredning, diagnostisering, behandling og avslutning av behandlingsforløpet.

I tillegg skal siste fase gjennomføres i det landsomfattende tilsynet med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med blodforgiftning. Dødeligheten ved disse tilstandene er høy og øker desto lenger tid det går før pasienten får nødvendig behandling. Tilsynet gjennomføres for å bidra til at flere pasienter får rett behandling i tide.

I 2018 skal det på barnevernsområdet gjennomføres landsomfattende tilsyn med om det ytes forsvarlig omsorg og behandling på barnevernsinstitusjoner. Sentralt i dette tilsynet er barns medvirkning, barns opplevelse av trygghet på institusjonen og institusjonens forebygging av tvangsbruk.

Tilsyn og områdeovervåking utført av Statens helsetilsyn

I 2016 ble det gjennomført 13 tilsyn med besøk ved totalt 111 enheter ved virksomheter som håndterer blod, blodkomponenter, celler, vev og organer.

Iht. avtale med Forsvarsdepartementet skal Statens helsetilsyn føre tilsyn med tjenester til militært personell i utenlandsoppdrag. Arbeidet finansieres av Forsvarsdepartementet, jf. kap. 3748, post 02.

Svangerskaps- og fødselsomsorgen er et område hvor det skjer uventede og alvorlige hendelser. Med bakgrunn i tilsynserfaringer påbegynte Statens helsetilsyn i 2016 et arbeid med gjennomgang og analyse av alvorlige saker for å kartlegge hvordan virksomhetene har fulgt opp hendelsene med tiltak for å forebygge at det samme skjer igjen. I 2018 vil Statens helsetilsyn også se på hvilken oppfølging og informasjon pasi-

ent/pårørende fikk i etterkant av den alvorlige hendelsen.

Fylkesmennene og Statens helsetilsyn gjennomførte i 2016 en kartlegging i alle landets kommuner for å få oversikt over kommunenes og fastlegenes tilbud til kvinner som vurderer eller ønsker svangerskapsavbrudd.

Fylkesmennenes klagesaksbehandling

Fylkesmennene avsluttet 3930 klagesaker etter sosialtjenesteloven, 3072 klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenester og 625 klager på barneverntjenester eller på bruk av tvang og begrensninger i barneverninstitusjoner i 2016.

Fylkesmannen må godkjenne vedtak før tvangstiltak for å avverge skade eller for å dekke grunnleggende behov overfor personer med utviklingshemning kan settes i verk. I 2016 overprøvde fylkesmennene 1456 vedtak og godkjente 1361 av dem. Det ble gjennomført 221 stedlige tilsyn for å kontrollere tvangsbruk.

Når helsetjenesten fatter vedtak om bruk av tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse, skal fylkesmannen gjennomgå vedtaket. Fylkesmennene gjennomgikk 3843 slike vedtak i 2016 og opphevet 11 pst. av dem. 1639 vedtak ble etterkontrollert fordi de hadde varighet utover tre måneder.

Fylkesmannen skal prioritere klagesaker hvor det er viktig å gripe inn raskt, og der konsekvensens av svikt er alvorlige.

Kap. 3748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter			1 525
	Sum kap. 3748			1 525

Bevilgningen foreslås flyttet fra tidligere kap. 3721 Statens helsetilsyn. For regnskap 2016 og saldert budsjett 2017 vises til tabell på side 64.

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 undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter			20 000
	Sum kap. 0749			20 000

Stortinget vedtok i juni 2017 lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Loven legger til rette for etablering av en undersøkelseskommisjon som skal undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold som kan påvirke pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.

Det foreslås 20 mill. kroner til etablering og drift av ny undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.

Samfunnsoppdrag

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten 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. Undersøkelseskommisjonen skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

Roller

Undersøkelseskommisjonen er i lov 16. juni 2017 nr. 56 om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten gitt myndighet til å foreta undersøkelser av alvorlige hendelser eller andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Statens undersøkelseskommisjon er et forvaltningsorgan administrativt underlagt departementet, men skal utføre sine oppgaver uavhengig og selvstendig. Undersøkelseskommisjonen kan ikke instrueres i faglige spørsmål. Den skal ledes av en direktør.

Myndighetsfunksjoner

Undersøkelseskommisjonen 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 undersøkelseskommisjonens vurderinger av årsaksforholdene. Rapporten skal også inneholde undersøkelseskommisjonens ev. tilrådninger om tiltak som bør vurderes eller gjennomføres for å forbygge 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. Undersøkelseskommisjonen vil videre kunne innhente forklaring fra enhver som den mener kan gi opplysninger som kan være av betydning for undersøkelsen.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen skal dekke kostnader til etablering og drift av undersøkelseskommisjonen i løpet av 2018.

Programkategori 10.50 Legemidler (utgår)

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
750	Statens legemiddelverk	284 581	287 554		-100,0
751	Legemiddeltiltak	77 006	65 053		-100,0
	Sum kategori 10.50	361 587	352 607		-100,0

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
01–23	Statens egne driftsutgifter	293 680	298 304		-100,0
70–89	Andre overføringer	67 907	54 303		-100,0
	Sum kategori 10.50	361 587	352 607		-100,0

Kap. 750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
01	Driftsutgifter	284 581	287 554	
	Sum kap. 0750	284 581	287 554	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 746 Statens legemiddelverk, jf. budsjettforslag på side 135.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
02	Diverse inntekter	27 357	15 253	
04	Registreringsgebyr	74 561	121 642	
06	Refusjonsgebyr	2 214	3 027	
	Sum kap. 3750	104 132	139 922	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 3746 Statens legemiddelverk, jf. budsjettforslag på side 139.

Kap. 751 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	9 099	10 750	
70	Tilskudd	67 907	54 303	
	Sum kap. 0751	77 006	65 053	

Bevilgningen foreslås flyttet til nytt kap. 717 Legemiddeltiltak, jf. budsjettforslag på side 57.

Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

Omtalen er flyttet til programkategori 10.10.

Programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
761	Omsorgstjeneste	5 317 323	7 482 112	8 203 636	9,6
762	Primærhelsetjeneste	562 380	851 586	909 353	6,8
765	Psykisk helse og rusarbeid	1 881 148	2 129 990	2 124 687	-0,2
769	Utredningsvirksomhet mv.	15 661	17 406	17 841	2,5
	Sum kategori 10.60	7 776 512	10 481 094	11 255 517	7,4

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
01–23	Statens egne driftsutgifter	327 697	342 159	375 750	9,8
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	5 506	5 547	5 568	0,4
60–69	Overføringer til kommune-forvaltningen	6 078 935	8 641 054	9 368 271	8,4
70–89	Andre overføringer	1 364 374	1 492 334	1 505 928	0,9
	Sum kategori 10.60	7 776 512	10 481 094	11 255 517	7,4

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

- 740,8 mill. kroner økt investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, hvorav 152,5 mill. kroner for å dekke første års utbetaling av tilskudd til 1800 plasser
- 55 mill. kroner til pilotforsøk med primærhelseteam i kommunen, hvorav 28 mill. kroner omprioritert fra andre tiltak for utvikling av allmennlegetjenesten
- 25 mill. kroner til styrking av grunn-, videre- og etterutdanning
- 12 mill. kroner til pilotforsøk med oppfølgingsteam i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- 11 mill. kroner til dagaktivitetsplasser for personer med demens
- 10 mill. kroner til pilotprosjekt på legevaktfeltet
- 40 mill. kroner redusert bevilgning pga. lav søkning i 2017 knyttet til tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner, som i samarbeid med kommuner tilbyr institusjons- og aktivitetstilbud for mennesker med rus- og/eller prostitusjonserfaringer
- 27,3 mill. kroner redusert tilskudd til vertskommuner, som følge av frafall av beboere
- 7,2 mill. kroner redusert bevilgning knyttet til kompensasjon for renter og avdrag, som følge av redusert rentesats

- 4,2 mill. kroner redusert bevilgning knyttet til avviklingen av Helse og omsorg i plan
- 17,4 mill. kroner overført fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenestene
- 116 mill. kroner til fagskoletilskudd flyttet til Kunnskapsdepartementet
- 9 mill. kroner til Nakmi flyttet til kap. 745, post 01

Videre er enkelte 21-, 50-, 60- og 70-poster redusert med til sammen om lag 42 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak, hvor av 34 mill. kroner gjennom 1,75 pst. lavere priskompensasjon sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, jf. del I, punkt 2.30.

Programkategorien omfatter bevilgninger til utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert statlige stimuleringsmidler til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, midler til brukerstyring, prosjekter innen arbeid og psykisk helse, drift av kompetansesentre og arbeid mot vold, traumatisk stress og selvmord. Tiltakene under programkategorien bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 og 3.5 i FNs bærekraftsmål, jf. nærmere omtale under del III 13 Internasjonalt samarbeid.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises til omtalen i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettproposisjon. I tillegg finansieres disse tjenestene gjennom Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd, hovedsakelig under programkategori 10.60, samt gjennom brukerbetaling og egenandeler og ved statlige trygderefusjoner til bl.a. lege- og fysioterapitjenester, omtalt under programområde 30 og del III 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

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. Videre skal alle ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Regjeringens mål er å skape pasientenes og brukernes helse- og omsorgstjeneste. Det er brukernes behov som skal være utgangspunktet for omfang av og innhold i tjenestene. Regjeringen legger til rette for at kommunene fornyer og forbedrer helse- og omsorgstjenestene. Dette vil 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. Flere tiltak er under gjennomføring. Et sentralt tiltak i meldingen er å legge til rette for økt tverrfaglighet og bedre samarbeid gjennom å arbeide mer 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 de med store og sammensatte behov, og å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester.

Det skal i 2018 settes i gang en pilot med primærhelseteam. Et primærhelseteam er en utvidet fastlegepraksis. Etableringen av primærhelseteam vil bidra til mer tilgjengelige og bedre koordinerte tjenester og muliggjøre større bredde i tjenestetilbudet. De samlede ressursene vil kunne utnyttes bedre ved en riktigere arbeidsdeling mellom leger, sykepleiere og helsesekretærer.

Det skal i tillegg settes i gang pilotering av oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov. 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.

Videre vil regjeringen prøve ut nye arbeidsformer innen legevaktområdet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede et pilotprosjekt som kan bidra til å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i framtiden.

Regjeringen har gjennom flere år arbeidet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette er en viktig tjeneste fordi den når ut til nesten alle barn og unge og deres familier, og derfor er i en særskilt posisjon med tanke på å tidlig avdekke problemer og forebygge at slike oppstår og får utvikle seg videre. Det har skjedd en gradvis opptrapping av bevilgningen til tjenesten i perioden 2014–2017, både gjennom kommunerammen og øremerkete tilskudd.

Departementet arbeider med å revidere forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten Forslag om endring av forskriften er sendt på høring høsten 2017. I høringsnotat foreslås det bl.a. å utvide formålet ved at tjenesten også skal

bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt. Regjeringen vurderer også å utvide formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten ytterligere til å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge for både psykiske og somatiske tilstander.

I regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022), Mestre hele livet, har regjeringen varslet at det skal utredes hvordan ulike tjenester til barn og unge kan koordineres bedre, bl.a. når det kommer til overordnet koordinering av kommunale tjenester til barn og unge, og samordning av individuelle planer på ulike sektorområder. Regjeringen vil vurdere lovendringer for å styrke og harmonisere de ulike tjenestenes plikt til å utarbeide individuell plan, herunder en felles, harmonisert forskrift om individuell plan og krav til koordinator under de ulike tjenestelovene.

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 med tiltak for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i sykehjem og hjemmetjenester. For 2018 foreslås Omsorg 2020 fulgt opp ved å legge til rette for tilsagn om tilskudd til renovering og bygging av 1800 heldøgns omsorgsplasser og 350 flere dagaktivitetsplasser til personer med demens. Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten gjennomføres i seks kommuner, og det foreslås bevilget 1 274,2 mill. kroner til forsøket i 2018. For å få økt kunnskap om brukere og pårørendes opplevelser av omsorgstjenestene, skal det utvikles en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Videre skal det fallforebyggende arbeidet styrkes, og arbeidet for å rekruttere menn inn i omsorgsyrkene økes.

Regjeringen har satt i gang arbeidet med en ny reform for eldre – Leve hele livet. Målet med reformen er flere gode leveår der den aldrende befolkningen beholder god helse lengre og i større grad mestrer eget liv, pårørende som ikke blir utslitt og ansatte som opplever at de har et godt arbeidsmiljø der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb. Det er også et mål å redusere uønsket variasjon i kvaliteten på tilbudet mellom og i kommuner. Arbeidet skal omhandle de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og felleskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Det planlegges å fremme en stortingsmelding våren 2018, der det gis en oppsummering og statusoversikt over igangsatte tiltak, og hvor det fremmes forslag til nye tiltak og virkemidler i reformarbeidet. Det tas sikte på at reformen settes i verk nasjonalt fra 2019.

Regjeringen vil styrke kompetansen og ledelsen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom Kompetanseløft 2020. For å heve det faglige nivået i bl.a. sykehjem og hjemmetjenester, foreslås det å øke bevilgningen til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene med 25 mill. kroner i 2018, slik at samlet bevilgning til formålet blir om lag 350 mill. kroner i 2018. Bevilgningen fordeles på 19 mill. kroner til det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet og 6 mill. kroner til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Lønnstilskudd til å gjennomføre utdanning innen avansert klinisk sykepleie stimulerer kommuner til kompetanseoppbygging. Tilskuddet foreslås økt med 3,5 mill. kroner til 10 mill. kroner i 2018. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjennomgå dagens videreutdanninger for sykepleiere og fysioterapeuter for å kartlegge hvordan disse imøtekommer kommunenes behov for kompetanse. Videre skal direktoratet vurdere etablering av ev. nye videreutdanninger for disse gruppene.

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. Bevilgingene til rusfeltet skal økes med 2,4 mrd. kroner i planperioden. Det er i 2016 og 2017 bevilget til sammen 986,8 mill. kroner til oppfølging av planen, hvorav 700 mill. kroner som vekst i kommunens frie inntekter. Det foreslås 300 mill. kroner som vekst i kommunens frie inntekter med begrunnelse i opptrappingsplanen for rusfeltet i 2018.

Regjeringen la i Prop. 1 S (2016–2017) fram Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Planen har sitt hovedfokus rettet mot kommunene og 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. Det ble bevilget 200 mill. kroner til opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i 2017 og midlene videreføres i 2018. Det vises til nærmere omtale under kap. 762.

I august 2017 ble Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) lagt fram. Dette er en helhetlig strategi for hele befolkningen og med et særskilt fokus på barn og unge. Både de helsefremmende, forebyggende og kurative aspekter er inkludert. Strategien omhandler både folkehelse- og tjenesteperspektivet, kunnskaps- og forskningsbehov, og hvordan samfunnet kan legge til rette for bedre inkludering og deltagelse. Strategien vil danne grunnlaget for en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.

Regjeringen har nedsatt et utvalg som skal se på hvordan det best kan prioriteres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget skal levere sin utredning innen 31. desember 2018.

Stortinget har vedtatt at det skal etableres et kommunalt pasient- og brukerregister. Registeret vil gi data for planlegging, styring, finansiering og evaluering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette omfatter også tannhelsetjenestene. Opplysningene skal også kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal. Registeret skal gi grunnlag for forbedring av tjenestene.

Fra 2017 er kommunenes plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud utvidet til å også omfatte mennesker med psykisk helse- og rusproblemer. Samdata kommune viser at antall innleggelser i øyeblikkelig hjelp døgntilbudene i kommunene økte med 41 pst. fra 2015 til 2016. Ved utgangen av 2016 var det færre enn 10 kommuner som ikke brukte, eller ikke hadde opprettet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	115 835	127 611	133 051
60	Kommunale kompetansetiltak, *kan overføres*	115 119	129 289	16 651
61	Vertskommuner	940 115	931 368	928 286
62	Dagaktivitetstilbud, *kan overføres*	208 023	262 652	280 681
63	Investeringstilskudd, *kan overføres*	1 738 544	3 298 100	4 038 857
64	Kompensasjon for renter og avdrag	912 979	841 700	834 500
65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, *overslagsbevilgning*	612 725	1 224 906	1 274 183
67	Utviklingstiltak	84 587	68 908	69 500
68	Kompetanse og innovasjon	346 559	365 874	387 387
71	Frivillig arbeid mv.	16 108	16 560	17 007
72	Landsbystiftelsen	74 566	76 654	78 724
73	Særlige omsorgsbehov	22 235	23 490	23 704
75	Andre kompetansetiltak	11 040	11 211	11 314
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	118 888	103 789	109 791
	Sum kap. 0761	5 317 323	7 482 112	8 203 636

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

– 740,8 mill. kroner økt investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, hvorav 152,5 mill.

kroner for å dekke første års utbetaling av tilskudd til 1800 plasser
- 25 mill. kroner til styrking av grunn-, videre- og etterutdanning
- 11 mill. kroner til dagaktivitetsplasser for personer med demens
- 27,3 mill. kroner i redusert tilskudd til styrking til vertskommuner, som følge av frafall av beboere
- 7,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjon for renter og avdrag, som følge av redusert rentesats
- 4,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avviklingen av Helse og omsorg i plan
- 17,4 mill. kroner overført fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenestene
- 116 mill. kroner til fagskoletilskudd flyttet til Kunnskapsdepartementet

For å styrke andre prioriterte tiltak, er enkelte 21-, 60- og 70-poster redusert med til sammen 9,7 mill. kroner.

Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre

Regjeringen har satt i gang arbeidet med en ny reform for eldre. Målet med reformen er flere gode leveår der den aldrende befolkningen beholder god helse lengre og i større grad mestrer eget liv, pårørende som ikke blir utslitt og ansatte som opplever at de har et godt arbeidsmiljø der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb. Det er også et mål å redusere uønsket variasjon i kvaliteten på tilbudet mellom og i kommuner.

Arbeidet skal omhandle de grunnleggende forholdene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og felleskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. For å få innspill til reformen, arrangeres det dialogmøter med eldre og pårørende, ansatte og ledere i kommunene, frivillige, fagfolk og forskere. Gjennom denne prosessen er målet å få fram eksempler på tiltak som har vist god effekt og som andre kommuner kan gjennomføre, forslag til verktøy som kommuner kan bruke i endringsarbeidet og forslag til tiltak fra statens side som kan understøtte kommunenes endringsarbeid.

Arbeidet skal bygge videre på de stortingsmeldinger og strategier som er fremmet tidligere, bl.a. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle, samt regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn Flere år – flere muligheter og Omsorg 2020. Det planlegges å fremme en stortingsmelding våren 2018 der det gis en oppsummering og statusoversikt over igangsatte tiltak, og hvor det fremmes forslag til nye tiltak og virkemidler i reformarbeidet. Det tas sikte på at reformen settes i verk nasjonalt fra 2019.

Omsorg 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter tiltak for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i omsorgstjenestene, samtidig som den skal legge til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i sektoren. Følgende hovedsatsingsområder løftes fram for 2018:

Forsøk med statlig finansiering

1. mai 2016 startet forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene i seks kommuner. Forsøket varer i tre år.

I forsøket skal det prøves om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Forsøket vil gi nyttige erfaringer i utviklingen av tjenestene.

Helsedirektoratet har hatt ansvaret for utredningsprosjektet og er også ansvarlig for gjennomføringen av forsøket. Forsøket følgeevalueres. Første evalueringsrapport, nullpunktmålingen, forelå i desember 2016. Neste rapport vil foreligge ved årsskiftet 2017/2018. Det foreslås bevilget om lag 1 274,2 mill. kroner til forsøket i 2018. Det vises til nærmere omtale på post 21 og post 65.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å fornye og øke tilbudet av omsorgsplasser for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Tilsagnsrammen de siste fire årene har også ligget høyt på henholdsvis 2500 plasser i perioden 2014–2016 og 3100 plasser i 2017. I årene som kommer vil det være behov for å øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser i kommunene. Stortinget har derfor vedtatt å endre investeringstilskud-

det til heldøgns omsorgsplasser f.o.m. 2021 til kun å omfatte plasser som gir netto tilvekst. Det er vedtatt en overgangsordning for perioden 2017–2020. I denne perioden kan deler av tilskuddet også benyttes til å fornye eksisterende bygningsmasse gjennom utskifting og renovering. Det foreslås bevilget 152,5 mill. kroner som første års utbetaling av innvilgede tilskudd i 2018. I budsjettet for 2018 legges det til rette for å gi tilsagn om tilskudd til om lag 1800 plasser. Det vises til post 63 for nærmere omtale.

Løpende plansamarbeid med KS

Regjeringen og KS skal kartlegge og utrede framtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og omsorgsboliger innenfor planperioden for Omsorg 2020. KS har gjennomført en undersøkelse av kommunenes utbyggingsplaner og behovsanslag fram mot 2030, og har med støtte fra departementet kartlagt tilstanden ved eksisterende sykehjemsbygg og omsorgsboliger med hensyn til bl.a. levetid og egnethet i møte med framtidens brukere.

Regjeringen og KS vil sammenholde tilgjengelig materiale 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.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Regjeringen vil, som oppfølging av Stortingets behandling av Dokument 8:53 (2015–2015), jf. Innst. 221 S (2014–2015), fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et aktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gjeldende fra 1. januar 2020.

Som del av Demensplan 2020 videreføres tilskuddsordningen til dagaktivitetstilskudd for personer med demens. For 2018 legges det til rette for 350 nye plasser. Det driftes om lag 3450 plasser med støtte fra tilskuddsordningen. Med utgangspunkt i tidligere anslag er det behov for i underkant av 5100 flere aktivitetsplasser. Det vises til post 21, 62, 68, 71 og kap. 780, post 50, for nærmere omtale av tiltakene i Demensplan 2020.

Menn i helse

Det foreslås å øke bevilgningen til Menn i helse med 2 mill. kroner, som vil gi en samlet bevilgning på 6 mill. kroner i 2018. Menn i helse har til formål å bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren, og er ett av de mest vellykkede tiltakene for å rekruttere menn til helse- og omsorgssektoren i Norge. Menn utgjør i dag om lag 10 pst. av årsverkene i omsorgstjenestene. Menn i helse er i 2017 etablert i 11 fylker og har siden 2013 blitt utvidet med 2–3 nye fylker hvert år. Økningen i bevilgningen vil gjøre det mulig å øke utvidelsestakten til 3–4 nye fylker hvert år. Det vises til post 21 for nærmere omtale.

Fallforebygging

Det foreslås å bevilge 1 mill. kroner til å utvikle et e-læringsprogram om fallforebygging. Formålet er å øke kompetansen om fallforebygging blant ansatte i hjemmetjenesten og på sykehjem. Ulykker og skader er en stor folkehelseutfordring og fall er den hyppigste ulykkestypen hos eldre. Undersøkelser viser at fallskader kan forebygges. Tiltaket skal bidra til å redusere hoftebrudd i tråd med målsettingen som følger av Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter.

Bruker- og pårørendeundersøkelser

Det er behov for mer kunnskap om hva brukerne og de pårørende mener om omsorgstjenestene. Arbeidet med en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse gjennom et nasjonalt program starter derfor opp høsten 2017. Programmet ledes av Helsedirektoratet med deltakere fra KS, Kommuneforlaget, Oslo kommune og Folkehelseinstituttet. Det bevilges 3,8 mill. kroner til arbeidet i 2018. Det vises til post 21 for nærmere omtale.

Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 har som formål å bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste, og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2020 følger opp Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, og Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

Regjeringen bevilget om lag 300 mill. kroner til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene i 2016, fordelt på Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten på post 21, tilskudd til fagskoleutdanning på post 60, kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68, og lønnstilskudd til avansert klinisk sykepleie på kap.

762, post 63. Nærmere 4300 kandidater fullførte en grunn- eller videreutdanning med tilskudd fra de fire ovennevnte ordningene i 2016. I tillegg var 9400 personer under utdanning. Helsedirektoratet har estimert at om lag 6300 av disse var nye kandidater i 2016. Bevilgningen til formålet ble økt til om lag 325 mill. kroner i 2017.

Det foreslås å øke bevilgningen til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene med 25 mill. kroner, fordelt på 19 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68 og 6 mill. kroner til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten på post 21. Dette vil gi en samlet bevilgning til formålet på om lag 350 mill. kroner i 2018. Se for øvrig omtale av økt bevilgning til lønnstilskudd til avansert klinisk sykepleie på kap. 762, post 63.

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 2018.

Kompetanseløft 2020 består av følgende strategier:

1. Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell

Det er gjennomført flere rekrutteringstiltak i kommunene i 2016. Rekrutteringsprosjektet Menn i helse og prosjekt Jobbvinner, som startet høsten 2016, har fokus både på å markedsføre kommunale tjenester som attraktive arbeidsplasser og samarbeidet mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner for å endre negative holdninger blant studenter om å søke arbeid i kommunene. Tilskuddet til rekruttering av psykologer har bidratt til økning av årsverk for psykologer i kommunene. Midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet blir bl.a. benyttet av kommunene til desentraliserte utdanningsløp, som har vist seg å være særlig effektivt for å sikre rekruttering og stabil bemanning i områder som ligger langt fra utdanningsinstitusjoner.

2. Sikre at grunn-, og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov

Det har i 2016 vært oppstart av en rekke større utredninger knyttet til bl.a. mulig etablering av nye kliniske videreutdanninger på mastergradsnivå for sykepleiere, og gjennomgang og vurdering av om dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene. Pilotprosjektet med nasjonal deleksamen for sykepleierutdanningen er gjennomført, og tiltaket er nå permanent.

3. Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis

Det pågår nærmere 30 tiltak knyttet til kompetanseheving av ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Disse omtales enkeltvis under de respektive postene.

4. Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon

Både utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenestene bidrar med oppdatert kunnskap som kan styrke kompetanse og kvaliteten i tjenestene innenfor egne kompetanseområder. Det har i 2016 vært tilfredsstillende aktivitet ved sentrene, både når det gjelder publikasjoner og presentasjoner, samt arrangementer på de respektive sentrenes fagområder. Det er planlagt oppstart med primærhelseteam og oppfølgingsteam i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2018.

5. Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning

Det har i 2016 vært stor aktivitet i kommunene om kompetanseutvikling. Resultater fra bruken av kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd viser en økning i utdanning for ansatte innen både helsearbeiderfaget, fagskoler, bachelorutdanninger og videre- og mastergradsutdanninger. Helsedirektoratet antar at et høyere utdanningsnivå vil bidra til forbedret praksis og faglig utvikling. Faglig bredde kan vurderes både gjennom variasjon av faggrupper i tjenesten og gjennom konkrete tiltak for å tilføre nye behandlings- og oppfølgingsmetoder. Musikkbasert opplæringsprogram er et eksempel på det siste. Oppstart av Mitt livs ABC høsten 2016 viser, ifølge Helsedirektoratet, et lenge etterspurt opplæringstilbud til ansatte som arbeider med mennesker med utviklingshemming.

6. Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

Det har i 2016 vært stor aktivitet og interesse i kommunene for å delta i lederopplæring gjennom Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, der den store tilsøkningen ifølge Helsedirektoratet er et signal om at kommunale og fylkeskommunale ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten ønsker økt kompetanse i ledelse med bakgrunn i de store utfordringene som tjenestene står overfor i årene som kommer.

Ledelse

Det er behov for å styrke lederkompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. God ledelse er en forutsetning for tjenester av god kvalitet, og er av stor betydning for hvordan tjenestene greier å håndtere utfordringene de står overfor. Store deler av tjenestene består av store og komplekse virksomheter som stiller store krav til ledelse, samtidig som høy deltidsbruk tilsier at hver leder har mange ansatte å følge opp. I tillegg har tjenestene et stort behov for faglig utvikling, nye samarbeidsformer og innovasjon.

Regjeringen vil øke lederkompetansen i tjenestene, som del av Kompetanseløft 2020. Gjennom Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten tilbys ledere i den kommunale- og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten en utdanning skreddersydd behovet i sektoren. Erfaringene fra første kull tyder på at utdanningen treffer godt og oppleves som nyttig. Bevilgningen foreslås økt med 6 mill. kroner i 2018. Se nærmere omtale under kap. 761, post 21, kap. 765, post 21, og kap. 770, post 70.

Nasjonal ledelsesutvikling i helseforetakene (NLU) og KS ble i 2015 og 2016 tildelt midler for å samarbeide om å utvikle mulige tiltak for å styrke lederskap i helse- og omsorgstjenesten. Satsingen skal bl.a. bidra til å styrke ledelsen og samhandlingen på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Se nærmere omtale under kap. 762, post 21.

Andre saker

Fribeløp og egenandeler på sykehjem

Langtidsbeboere på sykehjem som uten selv å ønske det legges på dobbeltrom, får redusert egenandel gjennom at det tilstås et fribeløp. For å oppdatere fribeløpet i samsvar med den generelle kostnadsøkningen, foreslår departementet at dette justeres fra 38 300 kroner til 39 300 kroner med virkning fra 1. januar 2018.

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester ble i 2017 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 8200 kroner med virkning fra 1. januar 2018. Samtidig foreslås det å justere maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G fra 200 kroner til 205 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, foreslås det å endre maksimal egenandel fra 155 kroner til 160 kroner per døgn. Satsen for dag/ nattopphold beholdes på 80 kroner.

Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Unge personer med nedsatt funksjonsevne i sykehjem

Unge personer med nedsatt funksjonsevne bør ikke bo i institusjoner beregnet for eldre. Med institusjon regnes primært somatiske sykehjem. Kommunene skal melde fra til fylkesmennene om antallet personer under 50 år som er innskrevet på langtidsopphold i sykehjem. Fylkesmennene skal på bakgrunn av innmelding fra kommunene veilede kommunene for å finne en tilfredsstillende løsning. Fylkesmennene rapporterer 107 personer under 50 år innskrevet for langtidsopphold i syke- og aldershjem i 2016. Antallet varierer noe fra år til år, men har vist en svak nedadgående tendens de siste årene. Fylkesmennenes oversikt viser at det var 23 av de 107 som ønsket et annet botilbud. Av disse hadde 12 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.

Hjelpemidler

Et ekspertutvalg har foretatt en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken. Utvalget leverte rapporten En mer effektiv og framtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring i februar 2017. Rapporten har vært på alminnelig høring. Utvalget har vurdert dagens system opp mot framtidens krav, herunder hvordan sikre hensiktsmessige løsninger på ulike livsarenaer. Sentralt for utvalget har vært å finne løsninger som ivaretar brukernes behov på en god måte. Utvalget foretok også en vurdering av

ansvarsdelingen mellom staten og kommunene på området. Regjeringen mener det bør arbeides videre med sikte på å gjennomføre ansvarsendringer for enkle og høyfrekvente hjelpemidler som er sterkt integrert i pleie- og omsorgsoppgavene i kommunene, samt for tilrettelegging av bolig. Det skal også utredes endringer av ansvar for velferdsteknologi. Forslagene vil kunne bidra til en mer effektiv hjelpemiddelformidling, og er også i tråd med målet om å gi kommunene økt ansvar og myndighet. Det må vurderes hvordan brukernes rettigheter kan sikres ved økt kommunalt ansvar. Arbeids- og sosialdepartementet vil også gjennomføre en evaluering av dagens ordning med formidling av høreapparat og ortopediske hjelpemidler i tråd med utvalgets forslag. Utvalgets øvrige forslag vil det jobbes videre med i dialog med de berørte parter. Det videre arbeidet er nærmere omtalt i Arbeids- og sosialdepartementets budsjett.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 732 (2016–2017), 13. juni 2017:

> «Stortinget ber regjeringen inkludere forholdene ved norske sykehjem i sine rapporter til internasjonale menneskerettighetsorganer.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:56 S (2016–2017), jf. Innst. 279 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom at Helse- og omsorgsdepartementet vil ved rapportering til internasjonale menneskerettighetsorganer rapportere om forholdene ved norske sykehjem og om den eldre andelen av befolkningen, der det er naturlig.

Vedtak nr. 93 (2015–2016), 3. desember 2015:

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at det fastsettes regler for medikamentgjennomgang ved alle sykehjem.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 28 (2014–2015), jf. Innst. 151 S (2015–2016).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom at krav til legemiddelgjennomgang i sykehjem ble forskriftsfestet i legemiddelhåndteringsforskriften (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp). Kravet gjelder fra 1. januar 2017.

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.

I forlengelsen av samarbeidsavtalen utarbeidet regjeringen i 2015 en tiltaksplan som tar sikte på å bedre rammevilkårene for ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten. Ved foretaksmøte i januar 2016 ble de regionale helseforetakene pålagt å:

- vurdere bruk av tidsubestemte avtaler med oppsigelsesadgang (løpende avtaler)
- vurdere hvordan representanter for tjenesteyterne i større grad kan involveres i drøfting av kvaliteter som bør etterspørres i anskaffelser av konkrete tjenester
- inngå tettere samarbeid om planlegging og faglig utvikling med tjeneste-leverandørene
- vurdere bruk av konkurranser der pris er fastlagt.

De mulighetene EØS-regelverket gir for å legge til rette for at ideelle organisasjoner skal forbli viktige leverandører av helse- og omsorgstjenester, skal utnyttes. De nye reglene presiserer at det er mulig å legge vekt på kvaliteter ved tilbudet, noe de ideelle tradisjonelt har vært gode på.

Som en oppfølging av Stortingets behandling av den nye loven om offentlige anskaffelser, er 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. Dette handlingsrommet vil bli utnyttet og det tas sikte på å utarbeide veileder for hvordan oppdragsgivere kan gå fram for å benytte handlingsrommet. Saken er blitt drøftet på et dia-

logmøte med KS og ideell sektor, og regjeringen inviterte til et tett samarbeid med paraplyorganisasjonene.

Paraplyorganisasjonene er invitert til å foreslå konkrete tiltak.

Det foreslås videre å etablere en tilskuddsordning for dekning av ideelle virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning fra 2018. Dette er en oppfølging av anbefalingene i NOU 2016: 12 Ideell opprydding som vil styrke konkurranseevnen og bedre rammevilkårene for mange ideelle organisasjoner. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70.

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. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Helsedirektoratet om å sette i gang et utredningsprosjekt med sikte på kartlegging av ideell tjenesteproduksjon innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og årsaker til at kommunene velger eller velger bort ideelle aktører som leverandør av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er tatt initiativ overfor ESA for å få avklart rettslig om det er anledning til å yte tilskudd til ideelle aktører som leverer tjenester til rusavhengige.

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 entreprenører og næringsliv i arbeidet med å møte framtidas helse- og omsorgsutfordringer.

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.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Oppfølgingen av Omsorg 2020 skal prioriteres. Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell og bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering.

Det foreslås å flytte:

- 1,8 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten.
- 2 mill. kroner til kap. 714, post 21, knyttet til regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn.
- 1 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til fast oppgave med forvaltning av tilskuddsordninger.

Bevilgningen foreslås styrket med 6 mill. kroner til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Forslaget er en del av regjeringens satsing på grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten.

Videre foreslås det å styrke Antibiotikasenter for primærhelsemedisin med 1 mill. kroner og tiltaket Menn i helse med 2 mill. kroner.

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås bevilgningen redusert med til sammen 5,2 mill. kroner. 1 mill. kroner er knyttet til avvikling av nettsiden fritid for alle og 4,2 mill. kroner knyttet til avviklingen av Helse og omsorg i plan.

Fylkesmennene

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak knyttet til fylkesmennenes oppfølging av regjeringens samlede omsorgspolitikk, Omsorg 2020, herunder investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser og Demensplan 2020, og Kompetanseløft 2020. Fylkesmennene har videre ansvaret for det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

Fylkesmennene skal ha oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser, samt følge opp tiltak for å bedre kvaliteten i omsorgstjenestene. Videre har fylkesmennene utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling.

Utgifter til faglige kurs og konferanser som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen.

Omsorg 2020

Statlig finansiering av omsorgstjenestene

Bevilgningen dekker utrednings- og gjennomføringskostnader, samt følgeevaluering av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Forsøket startet 1. mai 2016 i seks forsøkskommuner og varer i tre år. I forsøket skal det prøves om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av

kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Forsøket gjennomføres iht. plan. Første evalueringsrapport, nullpunktmålingen, er levert. Forsøkskommunene har oppdatert vedtak etter tildelingskriteriene som gjelder i forsøket og finansieringsmodell er implementert. Det er bl.a. jobbet med EPJ-løsninger, arbeidsrutiner og klart språk.

Helsedirektoratet har hatt ansvaret for utredningsprosjektet og er også ansvarlig for gjennomføringen av forsøket. I 2017 ble det bevilget 8 mill. kroner til gjennomføringen og evalueringen. Bevilgningen foreslås videreført i 2018. Enkelte kommunale administrasjonskostnader dekkes også over post 65. Se for øvrig omtale under post 65.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Bevilgningen dekker kostnadene ved å følgeevaluere endringene i pasient- og brukerrettighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2015, jf. Prop. 86 L (2013–2014) og Innst. 294 L (2013–2014). Endringen gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse. Retten omfatter også avlastningstiltak etter samme lov for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne.

Evalueringen av lovendringen ble satt i gang i mai 2015 og vil avsluttes i løpet av 2017. KS er involvert i arbeidet gjennom konsultasjonsordningen. Bevilgningen videreføres i 2018 til oppfølging av evalueringen.

Det vises til omtale om opplæring tilknyttet tiltaket under post 68.

Pårørendeprogrammet

Formålet med Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020 (Pårørendeprogrammet) er å bedre vilkårene for den uformelle omsorgen, samt å bidra til å bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen.

Det ble i 2017 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 framtidsrettet 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 implementeringsmateriell (film, presentasjoner, artikler på helsenorge.no), og vil vurdere behov for å utarbeide ytterligere materiell.

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 2017 ble tilskuddet prioritert til prosjekter for å utvikle modeller for fleksible og tilrettelagte avlastningsordninger.

Stortinget har vedtatt et forslag om en ny pliktbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven om styrket pårørendestøtte. Bestemmelsen trer i kraft 1. oktober 2017. Det vises for øvrig til omtale av endringer i pleiepengeordningen i Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon.

Det foreslås å bevilge 1 mill. kroner til utvikling av bruker- og pårørendeundersøkelser, jf. omtale under kvalitetsindikatorer. Samlet sett foreslås det bevilget 11 mill. kroner til Pårørendeprogrammet i 2018. Det foreslås at mindreårige barn som pårørende tas inn i Pårørendeprogrammet.

Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen har som mål å forebygge ensomhet og tilbaketrekning blant eldre.

Det foreslås å bevilge midler til følgende tiltak:

Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy

Formålet med tilskuddsordningen er å legge til rette for møteplasser og samhandling mellom generasjoner gjennom utvikling og utprøving av teknologiske verktøy. I 2015 mottok fire landsdekkende frivillige organisasjoner tilskudd. Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennomfører en følgeevaluering. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det ble for 2017 bevilget 3 mill. kroner til utvikling og utprøving av teknologiske verktøy. Bevilgningen foreslås videreført i 2018. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Se kap. 701, post 21, for en helhetlig omtale av programmet.

Aktivitet for seniorer og eldre

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning, og å skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Tiltaket bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 i FNs bærekraftsmål.

Kommuner og ideelle/frivillige organisasjoner kan søke. Det ble i 2017 åpnet for at Tjukkasgjengen kan søke på tilskuddet. Det er god søkning til tilskuddet. I 2017 var det i underkant av 240 søknader til de utlyste midlene, med et samlet søknadsbeløp på 96 mill. kroner. Ordningen har bidratt til igangsetting og videreutvikling av mange gode og noen innovative prosjekt. 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. Helsedirektoratet skal som oppfølging av Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) vurdere i hvilke tilskuddsordninger knyttet til mobilisering mot ensomhet det kan være relevant å synliggjøre matlaging/måltidsfellesskap.

Tilskuddsordningen utløser mye aktivitet og engasjement. Fordi aktivitetssentre/seniorsentre/eldresentre, i regi av kommune eller frivillige har vært etablert i mange kommuner langt tilbake i tid, kan det være vanskelig å skille effekten av tilskuddsordningen fra andre tiltak eller ordninger i kommunene. Det er behov for å evaluere ordningen. Evalueringen bør bl.a. trekke sammenlikninger mellom kommuner som får tilskudd og kommuner som ikke får eller ikke søker om tilskudd.

Det ble i 2017 bevilget 18,8 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås at midlene videreføres på samme nivå i 2018, hvorav 0,5 mill. kroner avsettes til en evaluering av tilskuddsordningen.

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

Som oppfølging av regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, har Helsedirektoratet satt i gang flere utviklingsprosjekter som skal bidra til aktive eldre og mer aldersvennlige lokalsamfunn. For å styrke medvirkning og deltakelse fra eldre innbyggere i samfunnet, er det innledet et forskningssamarbeid med tre kommuner (Eidskog, Sarpsborg og Sagene bydel). Forskningsprosjektene skal bl.a. kartlegge hvordan kommunene forbereder seg på en aldrende befolkning med utgangspunkt i et bredt folkehelseperspektiv, samt utrede eldres helse, livskvalitet og deltakelse dersom flere enn i dag velger å jobbe til de fyller 70 år. Helsedirektoratet vil avholde en erfaringskonferanse høsten 2017 og følge opp forskningsprosjektene med vekt på kommuner og fylkeskommuners arbeid for å utvikle aldersvennlige samfunn. Det foreslås å videreføre 2 mill. kroner til utviklingsarbeidet i 2018. Midlene foreslås flyttet fra kap. 761, post 21, til kap. 714, post 21.

Frivillighetsstrategien

Helse- og omsorgsdepartementet har i fellesskap med Frivillighet Norge og KS utarbeidet en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet 2015–2020. Strategien ble lansert i 2015. I 2017 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 satt i gang en nasjonal sertifiseringsordning av livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre. Formålet med ordningen er å styrke den aktive omsorgen og sette brukernes sosiale og kulturelle behov i sentrum. Tiltaket skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det, får opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer. Det er lagt opp til en gradvis spredning av tilbudet i perioden 2013–2020. 24 nye sykehjem er blitt sertifisert som Livsgledesykehjem i 2016, og 26 ble resertifisert. Ved ytterligere 28 sykehjem er det satt i gang en prosess hvor målet er livsgledesertifisering. Stiftelsen Livsglede for eldre har som mål at halvparten av landets sykehjem skal være livsgledesertifisert innen 2020.

Det ble i 2017 bevilget 5,5 mill. kroner til stiftelsen Livsglede for eldre og livsgledesertifisering av sykehjem. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til stiftelsen Livsglede for eldre til livsgledesertifisering av sykehjem og annet utviklingsarbeid i 2018. 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 Verdighetssenteret 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 2016 arbeidet senteret innen eldreomsorg, demensomsorg, palliasjon og frivillighet. Frivillighetskoordinering – eldreomsorg (FRI) hadde tre fulltallige kurs, med bl.a. deltakere fra åtte kommuner. Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom (OLS) hadde to fulltallige kurs. Siden starten har kurset hatt deltakere fra 85 kommuner i 18 fylker. Verdighetssenteret driver fagutvikling på flere felt, bl.a. er det satt i gang et nytt kursprogram kalt Akuttmedisinsk eldreomsorg.

I 2017 ble det bevilget 7 mill. kroner til Verdighetssenteret. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Verdighetssenteret i Bergen til disse tiltakene i 2018. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2020 og i Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet.

Teknologier for trygghet og mestring

Helsedirektoratet inngikk i juli 2014 en avtale med KS om videreutvikling av verktøyet Veikart for velferdsteknologi og Velferdsteknologiens ABC.

Veikart for velferdsteknologi ble i 2015 utvidet med nye verktøy og heter nå Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi. Veikartet er et konkret verktøy for kommunene i gjennomføring av tjenesteinnovasjon, bl.a. i kommunenes omstillingsprosesser når pilotprosjekter skal gå videre til implementering og gevinstrealisering. Metodikken og verktøyet er godt mottatt av kommunene og har oppnådd gode effekter.

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. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har ansvar for å tilby opplæring i Velferdsteknologiens ABC til kommunene i sitt fylke, og vil starte opp dette i løpet av 2017.

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 2017. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Satsingen omfatter også tilskudd til utviklingskommuner gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68 og av bevilgning på kap. 769, post 70. Samlet bevilgning til satsingen vil være om lag 41 mill. kroner i 2018.

Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, som har som mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Se kap. 701, post 21, for en helhetlig omtale av programmet.

Demensplan 2020

Demensplanen er regjeringens 5-års plan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Brukerne har hatt en sentral rolle i utvikling av planen.

Planen løfter fram nye tiltak, bl.a. knyttet til lovfesting av dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, opprettelse av brukerskoler for personer med demens, utvikle modeller for systematisk oppfølging etter diagnose, utvikle gode modeller for hjemmetjenester til personer med demens, utvikle opplæringspakke for demens for ulike samfunnssektorer og bedre kunnskapen om forekomsten av demens.

Planen viderefører også flere av tiltakene fra Demensplan 2015, som spredning av pårørendeskoler og samtalegrupper, implementering av opplæringspakker til ansatte gjennom Demensomsorgens ABC og utvikling av retningslinje og veileder på demensområdet.

Innhenting av bedre kunnskapsgrunnlag om brukerbehov hos personer med demens og deres pårørende er satt i gang. Dette skal danne grunnlag for å utvikle verktøy for større brukerinvolvering. Ulike former for brukerskoler for personer med demens testes nå ut i regi av det treårige utviklingsprosjektet om systematisk oppfølging etter diagnose.

Tilskudd til modellprogram for systematisk oppfølging etter diagnose ble utlyst høsten 2016 og det ble gitt tilskudd til 15 prosjekter. Utprøvingen vil omfatte bruk av veiledningsmateriell innenfor ulike arenaer og kommer i tillegg til Demensomsorgens ABC, som er implementert i de fleste kommuner allerede.

Høsten 2017 er det oppstart for utviklingsprosjektet om nye modeller for tjenester til hjemmeboende personer med demens. Helsedirektoratet, i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, gjennomfører det treårige modellutviklingsprogrammet hvor 14 kommuner har fått tilskudd. Kommunene skal prøve ut ulike arbeids- og organisasjonsformer av hjemmetjenestene til personer med demens. Hoveddelen av Nasjonal retningslinje om demens er nå ferdigstilt. Retningslinjen omfatter basisutredning for demens, medisinsk behandling og annen oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Arbeidet med annen del av retningslinjen er også godt i gang. Denne omhandler demensutredning og lindrende behandling.

Det foreslås å videreføre bevilgningen over post 21 til Demensplan 2020 i 2018. Det vises videre til tilskudd knyttet til Demensplan 2020 over postene 62, 68 og 71, samt kap. 780, post 50.

Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC

Gjennom ABC-modellene Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC tilbys gratis studiemateriell til kommunene beregnet på bedriftsintern tverrfaglig opplæring i studiegrupper. Opplæringsmateriellet på Demensomsorgens ABC er revidert i 2016 med flere påbygningsmoduler og skal oppdateres til å omhandle lindrende behandling, tvungen helsehjelp og personsentrert omsorg. Det er bevilget 9,9 mill. kroner til formålet i 2017.

I 2016 har om lag 2500 personer fullført Eldreomsorgens ABC og om lag 6600 personer fullført Demensomsorgens ABC, ifølge Helsedirektoratets anslag. Per 31. desember 2016 har 96 pst. av landets kommuner tatt i bruk opplæringsprogrammene. Tiltaket foreslås videreført i 2018 som del av Kompetanseløft 2020 og Demensplan 2020.

Tilskudd til personer med nevrologiske skader og sykdommer

For å styrke organisasjoners arbeid med å formidle informasjon om nevrologiske skader og sykdommer, er det etablert en tilskuddsordning til informasjon og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner. I 2016 mottok 26 brukerorganisasjoner tilskudd, med delvis innvilgelse pga. stort press på ordningen.

Senter for omsorgsforskning gjennomførte i 2015 en evaluering av tilskuddsordningen. Undersøkelsen viser at ordningen har bidratt til å styrke de aktuelle brukerorganisasjonenes veiledningsog informasjonsarbeid og gjennom dette styrket brukermedvirkning i tråd med målene i ordningen. I 2017 ble det bevilget 3 mill. kroner til ordningen. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

På bakgrunn av erfaringer fra Nevroplan 2015 har Senter for omsorgsforskning og tjenestedesignere utarbeidet en generell modell for tilpasset treningstilbud og dag-/aktivitetstilbud. Denne modulen vil foreligge i elektronisk format i Omsorgsbiblioteket høsten 2017. I 2017 ble det bevilget 1,8 mill. kroner til spredning og implementering av modellen. Det legges til grunn at det er behov for 1 mill. kroner til dette arbeidet i 2018.

Det ble i 2017 bevilget 1 mill. kroner i øremerkede midler til Hjernerådet. Formålet er å styrke Hjernerådets arbeid for å samordne informasjons- og opplysningsarbeid på nevrologifeltet og videreutvikle samarbeidet med brukerorganisasjoner, fagmiljøer og fagforeninger.

Det ble samlet bevilget 5,8 mill. kroner til tiltak på denne posten for å bedre tilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer i 2017. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Hjernerådet i 2018. Den øvrige bevilgningen foreslås redusert med 0,8 mill. kroner 2018. Midlene overføres til utvikling av bruker- og pårørendeundersøkelser, jf. omtale under kvalitetsindikatorer.

Det vises også til bevilgning til fagnettverk Huntington over post 75.

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 11 S (2015–2016), ble det bevilget 10 mill. kroner til å styrke tiltak som skal gi økt kompetanse i lindrende behandling. I 2017 ble:

- 2 mill. kroner øremerket Verdighetssenteret. Midlene skal tilrettelegge for utvidet kursvirksomhet innen palliasjon og lindrende behandling.
- 1,5 mill. kroner øremerket til organisasjonen Foreningen for barnepalliasjon.
- 1,5 mill. kroner er øremerket til etablering av et videreutdanningstilbud innen barnepalliasjon for helsepersonell. Videreutdanning i barnepalliasjon for sykepleiere startet med første kull januar 2017 ved Høyskolen i Oslo og Akershus.
- 5 mill. kroner bevilget til oppfølging av Helsedirektoratets rapport Lindrende behandling og omsorg mot livets slutt, herunder utarbeidelse av veiledningsmateriale for ivaretakelse av per-

soner i livets sluttfase, evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg, implementering av den nasjonale retningslinjen om lindrende behandling av barn og unge og utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens.

Arbeidet med veiledningsmateriell for ivaretakelse av personer i livets sluttfase ble satt i gang i 2015. Materiellet skal ferdigstilles sommeren 2018 og deretter implementeres. Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg ble ferdigstilt av Sintef høsten 2016. Evalueringen bekrefter antakelsen om at det i hovedsak er kreftpasienter som får særskilt organisert lindrende behandling, og at det er langt flere pasientgrupper som har behov for palliasjon. Utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens ble satt i gang i 2016. Lindrende behandling til personer med demens inkluderes i Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Det utvikles et elæringsprogram for helsepersonell i møte med personer med demens. De to første modulene ferdigstilles høsten 2017.

Den nasjonale faglige retningslinjen i barnepalliasjon ble publisert i 2016. For å sikre bred og god implementering av retningslinjen nasjonalt, ble det bevilget penger til implementeringsarbeidet. Dette videreføres i 2018 med implementeringsmøter med alle regionsykehusene. Høyskolen i Oslo og Akershus har følgeevaluering av implementeringen.

Det foreslås å redusere den samlede bevilgningen i 2018 med 1 mill. kroner da veiledningsmaterialet tilknyttet lindrende behandling ferdigstilles medio 2018. Midlene foreslås overført til arbeidet med bruker- og pårørendeundersøkelser, jf. omtale under kvalitetsindikatorer. De øremerkede tilskuddene til Verdighetssenteret og Foreningen for barnepalliasjon og videreutdanningstilbud innen barnepalliasjon for helsepersonell videreføres. Tilskuddet inngår i Kompetanseløft 2020.

Offentlig utvalg om palliasjon

Regjeringen oppnevnte 11. mai 2016 et utvalg som skal gjennomgå og vurdere dagens palliative tilbud. Det skal vurdere innholdet i tjenestene, uavhengig av diagnose, alder eller andre forhold, gjennom hele sykdomsperioden og fram til livets avslutning. På denne bakgrunn skal utvalget foreslå tiltak som skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse, samhandling, faglig omstilling og nye arbeidsformer, samt tverrfaglig samarbeid. Pasientenes og de pårørendes behov skal stå i sentrum.

Utvalget avgir sin innstilling i form av en NOU innen 31. desember 2017.

Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge

Tilskuddsordningen har som formål å øke kunnskapen og gi informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom gjennom å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet. I 2017 mottok Foreningen for barnepalliasjon tilskudd. Foreningen har utarbeidet informasjonsmateriell, webside, film, foredrag og informasjonsbok om ventesorg.

Det ble i 2017 bevilget 2 mill. kroner til ordningen. Det foreslås at midlene videreføres i 2018. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Ledelse, rekruttering og fagutvikling

Styrking av ledelseskompetanse

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015. Oppdraget er gitt til Handelshøyskolen BI. Målgruppen er ledere i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Det er god søknad til studiet. Utdanningen skal evalueres. Bevilgningsøkningen i 2016 ga rom for å utvide kapasiteten fra høsten 2016 til 160 studieplasser. Det ble i 2017 bevilget 10,2 mill. kroner til tiltaket over posten. Bevilgningen foreslås styrket med 6 mill. kroner i 2018. 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

Bevilgningen dekker tiltak for å rekruttere menn til omsorgssektoren.

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 er i 2017 etablert i 11 fylker og har siden 2013 blitt utvidet med 2–3 nye fylker hvert år.

Det ble i 2017 bevilget 4 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å styrke det øremerkede tilskuddet til KS til prosjektet Menn i helse med 2 mill. kroner i 2018. Styrkingen vil gjøre det mulig å øke utvidelsestakten til 3–4 nye fylker hvert år. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Forebyggende hjemmebesøk

Formålet med satsingen er å sørge for at kommunene videreutvikler og øker den forebyggende og helsefremmende innsatsen overfor eldre.

I 2015 ble det gjort en sammenstilling av erfaringene fra det 3-årige utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk, og det er utarbeidet en generisk modell gjennom et samarbeid med tjenestedesignere, prosjektledere for utviklingsprogrammet og forskere ved sentrene for omsorgsforskning.

Helse- og omsorgsdepartementet ga våren 2016 ut Rundskriv I-2/2016 Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene, som beskriver hvordan kommunene kan bruke forebyggende hjemmebesøk som del av sitt tjenestetilbud til eldre. Tiltaket kan bidra til at flere eldre kan leve lenger i egen bolig.

Helsedirektoratet har våren 2017 gitt ut et veiledningsmateriell for forebyggende hjemmebesøk. Veiledningsmateriellet beskriver hvordan kommunene kan etablere og gjennomføre forebyggende hjemmebesøk.

Det ble i 2017 bevilget 2 mill. kroner til implementering av veilederen. Det foreslås 1 mill. kroner til utvikling av et e-læringsprogram for fallforebyggende arbeid, jf. omtale nedenfor. De øvrige midlene foreslås overført til arbeidet med utvikling av bruker- og pårørendeundersøkelser, jf. omtale under kvalitetsindikatorer.

Fallforebyggende arbeid

Ulykker og skader er en stor folkehelseutfordring og fall er den hyppigste ulykkestypen hos eldre. Undersøkelser viser imidlertid at fallskader kan forebygges. For å øke kompetanse om fallforebygging blant ansatte i hjemmetjenester og på sykehjem, foreslås det 1 mill. kroner til 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.

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Det nasjonale kompetansesenteret for kultur, helse og omsorg skal i samarbeid med sentrale fag- og forskningsmiljøer, bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak og ivareta samspillet mellom forskning, 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 (tidligere Høgskolen i Nord-Trøndelag) (NU). Det er NU som administrerer tiltaket.

Det ble bevilget 3 mill. kroner til tiltaket i 2017. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Nord Universitet på vegne av partnerskapet for nasjonalt kompetansesenteret for kultur, helse og omsorg i 2018.

Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang

Det ble i 2017 bevilget 5 mill. kroner for å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Nord Universitet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er hovedsamarbeidspartnere i utviklingen av opplæringsprogrammet.

Nord Universitet har siden 2015 utviklet opplæringsprogram for musikkbasert miljøbehandling for ansatte i helse- og omsorgstjenestene. I 2016 er opplæringsmateriell og nettsted for kurstilbudet utviklet og god spredning er oppnådd. Det er også utviklet et fagskoletilbud. Kursaktiviteter gjennomføres i alle landets helseregioner. Målet for 2017 er god spredning geografisk og mellom ansatte med ansvar for ulike brukergrupper, f.eks. personer med funksjonshemming, psykiske lidelser, eller rusproblemer.

Det foreslås at det øremerkede tilskuddet til Nord Universitet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg videreføres i 2018.

Fritidsaktivitet med assistanse

I 2017 ble det bevilget 950 000 kroner til drift av nettstedet Fritid for alle, som skal bidra til spredning av resultater fra utviklingsprosjektet Støttekontakt, kultur og avlastning. Bevilgningen videreføres ikke i 2018.

Senter for alders- og sykehjemsmedisin

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 11 S (2014–2015), ble det bevilget 2 mill. kroner i prosjektstøtte til Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen. Midlene skal bidra til å løfte kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom forskning og undervisning. Senter for alders- og sykehjemsmedisin driver utstrakt undervisning og kursing i forbindelse med implementering av forskning i primærhelsetjenesten. I 2016 ble det gjennomført 32 undervisningsoppdrag med totalt nær 900 deltakere på ulike fagkonferanser og kurs. Videre har senteret flere forskningsprosjekter på sentrale temaområder som palliativ medisin, etikk og verdighet, smertevurdering- og behandling, samt aktiviteter og medikamentbruk. Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet til Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen i 2018.

Utprøving av teknologiske verktøy til 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 funksjonsnedsettelser 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 rehabiliteringsprosesser og bidra til å bygge kompetanse i bruk av velferdsteknologiske verktøy blant barn og unge med funksjonsnedsettelse. Fem kommuner fikk tilskudd over ordningen i 2016. Disse var Drammen, Horten, Risør, Sandnes og Trondheim. Nasjonalt senter for e-helseforskning vil gjøre en følgeevaluering av prosjektet i løpet av 2017. Det ble i 2017 bevilget 4 mill. kroner til dette tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2018. 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. Dette nasjonale kompetansetiltaket skal ta utgangspunkt i modellen til Demensomsorgens ABC. Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste aldring og helse i oppdrag å utvikle opplæringsmateriell. Opplæring i kommunene startet opp høsten 2016 med kommunene i Vest-Agder og implementeres fortløpende i kommuner i hele landet.

I 2017 ble det bevilget 6 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen til tiltaket foreslås videreført i 2018. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Senter for medisinsk etikk

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME) skal sikre et langsiktig og helhetlig arbeid med utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

SME skal gjennom forskning, evaluering, undervisning og veiledning styrke etisk bevissthet og etisk kompetanse blant helsepersonell i hele helse- og omsorgstjenesten og videreutvikle arenaer, arbeidsmåter og verktøy for systematisk etisk refleksjon. Videre skal SME bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for beslutninger og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten, styrke tverrfaglighet og samarbeid på tvers av fagprofesjoner og tjenestenivåer, samt styrke bruker- og pårørendemedvirkning i en helse- og omsorgstjeneste med stadig større kompleksitet og flere etiske dilemma. Senteret skal også koordinere og kvalitetssikre kliniske etikk-komiteer i helseforetakene og bistå kommuner som ønsker å etablere kliniske etikk-komiteer.

Det ble i 2017 bevilget 3,2 mill. kroner som et øremerket tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo over kap. 769. Det foreslås at det øremerkede tilskuddet videreføres i 2018 over kap. 761, post 21. Tilskuddet skal forvaltes av Helsedirektoratet og ses i sammenheng med tilskuddet til nasjonal koordinering og fagutvikling av de kliniske etikkomiteer i helseforetakene. Det vises til kap. 781, post 79, for nærmere omtale.

Formidling av forskning og innovasjon

Det ble i 2017 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 dokumen-

tasjonssenter for forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i omsorgssektoren. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Senter for omsorgsforskning til formidling av forskning og innovasjon i 2018.

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.

Antibiotikaresistens

I tråd med føringene i Innst. 11 S (2015–2016) ble det bevilget 2 mill. kroner over kap. 761, post 21, til Antibiotikasenter for primærmedisin i 2017, jf. handlingsplanen mot antibiotikaresistens. Bevilgningen foreslås styrket med 1 mill. kroner i 2018 og skal nyttes til arbeidet med antibiotikaforskrivning rettet mot leger i sykehjem og andre heldøgns helseinstitusjoner. Antibiotikasenter for primærmedisin mottar også tilskudd på 4 mill. kroner over kap. 762, post 70, jf. omtale der.

Andre tiltak

Kvalitetsindikatorer

Regjeringen vil innføre kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren bl.a. basert på bruker- og pårørendeerfaringer. Kvalitetsindikatorer er et av flere verktøy for å måle kvaliteten i tjenestene. Helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenestene.

Per august 2017 er det 19 indikatorer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I juni ble det publisert to nye indikatorer for omsorgssektoren. Helsedirektoratet har også fått i oppdrag å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelser som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Målet er å etablere en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Det foreslås 3,8 mill. kroner til utviklingen av bruker- og pårørendeundersøkelser i 2018.

Noklus

Det ble i 2014 satt i gang et pilotprosjekt for å vurdere organiseringen av laboratorievirksomheten for brukere av hjemmetjenestene. Det er utviklet ulike modeller som er prøvd ut i tre fylker i 2014 og 2015. Hjemmetjenesteprosjektet må ses i sammenheng med arbeidet for å kvalitetssikre laboratorievirksomhet i sykehjem. Ved utgangen av 2016 deltok om lag 870 sykehjem i Noklus. Det ble arrangert 299 kurs for 3343 sykehjemsansatte, i tillegg til at mange gjennomførte e-læringskurs. Det ble i 2017 bevilget 8,8 mill. kroner til Noklus. Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet til Noklus i 2018.

Helse- og omsorg i plan

Etter- og videreutdanningstilbudet Helse og omsorg i plan ble etablert som et fireårig prosjekt i perioden 2012–2015, som oppfølging av Meld. St. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Fem høgskoler og universitet har vært involvert og gjennomført et etter- og videreutdanningsprogram koordinert av KS. Målgruppen har vært ansatte i kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og helseforetak med ansvar for planlegging av det lokale og regionale folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene. Totalt har 654 studenter fullført studiet. De fleste studentene har hatt sitt arbeidssted i mellomstore og større kommuner.

Det er i 2017 bevilget 4,2 mill. kroner til Helse og omsorg i plan, etter at studietilbudet ble forlenget med ett år ekstra i studieåret 2016–2017. Tilskuddsordningen over denne posten avvikles i sin nåværende form i 2018. Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2018 vurdere framtidig kompetansebehov og hvordan studietilbudet ev. kan videreføres.

Iplos

Iplos ble opprettet i 2006 og er per i dag et nasjonalt helseregister for de kommunale omsorgstjenestene. Registeret gir detaljert informasjon om tjenesteforbruk og utviklingstrekk.

9. juni 2016 vedtok Stortinget Prop. 106 L (2015–2016) Endringer i helseregisterloven m.m. om opprettelsen av et nytt kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Av proposisjonen går det fram at det er et mål at det nye registeret ikke skal medføre økt rapporteringsbyrde. KPR skal derfor etableres med utgangspunkt i de eksisterende registrene Kuhr og Iplos. Iplos vil fra KPR er opprettet, i sin helhet integreres i det personidentifiserbare registeret KPR. Se for øvrig omtale av KPR under kap. 701, post 21.

Helsedirektoratet vil være databehandlingsansvarlig og forvalter av det historiske Iplos. Det ble

bevilget 11,4 mill. kroner til formålet i 2017. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Post 60 Kommunale kompetansetiltak

Bevilgningen dekker ulike kommunale kompetansetiltak.

Det foreslås å flytte 116 mill. kroner til ny tilskuddsordning til fagskoleutdanning over Kunnskapsdepartementets kap. 240, post 60.

Fagskoletilskudd

Tilskuddet til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag har til hensikt å tilby personell med videregående opplæring innen helse- og sosialfag et videreutdanningstilbud. Tilskuddet forvaltes av fylkeskommunene. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Tall fra Database for statistikk om høgre utdanning (NSD) viser at nærmere 900 personer fullførte en fagskoleutdanning innen helse- og sosialfag i 2016. Samtidig viser tall at utdanningsaktiviteten økte fra om lag 2700 registrerte studenter i 2015 til om lag 2800 i 2016.

I oppfølgingen av Meld. St. 9 (2016–2017) om fagskoleutdanning vil det foreslås å opprette en ny tilskuddsordning til fagskoleutdanning på Kunnskapsdepartementets budsjett, som også vil omfatte fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Det foreslås i den forbindelse å flytte 116 mill. kroner knyttet til tilskuddsordningen til fagskoleutdanningen innen helse- og sosialfag til den nye ordningen på kap. 240, post 60.

Kvalifisering av fremmedspråklige

Det ble i 2013 etablert en tilskuddsordning som skal stimulere til opprettelse av yrkesfaglig språkopplæring innenfor helsearbeiderfaget. Det ble gitt tilskudd til om lag 170 kursdeltakere i 2016. Det ble i 2017 bevilget 3,1 mill. kroner til ordningen. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Kurspakke for ufaglærte

Nasjonal kompetansesenter for aldring og helse har siden 2010 hatt i oppdrag å utvikle og tilby en kurspakke for ufaglærte. Formålet er opplæring av ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider, alternativt kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. Siden oppstart i 2011 til utgangen av 2016 er det registrert 645 deltakere fra 18 fylker. Ved utgangen av 2016 hadde 285 av deltakerne bestått Vg3 skriftlig eksamen til helsearbeiderfaget og 152 bestått fagprøven og blitt helsefagarbeidere. Det ble i 2017 bevilget 5,8 mill. kroner til tiltaket. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det foreslås at de to ordningene kvalifisering av fremmedspråklige og kurspakke for ufaglærte slås sammen i 2018, ved at førstnevnte blir videreført i sistnevnte ordning. De to ordningene har i all hovedsak hatt samme formål og målgruppe. En sammenslått ordning 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.

Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere

I 2016 ble det bevilget 4 mill. kroner til etablering av et nytt rekrutteringstiltak med formål å bidra til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Prosjektet ledes av KS i samarbeid med Fagforbundet og Norsk sykepleierforbund. Prosjektet bygger videre på de gode erfaringene fra Bli helsefagarbeider.

Helsedirektoratet vurderer at prosjektet har fått en god start, og at det er positivt at prosjektet kombinerer nye tiltak med videreføring av tiltak som har vist seg å ha gode effekter. Det er etablert piloter i Trøndelag og Hedmark for bedre mottak og undervisning av elever og studenter i praksisfeltet. Nettsted og elektronisk verktøykasse skal utvikles for å synliggjøre kommuner som arbeider godt med rekrutteringsutfordringene. Rekrutteringspatruljer er videreført for helsefagarbeiderutdanningen og etablert for sykepleierutdanningen. Nettsted for ungdom med informasjon om helsearbeiderfaget er blitt videreutviklet. Yrkeskonkurranse i helsearbeiderfaget ble i 2016 arrangert i Bergen med deltakere fra 14 fylker.

Post 61 Vertskommuner

Bevilgningen forslås redusert med 27,3 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 for-

delt iht. antall gjenværende vertskommunebeboere. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektregnskap for tilskuddet. Kommunene må kunne legge dette fram for Helsedirektoratet på forespørsel.

Reduksjon i det øremerkede tilskuddet som følge av frafall av beboere

En del av vertskommunene vil pga. frafall av beboere, kunne få store endringer i inntekt fra ett år til et annet. Dette kan gi enkelte kommuner utfordringer i arbeidet med omstilling og nedbygging av tjenestetilbudet. For å sikre vertskommuner mot brå inntektsbortfall, er det innført en skjermingsordning slik at ingen kommuner ved frafall av beboere trekkes mer enn et fastsatt beløp knyttet til antallet innbyggere i kommunen. Skjermingsbeløpet per innbygger skal svare til beløpet som gjelder for overgangsordningen i 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.

Post 62 Dagaktivitetstilbud

Bevilgningen dekker tilskudd til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens.

Bevilgningen foreslås økt med 11 mill. kroner i 2018. Basert på oppdatert anslag og medregnet overført bevilgning fra 2017, legger budsjettforslaget til rette for om lag 350 flere dagaktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens i 2018.

Regjeringen vil, som oppfølging av Stortingets behandling av Dokument 8:53 (2014–2015), jf. Innst. 221 S (2014–2015), fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.

Regjeringen har som målsetting å styrke satsingen på tilbudet til personer med demens. I 2012 ble det opprettet en tilskuddsordningen med formål om å legge til rette for økt dag- og aktivitetstilbud. Utbygging av tilpassede og fleksible dagaktivitetstilbud er en av hovedsatsingene i Demensplan 2020. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gir mening, mestring og gode opplevelser for den enkelte og avlastning for pårørende, i tillegg til å bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Alle kommuner kan søke om tilskudd til dagaktiviteter, og tilskuddet utgjør om lag 30 pst. av kostnadene til en dagaktivitetsplass.

Det er anslått et behov for 9200 dagaktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens. I 2015 ble det gitt tilskudd til 553 nye plasser. Det ble opprettet 641 nye plasser i 2016 med midler fra tilskuddet. Ved utgangen av august 2017 er det opprettet om lag 564 nye plasser. Siden opprettelsen av tilskuddet i 2012 fram til utgangen av august 2017 drives om lag 3450 plasser med midler fra tilskuddet.

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.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 494 (2014–2015), 9. april 2015:

> «Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:53 S (2014–2015), jf. Innst. 221 S (2014–2015).

Regjeringen tar sikte på i løpet av 2018 å sende på høring 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.

Vedtak nr. 108.27 (2016–2017), 5. desember 2016:

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

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

Det legges til grunn at dagens tilskudd sammenholdt med varslet plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens fra 2020, vil bidra til at kommunene bygger ut et tilstrekkelig tilbud de to påfølgende årene. Kommunene har sterke økonomiske insentiver til å bygge ut dagtilbud til demente, da dette kan bidra til å utsette bruk av dyre tjenester, avlaste pårørende, i tillegg til å gi bedre livskvalitet til brukere. Regjeringen vurderer at det ikke er behov for å øke tilskuddssatsen for å stimulere til raskere oppbygging av dagaktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens.

Post 63 Investeringstilskudd

Bevilgningen dekker investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser.

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.

Mange gamle og uhensiktsmessige institusjonsplasser og omsorgsboliger har blitt fornyet med investeringstilskudd gjennom renovering eller utskiftning siden 2008. Dette har bidratt til å heve kvaliteten på tilbudet i kommunene. I årene framover blir det viktig å få flere heldøgns omsorgsplasser for å møte den store økningen i antallet brukere som vil komme fram mot 2030. Stortinget vedtok ved behandling av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017), en omlegging av ordning fra 2021. Fra dette året gis det kun tilskudd til plasser som gir netto tilvekst tilsvarende det antall plasser det er søkt tilskudd til. Kommunen må opprettholde netto tilveksten i 10 år fra søknadstidspunktet. Det er vedtatt en overgangsordning i perioden 2017–2020 hvor henholdsvis 20 pst., 40 pst., 60 pst. og 80 pst. av rammen forbeholdes plasser som gir netto tilvekst.

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 4 038,8 mill. kroner i 2018, hvorav 152,5 mill. kroner er knyttet til tilskudd som innvilges i 2018 og 3886,3 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2017. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 9 790,5 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 3 049,6 mill. kroner i 2018. Rammen vil kunne dekke tilskudd til om lag 1800 heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig, hvorav 40 pst. av rammen forbeholdes søknader om netto tilvekst. Det foreslås å heve den maksimale anleggskostnaden per enhet fra 3,144 mill. kroner til 3,226 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og fra 3,596 mill. kroner til 3,69 mill. kroner for pressområdekommuner. Som følge av økte maksimale anleggskostnader, heves dermed de maksimale tilskuddssatsene som vist i tabell 4.10.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2015/2020 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

Rapportering

I 2016 utbetalte Husbanken investeringstilskudd for 1 738,5 mill. kroner. Det ble i 2016 innvilget tilskudd til 2455 omsorgsplasser, fordelt på 1188 plasser i omsorgsbolig og 1242 plasser i institusjon. Det ble også innvilget tilskudd til bygging av 6751 kvm. fellesareal i tilknytning til eksisterende boligmasse, slik at det kan ytes heldøgns tjenester i boligene. 99,7 pst. av tilsagnsrammen ble benyttet.

Tilsagnsrammen for 2017 er satt til 5,12 mrd. kroner. Rammen gir rom for at det i 2017 kan innvilges tilskudd til om lag 3100 heldøgns omsorgsplasser. Av denne rammen var det ved utgangen av august 2017 innvilget tilskudd til i alt 1 384

heldøgns omsorgsplasser, fordelt på 743 plasser i omsorgsbolig og 641 plasser i institusjon. Fra årets start til utgangen av august er det fremmet søknader fra kommunene tilsvarende 1 249 heldøgns omsorgsplasser. Tallene lar seg ikke umiddelbart sammenlikne med tall fra tidligere år, da søknader som omhandler renovering og utskiftning behandles kvartalsvis fra 2017, mens søknader som omhandler netto tilvekst behandles løpende.

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 2017 gjennomført en undersøkelse av kommunenes utbyggingsplaner og behovsanslag fram mot 2030. Undersøkelsen viser at kommunene planlegger å bygge ferdig om lag 8200 heldøgnsplasser, fornye og modernisere om lag 2800 plasser og legge ned vel 2850 plasser i økonomiplanperioden 2017–2019. KS peker på metodiske svakheter med 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. 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 behov for om lag 7000 flere plasser i 2030. Et framskrivingsalternativ med uendret helsetilstand, kan innebære at behovet øker til 38 000 flere heldøgnsplasser.

KS gjennomførte i 2016–2017 med støtte fra departementet en kartlegging av tilstanden ved eksisterende sykehjemsbygg og omsorgsboliger med hensyn til bl.a. levetid og egnethet i møte med framtidas brukere, for å få bedre oversikt over behovet for modernisering og utskifting. Den endelig rapporten fra prosjektet utarbeidet av Rambøll, viser at det er et investeringsbehov i sektorens bygningsmasse tilsvarende om lag 37 mrd. kroner. Regjeringen og KS vil sammenholde 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 heldøgns begrepet til bruk i statistikk.

Det er videre behov for å evaluere hvordan de nye institusjonene og omsorgsboligene som er bygd de siste årene, fungerer for dem som bor og arbeider der og for pårørende og lokalmiljøet. Dette skal skje som en del av evalueringen av Omsorg 2020.

Tabell 4.10 Foreslåtte tilskuddssatser i 2018 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per plass i 2018 (tusen kroner)	Pressområde-kommuner	Andre kommuner
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2 030	1 774
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 661	1 452
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 845	1 613
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	3 690	3 226

Post 64 Kompensasjon for renter og avdrag

Bevilgningen dekker 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 2016 ble det utbetalt 925,1 mill. kroner i kompensasjonstilskudd. Bevilgningen for 2017 er på 841,7 mill. kroner.

Som følge av redusert rentesats, foreslås bevilgningen satt ned med 7,2 mill. kroner. Rente-

satsen for 2018 er på 1 pst. Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragskompensasjon.

Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Bevilgningen dekker driftsutgifter og inntektspåslag til kommunene som inngår i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Bevilgningen foreslås økt med 17,4 mill. kroner knyttet til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og vekst i innbyggertilskuddet. Det vises også til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2017–2018), Programkategori 13.70.

Formålet med forsøket er å prøve ut om statlig finansiering av omsorgstjenestene gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Forsøket omfatter 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. Spydeberg og Selbu inngår i forsøkets modell B. Forsøket startet opp 1. mai 2016 og varer i tre år. For nærmere omtale av forsøket se Prop. 1 S (2015–2016).

Forsøket er finansiert gjennom overførte midler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet tilsvarende netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i deltakerkommunene i 2015, samt midler i toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester tilknyttet forsøksdeltakerne. Deltakende kommuner mottar også et årlig inntektspåslag tilsvarende 4 pst. av netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i 2015. Inntektspåslaget er oppad begrenset til 25 mill. kroner årlig.

Rapportering

I 2016 ble det utbetalt 612,7 mill. kroner til forsøket. Det var et mindreforbruk på posten på 43,5 mill. kroner. Mindreforbruket skyldes i hovedsak at Tønsberg trakk seg fra forsøket. I tillegg er det et positivt avvik som følge av at korreksjonsoppgjøret for 4. kvartal 2016 kom til utbetaling 1. kvartal 2017, og dermed belastes budsjettet for 2017.

Utbetalingen til kommunene i 2016 viser en overskridelse av rammen på 2,2 pst. og er knyttet til økt aktivitet i kommuner i modell A.

Forsøksordningen gjennomføres iht. plan. Det er satt i gang understøttende tiltak som et arbeid med enhetlige vedtaksmaler i kommunene og det er utarbeidet felles kommunal kriterieforskrift for kommuner i modell A vedrørende langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns omsorgstjenester.

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.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har vært sentrale aktører for fag- og kompetanseutvikling de siste 15 årene. De fylkesvise sentrenes formål har vært å bidra til tjenesteutvikling og kompetansebygging gjennom lokalt utviklingsarbeid og implementering av ny kunnskap til andre kommuner i fylket. Helsedirektoratet evaluerte utviklingssentrene i 2015. Basert på evalueringsprosessen og Helsedirektoratets anbefalinger, ble det ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017) besluttet at alle sentrene skal ha ansvar for både sykehjem og hjemmetjenester, og at antallet sentre reduseres fra 41 til om lag 20, det vil si om lag ett i hvert fylke. Basert på en søknadsprosess ble det f.o.m. 1. januar 2017 utpekt ett utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke.

Utviklingssentrene har en nøkkelrolle i utvikling av framtidsrettede omsorgstjenester. Det er et stort behov for å spre og implementere ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. 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.

Alle kommunene som fikk tildelt status som vertskommune har forankret arbeidet politisk i sin kommune. Kommunene bidrar med finansiering, og de satser på et sterkt utviklingssenter som både kan være en drivkraft i egen kommune og en

pådriver for de andre i fylket. 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 dette formålet foreslås videreført i 2018.

I tillegg til ett senter i hvert fylke, er det ett utviklingssenter for sykehjem for den samiske befolkningen i Finnmark. Som en del av arbeidet med evalueringen av utviklingssentrene har Helsedirektoratet utredet nærmere videreføringen av et eget utviklingssenter for den samiske befolkningen. Utredningen er gjennomført i tett samarbeid med aktørene på feltet. På bakgrunn av utredningen foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at utviklingssenter for sykehjem for den samiske befolkning i Karasjok videreføres og utvides til å omfatte hjemmetjenestene, gitt at kommunen søker og fyller kriteriene for ordningen. Dersom Karasjok kommune ikke fyller kriteriene for ordningen, må det gjennomføres en utlysning blant kommuner i de fire nordligste fylkene. 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. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår videre at inntil tre utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester som et utvidet ansvar for den samiske befolkning i sitt område. Departementet foreslår at dette oppdraget lyses ut blant alle landets utviklingssentre. Utlysningen må skje med bakgrunn i relevante og egnede kriterier. Sametinget vil bli involvert ved utarbeiding av disse kriteriene. Det bevilges samme basisbeløp til utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester for den samiske befolkning som for øvrige utviklingssentre, det vil si 1,9 mill. kroner. Det stilles krav til vertskommunen om medfinansiering. I tillegg foreslås det å bevilge til sammen 1,2 mill. kroner til inntil tre utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester som får et utvidet ansvar for den samiske befolkning i sitt område.

Det legges opp til en evaluering av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i forbindelse med avslutningen av planperioden for Omsorg 2020.

Det ble bevilget 45,3 mill. kroner til tiltaket i 2017. Det foreslås en samlet bevilgning på 47,5 mill. kroner i 2018. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med ordningen er å styrke kvaliteten og bidra til kompetanseoppbygging innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i kommunene. Dette gjøres ved å styrke prosjekter som sikrer kvalitetsutvikling gjennom god fagutvikling og kompetanseheving med nasjonal overføringsverdi. Tiltakene skal 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, Vest-Agder, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms har fra 2015 ansvar for behandlingen av tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. I alt fikk 85 prosjekter støtte til oppstart eller videreføring i 2016.

Det ble i 2017 bevilget 16 mill. kroner til tilskuddsordningen. For 2018 foreslås det 14,5 mill. kroner. Tilskuddet foreslås redusert med 1,5 mill. kroner for å styrke tilskudd til samisk utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, bl.a. til å styrke deres arbeid med lindrende behandling til brukere med samisk bakgrunn, jf. omtale over.

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 hos personell som yter tjenester til personer med utviklingshemming. I 2016 var det 22 av 42 søkere som fikk innvilget tilskudd over ordningen. Det var stor bredde i tematikk i søknadene, fra kompetanseheving, etikk, bruk av iPad som styrings- og motivasjonssystem, veiledningsteam, kosthold og ernæring, seksuell helse, selvbestemmelse mv.

Tilskuddsmidlene har bidratt til kompetanseheving lokalt i tjenester til personer med utviklingshemning i kommunene, til nettverk på tvers av kommuner og andre samarbeidspartnere, samt til tjenesteutvikling og innovasjon.

Det ble bevilget 7 mill. kroner til ordningen i 2017. Bevilgningen foreslås videreført med 7,5 mill. kroner i 2018. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Velferdsteknologi – oppfølging av kronisk syke

Se omtale av Nasjonalt velferdsteknologiprosjekt for avstandsbehandling og avstandsoppfølging av kronisk syke og prosjekt for mobil helseteknologi under kap. 701, post 21.

Post 68 Kompetanse og innovasjon

Bevilgningen dekker kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

– Bevilgningen foreslås styrket med 19 mill. kroner til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene, som en del av Kompetanseløft 2020. For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 7 mill. kroner knyttet til lokale innovasjonsprosjekter.

Formålet med kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtidsutfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet. Tiltaket bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 i FNs bærekraftsmål.

Bevilgningen skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov.

Midlene skal fordeles på tre hovedformål:

– Midler til kompetanseheving, herunder tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte og kompetansetiltak om rus og psykiske lidelser.
– Opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse.
– Innovasjonstiltak, herunder utvikling av nye tiltak og metoder for forebygging og tidlig innsats, egenmestring, aktivitet og kulturopplevelser, ernæring, legemiddelhåndtering, rehabilitering og samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og i demensomsorgen spesielt.

Økt kompetanse er viktig for å utvikle god praksis og sikre trygge og gode tjenester tilpasset den enkeltes behov. Om lag 21 500 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning i 2016 med midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Av disse fullførte om lag 410 personer en bachelorutdanning i helse- og sosialfag, om lag 1160 personer en utdanning på videregående nivå, om lag 560 personer en fagskoleutdanning, om lag 1720 personer en videreutdanning eller mastergradsutdanning innenfor høyere utdanning, og om lag 17 700 personer kurs, internopplæring eller annen type etterutdanning. Midlene til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene foreslås økt med 19 mill. kroner. Om lag 800 ansatte knyttet til rus og psykisk helse fullførte et kompetansetiltak i 2016. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det er 828 færre som har søkt opplæringstilskudd BPA i 2016 enn i 2015. Det ble bevilget midler til opplæring av til sammen om lag 1 813 assistenter, arbeidsledere og saksbehandlere for brukerstyrt personlig assistanse i 2016.

Fylkesmennene rapporterte at mange kommuner søkte om midler til langt flere assistenter og saksbehandlere enn de som er knyttet direkte til brukere som har BPA. Helsedirektoratet vil følge utviklingen på dette feltet. Kostra-tall viser at det er en oppgang av antall mottakere av BPA fra 2015 (3146) til 2016 (3315). Rettighetsfestingen av BPA følgeevalueres og rapporten ferdigstilles i løpet av høsten.

Det ble i 2016 gitt tilskudd til 350 innovasjonsprosjekter. Dette er en økning på 100 innvilgede søknader fra 2015 til 2016. Hoveddelen av prosjektene omhandler habilitering og rehabilitering, herunder hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi og forebygging og egenmestring. Videre er det bevilget midler til flere prosjekter som skal utvikle nye og framtidsrettede løsninger for forebygging, tidlig innsats og egenmestring og samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og demensomsorgen spesielt.

Det ble i 2016 gitt tilskudd til utprøving av velferdsteknologi i 31 utviklingskommuner som del av satsingen på teknologier for trygghet og mestring. Se post 21 for nærmere omtale. 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. Programmet gikk i 2017 over i en spredningsfase, der det innenfor tilskuddsordningen gis midler til andre kommuner til å implementere velferdsteknologiske løsninger. 20,7 mill. kroner av ordningen øremerkes til spredning av velferdsteknologi i kommunene i 2018. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Midlene forvaltes av fylkesmennene og fordeles til embetene etter en fordelingsnøkkel basert på fordeling av midlene til Kompetanseløftet 2020 og Kommunal- og moderniseringsdepartementets fordeling av innovasjonsmidlene i skjønnstilskuddsordningen til kommunene. Tilskuddsord-

ningen 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 365,9 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2017. Det foreslås en samlet bevilgning på 387,4 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2018.

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 tilskudd til fem særskilte tiltak:

- 3 mill. kroner til Blindeforbundets likepersonsarbeid.
- 2 mill. kroner til Hørselshemmedes Landsforbunds likepersonsarbeid, hørselshjelpsordningen.
- 1,5 mill. kroner til Demenslinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen.
- Røde Kors besøkstjeneste.
- Hjertelinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Det er også anledning for andre landsdekkende frivillige organisasjoner å søke om tilskudd. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet, som følger opp virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

Post 72 Landsbystiftelsen

Bevilgningen dekker tilskudd til Camphill Landsbystiftelsen i Norge.

Camphill Landsbystiftelsen i Norge eier og driver seks landsbyer. Disse var fram til 1986 en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av stiftelsens landsbyer.

Stiftelsen tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Landsbyene skal gi beboerne en trygg livssituasjon hvor de kan ta egne valg, få god omsorg, et meningsfylt arbeid og et rikt kulturliv. Tall fra Helsedirektoratet viser at det i 2016 var 133 heldøgns plasser tilgjengelig i de seks landsbyene. Disse hadde et belegg på vel 96 pst.

Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til landsbyene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap. Det er gjennomført tiltak for å bedre oppfølgingen av stiftelsen. Kommuner som har psykisk utviklingshemmede beboere ved landsbyene får ikke tildelt midler for disse gjennom inntektssystemet.

Post 73 Særlige omsorgsbehov

Bevilgningen dekker delvis utgifter til drift av fag- og opplæringsseksjonen ved Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter, Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter.

- For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 0,4 mill. kroner, gjennom redusert priskompensasjon.

Tilskudd til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving ved senteret. Fag- og opplæringsseksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde ved Signo Conrad Svendsen senter. Seksjonen gir også opplæring og veiledning om døve og døvblinde med tilleggsvansker i landets kommuner. I 2017 ble det utbetalt om lag 14 mill. kroner til senteret. Det foreslås å videreføre tilskuddet til stiftelsen i 2018.

Tilskudd til Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter, og derigjennom stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Bevilgningen skal bidra til drift iht. følgende tildelingskriterier:

- Bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn.
- Tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger.

– Midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for et tilbud i institusjonen.
– Subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak.

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene over, kan anvendes overfor medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved tiltaket. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass, hjemmebesøk mv. I 2017 ble det samlet utbetalt om lag 7,3 mill. kroner til de to institusjonene. Departementet foreslår for 2018 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.

For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 0,2 mill. kroner, gjennom redusert priskompensasjon.

Fagnettverk Huntington

Formålet med bevilgningen er å forbedre omsorgstilbudet for personer med Huntingtons sykdom og deres familier. Bevilgningen skal sikre drift av landsdekkende fagnettverk for kompetanse på kommunal tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester til pasienter med Huntingtons sykdom og en egen Web side etter modell fra ParkinsonNet.

Midlene skal gå til administrasjon av Fagnettverk Huntington bestående av Landsforeningen for Huntington, Senter for sjeldne diagnoser (SSD/Oslo universitetssykehus (OUS), Helse Sør-Øst RHF (eier av SSD), NKS Kløverinstutisjoner og de fem ressurssentrene 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 Alderpsykiatriske sykehus på Askøy utenfor Bergen.

Alle ressurssentrene har etablert kontakt med Landsforeningen for Huntington (LHS) lokalt, og er godt i gang med å etablere fagnettverk i sin region med egne nettverksmøter, veilede og dele kunnskap med kommuner som har ansvaret får pasienter med Huntington sykdom og deres pårørende. Fagnettverket har en egen nettside som nå skal videreutvikles. En god nettside er et viktig virkemiddel for å nå de som har behov for informasjon om Huntington sykdom og tilbudet fra ressurssentrene.

Det oppfordres til et samarbeid med andre kompetansemiljø, f.eks. utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke.

I 2017 fikk fagnettverket Huntington utbetalt 5 mill. kroner. Det foreslås å videreføre tilskuddet til Fagnettverk Huntington i 2018.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, Naku

I 2017 fikk Naku et nytt samfunnsoppdrag på lik linje med andre kompetansesentra utenfor spesialisthelsetjenesten. Naku skal bidra til å utvikle og styrke det faglige grunnlaget for tjenestetilbudene til personer med utviklingshemming og være et faglig knutepunkt for utvikling av tjenestene i kommunene, spesialisthelsetjenesten, det statlige barnevernet og andre som yter tjenester til personer med utviklingshemning. Senteret skal bygge bro mellom forskning, praksis og utdanning og slik bidra til mer kunnskapsbasert praksis og beslutninger, og 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. I 2016 har Naku videreutviklet kunnskapsbanken og testet ut denne mot behovet i kommunene. Videre har Naku bl.a. vært med i oppstarten av et nasjonalt forskningsnettverk; Norsk nettverk for inkluderende forskning sammen med personer med utviklingshemming, og samarbeidet med NAPHA med fokus på kunnskap om utviklingshemming og psykiske lidelser- og/eller ruslidelser.

I 2017 ble det utbetalt 6,2 mill. kroner til Naku. Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet i 2018.

Til sammen foreslås det å bevilge 11,3 mill. kroner i 2018 til Fagnettverk Huntington og Naku.

Post 79 Andre tilskudd

– Det foreslås å flytte 3,2 mill. kroner fra kap. 769, post 21, knyttet til Senter for medisinsk etikk. Faste tilskudd til oppfølgingen av Omsorg 2020 er hovedsakelig finansiert over kap. 761 Omsorgstjeneste.

Bevilgningen dekker tilskudd knyttet til formålet for kapittelet.

Bevilgningen kan nyttes under post 21. Omtalen av tiltakene 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 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	79 653	70 290	123 667
50	Samisk helse	5 506	5 547	5 568
60	Forebyggende helsetjenester	155 100	307 511	310 006
61	Fengselshelsetjeneste	150 479	162 976	167 418
63	Allmennlegetjenester	35 489	89 349	94 672
64	Opptrappingsplan habilitering og rehabilitering		91 000	91 736
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	58 583	49 443	41 778
73	Seksuell helse, *kan overføres*	58 268	55 628	54 130
74	Stiftelsen Amathea	19 302	19 842	20 378
	Sum kap. 0762	562 380	851 586	909 353

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

- 55 mill. kroner til pilotforsøk med primærhelseteam i kommunen, hvorav 28 mill. kroner omprioritert fra andre tiltak for utvikling av allmennlegetjenesten
- 12 mill. kroner til pilotforsøk med oppfølgingsteam i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- 10 mill. kroner til pilotprosjekt på legevaktfeltet
- 3 mill. kroner knyttet til nytt tilskudd til spesialistutdanning i allmennmedisin
- 9 mill. kroner flyttet til kap. 745, post 01, knyttet til virksomhetsoverdragelse av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (Nakmi) fra Helse Sør-Øst til Folkehelseinstituttet

For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås 21-, 50-, 60-postene underregulert med 1,75 pst. sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til 8,5 mill. kroner.

Oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen

Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet følges opp 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. Flere tiltak er under gjennomføring. Etter en periode med utredning og planlegging tas det sikte på å starte utprøving av ordninger som skal bidra til en mer teambasert tjeneste, økt tverrfaglighet og nye arbeidsformer (se under). Det gjennomføres også flere tiltak for å 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. Ønsket utvikling forutsetter bedre samarbeid mellom ulike hjelpetiltak. Regjeringen har over flere år styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Ungdom og unge voksne skal oppleve bedre tilgjengelighet til hjelp når de trenger det. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering følges opp, herunder tiltak som skal bidra til bedre og mer tilgjengelige logopedi-, kiropraktikk- og fysioterapitjenester.

I dette budsjettet foreslås det å bevilge midler over flere kapitler for å gjennomføre tiltak i tråd med meldingen. Flere tiltak er nærmere omtalt under kap. 762 Primærhelsetjeneste med forslag til bevilgninger under de enkelte postene. Det vises i tillegg til omtale under kap. 761 Omsorgstjeneste.

En teambasert tjeneste – primærhelseteam og oppfølgingsteam

Som oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen legges det til rette for mer tverrfaglighet og bedre koordinerte tjenester. I mange tilfeller kan dette oppnås gjennom mer teambasert arbeid. De som har størst nytte av teambaserte tjenester er personer med sykdom som trenger oppfølging over lengre tid, og personer med store, sammensatte behov.

Det foreslås å starte en forsøksordning med primærhelseteam. Primærhelseteam er en utvidet fastlegepraksis. I første omgang vil teamet bestå av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Teamet skal ha et tilbud til alle innbyggere på fastlegens liste, men listeinnbyggere med kronisk sykdom eller store og sammensatte behov skal få et tilbud som omfatter bedre opplæring til egenmestring og tettere oppfølging fra teamet ved behov. Etableringen av primærhelseteam vil bidra til mer koordinerte tjenester og muliggjøre større bredde i tjenestetilbudet. De samlede ressursene vil kunne utnyttes bedre ved en riktigere arbeidsdeling mellom ulike personellgrupper. I pilotforsøket skal det prøves ut to ulike finansieringsmodeller, en driftstilskuddsmodell og en honorarmodell.

I tillegg er Helsedirektoratet i ferd med å ferdigstille en veileder for kommunens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov. Den beskriver ulike forhold knyttet til oppfølgingen, og hva som må til for å sikre et mer strukturert, helhetlig og koordinert tilbud om kommunale helse- og omsorgstjenester. En slik systematisk oppfølging fra ulike tjenesteytere med utgangspunkt i brukeres behov kalles oppfølgingsteam. Hvilke tjenester som inngår, avhenger av brukerens ønsker, mål og behov og tilgjengelig kompetanse. Det skal prøves ut oppfølgingsteam i tråd med veilederen. Som et ledd i utprøvingen skal det tas i bruk risikokartleggingsverktøy for å indentifisere hvem som har størst risiko for å trenge omfattende bistand fra helse- og omsorgstjenesten.

Læringsnettverk er et verktøy for kvalitetsforbedring som brukes for å etablere gode pasientforløp. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet driver KS læringsnettverk for gode pasientforløp for henholdsvis eldre og kronisk syke, voksne med psykisk helse- og/eller rusproblemer og for barn og unge med psykisk helse- og/eller rusproblemer. En av flere målsetninger i dette arbeidet er at tjenesten har økt oppmerksomhet på det som er viktigst for pasienten. Læringsnettverkene bidrar til bedre samhandling mellom ulike tjenester og tjenestenivåer og stimulerer til spredning av forskning, utvikling av kunnskap og bygging av kompetanse, og forbedring av kvalitet på tvers av fagområder og profesjoner. Det vises til omtale av læringsnettverkene på kap. 762, post 21, og kap. 765, post 21.

Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke er et delprosjekt under Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Utprøvingsperioden for dagens piloter for medisinsk avstandsoppfølging er besluttet utvidet til 1. juli 2018, med påfølgende sluttrapport med effektevaluering september 2018. I 2018 skal det startes opp en utprøving av medisinsk avstandsoppfølging knyttet til pilotene for primærhelseteam der dette er mulig. Det vises til omtale under kap. 701, post 21.

Kompetanse

Regjeringen vil styrke kompetansen og ledelsen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom Kompetanseløft 2020. Kompetanseløft 2020 har som formål å bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste, og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2020 følger opp Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, og Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Se også omtale under post 63. Tiltakene under inngår i Kompetanseløft 2020.

Krav om spesialisering for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Allmennleger ivaretar legeoppgaver innen mange deltjenester i kommunen. Om lag 57 pst. av landets fastleger er spesialister i allmennmedisin. Andelen er lavere blant de øvrige allmennlegene i

kommunen. De senere årene har andelen vært synkende. Å heve kompetansen hos allmennlegene vil bidra til økt kvalitet i den kommunale helse- og omsorgtjenesten og komme bl.a. brukere med sammensatte behov til gode. Fra 1. mars 2017 ble det innført krav til alle leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som kommuner inngår avtale med etter denne dato, om enten å være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Kravet gjelder leger kommunene knytter til seg etter at forskriften er trådt i kraft.

Det er gitt tilskudd til et prosjekt med utprøving av utdanningsstillinger i allmennmedisin 2012–2017 som vil bli evaluert i 2018. Fra 2017 gis det tilskudd til et nytt prosjekt med utdanningsstillinger i allmennmedisin, Alis-Vest-prosjektet, der kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane deltar. Prosjektet startet opp 1. september. Se omtale under post 63.

Kompetansekrav i lov

Rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende at visse kompetansekrav bør lovfestes. I Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen, foreslo derfor regjeringen at helse- og omsorgstjenesteloven skal liste opp de profesjoner som representerer kjernekompetansen som enhver kommune skal ha knyttet til seg. Tilgang på denne kompetansen er en forutsetning for at kommunen skal kunne tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I proposisjonen foreslo regjeringen å lovfeste at kommunene fra 2018 skal ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Regjeringen foreslo videre å lovfeste at kommunene fra 2020 i tillegg skal ha knyttet til seg ergoterapeut, psykolog og tannlege. Med unntak for forslaget om å lovfeste krav om tannlege fra 2020, sluttet Stortinget seg til lovendringsforslaget, jf. Innst. 378 L (2016–2017). Ved kgl.res. av 16. juni 2017 nr. 777 er det besluttet at lovendringene skal settes i kraft fra henholdsvis 2018 og 2020.

Utredninger av videreutdanninger mv.

God kompetanse på riktig nivå og på riktig sted 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 utrede hvilke videreutdanninger for sykepleiere og fysioterapeuter det er behov for i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Barn og unge

For barn, unge og deres familier er lett tilgjengelighet til tjenestene viktig. Problemer hos barn og unge må avdekkes tidlig for at problemene ikke skal utvikle seg videre. Til tross for at barn og unge i Norge lever gode og trygge liv og generelt har god helse, er det mange som vokser opp under risikable forhold i familier preget av rus, vold og omsorgssvikt, alvorlig psykisk sykdom og skilsmisser med høyt konfliktnivå. Flere studier tyder på at forekomsten av psykiske plager blant ungdom har økt de siste årene. For å avdekke problemer og hjelpe barna, ungdommene og deres familier raskt, må mange aktører samarbeide og opptre koordinert.

Konsekvenser av manglende samhandling og koordinering kan være at barn og unges behov ikke oppdages, eller at de ikke får nødvendig behandling og oppfølging. Dagens lovverk regulerer samordningen mellom tjenesteytere på flere forskjellige måter. Det er likevel fortsatt mange som opplever tjenestetilbudet som fragmentert, og det er mye som tilsier at man i dag ikke sikrer helhetlige tjenester for barn og unge og deres familier med behov for hjelp fra flere sektorer og nivåer. Stortinget har gjennom anmodningsvedtak nr. 838 (2015–2016) bedt regjeringen vurdere et krav om at kommunene skal definere hvem som har det overordnede ansvaret for hjelpetjenestene til barn og unge. Regjeringen vil derfor utrede hvordan ulike tjenester til barn og unge kan koordineres bedre, bl.a. når det kommer til overordnet koordinering av kommunale tjenester til barn og unge, og samordning av individuelle planer på ulike sektorområder.

Arbeidet må bl.a. ses i sammenheng med 0–24-samarbeidet. For å styrke arbeidet med utsatte barn og unge under 24 år, startet Kunnskapsdepartementet et samarbeidsprosjekt med Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Samarbeidet skal legge til rette for en styrking av den tverrsektorielle oppfølgingen av utsatte barn og unge mellom 0 og 24 år. Direktoratene ser på problemstillinger som spesifikke språkvansker, regelverk, samordning og nye innsatser rettet mot målgruppen, læreplasser, behov for forskning og tilskuddsforvaltning.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig tjeneste for gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn og unge 0–20 år. Departementet reviderer nå forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I et forslag som er sendt på høring høsten 2017 foreslås bl.a. å utvide formålet ved at tjenesten også skal bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt.

Regjeringen vil vurdere å utvide formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten ytterligere til også å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge for både psykiske og somatiske tilstander. Dette vil kunne bidra til et lettere tilgjengelig behandlingstilbud i barn og unges egen helsetjeneste, bedre koordinerte tjenester og mer effektiv ressursbruk.

Digitale helsetjenester til ungdom

Digitalt tilgjengelig helseinformasjon av god kvalitet er særlig viktig for ungdom og unge voksne. Ungdom har høy digital kompetanse og bruker digitale helse- og informasjonstjenester aktivt. Det finnes i dag flere overlappende tilbud, og brukergruppen har gitt tydelig tilbakemelding på at de ønsker et mer helhetlig og koordinert tilbud.

Som et ledd i samordning av relevante digitale tjenester for ungdom er helserelaterte anonyme spørsmål- og svartjenester integrert på plattformen Ung.no fra 2017. Ung.no er Norges største nettsted for ungdom og leverer kvalitetssikrede svar på det meste ungdom lurer på. Gjennom samordningen tilbys ungdom én dør inn til digitale offentlige informasjonstjenester.

Nordland fylkeskommune var med sin erfaring med tilbudet Klara Klok ønsket som drifter av den helsefaglige svartjenesten. Nordland fylkeskommune konkluderte imidlertid med at forutsetningene for drift ikke var tilstrekkelige og valgte å legge ned Klara Klok fra 1. januar 2017. Som følge av dette vedtaket ble helserelaterte spørsmål- og svartjenester etablert direkte på Ung.no, under eksisterende redaksjon. Flertallet av fagpersoner (90 pst.) som besvarte spørsmål via tjenesten Klara Klok ble rekruttert med videre i ny løsning. Dette har bidratt til faglig kontinuitet i tilbudet og at den geografiske spredningen blant helsepersonell som besvarer spørsmål er opprettholdt.

Tilbudet på Ung.no er etterspurt. Tjenesten har hatt en økning på 12 pst. i antall økter og 20 pst. i antall sidevisninger første halvår 2017. Antall spørsmål er mer enn doblet, og mer enn halvparten av spørsmål som ble stilt i første halvår 2017 var relatert til kropp, helse og identitet. Tilbakemeldinger fra ungdommer som bruker tjenesten viser høy tilfredshet (77 pst.).

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) Fremtidens 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 funksjonsnedsettelser 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. Habilitering og rehabilitering er hjemlet i forskrift 16. desember 2011 om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Bestemmelsen inneholder også definisjon av habilitering og rehabilitering. En mangel ved dagens definisjon er bl.a. at brukerperspektivet ikke framgår, og at rehabilitering defineres som tidsavgrensede, planlagte prosesser, noe som ikke inkluderer alle som trenger oppfølging over lang tid for å mestre et selvstendig liv. I Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering varsles det at det skal settes i gang et arbeid for å revidere definisjonen for habilitering og rehabilitering. Forslag om endring av forskriften er sendt på offentlig høring høsten 2017. En endring av definisjonen vil ikke medføre endring i brukernes rett til tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det tas sikte på å endre definisjonen i forskriften fra 1. januar 2018.

Rask tilgang til logoped er et viktig tiltak etter sykdom og skader som påvirker språk og taleevnen. Reglene for å få tilgang til logoped har vært tungvinte. Regjeringen har derfor forenklet kravene for å få tilgang til tjenesten. I tillegg har regjeringen varslet at det skal ses nærmere på det totale tjenestetilbudet og vil starte et arbeid for å tydeligere definere roller og ansvar for logopedtjenester innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

Mange pasienter har god nytte av kiropraktorbehandling for muskel-/skjelettplager. Regjeringen har avviklet antallsbegrensningen på 14

behandlinger per år for å få stønad til behandling etter folketrygden.

Det er satt i verk en rekke 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. Fra 1. januar 2017 ble egenandelstak 2, hvor bl.a. fysioterapi inngår, automatisert. Samtidig ble sykdomslisten som ga pasienter med visse diagnoser rett til fritak for egenandel hos fysioterapeut avviklet. Egenandelstak 2 ble resusert med 680 kroner til 1990 kroner. I tillegg ble aldersgrensen for fritak for egenandeler for barn økt fra 12 år til 16 år.

Stortinget vedtok 12. juni 2017 å oppheve krav om henvisning for å få behandling hos selvstendig næringsdrivende fysioterapeut med driftsavtale med kommunene. Formålet med tiltaket er å gi pasienten raskere tilgang til tjenester uten å gå via fastlegen. Dette fordrer imidlertid at en forskrift som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet er innført. I tråd med dette fastsatte regjeringen 1. september 2017 ny forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale.

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.

Lovendringen og forskriften trer i kraft fra 1. januar 2018.

For å gjøre fysioterapitjenester mer fleksible for de mindre kommunene og beholde kvalifisert personell, er det sendt på høring et forslag om å endre vilkår for fastlønnstilskudd. Iht. vilkår i fastlønnsforskriften kan kommunen ikke søke fastlønnstilskudd for fastlønnsstillinger dersom samme person også innehar en avtalehjemmel som fysioterapeut i kommunene. Dette vilkåret foreslås fjernet i kommuner med mindre enn 2000 innbyggere.

Snakk om det! Strategi for seksuell helse

Regjeringen la i desember 2016 fram Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Strategien samler områdene som tidligere ble dekket av hhv. Handlingsplan for uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – strategier for bedre seksuell helse og Aksept og mestring – Nasjonal hiv-strategi (2009–2014) forlenget til 2015. Strategiens overordnede mål er å bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:
- 3 mill. kroner fra kap. 762, post 73, knyttet til oppfølging av tiltak i Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017–2022
- 1,1 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten

Bevilgningen foreslås styrket med til sammen 49 mill. kroner:
- 27 mill. kroner knyttet til pilotforsøk med primærhelseteam i kommunen
- 12 mill. kroner til pilotforsøk med oppfølgingsteam i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- 10 mill. kroner til pilotprosjekt på legevaktfeltet

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås bevilgningen redusert med 1,3 mill. kroner.

Oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen

Det foreslås 3,3 mill. kroner til arbeid med oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, herunder utredningsoppdrag og gjennomføring av ulike prøveordninger.

Pilot primærhelseteam

I primærhelsetjenestemeldingen er det beskrevet hvorfor det er behov for å videreutvikle fastlegeordningen ved å gi fastlegene flere kolleger å samarbeide med. For å lykkes med dette er det nødvendig å vurdere endringer i finansieringen av fastlegeordningen. Finansiering av oppgaver utført av sykepleiere og annet personell må innpasses. Det samme gjelder finansiering av forebyggende tjenester. Et primærhelseteam er en utvidet fastlegepraksis. I første omgang vil et team bestå av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Teamet skal yte tjenester til alle fastlegenes listeinnbyggere. Organiseringen i primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer, framfor alt:
- bedre oppfølging og mer legetjenester til brukere med store og sammensatte behov ved at det frigjøres legeressurser til det mer komplekse og ved bedre koordinering og samhandling. Dette gjelder bl.a. brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet, brukere med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse,

og brukere som i medisinen omtales som skrøpelige eldre.
- bedre oppfølging og opplæring av brukere med kronisk sykdom.
- bedre oppfølging av brukere som er dårlige etterspørrere av tjenester.
- bærekraft ved riktigere bruk av personellressursene, færre henvisninger og innleggelser.
- bedre samhandling mellom legetjenesten/teamet og den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

For å få mer kunnskap om effektene av en endret organisering og finansiering av fastlegetjenester planlegges det å gjennomføre en pilot som skal gi mer detaljert kunnskap om hvordan primærhelseteam vil fungere, framfor alt om brukernes opplevelse av kvaliteten på tjenestene, samhandling og arbeidsdeling mellom tjenesteyterne og om økonomiske og administrative konsekvenser.

Den ytre tidsrammen for den foreslåtte piloten for utprøving av primærhelseteam er 5 år, ett år til detaljert planlegging (2017), 3 år til gjennomføring (2018–2020) og ett år (2021) til å avslutte evalueringen.

Det foreslås 55 mill. kroner til pilotprosjektet i 2018, hvorav 28 mill. kroner innenfor rammen på kap. 762, post 63. Resterende beløp på 27 mill. kroner foreslås som en reell styrking av bevilgningen. Bevilgningene foreslås delt på post 21 og 63 da midlene skal dekke Helsedirektoratets utgifter til gjennomføring av piloten, kommunenes økte utgifter i forbindelse med deltakelse i piloten og til evalueringen av piloten.

Deltakelse i piloten er frivillig både for kommuner og fastlegepraksiser. Deltakerne kan velge om de ønsker å pilotere en driftstilskuddsmodell eller honorarmodellen. I førstnevnte modell vil primærhelsetemaet motta en sum penger basert på objektive kriterier hos den enkelte listeinnbygger tilknyttet teamet. Honorarmodellen er en utvidelse av dagens aktivitetsbaserte finansieringsmodell, men med en innpassing av sykepleieraktiviteten.

Oppfølgingsteam

Det foreslås 12 mill. kroner til å prøve ut oppfølgingsteam i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, jf. Innst. 40 S (2015–2016).

Meldingen beskriver flere utfordringer innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, bl.a. at det er ikke god nok systematikk i arbeidet med å følge opp de innbyggerne som er storforbrukere av tjenester og dermed er svært ressurskrevende på begge forvaltningsnivå. Disse utgjør fra en til fem pst. av befolkningen. For at brukerne skal oppleve å 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. Helsedirektoratet har utarbeidet en skisse til innretning og gjennomføring av en pilot for oppfølgingsteam. Et viktig element i piloten er å utvikle og prøve ut verktøy for risikokartlegging. Dette skal brukes til å tidlig identifisere brukere med risiko for framtidig sykehusinnleggelse og økte behov for tjenester fra mange aktører.

Det foreslås å prøve ut oppfølgingsteam i et utvalg kommuner med oppstart i 2018. Piloten skal følgeevalueres. Målsettingen med å prøve ut oppfølgingsteam er å se om en slik organisering kan bidra til bedre brukeropplevd kvalitet og funksjon, færre sykehusinnleggelser og redusert behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Piloten innebærer ikke nye stillinger i kommunene, men etablering av systemer for oppfølging, et tydeligere ansvar for koordinator og mer bevisst brukermedvirkning.

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 fått i oppdrag 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. Helsedirektoratet leverte en første utredning til departementet i juni 2017, og er på bakgrunn av denne gitt i oppdrag å konkretisere og forberede oppstart av et eller flere pilotprosjekter i 2018. Det foreslås 10 mill. kroner til formålet i 2018.

Lederutvikling

Det er behov for å styrke lederskapet i helse- og omsorgstjenesten. Særlig er det et behov for tiltak for å styrke ledelsen og samhandlingen på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. I 2017 ble Nasjonal ledelsesutvikling i helseforetakene (NLU) og KS tildelt 3 mill. kroner for å samarbeide om å utvikle mulige tiltak for å styrke lederskap i helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket var varslet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Det er gjennomført et pilotprosjekt med utgangspunkt i samhandlingsarenaer på operativt nivå, og det arbeides med et pilotprosjekt om lederutvikling for topplederе gjennom eksisterende samarbeidsarenaer gjennom lokale gode felles prosesser.

Læringsnettverk

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke og læringsnettverk for gode pasientforløp for psykisk helse og rus 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. Målgruppen for læringsnettverkene er helse- og omsorgstjenesten i kommunene og sykehusene. 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. Midlene skal benyttes i tråd med prosjektbeskrivelser og budsjett for de aktuelle læringsnettverkene slik de er godkjent av styringsgruppen for læringsnettverk gode pasientforløp.

Erfaringene fra den første perioden med læringsnettverk i 2014–2015, viser at de kommunene som har hatt med sykehusene i sitt forbedringsarbeid, har kommet lengst og oppnådd best resultater. Erfaringene viser også at lederforankring er nødvendig for å lykkes med vedvarende forbedring og spredning. I den systematiske oppfølgingen må alle som yter tjenester til samme bruker/pasient involveres i arbeidet. Måling/monitorering er nødvendig for å sikre at forbedringsteamene oppnår planlagte resultater og at brukerne/pasientene erfarer dette. I 2017 ble det bevilget 4 mill. kroner over statsbudsjettets kap. 762, post 21, til læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke og 4 mill. kroner over statsbudsjettets kap. 765, post 21, hvorav 2 mill. kroner til læringsnettverk for gode pasientforløp for voksne med psykisk helse og/eller rusproblemer og 2 mill. kroner til læringsnettverk for barn og unge med psykisk helse og/eller rusproblemer.

Læringsnettverkene er forankret i Utviklingsavtalen mellom regjeringen og KS (2016–2018), og vil i særlig grad rettes inn mot utfordringene som beskrives i Primærhelsetjenestemeldingen og bl.a. bidra i utvikling av modeller for oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov og samhandling mellom nivåer.

Læringsnettverkene for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, som er planlagt gjennomført i 2016–2019 vil bestå av 8 nasjonale/regionale læringsnettverk. I hvert læringsnettverk deltar 10–40 kommuner/bydeler/helseforetak, avhengig av kommunenes størrelse. Til sammen rundt 200 kommuner med tilhørende helseforetak deltar i inneværende periode. Læringsnettverkene varer i 21 måneder, inkludert 3 måneders forberedelse før første samling. Forbedringsteamene følges opp med veiledning mellom samlingene. Erfaringsmessig er slik oppfølging av stor betydning for suksess i utviklingsarbeidet. Læringsnettverkene skal forbedre overgangene i pasientforløpet. Dette gjelder internt i kommunene og sykehusene, og mellom sykehus og kommune. Det foreslås å videreføre tilskuddet til læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke 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.

Utdanningsstillinger allmennmedisin

Det har vært driftsoppgaver knyttet til tilskuddsordningen med utdanningsstillinger i allmennmedisin, i tillegg til at det har vært avsatt midler til evaluering. Prosjektet avsluttes i 2017. Det foreslås videreført 0,3 mill. kroner til evalueringen i 2018. Det vises for øvrig til omtale av utdanningsstillinger i allmennmedisin under 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.

Enkelte legevaktsentraler har fortsatt for lang svartid, jf. kravet i akuttmedisinforskriften. Samarbeidet mellom legevaktsentraler forventes forenklet når nødnett er innført nasjonalt i legevakttjenesten. Målinger høsten 2016 viste at 45 pst. av henvendelsene til legevakt kom via 116 117. Helsedirektoratet opplyser per juni 2017 at antallet besvarte samtaler til 116 117 har økt med 65,4 pst. i løpet av 20 måneders drift, fra 65 740 i september 2015 til 108 729 i april 2017.

Drifts- og samtalekostnader dekkes av staten via Helsedirektoratet. I 2017 ble den totale bevilgningen på 4 mill. kroner samlet på kap. 762, post 21. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering

Det er behov for anskaffelser knyttet til gjennomføringen av kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. 4 mill. kroner til dette formålet ble flyttet fra post 63 i 2017. Det vises for øvrig til omtale av kursene under post 63. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Helse- og omsorgstjenester i fengsel

Helsedirektoratet ivaretar tilskuddsforvaltning til kommuner og fylkeskommuner som er vertskommuner for fengsel og følger med på faglige problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenester til innsatte. Det er etablert et fagråd for helse- og omsorgstjenester til innsatte, der både helsetjenesten og kriminalomsorgen er representert. Det foreslås å videreføre 0,4 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid på dette området i 2018. For øvrig vises til omtale av helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel under post 61.

Seksuell helse

Som en oppfølging av Strategi for seksuell helse ble det bevilget 10,3 mill. kroner i 2017 til å dekke driftsutgifter og anskaffelser i tilknytning til arbeidet med Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Bevilgningen foreslås styrket med 3 mill. kroner til dette arbeidet, mot tilsvarende reduksjon av post 73. Flyttingen er videreføring av tilsvarende flytting i Prop. 129 S (2015–2016), jf. Innst. 401 S (2015–2016).

Digitale helsetjenester til ungdom

I 2017 ble Ung.no utvidet til også å kunne besvare helserelaterte spørsmål. For å sikre tilgjengelige digitale helse- og informasjonstjenester av god kvalitet, foreslås det å videreføre bevilgningen på 6,3 mill. kroner til anskaffelser knyttet til digitale helsetjenester til ungdom. Arbeidet med digitale helsetjenester til ungdom skal sees i sammenheng med utvikling av tjenester på den nasjonale Helsenorge-portalen (www.helsenorge.no).

Nasjonal diabetesplan

Det er under utarbeidelse en Nasjonal diabetesplan. Den vil bli lagt fram høsten 2017 og har som mål å forbedre helse- og omsorgstjenestene for personer med diabetes, eller som står i faresonen for å utvikle diabetes. Det foreslås å videreføre 2. mill. kroner til arbeidet med oppfølging av planen i 2018.

Smittevern

Det er behov for arbeid for å sikre riktig bruk av antibiotika, redusere antibiotikaresistens, bedre smittevernhygiene på sykehjem og følge opp smittevernarbeidet i kommunene, bl.a. mht. tuberkulose. Antibiotikaresistente bakterier representerer et tiltagende nasjonalt og globalt problem, noe som innebærer infeksjoner som ikke lar seg behandle med dagens tilgjengelige antibiotika. Smittevernarbeid i helsetjenesten er derfor nødvendig både for å redusere slike infeksjoner og for å motvirke økt resistens. Dette må koordineres med et kontinuerlig arbeid for å øke helsepersonells kunnskapsnivå når det gjelder smittsomme sykdommer.

Helse- og omsorgsdepartementet har en 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 har i 2017 startet arbeidet med en revisjon av smittevernloven. Det foreslås å videreføre midler til smittevern i 2018.

Anvendelse av deler av helselovgivningen på Svalbard og Jan Mayen

Fra 1. oktober 2015 har deler av helselovgivningen anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Anvendelsen medfører økt saksmengde for Fylkesmannen i Troms, bl.a. i form av behov for økt beredskap og økt tilsynsvirksomhet. Det foreslås å bevilge 0,2 mill. kroner til Fylkesmannen i Troms knyttet til disse oppgavene.

Utvikling av beslutningsstøttesystem for sykmeldere

Sykmelder er en viktig premissleverandør i sykefraværsarbeidet, og regjeringen har vært opptatt av å vurdere 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. Systemet består bl.a. av beskrivelser av anbefalt sykmeldingslengde og gradering/arbeidsbelastning for om lag 250 ulike diagnoser. Prosessen med å fullintegrere beslutningsstøttesystemet i fastlegenes elektroniske pasientjournalsystemer (EPJ) er noe forsinket, men forventes å være på plass i løpet av 2018. Beslutningsstøttesystemet vil bli evaluert av Sintef etter at systemet er integrert i fastlegenes EPJ-systemer. Det er bevilget 7,1 mill. kroner til prosjektet i 2017. For 2018 er det budsjettert med 4 mill. kroner til forvaltning og videreutvikling av kunnskapsstøtten/beslutningsstøtten.

Post 50 Samisk helse

For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 0,1 mill. kroner i redusert priskompensasjon.

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Dette skjer bl.a. gjennom tilskudd til Sametinget til utvikling av Sametingets helsepolitiske innspill til sentrale myndigheter, samarbeid og dialog med helseforetakene og saksbehandling i forbindelse med tildeling av prosjektmidler til samiske helseformål og administrasjon av tilskuddsordningen. Det er i 2017 bevilget 5,5 mill. kroner til Sametingets arbeid med samisk helse. Det foreslås 5,6 mill. kroner i 2018.

Post 60 Forebyggende helsetjenester

Bevilgningen dekker tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt tilskudd til etablering og utvikling av frisklivs, lærings- og mestringstilbud i kommunene.

For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 5,5 mill. kroner i redusert priskompensasjon.

Forebygging, avdekking, veiledning og opplæring for å unngå sykdom eller mestre sykdom skjer i stor grad i regi av kommunene. Sentralt i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid er helsestasjons- og skolehelsetjenesten samt ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Finansieringen av forebyggende tjenester over denne posten går i hovedsak til disse tjenestene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har svært høy oppslutning i befolkningen. Ingen annen helsetjeneste når så stor andel av sin målgruppe, og det er bred politisk enighet om tjenestens viktighet. Det er likevel utfordringer. Til tross for at flerfaglighet framstår som nødvendig og riktig for å møte utfordringene i målgruppen, er det liten kunnskap om i hvilken grad de ansatte i tjenesten bruker tid på flerfaglig samarbeid. Det mangler spesifikk kunnskap om personellsituasjonen fordelt på de to deltjenestene og sammensetningen av yrkesgrupper i de to deltjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å få en bedre oversikt over personellsituasjonen i hhv. helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Denne kunnskapen vil være svært verdifull for å kunne sette inn mer målrettede tiltak i de to deltjenestene, både med tanke på antallet årsverk og sammensetning av yrkesgrupper for å møte befolkningens behov. Helsedirektoratet samarbeider med Statistisk sentralbyrå (SSB), rapport til departementet ventet i løpet av oktober.

Kostra-tall viser at 88 pst. av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk fra helsestasjonen i 2016. Andelen som har fått hjemmebesøk har økt jevnt siden 2011 da den var 78 pst. 98 pst. av nyfødte ble undersøkt ved helsestasjonen innen de var åtte uker gamle i 2016. Andelen barn som fikk gjennomført skolestartundersøkelsen innen utgangen av første skoleår var 95 pst. i 2016, mot 89 pst. i 2011.

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. Dette tilsvarer 753,5 mill. kroner i 2018.

I 2016 ble det i tillegg bevilget 100 mill. kroner til et øremerket tilskudd for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilskuddet ble videreført i 2017 med 101,3 mill. kroner. Ved behandlingen av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017), ble det bevilget ytterligere 150 mill. kroner, til sammen 251,3 mill. kroner til tilskuddet i 2017.

Den øremerkede tilskuddsordningen i 2016 var i utgangspunktet innrettet slik at kommuner som

kunne dokumentere at de hadde budsjettert med å benytte 100 pst. av den angitte rammestyrkingen til tjenesten i 2016, kvalifiserte for å søke. 180 kommuner hadde per august 2016 søkt på ordningen, men kun 45 oppfylte kriteriene for tildeling. Midlene ble utlyst på nytt med frist ultimo september. Kriteriene for tilskudd ble endret, slik at kommuner som kunne dokumentere at de hadde brukt 90 pst. av rammestyrkingen begrunnet i formålet oppfylte vilkårene. Resten av midlene ble da fordelt. Totalt 98 kommuner/bydeler fikk støtte i 2016. Mange kommuner søkte om overføring av midlene til 2017 grunnet tildeling sent på året.

Tildelingskriteriene for det øremerkete tilskuddet i 2017 ble revidert i tråd med Innst. 11 S (2016–2017), på bakgrunn av erfaringer fra fordelingen i 2016 og etter Stortingets ønsker i februar 2017. Ordningen skulle fortsatt være en belønningsordning, men det ble lagt vekt på å få større bredde i tildelingskriteriene (både kvantitative og kvalitative kriterier). Det ble i 2017 ikke stilt konkrete krav til hvor stor andel av midlene i kommunerammen til tjenesten som ble brukt. Etter ønske fra Stortinget i februar ble det tatt inn i tildelingskriteriene under pkt. 7 i tilskuddsregelverket at «I de tilfeller hvor søknader oppnår likeverdige karakterer etter tildelingskriteriene vil Helsedirektoratet prioritere kommuner som kan vise til betydelige levekårsutfordringer (pkt. 6). Dette gjelder bl.a. kommuner som har asylmottak for enslige mindreårige (omsorgssenter) og asylsøkere i aldersgruppen 16–18 år som får midlertidig opphold». Videre ble kommunene oppfordret til en tverrfaglig styrking ut fra den kompetanse de ser behov for, der «helsesøstre, jordmor, fysioterapeuter, lege med flere» er nevnt som eksempel på relevante yrkesgrupper.

Helsedirektoratet mottok i 2017 189 søknader, og 159 kommuner/bydeler som oppfylte søknadskriteriene, fikk tildelt midler. De ubrukte midlene på denne tilskuddsordningen (12,1 mill. kroner) er benyttet til kvalifiserte søknader til tilskuddsordningen til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer, som ikke fikk midler pga. manglende dekning på denne bevilgningen, se under.

Det ble bevilget 29,2 mill. kroner til tilskuddsordningen til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer i 2016 og 2017. I 2016 søkte 98 kommuner om tilskudd, til sammen i overkant av 64 mill. kroner. 84 søknader ble innvilget og alle midlene ble fordelt. En samlet vurdering er at det stort sett er de samme kommunene som søker om tilskudd for å videreføre eller utvide prosjekter/tiltak som er satt i gang. Kommunene melder særlig om ressursutfordringer knyttet til psykisk helsehjelp for elevene og frafallsproblematikk, og det ser ut til at det er etablert et godt tverrfaglig samarbeid på dette området. Tilskudd i 2016 er i stor grad benyttet til nye årsverk/å dekke opp for manglende tilgjengelighet i tjenesten, og vurderes å fungere etter hensikten. I 2017 ble 99 kommuner/bydeler tildelt midler fra denne tilskuddsordningen inkludert ubrukte midler fra den store tilskuddsordningen for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jf. over, totalt 41,3 mill. kroner. Alle midler er fordelt. Tilskuddsordningen må bl.a. ses i lys av regjeringens strategi mot barnefattigdom, Barn som lever i fattigdom.

Det foreslås å slå sammen øremerket tilskudd for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og tilskudd til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer. En sammenslåing av tilskuddene vil redusere tidsbruk til administrasjon og forvaltning både i kommunene og i Helsedirektoratet. Prinsippene for de to eksisterende tilskuddene videreføres i et nytt tilskuddsregelverk. Til sammen foreslås det å bevilge 282,8 mill. kroner til tilskuddet. Videre foreslås det at 4 mill. kroner av tilskuddet øremerkes til områdesatsingen i Stavanger kommune. Det vises også til omtale av områdesatsingen på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett kap. 590, post 65, Områdesatsing i byer.

Tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, områdesatsing i Oslo Indre Øst, foreslås videreført med 4,4 mill. kroner. Områdesatsingen er et virkemiddel for å bedre miljø, boforhold og levekår i indre Oslo øst, et område av byen med særskilte levekårsutfordringer. Effekten av tiltaket er god, tjenesten utvikles iht. de målene som er satt for området. Arbeidet med områdesatsingen ledes av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Flere departementer deltar i samarbeidet.

De omtalte tilskuddsordningene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngår i Kompetanseløft 2020. Til sammen foreslås det 287,2 mill. kroner til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten over denne posten.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 600 (2016–2017), 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) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp bl.a. gjennom at Helsedirektoratet i 2014 publiserte Retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold der det anbefales at helsepersonell som ledd i svangerskapsomsorgen stiller alle gravide spørsmål om vold, både nåværende og tidligere erfaringer. Videre anbefales at kvinnen bør spørres flere ganger gjennom svangerskapet ved tilstander assosiert med vold i nære relasjoner. Retningslinjen gir også anbefalinger om hvordan det kan spørres. Ved avdekking av vold skal helsepersonellet vurdere hvilket personell som bør kontaktes, samarbeide tverrfaglig og sikre individuell oppfølging. Det vises også til oppfølging av anmodningsvedtakene 601 og 620.

Vedtak nr. 601 (2016–2017), 25. april 2017:

> «Stortinget ber regjeringen iverksette tiltak som bidrar til at plikten til å tilby hjemmebesøk etter fødsel følges opp.»

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom regjeringens store satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten i perioden 2014–2017. I 2017 ble det totalt bevilget litt over 1 mrd. kroner til tjenesten, hvorav 734,4 mill. kroner gjennom kommunenes frie inntekter. Midlene gir kommunene mulighet til å styrke tjenesten med den kompetansen det er behov for, f.eks. jordmor- og helsesøsterkompetanse.

Vedtak nr. 614 (2016–2017), 25. april 2017:

> «Stortinget ber regjeringen øremerke midler til de kommunale tjenestetilbudene gjennom økt psykologkompetanse og helsestasjonsvirksomhet.»

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom forslag i Prop. 1 S (2017–2018) om å øremerke 155 mill. kroner til rekruttering av psykologer i 2018, jf. omtale under kap. 765, post 60. Stortinget sluttet seg tidligere i år til regjeringens forslag om å lovfeste kommuners plikt til å ha psykologkompetanse. Regjeringen tar sikte på at kravet trer i kraft fra 2020. I Prop.1 S (2017–2018) foreslås det videre å øremerke 287,1 mill. kroner til helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2018, jf. omtale under kap. 762, post 60.

Vedtak nr. 620 (2016–2017), 25. april 2017:

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom Helsedirektoratets nylig publiserte retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten der det gis en anbefaling om bruk av hjemmebesøk som oppfølgingstilbud til familier med utvidede behov og det anbefales at barn registreres i oppfølgingsgrupper. Det er utviklet systemer for å nå utsatte familier og/eller familier som ikke møter når de blir innkalt. Har helsepersonellet grunn til å tro at et barn blir mishandlet eller utsatt for alvorlig omsorgssvikt, inntrer opplysningsplikten til barnevernet. Videre vil avvergelsesplikt etter kjønnslemlestelsesloven inntre når det foreligger en begrunnet mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje. Uavhengig av reglene om taushetsplikt vil helsepersonell i slike situasjoner ha en meldeplikt til barnevernet eller politiet. Det vises for øvrig til oppfølging av anmodningsvedtak nr. 734 (2016–2017).

Vedtak nr. 734 (2016–2017), 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).

Med endring av dagens praksis vises til at flere barn som er utsatt for vold og overgrep må fanges opp enn det som er tilfelle i dag. Vedtaket vil bli fulgt opp ved å følge utviklingen gjennom SSBs Kostra-data fra tjenesten som legges fram årlig. Gjennom disse tiltakene kan man følge med på bl.a. hvor stor andel barn som mottar hjemmebesøk innen to uker, hvor stor andel nyfødte som får utført helseundersøkelse innen åtte ukers alder

og hvor stor andel barn som gjennomgår en helseundersøkelse ved to-treårsalder. Nylig vedtatte endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven som tydeliggjør tjenestenes ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget vil i tillegg gjøre kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep mer egnet som tilsynstema.

Friskliv, læring og mestring

God sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandring i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling. Dette gjelder særlig ved kroniske sykdommer. Det er etablert en tilskuddsordning til etablering og utvikling av 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 politiske mål om å bidra til mestring av sykdom og til bedret ressursutnyttelse av samlet innsats i helse- og omsorgstjenesten (samhandlingsreformen, NCD-strategien, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, nærhet og helhet, og Meld. St. 19 (2014–2015), Folkehelsemeldingen, mestring og muligheter). For at kommuner skal få tilskudd, kreves det bl.a. medvirkning fra brukerorganisasjonene og utnyttelse av likepersonarbeid.

Bevilgningen har ført til utvikling av en rekke samarbeidsprosjekter interkommunalt og mellom kommuner og helseforetak. Målgruppene for disse tilbudene er personer med kronisk sykdom, sammensatte helseplager som står i fare for, eller er i ferd med, å utvikle sykdom, falle ut av skole/utdanning og arbeid. Tilskuddsordningen forvaltes av Fylkesmannen. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 17,8 mill. kroner i 2018.

Stadig flere kommuner velger å etablere frisklivssentral eller frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Om lag 60 pst. av kommunene har i dag et slikt tilbud. I 2016 hadde 260 kommuner etablert frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Flere kommuner har etablert et godt samarbeid med Nav og har en stadig større bredde i sitt tilbud til befolkningen. Kapasiteten i tilbudet har også økt i 2016. Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp, ikke bare til å endre levevaner, men også å mestre livet med sykdom. Disse leve med-tilbudene er ikke et alternativ til, men bør komme i tillegg til de diagnosespesifikke opplæringstilbudene i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonalt forsøk innen rehabilitering

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017), ble det for 2017 bevilget 5 mill. kroner til et nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering i regi av Helsehuset i Askim. En følgeevaluering må sikre at kunnskap og erfaringer som har overføringsverdi blir dokumentert. Det skal legges vekt på at tiltakene skal bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene i samsvar med de politiske målene om større ansvar til kommunene. Utprøvingen skal bidra til å realisere faglige krav og anbefalinger nedfelt i Helsedirektoratets veileder for området. Å utvikle sammenhengende, koordinerte og helhetlige forløp i samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer ut fra den enkeltes behov skal inngå i prosjektet. Bevilgningen foreslås videreført med 5 mill. kroner i 2018.

Post 61 Fengselshelsetjeneste

Bevilgningen foreslås styrket med 0,2 mill. kroner i forbindelse med planlegging av utvidelse ved Arendal fengsel, avd. Evje, jf. omtale i Prop. 1 S (2017–2018) for Justis- og beredskapsdepartementet, knyttet til nytt fengsel Agder.

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. Dersom ikke alle midler blir brukt i et budsjettår, kommer de ubrukte midlene til fratrekk på neste års tildeling. 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 2017 hadde kriminalomsorgen en ordinær kapasitet på 4122 soningsplasser fordelt på 40 fengsler i Norge. I 2016 ble det tildelt 146 mill. kroner til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsler. Summen ble fordelt mellom vertskommuner for fengsel som mottok tilsammen 127 mill. kroner og fylkeskommuner som mottok 19 mill. kroner.

Det foreslås 162,9 mill. kroner til tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsler for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i 2018. Videre forslås det 4,5 mill. kroner til å videreføre ordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).

Posten ble styrket i 2017 med 10 mill. kroner som en del av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) og skal bidra til at kommunene kan gi et nødvendig tjenestetilbud til innsatte personer med rus og psykiske lidelser. Midlene ble lagt til den samlede rammen for tilskudd til kommuner for å tilby helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Beløpet foreslås videreført i 2018.

Helse- og omsorgsdepartementet endret fordelingen av tilskuddsmidler til kommuner med fengsel fra 1. januar 2017. Midlene 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.

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 glippsoner mellom fengsel og samfunnet ellers, og vil derfor 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 for øvrig 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.

Narkotikaprogram med domstolskontroll

I tilknytning til Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet har regjeringen vedtatt at Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) skal gjøres permanent og etableres som landsdekkende tilbud. Det ble i 2016 tildelt midler til Tromsø, Stavanger og Trondheim for etablering av ND-sentre i løpet av 2016/2017. Tilbudet i Oslo og Bergen kommune er videreført samtidig som disse kommunene nå har kompetansesenterfunksjon for ND-sentre i resten av landet. Formålet med tilskuddet er å forebygge kriminalitet, fremme domfeltes rehabilitering, samt bidra til å styrke og samordne helse-, omsorgs- og behandlingstilbud for målgruppen, gjennom et forpliktende samarbeid mellom ulike sektorer og forvaltningsnivåer.

Alle friomsorgskontorene og ND sentrene har aktive saker og per april 2017 var det 71 ND-dommer under gjennomføring på landsbasis. Det er ansatt personer som skal jobbe spesifikt med ND-domfelte i de fem kommunene som har fått tilskudd.

Det ble bevilget 4,5 mill. kroner til ordningen i 2017. De foreslås at bevilgningen videreføres på samme nivå for 2018.

Post 63 Allmennlegetjenester

Bevilgningen dekker tiltak for videreutvikling av allmennlegetjenester.

Bevilgningen foreslås styrket med 3 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon av kap. 783, post 61, knyttet til tilskudd for kommunenes utgifter til spesialisering av leger i allmennmedisin.

Det er fortsatt behov for å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i allmennlegetjenesten i mange kommuner. Samtidig er det behov for å legge til rette for at flere helsepersonellgrupper kan arbeide i fastlegers praksis. I 2017 ble det derfor bevilget 9,8 mill. kroner til et nytt tilskudd til rekruttering av fastleger, kompetansehevende tiltak i allmennlegetjenesten (inkludert legevakt) og tilrettelegging for annet helsepersonell i fastlegekontor. Mål for ordningen er 1) Å redusere antall ubesatte fastlegehjemler/-stillinger i kommuner som har rekrutteringsutfordringer, 2) Økt kompetanse og kvalitet i allmennlegetjenesten og 3) Tiltak for å tilrettelegge for ansettelse av sykepleier eller annet helsepersonell med høyere utdanning i fastlegekontor. Helsedirektoratet rapporterer at det kom inn 33 søknader fra 31 kommuner med et samlet søknadsbeløp på 25,2 mill. kroner. Alle 9,8 mill. kroner er fordelt iht. søknadskriteriene. Tre søknader ble avslått. Inntrykket fra søknadsbehandlingen er at de fleste søkte om tilskudd til rekruttering av fastleger kombinert med kompetanseheving og medisinsk-teknisk utstyr. Fem kommuner søkte

om tilskudd for å tilrettelegge for sykepleier i praksisen.

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.

I akuttmedisinforskriften er det, av hensyn til kurskapasiteten, fastsatt fem års overgangsordning for krav til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i vakt. Kravet til grunnkompetanse for lege i vakt og operatør av legevaktsentral har tre års overgangsordning fram til 1. mai 2018. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å følge med på i hvilken grad kommunene etterlever bestemmelsene i akuttmedisinforskriften, bl.a. kompetanse- og personellutviklingen. Det forutsettes at Helsedirektoratet har dialog med KS i arbeidet. En rapport skal overleveres departementet i slutten av januar 2018.

Som en oppfølging av Akuttutvalgets utredning (NOU 2015: 17) er det i 2017 gitt flere oppdrag til Helsedirektoratet som berører legevaktfeltet. Direktoratet skal gjennomgå behovet for normerende dokumenter på det akuttmedisinske området, hvorav særskilt vurdere å utarbeide en veileder for legevakttjenesten med utgangspunkt i gjeldende regelverk. Videre skal direktoratet utrede kvalitetsmål for legevakttjenesten som kan inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitale tjenestene. Helsedirektoratet er også bedt om å utrede et pilotprosjekt på legevaktfeltet, der lokale ressurser kan tenkes brukt på en mer fleksibel måte enn i dag. For sistnevnte vises til egen omtale under.

Det har vært store forsinkelser i arbeidet med akuttmedisinforskriften som bl.a. har medført at kursene i akuttmedisin (delvis) og volds- og overgrepshåndtering har startet sent opp. Ettersom overgangsordningen for krav til kurs var begrunnet med gjennomføringskapasiteten, vil overgangsordningen bli utvidet med ett år, til 1. mai 2021. Dette vil skje i løpet av 2018. Helsedirektoratet har ferdigstilt alle planlagte kurskonsepter innen akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Tilskudd som kommunene kan søke på er utlyst i flere omganger etter hvert som nye kurs kunne tilbys. Helsedirektoratet rapporterer at 53 kommuner fikk tilskudd knyttet til oppfølging av akuttmedisinforskriften i 2016; til dekning av utgifter til kurs, kompensasjon for merutgifter til bakvakt og tilskudd for å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktsentraler. De fleste kommunene fikk overført tilskuddet til 2017 fordi kurs ikke kunne gjennomføres eller ikke var ferdigstilt i 2016. Arbeidet knyttet til kursvirksomheten fortsetter i Helsedirektoratet i 2017. Det er bl.a. behov for å rekruttere flere kursarrangører, og direktoratet forventer stor pågang fra kommunene om praktiske og organisatoriske problemstillinger.

Det ble bevilget 43,3 mill. kroner til oppfølging av akuttmedisinforskriften i 2017 for å dekke kommunenes merutgifter til bakvakt, utgifter til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering og til å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktsentraler. Tilskuddet foreslås videreført i 2018, hvorav tilskudd til bakvakt foreslås redusert. Forsinkelsene som har vært i arbeidet med akuttmedisinforskriften har medført at midler til kompensasjon for utgifter til bakvakt i liten grad ble benyttet i 2015 og 2016. Kommunene har i noe større grad søkt på tilskudd til bakvakt i 2017. Overgangsordningen for krav til grunnkompetanse for lege utløper 1. mai 2018.

Det foreslås om lag 28 mill. kroner til pilot primærhelseteam på posten ved omdisponering av midler. Det er noe usikkerhet ved kostnadene ved piloten, men de er foreløpig anslått til 55 mill. kroner, hvorav 28 mill. kroner over denne posten. Se post 21 for en nærmere omtale av piloten. Midler til EPJ-utvikling for leger og fysioterapeuter dekkes nå ikke over denne posten, men over kap. 701, 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. 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 utenfor sykehus. Oppdrag ble gitt Helsedirektoratet i 2016. Prosjektet vil starte opp 1. januar 2018 og bestå av to hovedelementer; 1) styrke kompetansen hos legevaktleger/ regionens fastleger og medarbeidere på legevakten inkludert samtrening der også ambulansetjenesten deltar og 2) tilstedeværende akuttlege/ anestesilege i Valdres LMS. Det legges opp til evaluering. Det foreslås videreført 2 mill. kroner til pilotprosjektet

i 2018. Ved Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016), ble det samtidig bevilget 1 mill. kroner over kap. 732, post 70, til et tilsvarende pilotprosjekt forankret ved UNN, der ambulansehelikopterbasene i Evenes og Tromsø skal omfattes av arbeidet.

8,5 mill. kroner er i 2014, 2015, 2016 og 2017 benyttet til utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) ved allmennlegekontorene. Dette er et arbeid som nå ledes av Direktoratet for e-helse og finansieres sammen med Den norske legeforening. Utviklingsarbeidet skal gjøre EPJ-systemene bedre tilpasset dagens krav som hjelpemiddel til effektiv virksomhet ved legekontorene. Dette omfatter bl.a. bedre oversikter, rapportering og kommunikasjon. Midlene videreføres på kap. 701, post 21.

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. Det startet opp 1. september 2017. I tillegg til å bedre rekrutteringen av allmennleger, har prosjektet et stort fokus på utvikling av breddekompetanse hos disse. Til forskjell fra prosjektet Utdanningsstillinger i allmennmedisin, jf. under, der det har vært åpnet for ulike driftsformer blant legene, baseres Alis-Vest-prosjektet kun på fastlønte utdanningsstillinger. 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 10 mill. kroner til prosjektet på posten i 2017.

For øvrige stimuleringstiltak knyttet til allmennlegetjenesten vises det til omtale av utdanningsstillinger i allmennmedisin under, og til post 70. Tiltaket kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i vakt inngår i Kompetanseløft 2020.

Utdanningsstillinger i allmennmedisin

For å styrke rekrutteringen til og stabiliteten i allmennlegetjenesten i distriktene og innhente erfaringer om hva som bidrar til å motivere og stimulere legene og øke kommunenes evne til å legge til rette for et fullstendig utdanningsløp for leger som ønsker å bli spesialister i allmennmedisin, ble det i 2012 utviklet en tilskuddsordning som en prøveordning som skal gå over en femårsperiode. Tilskuddsmidlene kan benyttes av de utvalgte kommuner ut fra lokale behov. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Nye kommuner ble inkludert i ordningen i 2012 og 2013. 20 kommuner mottok tilskudd i 2014, 19 i 2015 og 14 i 2016. Det ble i 2016 søkt midler til 69 leger i spesialistløp. Tilbakemeldingen fra kommunene er at tilskuddet/tilrettelegging for spesialistutdanning har stor betydning for rekruttering og stabilitet i legetjenesten og har, i noen kommuner, vært avgjørende for å beholde legen. Dette gjelder spesielt de minste kommunene og kommuner som over tid har hatt rekrutteringsutfordringer. Kommunene har benyttet tilskuddet bl.a. til å dekke kursavgifter, utgifter til veileder/mentor, reise- og oppholdsutgifter, vikar og tap av refusjonsutgifter. Helsedirektoratet opplyser at det for noen leger er knyttet usikkerhet til når de er ferdige spesialister grunnet påvente av sykehustjeneste som siste del av spesialiseringen. Prosjektet avsluttes som planlagt i 2017 og skal evalueres. Bevilgningen foreslås videreført i 2018 med 0,3 mill. kroner over kap. 762, post 21, til evalueringen. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Lønnstilskudd til å gjennomføre utdanning innen avansert klinisk sykepleie

Videreutdanning i avansert klinisk sykepleie er et sentralt satsingsområde i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Formålet med lønnstilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie 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 kommunen. De som søker må ha minst to års relevant yrkeserfaring. Utdanningen må omfatte veiledet klinisk praksis, som retter seg mot funksjonen som avansert klinisk sykepleier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I 2017 ble det bevilget 6,5 mill. kroner i tilskudd, og det var 55 ulike kommuner/private tilbydere som søkte om støtte med totalt 63 søknader. Det ble søkt om tilskudd for til sammen 111 sykepleiere. 3 søknader ble avslått, og 10 kandidater valgte å trekke seg. Det er da 98 sykepleiere som har fått økonomisk statlig støtte i 2017. Det foreslås 10 mill. kroner til tilskuddet i 2018.

Post 64 Opptrappingsplan habilitering og rehabilitering

For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 1,6 mill. kroner i redusert priskompensasjon.

I tråd med regjeringserklæringen og som oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens 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 funksjonsnedsettelser som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Planen har et tre-års perspektiv. 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. Det ble etablert et kommunalt stimuleringstilskudd på 91 mill. kroner, som kommunene kan søke på. Formålet med tilskuddsordningen er at kommunene skal omstille sin kompetanse og planlegge og utvikle sin habiliterings- og rehabiliteringstjeneste for å kunne overta en større del av rehabiliteringsoppgavene over tid fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg er 100 mill. koner av økningen i kommunenes frie inntekter begrunnet i opptrappingsplanen. For å motta tilskudd er det krav om at kommunene skal ha laget, oppdatert eller revidert sin plan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Tilskuddet forvaltes av fylkesmennene, jf. post 21. I opptrappingsplanen inngår tiltaket ParkinsonNet, som er en nederlandsk modell hvor pasientens kunnskap om egen sykdom, tilpasset egentrening og egenbehandling, er basis for tilbudet til pasienter med Parkinsons sykdom. I 2017 ble det bevilget 5 mill. kroner til dette tiltaket over kap. 733, post 21. Det foreslås at bevilgningen til ParkinsonNet økes med 2 mill. kroner i 2018 og at det kommunale stimuleringstilskuddet videreføres med 89,7 mill. kroner.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker forskning, fagutvikling og rekruttering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det foreslås å flytte 9 mill. kroner til kap. 745, post 01, knyttet til virksomhetsoverdragelse av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (Nakmi) fra Helse Sør-Øst til Folkehelseinstituttet.

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Et arbeid med å revidere Retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005 ble påbegynt i 2015. Det tas sikte på ferdigstilling og publisering i siste del av 2017, med implementering i 2018. Oppdaterte enkelttema vil fortløpende bli publisert digitalt. Retningslinje for svangerskapsomsorgen skal utgjøre en del av felles retningslinje for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009), En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Et forslag til revidert retningslinje må omfatte en anbefaling om antall konsultasjoner i svangerskapet ut fra en totalvurdering basert på prioritering og utredning av økonomiske og administrative konsekvenser. Tidlig samtale i svangerskapsomsorgen har et potensial for å ta opp mange viktige temaer.

Helsedirektoratet publiserte i april 2017 en ny nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes.

Direktoratet for e-helse fikk i 2017 i oppdrag å starte arbeidet med etablering av elektronisk helsekort for gravide. Det vises til nærmere omtale under kap. 701, post 21.

Det ble avsatt 1,1 mill. kroner til retningslinjearbeidet over kap. 762, post 21, i 2017. Midlene foreslås videreført i 2018.

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. Det er laget sluttrapport om resultatene fra den enkelte kommune, som er presentert for kommuneadministrasjonen og befolkningen i kommunen. Senteret sitter på et stort materiale og vil følge opp funnene i undersøkelsen i 2018. Saminor 2-studien viser store helseutfordringer i den samiske befolkningen. Det planlegges derfor for en større studie Saminor 3 i 2020–2021. Saminor studiene er designet som en

repeterende studie slik at man kan følge helsevariabler over tid. Det er spesielt ønskelig å inkludere kystkommunene og kommuner i det sørsamiske område i Saminor 3.

Det er stor etterspørsel etter senterets kunnskap på urfolk internasjonalt. Kompetansen innenfor helsespørsmål om det flere-etniske i nord, som senteret etter hvert innehar, er unikt i internasjonal sammenheng. Tilskuddet på 6,2 mill. kroner foreslås videreført i 2018.

Forskning på kiropraktikk

Det er behov for å opprettholde forskningsaktiviteten på kiropraktikk. Norsk kiropraktorforbund har etablert en forskningsstiftelse som i nært samarbeid med Universitetet i Stavanger bidrar til opprettelse av forskningsaktivitet på feltet. Det planlegges utdanning i tilknytning til et etablert universitetsmiljø i Norge. Det er naturlig at midlene senere vil inngå i forskningsaktiviteten ved en aktuell undervisningsinstitusjon. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til formålet i 2018.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Per 1. januar var det om lag 884 000 personer i Norge som enten har innvandret selv (725 000) eller som er født i Norge med to innvandrerforeldre (159 000). Til sammen utgjør disse gruppene 17 pst. av Norges befolkning. Innvandreres helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer, etter landbakgrunn og etter årsak til innvandring. Det er store helseutfordringer i enkelte innvandrergrupper. Regjeringen er opptatt av å tilby likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen. 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 foreslås å flytte bevilgningen på 9 mill. kroner til kap. 745, post 01, i forbindelse med virksomhetsoverdragelse av Nakmi fra Oslo Universitetssykehus HF til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. januar 2018. Regjeringen har fulgt opp Nasjonal strategi om innvandrers helse 2013–2017 og vil avvente Helsedirektoratets evaluering av strategien.

Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til en stilling til Fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen (Sohemi) i 2018. Sohemi har en viktig rolle som Helsedirektoratets rådgivende organ når det gjelder å opprettholde gode tjenester til innvandrerbefolkningen.

Retten til å bestemme over eget liv – Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)

Vold og overgrep, kontroll og tvang er betydelige likestillingsutfordringer og et vedvarende folkehelse- og samfunnsproblem. De som rammes kan få alvorlige fysiske og psykiske plager. Helsetjenestens hovedmål i arbeidet med handlingsplanen, er effektivt forebyggende arbeid for å forhindre kjønnslemlestelse, tvangsekteskap eller annen negativ kontroll og sikre god behandling av jenter/kvinner som allerede er kjønnslemlestet. Helsepersonell skal ha nødvendig kunnskap og kompetanse til å informere om helsekonsekvenser, og har ansvar for å informere om helsehjelp til de som rammes.

I 2016 fikk Nasjonal kunnskapsenhet for minoritetshelse (Nakmi) og de regionale sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) tildelt midler til forebyggende og holdningsskapende arbeid. RVTS har som oppgave å undervise og veilede tjenester, sørge for informasjon og nettverk innenfor volds- og traumeområdet.

Nakmi har i 2016 bl.a. publisert en rapport om kjønnslemlestelse blant unge av somalisk opprinnelse i Oslo og Akershus. RVTS-ene har utdannet helsepersonell og veiledet tjenestene, arrangert fagseminar og workshops, bistått under fagdager og utviklet samarbeidsnettverk.

Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner i 2018. Bevilgningen skal dekke tilskudd til informasjonsarbeid, økt kunnskap og kompetanse hos helsepersonell og andre berørte aktører gjennom aktiviteter i regi av RVTS og ev. andre relevante instanser.

Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til rekruttering og stabilitet av leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig i distriktskommuner.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nett-

verk, læringsnettverk for sykehjemsleger, forum for helsestasjonsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning for 25 kommuneoverleger og fastleger. Det arrangeres halvårlige møter med undervisning i relevante tema og formidling av erfaringer mellom kommunene. Slike nettverk antas å føre til at legene blir lengre i sine stillinger/avtaler og har dermed en stabiliserende effekt. En kartlegging utført av Fylkesmannen i januar 2017 viser at det fortsatt er utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i flere kommuner. Om lag 15 pst. av fastlegestillingene i fylket betjenes av vikarer, nær en fjerdedel av legene har vaktfritak og en tredjedel er over 55 år. Ved utlysning av fastlegestillinger er det få kvalifiserte søkere. For å sikre bedre veiledning av turnusleger i sykehus, har Fylkesmannen også etablert samlinger for leger i sykehusturnus. Det ble tildelt 0,4 mill. kroner til tiltaket i 2017.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Finnmark omfattet i 2016 veiledningssamlinger for unge leger i hele fylket, arbeid med rekruttering av turnusleger i den nye ordningen og med rekruttering av medisinerstudenter fra Universitetet i Tromsø (UiT) til Finnmark. Midlene benyttes også til samarbeid og erfaringsutveksling med kommuner om virkningsfulle rekrutterings- og stabiliseringsstrategier. Det ble tildelt 0,3 mill. kroner til tiltaket i 2017.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge bidrar til å styrke rekruttering og stabilitet av primærleger. Resultatene har vakt oppsikt internasjonalt. Midlene skal dekke legenes utgifter i forbindelse med deltakelse i veiledningsgrupper i de to spesialitetene. I 2016 formidlet Fylkesmannen i Finnmark tilskudd til 60 leger i veiledningsgrupper i allmennmedisin og 14 leger i samfunnsmedisin, dvs. totalt 74 leger som er en dobling fra året før. Det ble tildelt 0,6 mill. kroner til tiltaket i 2017.

Tiltakene inngår i Kompetanseløft 2020 og foreslås videreført i 2018.

Det er etablert fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE). Formålet er å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennmedisin og derigjennom kvaliteten på allmennlegetjenestene.

For 2017 ble det bevilget 16,5 mill. kroner til forskningsenhetene, hvorav 4 mill. kroner til forskning med spesielt fokus på tjenester til brukere med sammensatte behov, herunder mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige. Forskningsenhetene er viktige aktører i oppfølgingen av Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg – et kunnskapssystem for bedre folkehelse (HelseOmsorg21-strategien). Ett av satsningsområdene i strategien er et kunnskapsløft for kommunene. Helsedirektoratet følger opp AFE-ene gjennom dialogmøter. AFE-ene deltar også i styremøtene i Allmennmedisinsk forskningsfond. Forskningen ved enhetene er svært omfattende og ressursene de mottar utnyttes godt. Midlene foreslås videreført i 2018.

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 overgrepsutsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). Blant særskilte bidrag i 2016 kan nevnes utvikling av kurskonsepter innen akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering, utarbeiding av system for registrering av helsepersonell som skal gå på kurs og kartleggingsarbeid knyttet til oppfølging av akuttmedisinforskriften. Nklm har også gitt nye bidrag til nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Med mål å kunne kartlegge aktiviteten i legevakttjenesten enda bedre, har Nklm fått godkjenning til å opprette en stor database med opplysninger om innleggelser, henvisninger og bruk av helsetjenester i fastlegepraksis og legevakt. Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over posten. Det ble bevilget 11,4 mill. kroner i 2017. Tilskuddet foreslås videreført i 2018. Det vises også til omtale under kap. 765, post 75.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har siden 2007 vært fast etablert som et kompetansesenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Helsedirektoratet og Helse Nord RHF. Senteret markerte sitt tiårsjubileum i 2017. Formålet med senteret er å fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger samt å bygge nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene. Senteret skal bidra til å bygge bro mellom praksis og akademi og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i distriktshelsetjenesten. Et program for distriktsmedisinsk

forskning og fagutvikling gir såkornmidler til lokale prosjekter og doktorgradsprosjekter med relevans for distriktsmedisin. NSDM bidrar med viktig forskning om fastlegeordningen. Utover avtalte kjerneoppgaver arrangerer senteret konferanser. Driften dekkes i hovedsak over kap. 762. I tillegg gis et mindre tilskudd fra Helse Nord RHF. Det foreslås å gi tilskudd til NSDM også i 2018. For AFE-ene, 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 finansering. Det vises til nærmere omtale under del III Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21.

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. Det foreslås å videreføre 4 mill. kroner over denne posten til senteret i 2018. I tillegg til denne tildelingen foreslås det 3 mill. kroner over kap. 761, post 21, en styrking på 1 mill. kroner fra 2017. Midlene må ses i sammenheng med midler til smittevern på kap. 762, post 21.

Post 73 Seksuell helse

Bevilgningen dekker tilskudd til oppfølging av Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022).

Det foreslås å flytte 3 mill. kroner til post 21, knyttet til oppfølging av tiltak i Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017–2022, jf. omtale under den posten.

Regjeringen la i desember 2016 fram Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Strategien samler områdene som tidligere ble dekket av hhv. Handlingsplan for uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – strategier for bedre seksuell helse og Aksept og mestring – Nasjonal hivstrategi (2009–2014) forlenget til 2015.

Strategien tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets kompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte gjennom hele livsløpet. Strategiens overordnede mål er å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Det er to tilskuddsordninger knyttet til oppfølging av strategien.

Tilskuddsordningen rettet mot hiv og seksuelt overførbare infeksjoner har to overordnede målområder: en helhetlig ivaretakelse av hivpositive og forebygging av nysmitte av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Tilskudd gis til tiltak rettet mot mennesker som lever med hiv og mennesker som har økt sårbarhet for hiv og seksuelt overførbare infeksjoner, herunder bl.a. menn som har sex med menn og migranter. Fra 2016 tildeles det etter søknad treårige driftstilskudd innenfor hovedmålgruppene, i tillegg til årlige prosjekttilskudd. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet. Samarbeid mellom tilskuddsmottakerne vektlegges for å sikre en koordinert innsats, og det sees i 2017 en nedgang i antall søknader til ordningen. Nedgangen skyldes at flere organisasjoner samarbeider om samme søknad, og koordinerer sin innsats overfor målgruppene for ordningen. For 2017 omfatter ordningen vel 23 mill. kroner, bevilget som tilskudd og prosjektstøtte til 11 ulike organisasjoner. Tilskuddsordningen er planlagt evaluert i 2018.

Antall personer registrert med nysmitte av hiv var stabilt fra 2015 til 2016. Smittetallene har vært gradvis fallende de siste årene, og var i 2015 de laveste på ti år. Fortsatt er det undergrupper med økt risiko for hivsmitte, og innsatsen for å forebygge, avdekke og behandle smitte må opprettholdes. Det foreslås å videreføre et øremerket tilskudd til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslos tiltak Aksept på 4,1 mill. kroner. 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 2017 er det totalt bevilget 43 mill. kroner til tilskuddsordningen for oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse. Av dette er om lag 30,4 mill. kroner bevilget over denne posten og om lag 12,6 mill. kroner over kap. 762, post 21. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av tilskuddsordningen. Fylkesmennene har vært delegert oppgaven med å integrere handlingsplanen i det lokale folkehelsearbeidet, og utbetalte 12,5 mill. kroner til kommunale og fylkesvise tiltak i 2017. Som oppfølging av nasjonale tiltak ble 20,2 mill. kroner bevilget som tilskudd til 26 ulike tilskuddsmottakere. Mottakerne representerer et bredt anlagt arbeid for bedre seksuell helse, herunder arbeid rettet mot minoritetsgrupper, LHBT-ungdom (lesbiske, homofile, bifile og transpersoner), arbeid for å øke prevensjonsbruk og forebygge uønskede svangerskap og

abort, og tiltak for å forebygge seksuelle overgrep. 1,5 mill. kroner var øremerket organisasjonen Menneskeverd. Denne øremerkingen foreslås videreført for 2018.

Sentrale indikatorer på seksuell helse viser en positiv utvikling siste femårsperiode. Forbruket av hormonell prevensjon øker markant, og abortraten er synkende i alle aldersgrupper. Det er likevel fortsatt utfordringer knyttet til seksuelt overførbare infeksjoner. Forekomsten av klamydia holder seg på et stabilt høyt nivå, og det er en fortsatt økning av nysmitte med gonoré.

Post 74 Stiftelsen Amathea

Det foreslås 20,4 mill. kroner som driftstilskudd til Stiftelsen Amathea. 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. Stiftelsen tilbyr 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. Fra november 2014 ble Stiftelsen Amathea fusjonert med Susstelefonen (Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet). Stiftelsen har 13 veiledningskontorer. Per 31. desember 2016 var det 30 ansatte fordelt på 23 årsverk. Det ble gjennomført 13 947 konsultasjoner der 5207 av klientene hadde personlig frammøte. Av klientene var 94 pst. kvinner og 370 av konsultasjonene var parsamtaler.

Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av stiftelsens arbeid.

Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 72*	118 402	129 710	104 126
60	Kommunale tjenester, *kan overføres*	313 149	398 768	401 976
62	Rusarbeid, *kan overføres*	466 067	468 653	472 418
71	Brukere og pårørende, *kan overføres*	137 772	145 952	149 393
72	Frivillig arbeid mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	258 591	366 925	336 832
73	Utviklingstiltak mv.	128 795	142 251	148 092
74	Kompetansesentre, *kan overføres*	297 093	304 700	305 447
75	Vold og traumatisk stress, *kan overføres*	161 279	173 031	206 403
	Sum kap. 0765	1 881 148	2 129 990	2 124 687

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

- 2 mill. kroner i økt tilskudd til Fontenehus
- 40 mill. kroner redusert bevilgning pga. lav søkning i 2017 knyttet til tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner, som i samarbeid med kommuner tilbyr institusjons- og aktivitetstilbud for mennesker med rus- og/eller prostitusjonserfaringer
- 2,6 mill. kroner flyttes fra Kulturdepartementet, knyttet til tilbakeføring av Helse- og omsorgsdepartementets bidrag i satsingen Homeless World Cup

For å styrke andre prioriterte tiltak er enkelte 21-, 60- og 70-poster redusert med til sammen om lag 25,4 mill. kroner, hovedsakelig gjennom redusert priskompensasjon.

Bevilgningen dekker bl.a. statlige stimuleringsmidler til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, midler til brukerstyrking, prosjekter innen arbeid og psykisk helse, drift av kompetansesentre og arbeid mot vold, traumatisk stress og selvmord.

Regjeringen har som overordnet mål at tjenestene til personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede. Arbeidet omfatter også tjenester til voldsutsatte og arbeid for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep. Regjeringen har som målsetning å sikre pasienter med psykisk lidelser og/eller rusproblemer et verdig liv med god tilgang på behandling og oppfølging, deltakelse i arbeid, aktivitet og bedret livskvalitet. Dette skal skje bl.a. gjennom økt valgfrihet for den enkelte, reduserte ventetider, bedre oppfølging etter utskrivning og styrket lavterskeltilbud i kommunene.

Brukerne og pasientenes behov må styre tjenesteutviklingen. Brukerinnflytelse er viktig på systemnivå for å sikre at tjenestene utvikler seg til det beste for brukerne, men er minst like viktig på individnivå. At også mennesker med psykisk lidelser og/eller rusproblemer får råderett over sine egne liv og økt valgfrihet er et mål i seg selv. Gjennom å arbeide for reduksjon av tvangsbruk i psykisk helsevern, bedre tverrfaglig oppfølging, bedre samarbeid mellom tjenestenivåene og flere brukerstyrte plasser, får brukerne tilbake makten i eget liv.

Et godt kommunalt psykisk helse- og rusarbeid bygger på bred tverrfaglig og tverrsektoriell tenkning. De kommunale tjenestene til personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen, og fordrer således tett samarbeid både innad i kommunene, med relevante spesialisthelsetjenester og med frivillig sektor. Kommunens psykiske helse- og rusarbeid 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. Innføring av pakkeforløp innen psykisk helse- og rusområdet skal bidra til gode, sammenhengende og tverrgående pasientforløp, økt forutsigbarhet og mer likeverdige tilbud.

Forsøk med kommunal drift av distriktspsykiatriske senter (DPS) vil gi kunnskap om og erfaringer med mer sammenhengende pasientforløp når ansvaret for mer av behandlingen samles på ett nivå. 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 2016, men samtidig er det fortsatt en stor andel kommuner som ikke har rekruttert psykolog. Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløft 2020, og det vil settes i gang en begrenset evaluering av ordningen i løpet av 2017.

Partnerskap mot mobbing for 2016–2021 er signert av regjeringen og 13 organisasjoner. Det er utarbeidet en handlingsplan som sammen med partnerskapsavtalen utgjør en forpliktende plattform for partnerskapet. 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.

Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021 ble lansert i 2017 for å motvirke innsattes levekårsutfordringer, bedre samordningen mellom kriminalomsorgen, ulike forvaltningssamarbeidspartnere og kommuner jf. omtale under kap. 762, post 61.

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.

Opptrappingsplanen for rusfeltet

Regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet og gjennom Prop. 15 S (2015–2016) 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 2018. FNs bærekraftsmål 3.5 om styrking av forebygging og behandling av rusproblemer, følges opp gjennom opptrappingsplanen.

Det ble bevilget om lag 446 mill. kroner til oppfølging av Opptrappingsplanen i 2017, hvorav 300 mill. kroner som vekst i kommunenes frie inntekter For 2018 foreslås en opptrapping med 300 mill. kroner som vekst i kommunenes frie inntekter med begrunnelse i Opptrappingsplanen.

Tabell 4.11 Årlig oppdatering av rusfeltet (i mill. kroner)

År	Opptrapping	Sum bevilgning
2016	571[1]	571
2017	458[1]	1029
2018	260[2]	1 289

[1] Bevilgningen er prisjustert til 2018-kroner

[2] 300 mill. kroner som vekst i kommunenes frie inntekter, med fradrag for den foreslåtte reduksjonen med 40 mill. kroner i tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommuner tilbyr institusjons- og aktivitetstilbud for mennesker med rus- og/eller prostitusjonserfaringer. Reduksjonen er foreslått grunnet et lavt antall søknader i 2017.

Bolig for velferd

I 2014 la regjeringen fram en nasjonal strategi for boligsosialt arbeid, Bolig for velferd (2014–2020). Strategien skal styrke kommunenes arbeid med å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Husbanken, IMDi og Kriminalomsorgsdirektoratet gjennomfører strategien på statlig nivå. Hvert år lager de en felles tiltaksplan. I 2016 var bosetting av flyktninger et særskilt innsatsområde i tiltaksplanen.

1. november 2016 lanserte direktoratene Veiviser Bolig for velferd (veiviseren.no), det største tiltaket i strategien. Veiviseren samler alt fagstoff om boligsosialt arbeid på ett sted og blir løpende oppdatert. Den formidler gode lokale eksempler, digitale kurs, steg-for-steg veiledning i arbeidsprosesser og gir tilgang til lover, regelverk, verktøy og maler. I 2016 ferdigstilte også direktoratene prosjektet Bedre styringsinformasjon. Prosjektet har ført til at det blir enklere å måle resultater og effekter av innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet.

I 2018 vil direktoratene særlig rette oppmerksomheten mot mennesker i sårbare overganger bl.a. ved utskriving fra institusjon og bosetting i egnet bolig. Dette vil også bidra til at målene i Bolig for velferd og i Opptrappingsplanen for rusfeltet kan løses i sammenheng.

Vold og overgrep

Arbeidet mot vold i nære relasjoner og overgrep er høyt prioritert av regjeringen. Bruk av vold er i strid med norsk lov og et angrep på grunnleggende menneskerettigheter. Dette gjelder også vold i nære relasjoner og vold som anvendes med den hensikt å oppdra barn. Vold i nære relasjoner og overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak, samt hjelp fra krisesentertilbud, sosialhjelp og økte behov for politiressurser.

I tråd med Stortingets anmodningsvedtak nr. 623 (2014–2015) fremmet regjeringen høsten 2016 Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Stortinget vedtok planen med 36 anmodningsvedtak 25. april 2017. Det er nødvendig med et tverrsektorielt samarbeid for å løse utfordringene. Det gjennomføres et omfattende tverrdepartementalt arbeid for å forebygge og avverge vold og å bedre tilbudet til voldsutsatte og traumatiserte personer. Det er behov for tiltak som kan forebygge at mennesker utvikler seg til voldsutøvere, samt å hindre at utøvelse av vold og overgrep skjer igjen. 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.

Strategi for god psykisk helse

I august 2017 ble Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) lagt fram. Dette er en helhetlig strategi for hele befolkningen, med et særskilt fokus på barn og unge. Både de helsefremmende, forebyggende og kurative aspekter er inkludert. Strategien omhandler både folkehelse- og tjenesteperspektivet, kunnskaps- og forskningsbehov, og hvordan samfunnet skal legge bedre til rette for inkludering og deltagelse. Se også nærmere omtale under kap. 714. Strategien skal danne grunnlaget for en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 840 (2015–2016), 9. juni 2016:

> «Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ. I utformingen av strategien

skal barn og unges erfaringer og råd inkluderes.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument nr. 8:43 S (2015–2016), jf. Innst. 346 S (2015–2016).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at regjeringen 25. august 2017 la fram en strategi for befolkningens psykiske helse, Mestre hele livet, hvor barn og unge er særskilt omtalt.

Vedtak nr. 108.54 (2015–2016), 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).

Vedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen 25. august 2017 la fram en strategi for befolkningens psykiske helse, Mestre hele livet, hvor barn og unge er særskilt omtalt.

Vedtak nr. 786 (2015–2016), 7. juni 2016:

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen har lagt fram Ungdomshelsestrategien og strategien for god psykisk helse, hvor helsefremmende og forebyggende tiltak løftes fram. Regjeringen vil bl.a. videreutvikle program for folkehelse, tilrettelegge for bedre kunnskap om barn og unges helse og livskvalitet herunder hvordan sosiale medier påvirker barn og unge. Regjeringen vil også innføre livsmestring og folkehelse som tverrfaglig tema i læreplanverket for Kunnskapsløftet.

Vedtak nr. 787 (2015–2016), 7. juni 2016:

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen har lagt fram Ungdomshelsestrategien og strategien for god psykisk helse, hvor helsefremmende og forebyggende tiltak løftes fram. Regjeringen vil bl.a. videreutvikle program for folkehelse, tilrettelegge for bedre kunnskap om barn og unges helse og livskvalitet herunder hvordan sosiale medier påvirker barn og unge. Regjeringen vil også innføre livsmestring og folkehelse som tverrfaglig tema i læreplanverket for Kunnskapsløftet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker statlige driftsutgifter til kompetanse- og kvalitetsutvikling på rus-, volds- og psykisk helsefeltet.

Det foreslås å flytte:

- 2,6 mill. kroner fra Kulturdepartementets kap. 315, post 79, knyttet til tilbakeføring av Helse- og omsorgsdepartementets bidrag i satsingen Homeless World Cup
- 0,5 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten
- 22,1 mill. kroner til kap. 765, post 75, knyttet til flytting av tilskudd til RVTS sør til samme post som de øvrige RVTS-ene
- 6,6 mill. kroner til kap. 765, post 75, knyttet til oppfølging av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Flyttingen er en videreføring av tilsvarende flytting i Prop. 129 S (2015–2016), jf. Innst. 401 S (2015–2016)
- 0,5 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til fast oppgave med forvaltning av tilskuddsordninger

For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 2,4 mill. kroner.

Opptrappingsplanen for rusfeltet

Helsedirektoratet og rusrådgiverne hos Fylkesmannen er sentrale i gjennomføringen av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere et evalueringsprogram for å følge effektene av opptrappingsplanen. Helsedirektoratet har engasjert ekstern evaluator til dette arbeidet. Hovedmålsettingen med evalueringen vil være 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) har blitt styrket i planperioden. Sluttevalueringen skal gi svar på i hvilken grad målsettingene i opptrappingsplanen har blitt nådd.

Dagens kommunale utgifter knyttet til rusfeltet dekkes i hovedsak gjennom inntektssystemet til kommunesektoren, og en videre satsing gjennom kommunenes frie inntekter bidrar til forenkling og forutsigbarhet for kommunene. Den samlede evalueringen må kunne besvare i hvilken grad kommunene styrker sitt arbeid på rusfeltet innenfor veksten i de frie inntektene, iht. opptrappingsplanens målsettinger.

Som en del av evalueringen er det i 2017 gjennomført en nasjonal brukerundersøkelse med formål å kartlegge brukernes erfaringer og grad av tilfredshet med kommunale rustjenester i opptrappingsplanperioden. Tilsvarende undersøkelse er planlagt gjennomført ytterligere to ganger i planperioden.

Det foreslås 1 mill. kroner til evalueringen i 2018.

Fylkesmannen fikk i 2017 i oppdrag å bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet. Fylkesmannen har laget egne planer og lokale målsettinger for dette arbeidet i 2017. Embetene bistår Helsedirektoratet regionalt i arbeidet med opptrappingsplanen.

Rus- og psykisk helserådgivere hos Fylkesmannen

Det er ved samtlige fylkesmannsembeter etablert egne stillinger med et særlig ansvar for å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene om rus og psykisk helse. Fylkesmannen er en viktig ressurs i styrkingen av det kommunale rus- og psykisk helsearbeidet, og belastningsfullmaktene til Fylkesmannen bidrar til drift av tverrfaglige regionale fora og nettverk, samt iverksetting av ulike kompetanseutviklingstiltak.

Fylkesmannens psykisk helse- og rusrådgivere er sentrale samarbeidspartnere i Helsedirektoratets arbeid 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 rus- og psykisk helseområdet. Arbeidsutvalget skal bistå og være et bindeledd mellom Helsedirektoratet, fylkesmannsembetene og kompetansesentrene i arbeidet med å gjennomføre Opptrappingsplanen for rusfeltet på regionalt og lokalt nivå.

Det foreslås 17,5 mill. kroner i belastningsfullmakt i 2018. I 2017 ble det bevilget 15 mill. kroner til formålet. Det foreslås 17,5 mill. kroner i belastningsfullmakt i 2018.

Nasjonal overdosestrategi

Stortinget ga, gjennom behandlingen av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!, jf. Innst. 207 S (2012–2013), tilslutning til at det skulle utarbeides en egen nasjonal femårig overdosestrategi med mål om en årlig nedgang i antallet narkotikadødsfall. Det ble videre besluttet å legge til grunn en nasjonal nullvisjon for overdosedødsfall, jf. Innst. 207 S (2012–2013). Strategien ble lansert våren 2014 for perioden 2014–2017.

Resultatrapporteringen fra Helsedirektoratet viser at alle tiltak i strategien er satt i gang i løpet av perioden, herunder etablering av Switch-kampanjen i de største kommunene, en egen tilskuddsordning for kommunene med størst overdosebelastning, pilotkommuneprosjektet og et læringsnettverk som samordner erfaringer. Livreddende motgift i form av nalokson nesespray er gjort tilgjengelig i Oslo og Bergen og Naloksonprosjektet har blitt utvidet til fem nye kommuner i 2016. Pasientsikkerhetsprogrammets pilotprosjekt med utarbeiding av tiltakspakke for overdoseforebygging i fengsel ble pilotert i tre fengsler og videreføres i regi av Kriminalomsorgens utdanningssenter (Krus) med fokus på implementering og spredning av kunnskap og erfaringer fra pilotene. Verdens overdosedag 31. august er etablert som nasjonal minnedag med arrangementer i 24 kommuner i 2016. Nasjonal lavterskel helsekonferanse ble avholdt i november 2016 med hovedfokus på overdoseforebyggende arbeid. I 2016 har kommunenettverket påbegynt arbeidet med en håndbok i overdoseforebygging i kommunene. Arbeidet med å styrke det overdoseforebyggende fokuset i etablerte tiltak i spesialisthelsetjenesten fortsetter, særlig i LAR.

I 2014 døde 266 personer av overdose. I 2015 steg overdosetallene til 289 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 vært forholdsvis stabilt i perioden fra 2003 til 2015.

Å redusere antall overdoser er et langsiktig arbeid. Strategien løper ut 2017, det foreslås imidlertid å videreføre øremerket tilskudd for oppfølging av sentrale tiltak og målsettinger i overdose-

strategien i 2018. Bevilgningen foreslås videreført på samme nivå som i 2017.

Vold og overgrep

Bevilgningen dekker arbeid med tiltak mot traumer, vold og overgrep, herunder Opptrappingsplan mot vold og overgrep, tiltaksplan om barn og unge, arbeidet mot radikalisering og voldelig ekstremisme, arbeid med traumatiserte, arbeid med overgripere og arbeidet mot mobbing. Bevilgningen finansierer bl.a. handlingsplantiltak som Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de fem Regionale kompetansesentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal gjennomføre. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017) ble det bevilget 5 mill. kroner til behandlingstilbud for unge overgripere. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2018.

Læringsnettverk

Læringsnettverkene er forankret i utviklingsavtalen mellom regjeringen og KS. Arbeidet ledes av KS og utføres i samarbeid med Kunnskapssentret gjennom opprettelse av læringsnettverk i kommunene. Læringsnettverket hvor verktøyet skal utvikles, kan rekrutteres fra kommuner som mottar tilskudd til samhandlingsmodeller over kap. 765, post 60. I 2017 ble det bevilget 2 mill. kroner til KS sitt arbeid med læringsnettverkene. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Behovet for å forbedre pasientforløp, koordinering og samordning er kan hende enda større for barn og unge med psykisk helse- og/eller rusproblemer. I 2017 ble det derfor bevilget 2 mill. kroner til KS til læringsnettverk for barn og unge med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Det foreslås å videreføre denne bevilgningen i 2018. Samlet foreslås det 4,1 mill. kroner til utvikling og drift av læringsnettverk på psykisk helse- og rusområdet. 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. Utdanningen startet opp høsten 2015 med to klasser i Oslo og Bergen/Stavanger med 56 studenter i hver klasse. Første kull ble uteksaminert våren 2016. Over 93,5 pst. av studentene fullførte studiet. Underveisevalueringen fra Rambøll viser at deltakerne er svært godt fornøyde med utdanningen, både på tvers av utdanningssteder og profesjoner. I 2016 var det 420 søkere til totalt 162 studieplasser. Utdanningen skal evalueres. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Se også omtale under kap. 761, post 21.

Bevilgningen til formålet foreslås videreført med 5,1 mill. kroner i 2018.

Statistikkutvikling

Helsedirektoratet har satt i verk flere tiltak for å følge med på utviklingen og skaffe økt kunnskap om helse- og omsorgstjenestene til personer med rus og/eller psykiske problemer.

Gjennom årlig rapportering innhenter Helsedirektoratet betydelig informasjon fra kommunene om status og utvikling innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS 24/8-rapportering). Statistikken dekker kommunenes årsverksinnsats, kompetanse og tjenesteorganisering.

Brukerplan er et verktøy som i utgangspunktet var utformet for kommuner som ønsket å kartlegge omfang og karakter av rusmiddelproblemer blant brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og/eller velferdstjenester. Fra 2015 ble personer med psykiske problemer uten rusproblemer innlemmet i rapporteringen. Fra 2016 kunne også kommunene kartlegge brukere under 18 år.

I 2016 kartla 264 kommuner 20 535 brukere med rusproblematikk og 218 kommuner har kartlagt 26 325 voksne brukere med psykiske helseproblemer. I alt ble det i 2016 registrert 410 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 tilretteleggelse 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 2017 ble det bevilget 20,5 mill. kroner til videreutdanningen. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Rask psykisk helsehjelp

Evalueringen av Rask psykisk helsehjelp viser at tilbudet både er etterspurt og effektivt, og at det når målgruppen med milde til moderate angst- og depresjonslidelser. Å videreutvikle og spre denne modellen forutsetter videre arbeid med relevante terapiutdanninger, erfaringsutveksling og utvikling av selvhjelpsmateriell og digitale verktøy. Det foreslås bevilget 2,1 mill. kroner til formålet i 2018. Se også omtale under kap. 765, post 60.

Evaluering av fleksible oppsøkende behandlingsteam (Fact)

Evalueringen av de aktivt oppsøkende behandlingsteamene etter ACT-metoden viste imponerende gode resultater. De siste årene har det blitt etablert flere fleksible oppsøkende behandlingsteam etter Fact-modellen, som er en mer fleksibel ACT-modell. Etableringen av Fact-modellen er under evaluering. Bevilgningen på 2 mill. kroner til evaluering av Fact-modellen foreslås videreført i 2018. Se også omtale under kap. 765, post 60.

Forebygge unødig bruk av medikamenter blant barn og unge

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017), 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. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2018.

Regionalt ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – RVTS Sør

RVTS Sør har besluttet å endre organisatorisk tilknytning, og vil fra 2018 inngå i stiftelsen Rbup sammen med Rbup Øst og Sør og RVTS Øst. På bakgrunn av denne endringen foreslås det å flytte 22,1 mill. kroner til kap. 765, post 75, jf. omtale der.

Evaluering av tilskuddsordninger

Hensikten med statlige tilskuddsordninger er å legge til rette for å nå prioriterte mål for samfunnet. For å sikre at tilskudd er innrettet slik at de bidrar til måloppnåelse bør de evalueres. For tilskudd under kap. 765, er mange av programmene det gis tilskudd til evaluert, uten at tilskuddsordningene i seg selv har vært gjenstand for evaluering. Det foreslås 1 mill. kroner til å sette i gang et arbeid med evaluering av tilskuddsordninger på kap. 765.

Post 60 Kommunale tjenester

For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 7,2 mill. kroner.

Bevilgningen dekker tilskudd til utviklingstiltak og kvalitetsforbedring i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Videre er formålet med bevilgningen å stimulere til utvikling av samhandlingsprosjekter mellom kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), herunder private og ideelle behandlingsinstitusjoner.

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 psykologårsverk.

Psykologene som rekrutteres gjennom ordningen kan arbeide systemrettet og/eller klinisk med mennesker i alle aldersgrupper med risiko for å utvikle, eller som har utviklet problemer med psykisk helse, rus eller vold. Målgruppen inkluderer spesifikt også barn og unge som står i fare for å falle ut eller har falt ut av skole og opplæring. Det er videre også et mål at økt tilgang på psykologkompetanse skal gi styrket helsefremmende arbeid i kommunene, f.eks. gjennom lærings- og mestringstiltak. Psykologene skal bidra til å spre og heve kompetanse i tjenestene.

Det har vært en solid økning i rekrutteringen fra 2013 til 2016, hvor antall stillinger det ble ytt tilskudd til økte fra 130 til 377. Over halvparten (264) av landets kommuner og bydeler hadde rekruttert psykolog gjennom tilskuddsordningen ved utgangen av 2016. Måloppnåelsen for ordningen vurderes som høy ut fra den markante øknin-

gen de siste årene. Samtidig er det fortsatt en stor andel kommuner som ikke har rekruttert psykolog, og det er en vedvarende tendens at mindre kommuner ikke får rekruttert og ikke søker om tilskudd. Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløft 2020, og det vil settes i gang en begrenset evaluering av ordningen i løpet av 2017.

Det foreslås å videreføre 155 mill. kroner til formålet i 2018.

Tilbud til mennesker 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, inkludert utvikling av tjenester til barn og unge. Tjenester og hjelpetiltak må innrettes slik at den enkelte møter et sammenhengende, helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud. Styrket samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er en nøkkel for å sikre alvorlig psykisk syke et godt tjenestetilbud, men det er også behov for å styrke brukerinnflytelsen i tjenestene. Konkrete løsninger må utvikles lokalt, men det er behov for å stimulere til økt samarbeid mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Tiltak som inngår i Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), herunder etablering av flere oppsøkende behandlingsteam vil bli prioritert.

Resultatrapporteringen viser at Fylkesmannen i 2016 mottok 340 søknader for om lag 470 mill. kroner. 240 tiltak fikk midler over ordningen i 2016. Tildelingene i 2016 gikk i hovedsak til følgende formål:

- Aktivt oppsøkende behandlingsteam, inkl. ACT- og fleksible ACT-team (Fact-team) (75 tiltak).
- Boligrelaterte tiltak, som oppfølgingstjenester i bolig, inkl. Housing first (37 tiltak).
- Samhandling om utsatte barn og unge (59 tiltak).

I tillegg ble det gitt tre tildelinger til Mottaks- og oppfølgingssenter (MO-senter) og tre tildelinger til lavterskel substitusjonsbehandlingstilbud.

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. 60 pst. av brukerne i teamene har betydelige rusproblemer i tillegg til alvorlige psykiske lidelser.

For å understøtte god måloppnåelse gjennom implementering og videreføring av ACT- og FACT- modellene, har Helsedirektoratet i 2016 fortsatt lagt til rette for opplæring av teamansatte og drift av ledernettverk. Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser (N-ROP) har fått i oppdrag å evaluere seks FACT-team i perioden 2015–2018.

Tilskuddsordningen ble opprettet i 2015 da fem ulike ordninger ble samlet i én ordning forvaltet av Fylkesmannen. Helsedirektoratet anser at ordningen i hovedsak treffer de uttalte behovene som finnes på psykisk helse- og rusfeltet, men ordningens innretning og antall formål begrenser muligheten til å etablere nye tiltak over ordningen og gjør det utfordrende å måle effekt og resultatoppnåelse av bevilgningen. Det er også et uttalt ønske om i større grad å ta i bruk kunnskapsbaserte modeller på rus- og psykisk helsefeltet. Helsedirektoratet er derfor gitt i oppdrag å gjennomgå tilskuddsordningen og foreslå endringer i regelverket for 2018 med sikte på å avgrense ordningen til:

- Tilskudd til etablering av allerede utprøvde kunnskapsbaserte og kostnadseffektive modeller på psykisk helse- og rusfeltet
- Tilskudd til utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse- og rusfeltet

Ordningen skal tidsavgrenses til maksimum fire år med tilskudd til samme tiltak med gradvis nedtrapping, jf. tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid. Økt grad av egenfinansiering kan bidra til at gode modeller i større grad videreføres etter prosjektperiode. Nåværende tilskuddsmottakere må ivaretas gjennom en overgangsordning.

Helsedirektoratet skal også vurdere om det fra 2019 kan være hensiktsmessig å dele opp ordningen for bedre å ivareta de formål og målgrupper som i dag er samlet i én ordning.

I 2017 ble det bevilget 225,5 mill. kroner til formålet. Det foreslås til sammen 227 mill. kroner til utvikling av tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester i 2018.

Rask psykisk helsehjelp

Formålet med ordningen er å stimulere kommuner til utvikling av et behandlingstilbud, Rask psykisk helsehjelp, som 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 2016 gitt tilskudd til drift av 28 piloter i Rask psykisk helsehjelp (RPH).

Folkehelseinstituttet har evaluert pilotprosjektet og publiserte evalueringsrapporten i oktober 2016. Modellen ser ifølge evalueringen ut til å fungere etter målsetningen. Funnene viser at halvparten av brukerne tok kontakt selv, ventetiden var lav, brukerne opplevde økt livskvalitet og hadde økt arbeidsdeltakelse etter endt behandling. Det var høy grad av brukertilfredshet, og evalueringen viste at brukerne hadde sterk reduksjon i symptomer på depresjon, angst og insomni.

Rask psykisk helsehjelp er en effektiv måte å organisere utførelsen av lovpålagte oppgaver, og er etterspurt av brukerne selv. Med lav terskel og god tilgjengelighet er RPH et tiltak som bidrar med å komme tidlig til i et forløp for å unngå at problem og sykdom oppstår og utvikles.

I tråd med omtalen i Prop. 1 S (2016–2017) vil ordningen fra 2018 legges om til et etableringstilskudd.

I 2017 ble det bevilget 18 mill. kroner til Rask psykisk helsehjelp. Det foreslås å bevilge 19,9 mill. kroner til formålet i 2018.

Post 62 Rusarbeid

– For å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 8,4 mill. kroner

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 ivaretatt. Medarbeidere med brukererfaring eller erfaringskonsulenter kan ansettes gjennom ordningen.

Ordningen forvaltes av Fylkesmannen som mottok søknader om tilskudd i 2016 med et samlet søknadsbeløp på 670,5 mill. kroner. 575 tiltak mottok tilskudd i 2016, av disse er 77 oppgitt som nye tiltak. 275 kommuner disponerte tilskudd i 2016. I tillegg er noen kommuner omfattet av ordningen gjennom interkommunalt samarbeid. 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.

Resultatrapportering fra Helsedirektoratet viser at ordningen i all hovedsak har bidratt til å opprettholde eksisterende kapasitet og at måloppnåelse knyttet til formålet om økt kapasitet ikke oppnås.

Helsedirektoratet har derfor fra 2017 foretatt vesentlige endringer i ordningens regelverk. Bl.a. er det innført tidsbegrenset periode for tilskudd og definert en fast tildelingssum per stilling som trappes ned over en 4 års periode. Dette bidrar til bedre forutsigbarhet for tilskuddsmottakere og planmessig overgang til full kommunal finansiering av stillinger etablert med tilskudd. Innretningen på ordningen har også skiftet fokus fra enkelttiltak til et mer helhetlig fokus basert på lokale behov. Ordningen må 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.

I 2017 ble det bevilget 468,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås bevilget 472,4 mill. kroner til formålet i 2018.

Post 71 Brukere og pårørende

Bevilgningen dekker tilskudd til styrking av bruker- og pårørendearbeid, og videreutvikling av selvorganisert selvhjelp på rus- og psykisk helsefeltet.

Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner til kap. 714, post 79, knyttet til tilskudd til organisasjonen MOT.

Tilskudd til bruker- og pårørendearbeid

Formålet med tilskuddet er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet, slik at de kan fremme økt brukermedvirkning både individuelt og på systemnivå i utformingen av tilbud og tjenester til mennesker

med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Tilskuddet dekker videre støtte til brukerstyrte tiltak som f.eks. de regionale brukerstyrte sentrene og selvhjelpsgrupper mv. Diagnose- og gruppenøytrale paraplyorganisasjoner for pårørende kan også motta støtte gjennom ordningen.

I 2016 ble det gitt tilskudd til 29 ulike interesseorganisasjoner på rus- og psykisk helsefeltet. Disse organisasjonene har bidratt positivt til å fremme brukermedvirkning og blir hyppig benyttet i råd, utvalg og styrings- og arbeidsgrupper. I tillegg mottar de seks regionale brukerstyrte sentrene tilskudd gjennom ordningen. Disse er viktige møteplasser for brukere, pårørende, organisasjoner og fagmiljø, og drev i 2017 også utstrakt formidling av brukererfaringer. 7 brukerstyrte tiltak, 5 pårørendesentre/-tiltak og 4 tiltak knyttet til selvhjelp og sorgstøttearbeid mottok også tilskudd over ordningen i 2016.

I 2017 ble det bevilget 113,2 mill. kroner til tilskudd til bruker- og pårørendearbeid. Det foreslås bevilget 116 mill. kroner til formålet i 2018.

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 høgskoler, profesjonsorganisasjoner og fagforbund. Rådet gir ut bladet Psykisk helse, arrangerer dialogkonferanser og initierer møteplasser og konferanser, driver utstrakt opplysningsarbeid og var i 2016 representert i 25 ulike komiteer og utvalg. Rådet for psykisk helse leverte høringssvar på 6 saker i 2016.

Nye nettsider for Rådet for psykisk helse ble lansert i februar 2016, der målsettingen var å gjøre alt innhold lesbart på alle flater og forenkle tilgang til informasjon. Resultatet er at trafikken til nettsidene har økt betraktelig. 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 2017 ble det bevilget 3,8 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Harry Benjamin Ressurssenter

Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS) er en pasient og brukerorganisasjon som arbeider for å informere og øke kunnskap vedrørende diagnosen transseksualisme. 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.

Det foreslås 2,5 mill. kroner til Harry Benjamin Ressurssenter i 2018.

Selvhjelp

Målet med bevilgningen er å gjøre metoden selvorganisert selvhjelp tilgjengelig for flere, og å fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp på psykisk helse- og rusfeltet. Nasjonal plan for selvhjelp ble revidert i 2014, og løper ut 2018. Selvhjelp Norge består av et hovedkontor i Oslo og sju distriktskontorer. I 2016 økte antall lokale kontaktpunkter fra 117 til 139. Gjennom distriktskontorene og hovedkontoret er det blitt avholdt over 400 foredrag, møter, arrangementer og kurs.

I 2017 ble det bevilget 18 mill. kroner til Selvhjelp Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2018.

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.

Overordnet tema i 2013, 2014, og 2015 var inkludering og relasjoner. Overordnet tema for Verdensdagen i 2016 var Fordi livet forandrer seg. En befolkningsundersøkelse viser at folk synes at det er blitt mer åpenhet i samfunnet om psykisk helse, men at mange fortsatt har en større barriere for å være åpen om sin egen psykiske uhelse.

I 2016 ble det gjennomført 16 dialogkonferanser i 15 ulike byer med 1500 deltakere. Det ble avholdt 900 lokale arrangementer, 250 flere enn i 2015.

I 2017 ble det bevilget 6,6 mill. kroner til Verdensdagen for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Post 72 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige og ideelle organisasjoner på rus- og psykisk helsefeltet. Bevilgningen omfatter følgende ordninger:

- Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester.
- Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud.
- Hjelpetelefoner.

Bevilgningen foreslås redusert med 40 mill. kroner, pga. lavt antall søknader hittil i 2017 om tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner, som i samarbeid med kommuner tilbyr institusjons- og aktivitetstilbud for mennesker med rus- og/eller prostitusjonserfaringer. Etter første gangs utlysning og behandling gjensto om lag 80 mill. kroner på de aktuelle ordningene. Ordningene har vært lyst ut for andre gang, med søknadsfrist 30. august.

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 22 søknader på til sammen 137,2 mill. kroner for 2016. Det ble gitt 114 mill. i tilskudd fordelt på 15 søkere. Av bevilgningen til ordningen var 109,6 mill. kroner øremerket 4 mottakere. Tre av tiltakene var i 2016 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 68 pst. som er en nedgang på 5 pst. fra 2015. Kommunene har stilt dekningsgaranti for om lag 36 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.

Helsedirektoratet har i 2017 flyttet enkelte mottakere mellom denne og tilskudd til aktivitetstiltak, for å sikre at midlene i størst mulig grad utbetales i tråd med formålet, uten at det har innvirkning på totalbevilgningen på posten.

Juridisk gjennomgang av tilskuddsordningen

I 2016 ble det gjennomført en juridisk gjennomgang av dagens tilskuddsordning til frivillige og ideelle organisasjoner som driver institusjonstilbud til personer med rusproblemer (kap. 765, post 72). Bakgrunnen for gjennomgangen var en usikkerhet med henhold til reglene om statsstøtte og anskaffelsesreglene.

Regjeringen er opptatt av å skape et større rom for private og ideelle initiativ i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomført møter med berørte parter. Helse- og omsorgsdepartementet har videre i samarbeid med Nærings- og fiskeridepartementet, innledet en dialog med ESA for en vurdering av hvorvidt dagens ordning er forenlig med støttereglene.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud

Formålet med ordningen er å støtte opp om frivillige og ideelle virksomheter som driver aktivitets- og oppfølgingstilbud overfor personer med rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring. Tiltakene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Tiltakene skal som en hovedregel komme i tillegg til de ordinære, lovpålagte oppgavene som utføres i regi av kommunene. Det blir lagt vekt på at virksomhetene kan dokumentere et samarbeid med kommunen, som har hovedansvaret for tjenester til personer med rusproblemer, og at det er etablert et system for brukermedvirkning.

Helsedirektoratet mottok 86 søknader på til sammen 191,6 mill. kroner for 2016. Av disse ble det gitt tilskudd på om lag 107 mill. kroner til 78 tilskuddsmottakere. Tilskuddene dekker imidlertid langt flere tiltak da enkelte av søknadene omhandler flere prosjekter. 13,5 mill. kroner av bevilgningen for 2016 var øremerket ti tiltak.

Helsedirektoratet vurderer at ordningen oppfyller formålet om å støtte opp om frivillige virksomheter og stimulere til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Flere av tiltakene har høy grad av brukerstyring og brukermedvirkning. Det har vært en økning i antall tiltak med fokus på fysisk aktivitet, fritids-

og sosiale aktiviteter og nettverksbygging, og -tiltakene bidrar med oppsøkende arbeid, møteplasser og kafeer, arbeidstrening og likepersonsarbeid.

Det er imidlertid i mindre grad dokumentert samarbeid med kommunene i form av samarbeidsavtaler eller som en del av rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Det er derfor i liten grad dokumentert at tiltakene og tilskuddsordningen bidrar som et supplement og dekker lokale behov. Det er videre relativt få tydelig avgrensede prosjekter som kan bidra til innovasjon og utvikling av nye tiltak. Dette, sammen med at deler av midlene er bundet opp av øremerkede tilskudd, gjør at det er lite dynamikk i tilskuddsordningen.

Enkelte øremerkede tilskudd vurderes å falle utenfor tilskuddsordningens formål, og bidrar således til lavere måloppnåelse for tilskuddsordningen. Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS) og Stabburshella vurderes å falle inn under bruker og pårørendearbeid, kap. 765, post 71. Blå Kors – Kompasset er øremerket tilskudd under kap. 781, post 79. Det ble allikevel øremerket 3,5 mill. kroner til tiltaket under kap. 765, post 72. I tillegg er tiltak som normalt faller utenfor ordningen og således bidrar til lavere måloppnåelse øremerket under posten for 2016. Dette gjelder Stiftelsen Kraft, Bjugstadhøiden Gård og Helseklyngen Valdres & Land.

I 2017 ble bevilgingen på post 72 økt med 100,8 mill. kroner. Bevilgningen til ordningene med tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester og tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud foreslås redusert med 40 mill. kroner i 2018, med bakgrunn i lav søknadsinngang til ordningene i 2017. Samlet foreslås det å bevilge 295,9 mill. kroner til disse to ordningene i 2018.

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.

Mental Helses Hjelpetelefon besvarte 54 765 anrop i 2016, en liten nedgang fra 2015. Det utgjør kun 37 pst. av alle anropene Hjelpetelefonen mottar. Veiledningstjenesten mottok 6379 meldinger. Hjelpetelefonen har blitt utviklet til å gjelde flere tjenester i tråd med brukernes behov og måloppnåelsen vurderes som meget god. I rapporteringen fra Mental Helse går det fram at man ønsker større kapasitet for å besvare en høyere andel av anropene.

Kirkens SOS besvarte 166 443 telefonsamtaler i 2016, 9374 samtaler på SOS-chat og 6342 SOS-meldinger. Andelen henvendelser per telefon og chat øker, mens meldingstjenesten er mindre brukt. Selvmord var tema i henholdsvis 12 pst. av telefonsamtalene og 50 pst. av henvendelsene via chat. En evaluering av krisetjenesten vil bli ferdigstilt i 2017.

Blå Kors nettsted Snakk om mobbing åpnet september 2015, og er et anonymt lavterskeltilbud for barn og unge mellom 9 og 19 år. Chatten har mottatt 5552 henvendelser og besvart 4146 av disse i 2016. Snakkommobbing.no hadde 28 137 treff på nettsiden i 2016. 73 pst. av brukerne var nye brukere.

Nasjonal kontakttelefon for eldre utsatt for vold mottok 166 henvendelser i 2016, mot 212 i 2015, 66 pst. av henvendelsene er private, hvorav 49 pst. kommer fra den voldsutsatte personen selv. Psykiske overgrep utgjør 43 pst. av henvendelsene, økonomiske overgrep 30 pst. Over 60 pst. av henvendelsene kommer fra Oslo. Vern for eldre har innledet et samarbeid med NKVTS og RVTS-ene, bl.a. med mål om å gjøre tjenesten mer kjent for hjelpeapparatet.

I 2017 ble det bevilget 39,8 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2018, hvor midlene foreslås øremerket med 18,2 mill. kroner til krisetjenesten til Kirkens SOS, 17,5 mill. kroner til Mental Helses hjelpetelefon, 3,1 mill. kroner til Blå Kors Snakk om mobbing og 1,1 mill. kroner til Vern for eldre i Oslo.

Post 73 Utviklingstiltak mv.

Bevilgningen foreslås styrket med 2 mill. kroner til Fontenehus.

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

I budsjettforliket for 2016 ble det enighet om å bevilge 4 mill. kroner til Forandringsfabrikken hvor midlene i hovedsak skulle gå til Psykisk hel-

seproffene, men hvor Forandringsfabrikken også kunne finansiere andre, nye prosjekter.

Psykisk helseproffene har i 2016 bestått av fire tiltak: 1) Mitt Liv psykisk helse, 2) Snakkeforløp, 3) Barns psykiske helse etter å ha fortalt om vold og overgrep og 4) Ny i Norge, hvorav hovedvekten av innsatsen ble lagt på tiltak 1, Mitt Liv psykisk helse. Det er gjennomført arrangementer og formidlingsarbeid rettet mot politikere, fagfolk og studenter i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, som presenteres av de unge selv. Tilskuddet muliggjør omfattende og bred geografisk spredning av de ulike tiltakene, ved bl.a. å finansiere to stillinger og dekke reiseutgifter og utgifter til arrangementer.

Det foreslås å videreføre tilskuddet til Forandringsfabrikken i 2018.

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. Fire kandidater fullførte sitt løp i 2016. Totalt har 24 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 2017. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2018.

Institutt for sjelesorg ved Modum bad

Institutt for sjelesorg er en del av Modum bad, og tilbyr rekreasjonsopphold med sjelesorgsamtaler, veiledning og utdanning i sjelesorg. I 2016 ble det avholdt 20 rekreasjonsuker og 305 personer mottok sjelesorgsamtaler i 2016. Institutt for sjelesorg gjennomførte i 2016 14 kurs med sjelesørgeriske temaer, hvor totalt 237 personer deltok. I tillegg har utdanningstilbudet til instituttet hatt 117 deltakere.

I 2017 ble det bevilget 1,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2018.

Institutter og foreninger

Det gis tilskudd over denne posten til institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse. Det gis også tilskudd til Tilskuddsordningen for videreutdanning i psykoterapi og psykoanalyse, som er en individuell støtteordning. Administrasjon av tilskuddsordningen finansieres over post 21.

Det pågår et arbeid med gjennomgang av hele tilskuddsordningen for å legge til rette for opplæring basert på kunnskapsbaserte metoder. Arbeidet vil bl.a. sees i sammenheng med etablering av læringsmål i ny spesialistutdanning for leger. Regjeringen vil i 2018 vurdere om den individuelle tilskuddsordningen for videreutdanning i psykoterapi og psykoanalyse bør overføres til de regionale helseforetakene som ledd i deres arbeidsgiveransvar.

I 2017 ble det bevilget 33,1 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2018.

Seprep

Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (Seprep) ble etablert i 1990 og har over tid fått tilskudd til et utdanningsprogram. Programmet er en toårig, tverrfaglig videreutdanning for ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten med behandlings- og oppfølgingsansvar for mennesker med psykoseproblematikk/alvorlig psykiske lidelser. Fra 2004 ble integrert behandling av ruslidelser og alvorlige psykiske lidelser implementert i programmet.

Det toårige programmet gir i alt 60 studiepoeng og over 3000 studenter har fullført programmet. Seprep ble evaluert i 2015 med gode resultater.

Helsedirektoratet utreder i samarbeid med Seprep framtidig organisering og tilknytningsform for senteret for å etablere trygge og forutsigbare rammevilkår.

Det ble bevilget 10 mill. kroner til Seprep i 2017. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Arbeid og psykisk helse

Formålet med bevilgningen er å styrke satsningen på arbeid og psykisk helse, og å videreutvikle samhandlingsmodeller mellom helsetjenesten og Nav.

Selv om de fleste med psykiske helseproblemer deltar i arbeid eller utdanning, har mange mennesker med psykiske helseutfordringer svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Milde til moderate angst- og depresjonslidelser ligger f.eks. bak en stor andel av sykefraværet i Norge. Lengre tids sykefravær kan gi dårligere helse for den enkelte, og øker risikoen for varig utstøting fra arbeidslivet. Tilknytningen til arbeidslivet er

både en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling.

Fordi arbeid i mange tilfeller bør være en del av behandlingen, vil mange derfor trenge samtidig bistand fra både Nav og helsetjenestene for å stå i, eller komme tilbake til arbeidslivet. Det er verken god pasientbehandling eller fornuftig ressursbruk at kommunale, sosiale og arbeidsrettede tiltak settes i gang først når pasienten er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Kostnadene ved å yte samtidig hjelp blir små målt opp mot verdien av bedre livskvalitet for den enkelte og potensielle innsparinger i form av redusert behov for spesialiserte helsetjenester og mindre sykefravær. Et styrket samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og Nav vil derfor være tjenlig både for den enkelte bruker og for samfunnet som helhet.

Bevilgningen har inngått som en del av Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse som utløp i 2016. Tiltak i oppfølgingsplanen, som jobbmestrende oppfølging (JMO), individuell jobbstøtte (IPS), Rask psykisk helsehjelp og Raskere tilbakeordningen har gitt svært gode resultater. Evalueringene av enkelttiltak i oppfølgingsplanen viser at personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser har gode muligheter til å komme i og bli i arbeid når de tilbys oppfølging hvor det samtidig gis helsemessig og arbeidsrettet rehabilitering i tett samarbeid mellom helse- og arbeidstjenester. Dette bør få betydning for organiseringen av tjenestene i det videre. For omtale av Raskere tilbake, se kap. 732, post 79.

Både fastlege, øvrig primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste bør ha systematisk samarbeid og løpende dialog med involverte parter i sykefraværsarbeidet og i arbeidet med å inkludere mennesker med psykiske lidelser i arbeidslivet. Tjenestene må ha arbeid og helse som et av sine overordnede mål.

Det gode samarbeidet mellom relevante etater som ble etablert gjennom planene om arbeid og psykisk helse er etter oppfølgingsplanens utløp utvidet til å dreie seg om arbeid og helse generelt. De regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått i oppdrag å etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Nav. Videre har Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet en strategien Arbeid og helse – et tettere samvirke, for felles innsats på arbeids- og helseområdet, og utnevnt et felles fagråd for arbeid og helse.

For 2018 skal bevilgningen til arbeid og psykisk helse bidra til etablering av gode prosjekter innenfor ordinære rammer og finansieringsmodeller, men også bidra til forutsigbarhet for prosjekter og brukere av prosjekter som har vært finansiert over ordningen.

Individuell jobbstøtte (IPS) er en metode som skal bidra til at mennesker med moderate og alvorlige psykiske helse- og rusproblemer kommer i ordinært lønnet arbeid. Åtte pilotprosjekter for Individuell Jobbstøtte (IPS) og 17 IPS-inspirerte prosjekter mottok støtte i 2016. Det er en økning med syv IPS-inspirerte prosjekter siden 2014. De åtte pilotprosjektene oppnådde i 2016 stadige forbedringer på kvalitetsskalaen for sitt arbeid, og etter 18 måneder var andelen deltakere som kommer i ordinært lønnet arbeid 37 pst. Deltakerne rapporterte også om bedre livskvalitet, bedre generell helsetilstand, mindre depresjonssymptomer og bedre funksjon enn deltakerne i kontrollgruppen. Effektmålingen som ble utført i 2016 viser en reduksjon i Nav-tiltak for IPS-gruppen.

Jobbmestrende oppfølging er en metode for arbeidsrehabilitering av personer med psykoselidelser. Tiltaket har i 2016 dekket ni prosjektfylker og følgeforskning fra Oslo universitetssykehus som ble avsluttet i 2016. Øremerking av midler til OUS avsluttes.

5 av prosjektene har deltatt i utprøvingen av JMO fra oppstarten (det 6. prosjektet, Nord-Trøndelag, ble inkludert i ordinær drift fra 2015). I 2015 ble det gitt tilskudd til 3 nye prosjekter og i 2016 fikk Eidsvoll, som første kommune, tilskudd til JMO.

I 2016 ble det gitt tilbud i JMO til totalt 216 deltakere, en økning fra 172 i 2015. Effektevalueringen av JMO viser at andelen i arbeid og aktivitet steg fra 16,2 pst. ved oppstart av JMO til 75 pst. ved avslutningen. En etterundersøkelse to år etter oppstart viste at 60,4 pst. av deltakerne fortsatt var i arbeidsrettet aktivitet. Fra 2017 inngår Jobbmestrende oppfølging i nytt regelverk Arbeidsrehabilitering etter modell av Individuell jobbstøtte og/eller Jobbmestrende oppfølging.

I 2016 gjennomførte Fagakademiet kursleder-opplæring i Kurs i depresjonsmestring, Kurs i belastningsmestring og Depresjonskurs ungdom for totalt 264 deltakere. Om lag 590 mestringskurs ble gjennomført i 2016, og om lag 4700 personer med milde til moderate depresjoner eller belastninger har deltatt på kurs.

I 2017 ble det bevilget 38 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen til tiltak innen arbeid og psykisk helse i 2018.

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 arbeidsfellesskap bygget på de grunnleggende menneskelige behovene for å bli sett, hørt, være nyttig, mestre og tilhøre et fellesskap. I Fontenehusene finner mennesker med psykiske helseutfordringer støtte på veien til lønnet arbeid, studier og til å ta tilbake kontroll i eget liv.

I 2016 ble det gitt tilskudd til ti eksisterende fontenehus, paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge og til etablering av to nye fontenehus i Bærum og Harstad.

I 2017 ble det bevilget 31,5 mill. kroner til fontenehusene og Fontenehus Norge. Det foreslås å styrke tilskuddsordningen til fontenehus med 2 mill. kroner i 2018.

Arbeid mot radikalisering og voldelig ekstremisme

Formålet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse i helsetjenestene om radikalisering og voldelig ekstremisme. Det er videre et mål å styrke kompetansen i helsetjenesten om behandling av traumer hos voksne.

Regjeringen vedtok i 2014 Handlingsplan mot radikalisering og voldelig ekstremisme. I planen er arbeidet i helsetjenesten knyttet både til forskning og til økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Planen rulleres fortløpende og arbeidet ble fra 2015 styrket med 7,5 mill. kroner over denne posten til tiltak for å styrke kompetanse i kommunene og bedre traumebehandling av voksne i spesialisthelsetjenesten.

EUs Radicalization Awareness Network (RAN) har utviklet en metode som er anvendbar for ansatte i førstelinjetjenester som møter radikaliserte. Modellen implementeres i mange europeiske land. Alle de fem Regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene) har deltatt i opplæring om modellen og har videreutviklet en kurspakke tilpasset norske forhold. Denne er tilbudt ledelse og tjenesteytere i mange kommuner. Det er også utarbeidet en skoleringspakke for kommunale psykososiale kriseteam, Når krisen rammer. I tråd med handlingsplanen er det utviklet en web-basert modul om voldelig ekstremisme.

Arbeidet med opplæring av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten i traumebehandling for barn (TF-CBT) har pågått over flere år og finansieres over post 75. Det ble for 2016 bevilget 5,1 mill. kroner på denne posten til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner for traumer for voksne. NKVTS har i 2016 satt i gang et pilotprosjekt der kunnskapsbasert behandling for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) blir implementert ved to distriktssentrene, Lovisenberg og Follo.

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 2,7 mill. kroner til RVTS-ene for videre implementering av ran-modellen og den nye modulen om voldelig ekstremisme i Når krisen rammer. Det foreslås bevilget 5,3 mill. kroner til NKVTS som i samarbeid med RVTS-ene skal utvikle og implementere kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner slik at helsetjenestene får økt spesialkompetanse i traumebehandling for voksne.

Studenters psykiske helse

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016), jf. Innst. 11 S (2015–2016), ble det bevilget 5 mill. kroner til tiltak for å bedre den psykiske helsen for studenter gjennom å etablere en egen tilskuddsordning for målrettede tiltak fra studentsamskipnader og læringsinstitusjoner. Midlene ble i 2016 fordelt over Kunnskapsdepartementets budsjett, og ordningen har bidratt til å styrke både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak, og også bidratt til å øke kunnskapen om studenters psykiske helse. Ved å flytte tilskuddsordningen til kap. 765 er det mulig å se ordningen i sammenheng med andre tilskuddsordninger på posten. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (Shot) kan også motta tilskudd gjennom denne ordningen.

Det foreslås at tilskuddsordningen samordnes med ny tilskuddsordning for rusmiddelforebyggende innsats rettet inn mot studenter og studiesteder i regi av bl.a. studentsamskipnader og studentorganisasjoner, jf. kap. 714, post 70. Det ble bevilget 5 mill. kroner til formålet i 2017. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

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 2016 hadde Rosa Kompetanse 56 oppdrag, en økning på 33 pst. fra 2015. Egenevalueringene av undervisningsoppdragene viser at mottakerne opplever høy nytte og relevans. Ungdomstelefonen til Skeiv Ungdom hadde 915 henvendelser i 2016. Flertallet av henvendelsene kommer fra unge mellom 12 og 18 år.

I 2017 ble det bevilget 2,5 mill. kroner til ordningen. Det foreslås å videreføre øremerkede tilskudd til Skeiv ungdom og Fri i 2018.

Post 74 Kompetansesentre

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås bevilgningen redusert med 7,5 mill. kroner, hvorav 2 mill. kroner knyttet til RKBU og Rbup.

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.

Det tas sikte på å overføre forskningsmidler fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet for kompetansesentre og sentrene 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 finansering. Det vises til nærmere omtale under del III Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21.

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 2016 videreført sine generelle oppgaver, med vekt på å samle og løfte fram kunnskap fra brukere og pårørende slik at denne kunnskapen kan føre til utvikling av god, kunnskapsbasert praksis.

I 2017 ble det bevilget 11,3 mill. kroner til formålet. Det foreslås 11,5 mill. kroner i øremerket tilskudd til formålet i 2018.

De regionale kompetansesentrene – Rus

De syv regionale kompetansesentrene – Rus (Korus) skal bidra til å sikre ivaretakelse, oppbygging, og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til statlige satsinger på rusfeltet i den enkelte region. En sentral rolle for kompetansesenteret er å styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse og formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier. Virksomheten skal bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet.

I 2016 har Korus videreført arbeidet overfor kommunene gjennom forankring av rusmiddelforebyggende arbeid og folkehelsearbeid.

Sentrene har bistått kommunene i kartleggings- og oversiktsarbeid og det er nå gjennomført standardiserte Ungdata- og Brukerplan kartlegginger i over 80 pst. av kommunene på landsbasis. Det gis også i økende grad bistand til fylkeskommunenes oversiktsarbeid etter folkehelseloven.

Sentrenes bistand til kommunenes arbeid med ansvarlig alkoholhåndtering og tidlig innsats er videreført i 2016. Korus står også sentralt i arbeidet med å spre arbeidsmetoden Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Om lag 100 kommuner blir fulgt opp av KoRus gjennom utvikling og implementering av BTI.

Sentrene har vært pådrivere og tilrettelegger for gode samarbeidsarenaer og samhandlingsmodeller for de lokale rustjenestene. Korus har bidratt til å styrke innsatsen i kvalitet- og kompetanseutviklingsarbeid overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten i samarbeid med fylkesmannsembetene. Sentrene har bistått Helsedirektoratet i arbeidet med Nasjonal overdosestrategi (2014–2017).

I 2017 ble det bevilget 86 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene – Rus. Det foreslås 88 mill. kroner til formålet i 2018. 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 ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene) 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). Korus Midt leder arbeidet som er planlagt å vare fra 2017–2020, i nært samarbeid med RVTS Midt. I 2017 ble det bevilget 3 mill. kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2018.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Bevilgningen går til drift av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen, samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (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 har omfattende samarbeid med ulike fag- og kompetansemiljøer i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert samarbeid med landets fylkesmenn, og den oppsøkende virksomheten mot kommunene er styrket gjennom egne ansatte som jobber direkte mot kommunene. Regionsentrene skal fortsatt ha fokus på kommunene og det forebyggende perspektivet i kompetanseheving, forskning og formidling.

Sentrene har i 2016 hatt fokus på å etablere en felles forståelse blant kunnskap- og kompetansesentre med hensyn til hva et kunnskapssenter skal være. Sentrene har i samarbeid med øvrige kompetansesentre og representanter fra kommunene, Fylkesmannsembete og KS gjennom et Kompetanse- og kvalitetsutvalg, nedsatt av Helsedirektoratet, hatt som målsetting å finne fram til en balanse mellom sentrenes arbeid med formidling, opplæring, tjenestestøtte og forskning.

Tre av regionsentre for barn og unges psykiske helse (Rbup) har fusjonert med barnevernets utviklingssenter (BUS) og blitt Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) psykisk helse og barnevern i hhv. Midt-Norge, Vest og Nord. Per i dag er det ett senter som gjenstår med betegnelser bup, det er Rbup Øst og Sør.

I 2017 ble det bevilget totalt 177 mill. kroner til regionsentrene og sped- og småbarnsnettverket. Bevilgningen til regionsentrene for barn og unges psykiske helse er redusert med 2 mill. kroner i 2018. Det foreslås samlet å bevilge 178 mill. kroner til RKBU i Midt-Norge, Vest og Nord, samt Rbup øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved Rbup Øst og Sør.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

Bevilgningen går til drift av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha). Senteret ble opprettet for å øke forskning og styrke kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Prioriterte oppgaver for senteret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. Videre skal senteret samarbeide med relevante fag- og kompetansemiljøer, og vurdere behov for kompetansehevende tiltak. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet.

I 2016 har Napha vært arrangør eller medarrangør på 42 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. I alle regioner er det et tett samarbeid med kompetansesenteret for rus (Korus), bl.a. om Brukerplan. Senteret utarbeidet også fagheftet Psykolog i kommunen – en medspiller i 2016.

Det ble bevilget 24,4 mill. kroner som øremerket tilskudd til formålet i 2017. Det foreslås 24,9 mill. kroner i 2018.

Post 75 Vold og traumatisk stress

Det foreslås å flytte:
- 22,1 mill. kroner fra kap. 765, post 21, knyttet til RVTS Sør
- 6,6 mill. kroner knyttet til oppfølging av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)

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 radikalisering 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.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 408 (2011–2012), 1. mars 2012:

> «Stortinget ber regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Innst. 207 S (2011–2012).

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet i løpet av 2017 gi en vurdering av, og anbefalinger om ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise. Stortinget sluttet seg i forbindelse med behandlingen av Prop. 71 L (2016–2017) 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.

Opptrappingsplan mot vold og overgrep

I tråd med Stortingets anmodningsvedtak nr. 623 (2014–2015) fremmet regjeringen høsten 2016 Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Stortinget vedtok planen og 36 anmodningsvedtak våren 2017. Arbeidet koordineres av Barne- og likestillingsdepartementet, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen foreslår for 2018 å øke den samlede bevilgning til opptrappingsplanen med 54 mill. kroner for å styrke arbeidet. Av dette er det under Helse- og omsorgsdepartementet foreslått bevilget 7mill. kroner over kap. 732, post 70, til medisinske undersøkelser ved barnehus.

Under kap. 765, post 21, vises det til flytting av 6,6 mill. kroner til kap. 765, post 75, knyttet til oppfølging Opptrappingsplan mot vold og overgrep. Flyttingen er en videreføring av tilsvarende flytting i Prop. 129 S (2015–2016), jf. Innst. 401 S (2015–2016). Av denne bevilgning foreslås 5,6 mill. kroner til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) for å utarbeide kunnskapsgrunnlag for behandling og utrede forløp for voldsutsatte og voldsutøvere. Arbeidet skal skje i samarbeid med de regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging og Folkehelseinstituttet.

Arbeid med kompetanse og tilbud til overgripere skal videreutvikles og det skal utvikles en strategi for økt spredning og innsats. Bevilgningen på 1 mill. kroner foreslås tilstilt Brøset, som samarbeider med RVTS-ene om å gi tjenestene kompetanse i sinnemestring.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Formålet med bevilgningen er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Videre er målet å bidra til internasjonalt samarbeid på feltet. Bevilgningen dekker Helse- og omsorgsdepartementets del av grunnbevilgningen til NKVTS.

Kunnskapssenteret ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. Senteret er et datterselskap av Unirand AS. Det er et frittstående og faglig uavhengig senter, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet.

Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold i nære relasjoner, traumatiserte flyktninger, mindreårige asylsøkere, kjønnslemlestelse, samt andre seksuelle og fysiske overgrep mot barn, katastrofer og stressmestring, herunder veteraners helse. Videre dekker bevilgningen senterets arbeid med de tre hovedprosjektene som ble satt i gang etter terrorhandlingene som rammet Norge 22. juli 2011. Grunnbevilgningen dekker også senterets oppgaver knyttet til helsemyndighetenes tiltak i flere tverrdepartementale handlings- og opptrappingsplaner. Videre skal NKVTS utvikle kompetanse på helsetjenestens arbeid mot radikalisering og voldelig ekstremisme. NKVTS har i 2016 jobbet aktivt med forsknings- og utviklingsprosjekter, formidlingsaktiviteter og studentrelatert arbeid, inkludert masterprogrammet Psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer ved Universitetet i Oslo. Senteret hadde 50 pågående forsknings- og utviklingsprosjekter i 2016, fordelt på de fire områdene 1) vold og overgrep, 2) katastrofer, ter-

ror og stressmestring, 3) tvungen migrasjon og flyktningehelse og 4) behandlingsforskning. NKVTS publiserte ti rapporter i egen rapportserie, i all hovedsak knyttet til tiltak i regjeringens handlingsplaner på området, samt 73 vitenskapelige artikler som har blitt publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift med fagfellevurdering.

Det foreslås bevilget 39,5 mill. kroner i grunnbevilgning til NKVTS over denne posten i 2018.

Regionale ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

Målet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i regionene på områdene vold, traumer og selvmordsforebygging. Bevilgningen går til drift av RVTS-ene.

Regionale ressurssenter 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 spesifiserte temaer og tiltak.

De fem RVTS-ene har i 2016 jobbet på ulike måter for å heve kompetansen i alle de relevante tjenester. Sentrene har alle hatt et fokus på å skreddersy langsgående kompetansehevingsprogrammer. Målet har vært kvalitetsforbedring og varig utvikling av praksis. I 2016 har arbeid knyttet til flyktningehelse og migrasjon vært høyt prioritert, med kompetanseheving i den psykososiale oppfølgingen av flyktninger og asylsøkere. F.o.m 2014 har RVTS-ene også hatt ansvar for økt kompetanse i helsesektoren om radikalisering og voldelig ekstremisme. RVTS Øst har i 2016 lansert læringsportalen psykososialberedskap.no som dekker områdene kriser, katastrofer, militært innsatspersonell, tjeneste i katastrofeområder og terror. Stressmestringsverktøyet Smart (Stressmestringsaktiviteter for robusthetstrening) er utviklet og inngår som et viktig element i portalen. Videre er det arbeidet for økt kompetanse og samarbeid på veteranområdet gjennom Regionale fagnettverk for innsatspersonell og gjennom kursaktivitet.

Sentrene har i 2016 hatt et særlig fokus på:

- 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 radikalisering og voldelig ekstremisme
- koordinering og samarbeid mellom kompetansesentre regionalt, samt med fagmiljøer som NKVTS og NSSF nasjonalt
- brukermedvirkning, med et særlig fokus på barn og unge

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) og RVTS-ene skal samarbeide om å utvikle og implementere opplæringspakke om kompetanse på området rus og vold. Det vises til post 74 under dette kapittel hvor det i 2018 foreslås å videreføre bevilgningen på 3 mill. kroner til dette arbeidet.

F.o.m. 2017 er hvert RVTS styrket med midler for å gjennomføre tiltak i opptrappingsplanen mot vold og overgrep, henholdsvis for å øke helsepersonells kompetanse om vold mot barn og styrke helsetjenestens arbeid med overgripere.

Det vises til omtale under post 21 hvor RVTS Sør tidligere ble finansiert. Midlene er fra 2018 foreslått overført til post 75.

Det foreslås å bevilge 110 mill. kroner til de fem sentrene i 2018. I tillegg kan sentrene få finansiering knyttet til særskilte oppdrag, bl.a. over post 21. Det foreslås tilskudd til særskilte tiltak mot radikalisering og voldelig ekstremisme over post 73. Det ytes tilskudd til sentrenes arbeid mot kjønnslemlestelse over kap. 762, post 70.

Sinnemestring

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved Brøset Kompetansesenter. Bevilgningen dekker deres bidrag til RVTS-enes arbeid med spredning av sinnemestringsmodellen. Brøset kompetansesenter har utviklet egne behandlingsmanualer. Utdanningsprogrammet er på 6 samlinger og 100 timer over 2 semester.

I 2016 har det blitt utdannet 49 terapeuter i sinnemestring basert på Brøset-modellen, til tverretatlige tjenestesteder som gir behandling til voldsutøvere i nære relasjoner. Det er et krav til delta-

kerne at ledelsen gir en skriftlig bekreftelse på at deres tjenestesteder setter i verk behandlingstilbud til voldsutøvere. De ulike tjenestesteder er alt fra politiet, kriminalomsorgen/ fengsel, kommuner, Bufetat, familievernkontor og spesialisthelsetjenesten. Det er startet et nytt utdanningskull nr. 19 i Kristiansand høsten 2016 som vil pågå ut i 2017. 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 2018.

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.

I 2016 har det vært opplæring av terapeuter ved de deltagende klinikkene, samt utdanning av nye TF-CBT terapeuter. 13 klinikker er nå i gang med lokale veiledningsgrupper for å sikre at tilbudet opprettholdes og vedvarer over tid. Det er 37 bup-poliklinikker og ett Barnehus med i implementeringsprosjektet, og ni nye klinikker er på vei inn. Dette utgjør om lag 50 pst. av landets bup-er.

Det ble bevilget 6,9 mill. kroner i 2017. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

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 kompetansehevende tiltak for personell som yter helsetjenester til volds- og overgrepsutsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). Det foreslås å øremerke 3 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) til dette formålet. 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 overlevere 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 2016 arrangerte støttegruppen den andre nasjonale samlingen for alle som var på Utøya 22. juli 2011, med om lag 80 deltakere. Evalueringen i etterkant ga gode tilbakemeldinger. Det ble også arrangert to fylkesledersamlinger og minnemarkeringer på Utøya og i regjeringskvartalet.

Det ble bevilget 5 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli i 2017. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Tiltak mot menneskehandel, prostitusjon mv.

Formålet er å bedre oppfølgingen av, og tjenestetilbudet til prostituerte og personer som er ofre/ mulige ofre for menneskehandel. Tiltakene skal bidra til et treffsikkert tilbud til sårbare og vanskeligstilte personer, som kan være vanskelig å nå gjennom de ordinære tjenestene. Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel ble vedtatt i 2017. Tilskuddsordningen ble gjennomgått og noen endringer går fram av Prop. 129 S (2015–2016) som Stortinget behandlet i vår, jf. Innst. 401 S (2015–2016).

I 2017 ble det bevilget 7 mill. kroner til formålet, hvorav 4,2 mill. kroner ble bevilget til Pro-senteret og de resterende midlene ble tildelt enkelte pågående prosjekter og tilskudd til RVTS-ene for gjennomføring av tiltak i handlingsplanen mot menneskehandel. For 2018 foreslås det 2,5 mill. kroner til RVTS-ene for å følge opp arbeid med menneskehandel og 4,5 mill. kroner til Pro-senteret.

Selvskading og selvmord

Formålet med bevilgningen er å forebygge og redusere omfanget av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading og å bedre oppfølgingen av etterlatte etter selvmord.

Bevilgningen har de siste årene vært innrettet mot tiltak i Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017. Gjennom handlingsplanen er det bl.a. utviklet et e-læringsprogram om selvmordsrisikovurdering for fastleger og psykologer og veiledende materiell til kommunene om forebygging av selvskading og selvmord. Alle tiltak i planen er satt i gang, og flere er ferdig-

stilt. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjøre opp status for arbeidet mot selvmord og selvskading, og fremme anbefalinger for videre arbeid på området etter handlingsplanens utløp. Vurderingen vil foreligge i løpet av høsten 2017.

I 2015 ble det registrert 590 selvmord i Norge. Innsatsen på feltet må opprettholdes også etter handlingsplanens slutt. Bevilgningen skal fra 2018 bidra til å understøtte pågående innsatser, samt videreføre og videreutvikle tiltak på feltet med utgangspunkt i anbefalingene som vil komme fra Helsedirektoratet. Forebygging av selvmord og selvskading må også ses i sammenheng med annet arbeid på psykisk helsefeltet, som f.eks. innsatser rettet mot mobbing og utstøting, forebygging av depresjon og bedre ivaretakelse av pårørende.

I 2016 ble det gitt tilskudd til NSSF, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (Leve) og Vivat selvmordsforebygging. I tillegg ble det gitt tilskudd til Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) og Røde Kors (Kors på halsen). Det foreslås å skille ut bevilgningen til NSSF, jf. egen omtale.

I tillegg til bevilgningen til NSSF ble det bevilget 5,4 mill. kroner til arbeid mot selvmord og selvskading i 2017. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2018.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) er et kompetansesenter med formål å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd. Fram til 2017 har senteret søkt midler over tilskuddsordningen Nasjonale tiltak for forebygging av selvmord og selvskading. I 2017 fikk senteret tildelt 18,2 mill. kroner. Det foreslås å videreføre denne bevilgningen i 2018.

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2015	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	13 478	14 441	14 591
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	3 350	2 780	2 858
	Sum kap. 0769	16 828	17 221	17 449

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til oppfølging av Omsorg 2020 og andre tiltak for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt utredningsvirksomhet for å utvikle nye og innovative løsninger i omsorgssektoren.

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

- 3,2 mill. kroner til kap. 761, post 79, knyttet til Senter for medisinsk etikk.
- 3,5 mill. kroner til å videreføre arbeidet med ny reform for eldre, Leve hele livet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte 3,2 mill. kroner til kap. 761, post 79, knyttet til Senter for medisinsk etikk, jf. omtale under den posten.

Bevilgningen foreslås styrket med 3,5 mill. kroner til å videreføre arbeidet med ny reform for eldre, Leve hele livet. Videre foreslås bevilgningen redusert med 0,3 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen kan nyttes under post 70. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 70.

Post 70 Tilskudd

Leve hele livet

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett for 2017 å bevilge 7 mill. kroner til arbeidet med en reform for eldre – Leve hele livet. Reformen bygges bl.a. på en utadrettet dialogprosess der brukere, pårørende og ansatte får komme med innspill og oppsummeringer av kunnskap på reformens hovedområder. I

2017 er midlene bl.a. nyttet til disse prosessene. Målet med reformen er flere gode leveår der den aldrende befolkningen beholder god helse lengre og i større grad mestrer eget liv, pårørende som ikke blir utslitt og ansatte som opplever at de har et godt arbeidsmiljø der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb. Det er også et mål å redusere uønsket variasjon i kvaliteten på tilbudet mellom og i kommuner. Det foreslås å bevilge 3,5 mill. kroner til dette arbeidet i 2018. Det vises til innledningen under kap. 761 for nærmere omtale av reformen.

Satsing på etisk kompetanseheving

Videreføringen av prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving er knyttet tett opp mot kvalitetsarbeid og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet er å bistå kommunene i deres arbeid gjennom støtte til lokale veiledere og en nasjonal koordinering og kvalitetssikring av satsingen. Den årlige etikkprisen videreføres.

Senter for medisinsk etikk (SME) og KS har etablert et formalisert samarbeid for etikksatsingen for å avklare oppgave- og rollefordeling. Dette omfatter bl.a. kompetanseutvikling, regionale samlinger mv. Formålet er å sikre et godt samarbeid slik at de samlede ressursene utnyttes til beste for kommunene.

Det ble i 2017 bevilget 2,6 mill. kroner til dette tiltaket. Det foreslås å videreføre den øremerkede bevilgningen til KS for satsingen på etisk kompetanseheving i kommunene i 2018. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2020.

Senter for medisinsk etikk (SME)

Det ble i 2017 bevilget 3,2 mill. kroner som et øremerket tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Det foreslås at det øremerkede tilskuddet flyttes til kap. 761, post 79. For nærmere omtale se kap. 761, post 21.

Teknologier for trygghet og mestring

Det er i 2017 bevilget 2 mill. kroner til Helsedirektoratets ivaretakelse av bl.a. prosessveiledning av kommuner, nettverkssamlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner. Dette er del av satsingen på teknologier for trygghet og mestring. Se kap. 761, post 21, for nærmere omtale. Bevilgningen foreslås videreført i 2018. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Se kap. 701, post 21, for en helhetlig omtale av programmet.

Kreativ skriving for eldre

Det ble i 2016 etablert et søkbart tilskudd til prosjekter som skal bidra til utvikling og spredning av kreativt skrivearbeid blant eldre. Formålet er å bidra til økt mestring og livskvalitet for eldre.

Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til formålet i 2017. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem – trygghetsstandard

Som et ledd i satsingen på kvalitet i tjenesten, ble det i 2014 satt i gang et prosjekt for å lage en trygghetsstandard for sykehjem. Formålet med prosjektet er å operasjonalisere lovkrav og andre kvalitetsstandarder på en måte som gjør det enkelt for virksomhetsledere og avdelingsledere ved det enkelte tjenestested å ta dem i bruk. Videre skal prosjektet prøve ut systemet i et sykehjem. Sluttproduktet skal være et kvalitetsutviklingssystem for sykehjem som kan tas i bruk i hele landet. Arbeidet skal ses i sammenheng med øvrige tiltak for å sikre kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgssektoren.

Prosjektet ledes av Helsedirektoratet. Prosjektet baserer seg på fem områder: ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater. Helsedirektoratet har utarbeidet en første versjon av trygghetsstandard som nå piloteres i fire kommuner: Tromsø, Sortland, Kristiansund og Eidskog. Trygghetsstandard vil videreutvikles i løpende samarbeid med de fire kommunene. Senter for omsorgsforskning gjennomfører en følge- og resultatevaluering av prosjektet. Prosjektet avsluttes i 2018. I 2017 ble det bevilget 5 mill. kroner til å sette i gang et kvalitetsutviklingsarbeid. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Formålet med programmet er å bidra til innovative offentlige anskaffelser og verdiskapning. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet, som er initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS, og med Difi som en sentral aktør fra statens side. Tiltaket foreslås videreført i 2018.

Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Evalueringen av Omsorgsplan 2015 viser at planen har bidratt til å forsterke det kommunale planarbeidet med helse- og omsorgstjenestene, og at planlegging er et viktig virkemiddel for utbygging og omstilling av disse tjenestene i møte med nye krav og behov. Fortsatt er det imidlertid bare vel halvparten av kommunene som har satt de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. I tråd med regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, vil det være et mål at alle kommuner foretar analyser av morgendagens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet og gjør dem til et hovedtema i sitt kommunale planarbeid.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har i samarbeid med en rekke partnere og med støtte fra departementet, utviklet verktøy for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene med egen ressursportal for tilrettelagt statistikk, analyse og veileder utarbeidet av og for kommunene. Prosjektet har som mål å utvikle en felles portal hvor kommunene på en enkel måte kan finne relevante plan- og styringsdata og analyseveiledning. Portalen dekker i dag kommunene i Trøndelag, og Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere om verktøyet kan tas i bruk av fylkesmenn og kommuner over hele landet fra 2019. Det ble bevilget 1 mill. kroner til tiltaket i 2017. Det foreslås å styrke bevilgningen med 0,5 mill. kroner i 2018 gjennom omprioritering, jf. omtale under Forskning på frivillighet. Samlet foreslås det bevilget 1,5 mill. kroner til formålet i 2018.

Forskning på frivillighet

For å styrke kunnskapsgrunnlaget for langsiktig planlegging og systematisk samarbeid mellom det offentlige og frivilligheten, deltar Helse- og omsorgsdepartementet i Kulturdepartementets forskningsprogram på sivilsamfunn og frivillig sektor. Frivillig innsats og motivasjon, samspill mellom sivilsamfunn og andre samfunnsaktører og nye former for kollektiv handling er noen av områdene som inngår i programmet. Tiltaket foreslås ikke videreført i 2018 da midlene over kap. 714, post 21, er omprioritert til andre formål. Se for øvrig omtale under kap. 714, post. 21. 0,5 mill. kroner foreslås omprioritert til analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

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 2018.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Det ble i 2016 bevilget midler til det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Sentralt i programmet er å videreutvikle kommuneperspektivet. Pasientsikkerhetsprogrammet har fokus på riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste og på å forebygge infeksjoner, trykksår og fall. Arbeidet foreslås videreført i 2018. 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 tilskuddet til bekymringstelefonen i 2018.

Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
770	Tannhelsetjenester	261 504	286 525	304 126	6,1
	Sum kategori 10.70	261 504	286 525	304 126	6,1

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
01–23	Statens egne driftsutgifter	33 079	30 251	34 933	15,5
70–89	Andre overføringer	228 425	256 274	269 193	5,0
	Sum kategori 10.70	261 504	286 525	304 126	6,1

Programkategorien omfatter statlige tilskudd og virksomhet som retter seg mot hele tannhelsetjenesten.

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

– 10 mill. kroner til behandling av tortur- og overgrepsofre og personer med odontofobi

Brukere av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr 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.

Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i kjever/munnhulen, og som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, har rett til stønad til tannbehandling etter folketrygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med stønad fra folketrygden blir utført i privat sektor. Det vises til omtale av stønad ved tannbehandling under kap. 2711, post 72, og del III 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Tabell 4.12 Antall personer undersøkt/behandlet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste

	2013	2014	2015	2016
Personer med rettigheter, undersøkt/behandlet	851 614	868 032	864 860	864 850
Voksne betalende personer	196 084	203 124	200 999	206 421
Sum	1 047 698	1 071 156	1 065 859	1 071 271

Tabellen viser at om lag 5400 flere ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2016 sammenliknet med 2015. Dette er en økning på om lag 0,5 pst. av det samlede antall personer. Økningen i antall undersøkte/behandlede personer utgjøres i sin helhet av voksne som selv betaler for behandlingen.

I fylker der den private tannlegedekningen er svak, er det mange voksne personer som oppsøker den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette gjelder særlig Midt-Norge og Nord-Norge. På landsbasis utgjorde voksne, som selv betaler for behandlingen, om lag 19 pst. av alle som ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2016 (19 pst. i 2015).

Antall personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er stabilt. Antall hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, som er undersøkt/behandlet av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, økte med om lag 7 pst. fra 2015 til 2016. Ifølge rapporteringer i Kostra (Statistisk sentralbyrå) tyder utviklingen i 2016 på en nedgang i andelen beboere på sykehjem som er under tilsyn av tannhelsetjenesten, og en nedgang i andelen som er undersøkt/behandlet.

Andelen i de ulike gruppene med rettigheter som ble undersøkt/behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2016 var for psykisk utviklingshemmede 80 pst., barn og unge 3–18 år 70 pst., personer i institusjon 67 pst., ungdom 19–20 år 44 pst. og 25 pst. for hjemmeboende med hjemmesykepleie.

Bedre tannhelse hos barn og unge

I mange år har det vært en jevn økning i andelen barn og unge uten hull i tennene (karies). Denne utviklingen ser ut til å ha stoppet opp for femåringene og 12-åringene. For 18-åringer er det fortsatt en positiv utvikling på landsbasis.

Av femåringene som ble undersøkt i 2016 hadde 80 pst. tenner som verken trengte behandling, eller som tidligere hadde vært behandlet for karies. Dette er en nedgang fra 82 pst. i 2015. For 12-åringene som ble undersøkt i 2016, gjaldt det samme for 59 pst. (60 pst. i 2015). For 18-åringene var andelen 24 pst. (22 pst. i 2015). I Hedmark var det mer enn dobbelt så høy andel 18-åringer uten karies (32,8 pst.) sammenliknet med Finnmark, som kom svakest ut i 2016.

Blant 18-åringene har om lag 1 av 11 mye karies i form av tidligere lagte tannfyllinger eller nye hull. Andelen med mye karies er redusert fra 9,6 pst. i 2015 til 8,8 pst. i 2016. Det er betydelige geografiske forskjeller: Finnmark hadde høyest andel 18-åringer med mye karies, Akershus lavest andel (6,1 pst.).

Personell

Sammenliknet med andre land har Norge god tannlegedekning, med 0,9 avtalte tannlegeårsverk per 1000 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. Tannpleierdekningen har hatt en svak økning i samme periode.

I 2016 var det 527 avtalte årsverk tannpleiere i offentlig sektor og 430 i privat sektor. Antall avtalte tannlegeårsverk var 1354 i offentlig sektor og 3117 årsverk i privat sektor. I fylkeskommunal tannhelsetjeneste har om lag 5 pst. av tannlegene spesialistgodkjenning. Tilsvarende andel i privat sektor er 12,4 pst.

Tabell 4.13 Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2010	2012	2015	2016
Antall årsverk	9 931	10 467	10 939	11 254
herav:				
– tannlegespesialister	386	519	445	458
– allmenntannleger	3 703	3 961	3 949	4 013
– tannpleiere	774	834	924	957
– tannhelsesekretærer	3 854	4 000	4 463	4 619

Andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er redusert fra 10,1 pst. i 2003 til 3,1 pst. i 2016 (2,7 pst. i 2015). Tilgangen på tannleger i Nord-Norge er blitt betydelig bedre etter at tannlegeutdanningen i Tromsø kom i drift. For Finnmark har andelen

ubesatte tannlegestillinger gått ned fra 39,2 pst. i 2003 til 6,7 pst. i 2013 og 0 pst. i 2016. Nordland, som tradisjonelt har hatt høy andel ledige stillinger, har også hatt en positiv utvikling, fra 28,4 pst. i 2003 til 5,9 pst. i 2016. De fylkene som i 2016 hadde høyest andel ubesatte offentlige tannlegestillinger var Møre og Romsdal (18 pst.), Sogn og Fjordane (8 pst.) og Troms (6 pst.).

Finansiering

Tabell 4.14 Fylkeskommunenes brutto og netto driftsutgifter til tannhelsetjenester

	2010	2012	2014	2015	2016
Brutto driftsutgifter, konsern	2 749 416	2 937 059	3 290 809	3 313 400	3 436 661
Netto driftsutgifter, konsern	2 059 309	2 135 534	2 365 222	2 320 482	2 421 413

Målt i brutto driftsutgifter brukte fylkeskommunene til sammen om lag 3,4 mrd. kroner på tannhelsetjenester i 2016, en økning med 3,7 pst. fra 2015. 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 2,4 mrd. kroner. Det meste av fylkeskommunenes inntekter utgjøres av egenbetaling fra voksne pasienter.

Fra folketrygden ble det utbetalt 2 341 mill. kroner i stønad til tannbehandling i 2016. Det vises til nærmere omtale under kap. 2711, post 72, og del III 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Oppfølging av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007)

I oppfølgingen av bl.a. Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidas tannhelsetjenester, jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008), prioriterer regjeringen i budsjettsammenheng følgende innsatsområder; geografisk tilgjengelighet, kompetanseløftet i tannhelsetjenesten og tannhelsetilbud til personer med store tannhelseproblemer.

Ved behandlingen av Meld. St. 14 (2014–2015) sluttet et flertall på Stortinget seg til regjeringens forslag om å overføre ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene som del av oppgaveoverføringen fra stat og fylkeskommune til større og mer robuste kommuner, jf. Innst. 333 S (2014–2015). 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 pasientrettighetsloven knyttet til overføring av 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 gjorde Stortinget følgende vedtak:

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 847 (2016–2017), 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 tar sikte på i løpet av 2018 å gjøre de nødvendige forberedelser som må være på plass for at kommuner som ønsker det, etter søknad og etter avklaring med aktuell fylkeskommune, kan få tillatelse til å overta ansvaret for tannhelsetjenesten fra 2020. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med en orientering i statsbudsjettet for 2019.

Vedtak nr. 848 (2016–2017), 8. juni 2017:

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at prøveordningen som starter i 2020, i de kommunene som ønsker å overta tannhelsetjenesten, følgeevalueres frem til 2023. Basert på erfaringene i prøvetiden og endringer i kommunestruktur

etter 2020, kan en videre utvidelse til flere kommuner tidligst skje etter 2023.»

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

Helse- og omsorgsdepartementet vil etablere en evaluering som skal følge prøveordningen fram til 2023.

Vedtak nr. 849 (2016–2017), 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 viser til omtalen av oppfølging av anmodningsvedtakene 847 og 848 og vil komme tilbake til anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

Vedtak nr. 850 (2016–2017), 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 forutsetter at en prøveordning er vedtatt, satt i verk og evaluert. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer det slik at oppfølgingen av vedtak nr. 850 må sees i sammenheng med oppfølging av vedtak 848. Erfaringer fra prøveordningen vil først kunne foreligge ved utgangen av 2023. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med en egen sak når erfaringene fra prøveordningen foreligger.

Vedtak nr. 851 (2016–2017), 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 budsjettsammenheng.»

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. Jf. omtalen under anmodningsvedtak 850.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	33 079	30 251	34 933
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	228 425	256 274	269 193
	Sum kap. 0770	261 504	286 525	304 126

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

– 10 mill. kroner til behandling av tortur-/ og overgrepsofre og personer med odontofobi

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utredningsarbeid og forsøksordninger på tannhelsefeltet.

Det foreslås å flytte:

– 0,4 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale under den posten

– 4 mill. kroner fra kap. 770, post 70, knyttet til tilskudd til etablering av og drift av regionale odontologiske kompetansesentre. Det årlige tilskuddet utbetales iht. faktura

Videre foreslås bevilgningen redusert med 0,4 mill. kroner for å styrke andre prioriterte formål.

Sosial ulikhet i tannhelse hos barn og unge og tannhelseforhold hos personer som mottar kommunale tjenester i hjemmet og i institusjon

Helsedirektoratet er i gang med et utredningsarbeid med formål å innhente kunnskap om sosial ulikhet i tannhelse blant barn og unge, og hvilke tiltak som kan bidra til å redusere slik ulikhet. Målet er å sette i verk et flerårig program som reduserer forekomsten av karies hos barn og unge. Arbeidet inngår i regjeringens strategi mot barnefattigdom. Videre planlegges kartlegginger rettet mot grupper i voksenbefolkningen. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Tannbehandlingstilbud

Fra 2012 er det bevilget tilskudd til regionale helseforetak til forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus. Bevilgningen utgjorde 16 mill. kroner i 2016 og 19 mill. kroner i 2017. Sykehusene St. Olav (Trondheim), Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø), Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg sykehus (Oslo) og Haukeland Universitetssykehus (Bergen) deltar i forsøksordningen. Formålet med forsøket er kunnskapsoppbygging av behovet for tannhelsetjenester til innlagte pasienter på sykehus. Forsøket omfatter forebyggende tjenester, opplæring av sykehusansatte i munnstell, vurdering av tannhelseforhold, undersøkelser og aktuell tannbehandling. Forsøket omfatter også utvikling av rutiner for systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten etter utskriving fra sykehus. Bevilgningen til forsøksordningen foreslås styrket med 2 mill. kroner innenfor rammen på post 21, slik at det utgjør 21 mill. kroner i 2018. Forsøksordningen evalueres i 2018 (varslet i budsjettet for 2017).

Utredning av abonnementsavtale for voksne – tannbehandling til fast pris

Det foreslås en forprosjektering av et forsøk med tannbehandling til voksne til fast pris gjennom abonnementsavtale. Erfaringer fra Sverige har vist stor oppslutning i befolkningen om Frisktandvård eller abonnementsavtaler. Om lag 700 000 voksne har inngått slik avtale. Formålet er å innrette tannhelsetjenester i større grad i retning av forebyggende virksomhet, slik at samlet behandlingsbehov reduseres.

I en abonnementsavtale betaler pasienten et fast, månedlig beløp til sin tannklinikk eller tannlege, uavhengig av om man oppsøker tannklinikken og uavhengig av behandlingsomfanget. Avtalen inngås f.eks. for tre år av gangen, men pasienten kan si opp avtalen underveis. Månedlig beløp er høyest i gruppen med størst risiko for tannsykdom, og lavest i gruppen med lavest risiko.

Abonnementsavtale beskytter pasientene mot de økonomiske følgene av uforutsette utgifter til tannbehandling. Erfaringene fra Sverige viser at mange unge ønsker å knytte seg til et månedlig abonnement, mens oppslutningen er lav blant eldre. Resultatene i Sverige viser bedre forebyggende innsats og mindre kariessykdom blant dem som har inngått abonnementsavtale, sammenliknet med dem som betaler etter vanlige vilkår.

Departementet ser det som viktig å få prøvd ut en abonnementsavtale for tannhelsetjenester til voksne, spesielt overfor personer i alderen 20–25 år. Det er viktig å knytte både offentlige og private tannklinikker til forsøket. Departementet legger til grunn at pasienter som inngår avtale, fortsatt skal ha rett til trygderefusjon for gjeldende stønadsordninger til tannbehandling fra folketrygden.

Det foreslås at det i løpet av 2018 startes en forprosjektering angående modeller for utprøving av abonnementsavtale.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen har som formål å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer, bedre tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester, spesielt i offentlig tannhelsetjeneste, økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving i offentlig tannhelsetjeneste.

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner til kap. 770, post 21, knyttet til tilskudd til etablering av og drift av regionale odontologisk kompetansesentre. Det årlige tilskuddet utbetales iht. faktura.

Videre foreslås det å styrke bevilgningen med 10 mill. kroner til behandling av tortur- og overgrepsofre og personer med odontofobi.

Tilrettelagt tannhelsetilbud

Som oppfølging av anmodningsvedtak nr. 392, 7. mars 2008, gis det tilskudd til regionale odonto-

logiske kompetansesentre og fylkeskommunene til etablering av tannlege-/psykologteam. Til sammen 31 team var etablert ved utgangen av 2016 (28 i 2015). Teamene har som oppgave å tilby nødvendig utredning og behandling/tannhelsehjelp til tortur- og voldsutsatte, og til personer med odontofobi (stor angst for tannbehandling). Dette er personer med særskilt store tannhelseproblemer. Tannlege-/psykologteam ved de regionale odontologiske kompetansesentre har et veiledningsansvar overfor de øvrige behandlerteam i regionen. I 2016 ble det tildelt om lag 30 mill. kroner til formålet. Tilskuddet dekker kostnader til opplæring av behandlerteam, odontofobi-behandling, kunnskapsoppbygging og til tannbehandling. I 2016 fikk om lag 1000 personer behandling av teamene (910 i 2015). Av disse var om lag 1/5 barn og unge under 19 år. For om lag 45 pst. av personene var stor angst for tann-behandling (odontofobi) eneste årsak til behandlingen. Ytterligere behandlerteam blir etablert i 2017, og teamene opplever en økende pågang av personer som søker hjelp. Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner i 2018. Bevilgningen dekker også nødvendig tannbehandling, uavhengig av om denne utføres av fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell eller av private tannleger basert på avtale med fylkeskommune.

Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten

Formålet med tilskudd til kompetanseløftet er å bidra til nødvendig tilgang på tannhelsepersonell til offentlig tannhelsetjeneste, særskilt tannlegespesialister, og en god geografisk fordeling av disse. Det er videre et formål å bidra til nødvendig kunnskapsutvikling bl.a. gjennom oppbygging av forskningsvirksomhet ved de regionale odontologiske kompetansesentre.

Det foreslås å videreføre tilskudd til Universitetet i Bergen til kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger som er bosatt i Norge og som har utdanning fra land utenfor EØS-området, med sikte på norsk autorisasjon. Åtte kandidater starter utdanningen våren 2017. Det foreslås å videreføre tilskuddet til Hedmark fylkeskommune til praksisplasser for tannpleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark. All praksis for disse studentene foregår i regi av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Hedmark fylkeskommune i samarbeid med 5–6 fylkeskommuner i Sør-Norge. I 2016 omfattet dette praksisplasser for om lag 60 tannpleierstudenter.

Fra 2015 er det gitt tilskudd til videreutdanning for tannpleiere innen fagområdet tannpleie og helsefremmende arbeid, organisert ved Høgskolen i Sørøst-Norge, og til masterutdanning. Videreutdanningen ved Høgskolen i Sørøst-Norge startet i januar 2016 som et deltidsstudium over to år. Utdanningen er tilrettelagt for senere påbygging til master i helsefremmende arbeid. Kompetansen kandidatene får er viktig sett i lys av Stortingets vedtak angående forslaget om overføring av ansvaret for tannhelsetjenesten til kommunene, jf. Prop. L 71 (2016–2017) og Innst. 378 L (2016–2017). Det foreslås å videreføre tilskudd til Høyskolen i Sørøst-Norge for drift av videreutdanningen med om lag 2 mill. kroner, og til lønnsutgifter og reise-/oppholdsutgifter for tannpleiere som tar denne videreutdanningen eller masterutdanning, ansatt i fylkeskommune/regionale odontologiske kompetansesentre.

De regionale odontologiske kompetansesentrene organisert av fylkeskommunene i samarbeid, skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til odontologiske spesialisttjenester i alle regioner. Dette gjelder særskilt for personer som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Kompetansesentrene skal samarbeide med de fylkeskommunale tannklinikkene i regionen og med aktuelle sykehusavdelinger om pasientutredning og behandling. Videre skal sentrene gi råd, veiledning og opplæring av tannhelsepersonell i hovedsak i den offentlige tannhelsetjenesten. Sentrene skal også bidra til generell kunnskapsutvikling, forskning, fagutvikling og systematisk kvalitetsforbedring i den offentlige tannhelsetjenesten. Odontologiske kompetansesentre er etablert i Tromsø (TkNN), Trondheim (TkM-N), Bergen (TkV Hordaland), Stavanger (TkV Rogaland), Arendal (TkS) og Oslo (TkØ). Bortsett fra Oslo kommune og Akershus fylkeskommune deltar alle fylkeskommuner i samarbeidet.

Tilskudd til kompetansesentrene utgjorde om lag 90 mill. kroner i 2016. Bevilgningen foreslås økt med 8 mill. kroner i 2018 innenfor rammen på post 70. Tilskudd til TkM-N omfatter også dekning av kostnadene til tannhelsedelen av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hunt 4). Departementet legger opp til at det i løpet av 2018 innføres registrering av anerkjente indikatorer for forskning ved kompetansesentrene. Basert på disse indikatorene planlegges det at det fra 2020 innføres resultatbasert finansiering av en andel for tilskuddsmidlene som går til forskning ved sentrene.

Det er stort behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget på tannhelsefeltet. Dette understrekes i forslag til Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg (HelseOmsorg21) og

i regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21. Departementet utga i september 2017 en forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027). Det legges til grunn at de regionale odontologiske kompetansesentrene skal ha en viktig rolle i den praksisnære tannhelseforskningen, rettet mot innbyggere med rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester og mot personer med store eller særskilte tannhelseproblemer. Forskningen vil foregå i samarbeid med bl.a. sykehusmiljøer, universitetsmiljøer, Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom), Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG), sentre for omsorgsforskning, allmennmedisinske forskningsenheter, og forskningsmiljøer innenfor rus, psykisk helse, vold og traumatisk stress.

Spesialistutdanning av tannleger og utdanning av tannleger med dobbelkompetanse (spesialist og forsker) er organisert ved universitetene i hhv. Bergen, Oslo og Tromsø. Utdanningen ved Universitetet i Tromsø er organisert som en integrert samarbeidsmodell med Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN). Om lag 85 kandidater er til enhver tid under utdanning. Tilskudd til dobbelkompetanseutdanning er basert på et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og inngår i beløpet. Tilskuddet til universitetene til spesialistutdanning utgjorde om lag 70 mill. kroner i 2016 og 68 mill. kroner i 2017. Tilskuddet foreslås videreført på om lag samme nivå.

Det gis tilskudd til lønn til kandidater under spesialistutdanning i pedodonti (barnetannpleie) og i forsøksordningen med videreutdanning i klinisk/multidisiplinær odontologi. Videre gis tilskudd til regionale odontologiske kompetansesentre og fylkeskommuner til ansettelse av spesialister i pedodonti. Bevilgningen til disse formål foreslås videreført i 2018 innenfor den samlede ramme på post 70.

Gjennom tilskuddet til universitetene i Bergen og Oslo forutsettes det at disse i betydelig grad samarbeider med de regionale odontologiske kompetansesentre i forskningssammenheng. Det forutsettes også at universitetene bistår med veilederressurser til stipendiater ved Universitetet i Tromsø. Det tas sikte på at spesialistutdanning av tannleger fra 2018/2019 gradvis blir organisert som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentre, jf. spesialistutdanningen i Tromsø. Avhengig av oppbyggingen av kompetansesentrene og pasienttilgangen ved sentrene, vil disse på sikt kunne organisere store deler av den kliniske praksis for flere spesialistkandidater.

I 2018 vil det bli satt i gang et arbeid med utarbeiding av læringsmål for de ulike spesialistutdanningene. Det er også behov for et mer forpliktende samarbeid mellom universitetene om felles undervisning i spesialistutdanningene. Dette vil bidra til bedre kostnadseffektivitet av utdanningene og åpne for muligheter til utdanning i flere spesialiteter i Tromsø. Opptakskriteriene til spesialistutdanningene planlegges også vurdert, slik at de på bedre måte bidrar til å sikre utdanning av spesialister fylkeskommunene har behov for.

Utprøving av en ev. ny breddespesialitet i klinisk/multidisiplinær odontologi startet i Tromsø i 2011 og er evaluert. Det er behov for å forlenge prøveperioden, basert på et justert innhold i videreutdanningen. Nye kandidater starter høsten 2017. Tannleger med denne videreutdanningen får kompetanse som er viktig både på sykehus (jf. forsøksordning med sykehusodontologi) og i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Bevilgningen foreslås videreført i 2018.

Tannbehandlingsmaterialer

Formålet med tilskuddet er å heve kvaliteten i tannhelsetilbudet gjennom å øke kunnskapen om odontologiske biomaterialer, bidra til å sikre kvaliteten på materialene som anvendes i tannhelsetjenesten og øke kunnskapen om bivirkningsproblematikk knyttet til slike materialer. Tiltakene inngår bl.a. i departementets oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013), God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, jf. Innst. 250 S (2012–2013).

Bevilgning til et samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av tannfyllingsmaterialet amalgam startet i 2013. Målet er bedre helse og livskvalitet til personer med mistanke om helseproblemer knyttet til bruk av amalgam. Delprosjektet ved Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam) er avsluttet, mens oppfølgingen av delprosjektet om utprøvende behandlinger vil fortsette fram til 2021. Bevilgning foreslås videreført i 2018.

Det foreslås å videreføre tilskudd til drift og aktivitet ved Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG) ved Universitetet i Bergen/Uni Research med 5,9 mill. kroner i 2018. BVG har en sentral rolle i det ovenfor omtalte samarbeidsprosjektet.

Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) er et nordisk samarbeidsorgan organisert som et statsaksjeselskap under Unirand AS. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjekapitalen. Nordisk Ministerråd (NMR) finansierer om lag 35 pst. av driftskostnadene. Med unntak av eksterne oppdrag finansierer Helse- og omsorgsdepartementet de øvrige kostnadene.

Statens eierpost i Niom AS er plassert i kategori 4, det vil si den kategorien der staten har sektorpolitiske målsettinger med eierskapet. Målet med statens eierskap er å sikre innflytelse i selskapet og statlig innflytelse på styrevalg og stemme i generalforsamlingen. Slik innflytelse er også avgjørende for at regjeringen kan ivareta forpliktelsene overfor NMR når det gjelder Niom som nordisk samarbeidsorgan med delfinansiering fra NMR.

Formålet til Niom AS er å sikre at tannbehandlingsmaterialer som benyttes i tannhelsetjenesten i Norden, oppfyller helsemessige og tekniske krav som kan stilles mht. utviklingen på området. Niom sine oppgaver er forskning, materialprøving, deltagelse i internasjonalt standardiseringsarbeid og kunnskapsformidling. Arbeidet ved Niom bidrar til forskningsbasert kunnskap om bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer i de nordiske land. Forskningen har høy internasjonal anerkjennelse. Det er etablert forskningssamarbeid med fem regionale kompetansesentre, og med forskningsmiljøer i de nordiske land. Et særskilt samarbeid med aktuelle fagmiljøer i Finland er under utvikling. Niom deltar med ledende posisjoner i internasjonalt standardiseringsarbeid og drifter en nordisk produktdatabase.

I 2016 ble Niom AS tildelt en basisbevilgning på 18 mill. kroner over kap. 770 og 21 mill. kroner i 2017. Tilskuddet fra Nordisk Ministerråd reduseres i 2018 med 1 mill. DDK. Bevilgningen over kap. 770 foreslås økt med 3 mill. kroner, slik at Niom AS tildeles 24 mill. kroner i 2018. Infrastruktur for klinisk odontologisk materialforskning, opplæring, kunnskapsformidling og forskningssamarbeid skal prioriteres innenfor denne økningen. Aktivitetene skal foregå i et samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentre i Norge, med utdanningsinstitusjonene og med fagmiljøer i øvrige nordiske land, særskilt med fagmiljøer i Finland. Niom vil også få en viktig rolle i oppfølgingen av Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027).

Systematisk kvalitetsarbeid i tannhelsetjenesten

Bevilgninger til følgende tiltak foreslås videreført i 2018:

- Implementering av nasjonale faglige retningslinjer angående utredning og behandling ved helsetilbud til personer med kjeveleddslidelser (TMD). Retningslinjene ferdigstilles i 2017.
- Undersøkelser med formål å øke kunnskapen om tannhelsen i den voksne befolkningen generelt og i minoritetsbefolkningen og grupper med sosioøkonomiske utfordringer spesielt.
- Tiltak under utviklingsavtalen med KS – Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.
- IKT-utvikling i tannhelsetjenesten, inkludert utprøving av standard kodeverk for diagnoser og behandlinger (Hunt 4-undersøkelsen 2017). Kodeverket planlegges implementert i elektronisk pasientjournal, og kan danne basis for innsamling av pasientdata i det planlagte Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
780	Forskning	336 551	332 207	321 288	-3,3
781	Forsøk og utvikling mv.	137 595	134 465	129 074	-4,0
783	Personell	194 288	210 120	206 546	-1,7
	Sum kategori 10.80	668 434	676 792	656 908	-2,9

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
01–23	Statens egne driftsutgifter	126 774	109 681	103 139	-6,0
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	336 551	332 207	321 288	-3,3
60–69	Overføringer til kommune-forvaltningen	131 870	145 557	141 231	-3,0
70–89	Andre overføringer	73 239	89 347	91 250	2,1
	Sum kategori 10.80	668 434	676 792	656 908	-2,9

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, bl.a. som praksisarena og som framtidig arbeidsgiver og avtalepart. For å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester er det avgjørende å ha tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og forskning med høy kvalitet og nytte. En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er derfor viktig for å legge til rette for en kunnskapsbasert, framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

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 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
50	Norges forskningsråd mv.	336 551	332 207	321 288
	Sum kap. 0780	336 551	332 207	321 288

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:
- En økning på 15 mill. kroner knyttet til ny senterordning for klinisk helseforskning
- En reduksjon på 27,2 mill. kroner knyttet til flytting av virksomhetskostnader i Norges forskningsråd til Kunnskapsdepartementets budsjettområde

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. Disse er å ha oversikt over kunnskapsbehov, systematisk vurdere forskning som virkemiddel, sørge for forskning og kompetanseoppbygging for sektoren. Videre innebærer det å sørge for forskning for politikkutforming og forvaltning, sørge for høy vitenskapelig kvalitet og relevans i forskningen, være bevisst på hvilken kanal som velges for forskningsfinansiering, samarbeide med andre departementer og sist å følge opp internasjonalt forskningssamarbeid innenfor egen sektor.

Forskning og driftstilskudd

Departementet finansierer i hovedsak forskning gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale kompetanse- og forskningssentre utenfor spesialisthelsetjenesten. I tillegg gis tilskudd til drift og oppbygging av forskningsmiljøer slik at forskning og kompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes faglig. For forskning og innovasjon i helseforetakene og felles program for klinisk behandlingsforskning vises det til omtale under kap. 732, post 78. Se også omtale av Nasjonalt senter for e-helseforskning og kunnskapsbehov på e-helseområdet under kap. 744, post 21. For forskning og innovasjon knyttet til den kommunale helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten vises det til omtale under kap. 762 og kap. 770. Forsknings- og utviklingsarbeid og kunnskapsproduksjon er en integrert del av arbeidsoppgavene til Folkehelseinstituttet. Innlemming av Sirus og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i instituttet og endringene i instituttets samfunnsoppdrag fra 2016 innebærer en økning i både omfang og bredden av forskning ved at instituttet skal dekke oppgaver både innenfor rusforskning og helse- og omsorgstjenesteforskning, jf. omtale under kap. 745. De viktigste tiltakene er omtalt under følgende kapitler og poster:
- kap. 745 Folkehelseinstituttet
- kap. 714 Folkehelse, post 79
- kap. 732 Regionale helseforetak, post 70, Kreftregisteret og Nasjonalt senter for e-helseforskning
- kap. 732 Regionale helseforetak, post 72–75 og post 78
- kap. 761 Omsorgstjeneste, postene 21, 60 og 67
- kap. 762 Primærhelsetjeneste, postene 21 og 70
- kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, postene 21, 74 og 75
- kap. 770 Tannhelsetjenester, postene 21 og 70
- kap. 781 Forsøk og utvikling mv., post 21
- kap. 783 Personell, postene 21 og 79

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Det foreslås følgende flytting:
- 27,2 mill. kroner til kap. 285, post 55, knyttet til flytting av virksomhetskostnader i Norges forskningsråd til Kunnskapsdepartementets budsjettområde

Bevilgningen dekker fire forskningsprogram, en strategisk satsing på kvinnehelse og kjønnsperspektivet, samt fire evalueringer. Flere av evalueringene ble gitt som engangsutbetaling for 2016. Det foreslås bevilget 321,3 mill. kroner i 2018. Gjennom Meld. St. 2 (2016–2017) og Innst. 401 S

(2016–2017) ble det bevilget 15 mill. kroner til etablering av en ny senterordning for klinisk helseforskning. Det foreslås å videreføre disse midlene. Den første utlysningen prioriterer etablering av senter på alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som bl.a. amyotrofisk lateralsklerose (ALS), multippel sklerose (MS) og demens for å øke kunnskapen på feltet og gi flere pasienter mulighet til å delta i kliniske studier. Forskningsrådet lyser ut midlene.

Regjeringen foreslår å samle alle bevilgninger til drift av Forskningsrådets virksomhet på én rammestyrt post på Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 285, post 55, fra 2018. Regjeringen ønsker med dette å sikre mer overordnet og effektiv styring av de samlede kostnadene ved Forskningsrådets virksomhet. Bakgrunnen er rapporten fra ekspertgruppen for områdegjennomgangen av Forskningsrådet som foreslo en omlegging av finansieringssystemet for administrasjonskostnader (virksomhetskostnader) i Forskningsrådet. Ekspertgruppen anbefalte at alle bevilgninger til virksomhetskostnader skulle budsjetteres på én post i statsbudsjettet og at Kunnskapsdepartementet fikk budsjett- og styringsansvar for denne posten.

Omleggingen innebærer at midler til drift av Forskningsrådets virksomhet som tidligere har vært en del av forskningsbevilgningene under det enkelte departement, permanent rammeoverføres til Kunnskapsdepartementet f.o.m. 2018. Midlene som overføres er alle kostnader som ikke Forskningsrådet fordeler videre til forskning, dvs. aktiviteter knyttet til drift, forvaltning av forskningsmidler, kommunikasjon og formidling, rådgivning, evalueringer og rapporter og annen særlig tjenesteyting. Rammeoverføringen er av teknisk karakter og innebærer i seg selv ingen endring i nivået på virksomhetskostnadene eller noen endringer i aktiviteten til Forskningsrådet.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår på denne bakgrunn å flytte 27,2 mill. kroner fra kap. 780, post 50, og om lag 0,1 mill. kroner fra kap. 732, post 21, til kap. 285, post 55. For nærmere omtale av den nye posten for virksomhetskostnader i Forskningsrådet vises det til Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon for 2018, programkategori 07.70. Bevilgningen vil nå bl.a. dekke HelseOmsorg21-rådets arbeid og utviklingen av HelseOmsorg21-monitor.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer tre større helseforskningsprogram. Disse er 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). I tillegg delfinansierer departementet Program for Global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) sammen med Utenriksdepartementet. Fra 2018 inngår tidligere Program for stamcelleforskning i programmet Behandling. Det skal være brukermedvirkning i hele forskningsprosessen og forskningsprosjekter skal vurderes ut fra både vitenskapelig kvalitet og nytte for sluttbruker. Behovsidentifisert forskning er et viktig supplement til dagens forskerinitierte prosjekter og skal bidra til å finansiere forskning som retter seg mot brukerens og tjenestens behov for ny kunnskap og områder der det er identifisert kunnskapshull.

Regjeringen har fastsatt fem mål for Forskningsrådet. Målene er:
- økt vitenskapelig kvalitet
- økt verdiskaping i næringslivet
- å møte store samfunnsutfordringer
- et velfungerende forskningssystem
- god rådgivning

Målene er felles for alle departementene. Kunnskapsdepartementet har utarbeidet et styringssystem for departementenes styring av Forskningsrådet i samarbeid med de andre departementene og Forskningsrådet. Helse- og omsorgsdepartementet styrer sine midler til Forskningsrådet i tråd med dette. Styringssystemet og samlet resultat av Norges forskningsråds virksomhet 2016 er omtalt i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon for 2017. Når det gjelder de ovennevnte fastsatte målene til Forskningsrådet, vil hoveddelen av satsingen innenfor helseforskning finnes innenfor målet om å møte de store samfunnsutfordringene konkretisert som Fornyelse i offentlig sektor og bedre og mer effektive velferds,- helse og omsorgstjenester. Dette området omhandler forskning og innovasjon i og for offentlig sektor, velferds, helse- og omsorgsrelatert forskning og innovasjon og det er også knyttet til utdanning og læring og forskning på folkehelsearbeid.

Den samlede innsatsen i Forskningsrådet innenfor prioriteringen Fornyelse i offentlig sektor og bedre og mer effektive velferds,- helse og omsorgstjenester var på 588 mill. kroner i 2016. I 2015 var innsatsen på 655 mill. kroner.

Helse- og omsorgsforskningsfeltet mottar den største andelen av bevilgningen fra nevnte prioritering, med om lag 414 mill. kroner. Universitets- og høyskolesektoren mottok størst andel av midlene fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 med om lag 216 mill. kroner, deretter følger instituttsektoren med 112 mill. kroner og helseforeta-

kene med 73 mill. kroner. Blant helseforetakene er Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF den største mottakeren av midler. Det er gjennomgående høy kvalitet på forskningen som finansieres. Enkelte områder vurderes som forskningssvake og vil kreve spesiell innsats. Av 77 nye prosjekter som startet opp i 2016 var halvparten forprosjekter. Det er også høy aktivitet rettet både mot internasjonalt samarbeid og samhandling om utlysninger og utvikling av nye områder. Innen helse- og omsorgsområdet var det i 2016 mest forskningsaktivitet på helsetjenesteforskning, deretter årsaksforskning og sykdomsforebygging og til sist kategorien helsefremme. Dette framgår ved bruk av analyseredskapet Health Research Classification System (HRCS-systemet). Fordelingen i 2015 var tilsvarende. Innenfor de ulike helsekategoriene er det mest forskning på generell helserelevans, infeksjoner, psykisk helse, nevrologi og deretter kreft.

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, Horisont 2020 og det europeiske forskningsområdet European Research Area (ERA). Regjeringen har satt et mål om at Norge i gjennomsnitt skal hente tilbake 2 pst. av de utlyste midlene i Horisont 2020, innenfor helse er denne på 1,1 pst ved utgangen av 2016. Det er helserelatert forskning i alle de tre pilarene i Horisont 2020. For utlysningene i 2014, 2015 og 2016 har norske miljøer totalt sendt 368 søknader til Health, Demographic Change and Wellbeing under pilar en. Av disse ble 38 søknader innstilt for finansiering som i sum utgjør 21,8 mill. euro i støtte til forskere ved norske institusjoner. Helseforskning i de to andre pilarene i Horisont 2020 utgjorde 30,3 mill. euro samlet for de tre første årene. Sammenliknet med Sverige og Danmark sendes det færre søknader fra Norge. Konkurransen i helseprogrammet er høy. Universitets- og høyskolesektoren har den største andelen søknader og innstilte prosjekter, etterfulgt av næringslivet, helseforetakene og instituttsektoren.

Norsk suksess for helseforskning har økt på tvers av alle Horisont 2020 sine aktiviteter, mens den er om lag på samme nivå innenfor Health, Demographic Change and Wellbeing. Det har vært stor søknadsaktivitet fra Norge innenfor helse i hele syvårsperioden, for FP7 var det 339 søknader fra Norge, så langt i Horisont 2020 er det 368 søknader sendt fra Norge til helseprogrammet.

De felleseuropeisk forskningsprogrammene Joint Programming Initiative (JPI) er de europeiske landenes virkemiddel for å samarbeide om ti definerte samfunnsutfordringer. Hvert land finansierer sin deltakelse. Norge deltar i alle de ti fellesprogrammene. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for oppfølgingen av programmene nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens/antimikrobiell resistens (JPAMR) og helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer (JPI HDHL).

Forskningsrådet har i 2017 utarbeidet en nasjonal strategi for norsk deltakelse i JPND. Siden oppstarten i 2011 har Norge deltatt i alle de åtte transnasjonale utlysningene med totalt 51 søknader. Norge koordinerer tre prosjekter og en arbeidsgruppe, og er representert med i alt 19 partnere. I 2016 ble det lyst ut midler til etablering av arbeidsgrupper til harmonisering av metoder for hjerneavbildning. Det internasjonale forskningssamarbeidet innenfor antibiotikaresistens (JPIAMR) skal bidra til å koordinere, effektivisere og samordne forskningsinnsatsen på området i et One Health-perspektiv. JPIAMR har, i likhet med JPND, utviklet seg fra å være et europeisk til å bli et globalt program. 24 land fordelt på fem kontinenter er nå medlemmer. Målet er bl.a. å bidra i utviklingen av ny antibiotika, diagnostiske tester, alternative behandlingsformer og bedre overvåkningssystemer. JPI mat og helse (JPI HDHL) skal bidra til å sette fokus på sammenhengene mellom matproduksjon, ernæring, fysisk aktivitet og livsstilsrelaterte sykdommer. JPI HDHL har 21 medlemmer og 5 observatørland. Det er utarbeidet en felles strategisk forskningsog innovasjonsagenda, og en ny implementeringsplan for 2016–2018, denne ble lansert i april i 2016. Norge deltar nå som fullt medlem i flere felles europeiske forskningsinfrastrukturprogrammer innenfor helse. Disse er innenfor klinisk forskning, biobanker og translasjonsforskning.

Norske forskningsmiljøer har siden EUs 3. rammeprogram for forskning hatt mulighet til å delta i prosjekter i Euratom. Innsatsen er primært rettet mot strålevern og håndtering av radioaktivt avfall. Finansiering skjer gjennom særskilte årlige bevilgninger på 1 mill. kroner fra hhv. Nærings- og fiskeridepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Den nasjonale finansieringsordningen for norske deltakere i Euratom-prosjekter har vært

viktig for å opprettholde Norges kompetanse innenfor den aktuelle tematikken. I 2016 hadde ordningen en løpende utlysning, der to norske prosjekter totalt ble tildelt 3,9 mill. kroner.

Bedre helse og livskvalitet (2016–2025)

Hovedmålet for programmet er å fremme forskning og innovasjon av høy kvalitet og nytte. Programmet skal bidra til bedre helse, økt livskvalitet og redusert sosial ulikhet i helse, dette inkluderer bl.a. forskning innenfor psykisk helse, fysisk aktivitet, rus og ernæring. Utvikling, implementering og evaluering av tiltak som kan bidra til bedre folkehelse, samt forskning som utføres i, for og med kommunene står sentralt. Det samme gjelder også sykdomsbyrdeanalyser, analyse av livskvalitet og årsaksforskning.

Programmet gjennomførte i 2016 en utlysning om intervensjonsforskning i hele programmets bredde og innvilget 120 mill. kroner til 10 forskerprosjekter. Kun 8 pst. av totalt antall søknader ble innvilget. Prosjektene dekker godt de tematiske prioriteringene i programplanen. Det eneste prioriterte temaområdet som ikke ble finansiert gjennom tildelingene er antibiotikaresistens. På dette området er det blitt arbeidet med å forberede to utlysninger i 2017, én til nasjonale nettverk og én til samarbeidsprosjekter med India.

Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (2015–2025)

Programmet skal bidra til forskning og innovasjon på god kvalitet, kompetanse og effektivitet i de helse-, omsorgs,- og velferdstjenestene og har fire delmål. Disse knytter seg til å heve kvaliteten og den internasjonale orienteringen i tjenesteforskningen, styrke grunnlaget for kunnskapsbasert utdanning og yrkesutøvelse på tvers av sektorer gjennom satsing på praksisnær og praksisrettet tjenesteforskning, utvikle ny kunnskap som er til nytte for sluttbrukerne og skape synergier og større helhet i tjenesteforskning og innovasjon for de aktuelle tjenestene, samt skape nye samarbeidsarenaer. Programmet finansieres av Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, med Helse- og omsorgsdepartementet som hovedfinansiør.

De første prosjektene som har fått bevilgning fra Helsevel startet opp i 2016. Helsevel overtok programporteføljen fra flere av de tidligere helseprogrammene og hadde 90 prosjekter i 2016. I prosjektporteføljen er det få søknader som omhandler samhandling mellom arbeids- og velferdstjenestene og helse- og omsorgstjenestene. Det planlegges tiltak for å få fram flere gode og relevante prosjekter på området. Prosjekter om de kommunale helse- og omsorgtjenesten har høyest andel av midler fra programmet, deretter følger prosjekter knyttet til spesialisthelsetjenesten deretter arbeids- og velferdstjenester, det er færrest innenfor barneverntjenesten. Fordelingen på antall prosjekter knyttet til de to sistnevnte tjenesteområdene må ses i forhold til departementenes finansiering av programmet. Når det gjelder tematisk innretning er den høyeste bevilgningen innenfor temaet styring, ledelse og organisering, deretter temaene tjenesteinnovasjon og implementering tett fulgt av vertikalt og horisontalt samspill, økonomi og ressursfordeling, så teknologi og digitalisering og det er lavest bevilgning til etiske, juridisk og samfunnsmessige aspekter. Gjennom programmet finansieres også Senter for omsorgsforskning som består av fem regionale sentre, med sentret Gjøvik (SoF Øst) som koordinator. Senteret har fått 11 mill. kroner i året i støtte siden 2015.

God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (2016–2025)

Programmet God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling) skal gjennom klinisk forskning bidra til god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering for å bedre klinisk praksis gjennom hele sykdomsforløpet. Endepunktene for forskningen som programmet finansierer skal være pasient- og tjenesterelevante og brukermedvirkning skal ivaretas. Forskning innen temaet barn som pårørende inngår i programmet. I 2016 hadde programmet en portefølje på 69 prosjekter. I løpet av 2016 har det vært høyt aktivitetsnivå med tre utlysninger. I følge HRCS-analysen av prosjektene i programporteføljen, er det flest prosjekter innenfor kreft og deretter psykisk helse.

Det tidligere programmet stamcelleforskning inngår fra 2018 i dette programmet. I 2016 hadde programmet en prosjektportefølje på 14 prosjekter og en bevilgning til Nasjonalt senter for stamcelleforskning. I følge HRCS–analysen av prosjektene i programporteføljen er det flest prosjekter innenfor generell helserelevans, deretter kreft.

Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (programperiode 2012–2020)

Programmets overordnede mål er å støtte forskning som kan bidra til vedvarende bedringer i helsetilstanden og utjevning av helseulikheter for fattige mennesker i lav- og mellominntektsland. De prioriterte temaområdene er vaksine- og vaksinasjonsforskning, helsesystem- og helsepolitikkforskning, innovasjon i teknologi og metodeutvikling og implementeringsforskning.

Programmet hadde i 2016 en portefølje på 56 prosjekter, det var ingen utlysning i 2016. I følge HRCS-analysen av prosjektene i programporteføljen er det flest prosjekter innenfor infeksjoner og reproduktiv helse og fødsler.

Programmet finansierer også videreføringen av European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTPII) under Horisont 2020. Norge, ved Forskningsrådet, deltar med representant 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.

Forskningssentre for klinisk behandling

Det foreslås å videreføre 15 mill. kroner til en ny ordning for forskningssentre for klinisk behandling. Første utlysning prioriterer etablering av senter på alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som bl.a. ALS, MS og demens. Dette for å øke kunnskapen på feltet og gi flere pasienter mulighet til å delta i kliniske studier. Forslaget er et tiltak for at Norge skal kunne bygge verdensledende forskningsmiljøer innenfor klinisk forskning, for å få dette til må det etableres ordninger som gir de beste kliniske forskerne en langsiktig og forutsigbar tilgang til ressurser og infrastruktur for translasjonsforskning og kliniske studier. Tverrfaglighet i forskningen er også viktig. Forslaget støtter opp om målene i Helse-Omsorg21-strategien om bedre klinisk behandling og høy vitenskapelig kvalitet og internasjonalisering. Ordningen bygger på en utredning fra Norges forskningsråd, de står også for utlysningen av midlene.

Kvinners 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. I 2017 var det en utlysning av forskningsmidler i samarbeid med de tre helseforskningsprogrammene, Behandling, Bedre helse og Helsevel. Totalt har satsingen på kvinners helse basert på kvinnehelsestrategien finansiert 19 prosjekter i perioden 2004–2014. Det er i tillegg flere pågående prosjekter med relevans for kvinners helse både i Forskningsrådets helseprogrammer og i øvrig programportefølje.

Evalueringer

Følgeevaluering av fritt behandlingsvalg

Forskningsrådet fikk i 2016 i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert følgeevaluering av fritt behandlingsvalg over tre år. Evalueringen skal belyse hvordan fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene for ordningen som reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og stimulans til de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Følgeevaluering av pakkeforløp for kreft

Forskningsrådet fikk i 2016 i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av pakkeforløp for kreft over tre år. Tidligere pasientforløp ved kreftsykdom har ikke vært optimale i Norge. Pasientperspektivet er viktig i utredning og behandling av kreft. Pasientforløpene ved kreftsykdom krysser ulike nivåer i helsetjenesten, både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å undersøke hva som er optimal funksjonsfordeling, ut fra kvalitet, logistikk, pasienttilfredshet og ressursutnyttelse.

Evaluering av Omsorg 2020

Departementet la i 2016 opp til en forskningsbasert evaluering av Omsorg 2020 over 6 år. Evalueringen skal være resultatorientert, og skal bl.a. se på hvordan nybyggede sykehjem og omsorgsboliger fungerer for dem som bor der, arbeider der, og for pårørende og lokalsamfunnet. Som et ledd i evalueringen skal aktivitet og tiltak i planperioden 2016–2017 kartlegges, sammenheng mellom virkemiddelbruk og måloppnåelse vurderes. Det skal også undersøkes hvilke effekter tiltakene har for brukere, pårørende, ansatte og lokalsamfunn.

Følgeevaluering av rituell omskjæring på gutter

Evalueringen skal bidra med forskningsbasert kunnskap som kan belyse om tiltakets formål og at de føringer som er gitt for dette er ivaretatt. Følgeevalueringen skal omfatte inngrep som er foretatt i perioden fra 1. januar 2015 og tre år fram i tid fra evalueringsoppstart.

For alle evalueringene er Forskningsrådet forsinket og utlyste oppdraget i januar 2017.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 79*	80 508	70 398	63 277
79	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	57 087	64 067	65 797
	Sum kap. 0781	137 595	134 465	129 074

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

– En økning på 1 mill. kroner knyttet til Én vei inn.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger:

– 4,4 mill. kroner til kap. 732, post 70, knyttet til flytting av sekretariatet for Nye metoder.
– 2,2 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til forvaltning av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.
– 3 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til nødnett.
– 1,9 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie.

Én vei inn

Det er i dag en rekke meldeordninger for uønskede pasientrelaterte hendelser, der samme hendelse kan være meldepliktig til flere instanser/organisasjoner og i flere systemer. Med dagens til dels uoversiktlige meldeordninger og tungvinte meldesystemer mistes viktig informasjon til læring. Dette reduserer dessuten meldefrekvens og kvalitet på meldingene. Videre er det ressurskrevende og uhensiktsmessig å rapportere samme hendelse i flere systemer. Det er derfor behov for å etablere et felles rammeverk for elektronisk rapportering av uønskede hendelser.

Det er opprettet et prosjekt som skal se på en felles metode for datafangst og videredistribusjon av data til relevante meldeordninger. Målet er at melder opplever å melde alt én gang i ett system. Prosjektet vurderer hvilke meldeordninger som skal inngå og vurdere mulig framtidig IT-arkitektur.

Prosjektet skal vurdere alternative konsepter og løsninger og beskrive administrative og økonomiske konsekvenser. Helsedirektoratet har ansvar for prosjektet, i tett samarbeid med Direktorat for e-helse og forvaltere av andre meldeordninger. Se også omtale på kap. 746 om legemiddelbivirkningsregisteret som planlegges prioritert som pilot i prosjektet.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7 (2014–2018) har som mål å

redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen ved hjelp av målrettede tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Sekretariatet for programmet er lokalisert i Helsedirektoratet, men rapporterer til og er underlagt styringsgruppen for programmet.

Kartlegging av pasientskader ved metoden Global Trigger Tool, tyder på at det oppstod minst én pasientskade hos 13,9 pst. av pasientene innlagt ved norske sykehus i 2016. I 2015 var tallet 13,7 pst. Andelen pasientskader har ligget på omtrent samme nivå siden 2012.

De regionale helseforetakene er pålagt i oppdragsdokumentet å innføre programmets innsatsområder. Målet var at alle innsatsområder satt i gang i kampanjeperioden skulle være implementert ved alle relevante enheter/avdelinger i spesialisthelsetjenesten innen utgangen av 2016. Rapporteringen viser at arbeidet er godt på vei, men at det fortsatt er et stykke igjen til full implementering. Det vises til omtale i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten var 275 av 428 kommuner (64 pst.) i 2016 i gang med en eller flere tiltakspakker. I samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er det arrangert 51 læringsnettverk for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Programmet har også satt i gang konseptet pasient- og brukersikker kommune, som ble pilotert i Tønsberg kommune.

I regi av programmet er det gjennomført et prosjekt for å samordne framtidige undersøkelser av pasientsikkerhetskultur med helseforetakenes kartlegginger av arbeidsmiljø og HMS. Det er også gjennomført ulike aktiviteter og opplæringsprogram for å styrke forbedringskompetanse hos helsepersonell. Dashbordet for styringsgruppen ble oppdatert med nye indikatorer iht. plan.

I 2017 arrangeres læringsnettverk for tre nye innsatsområder: forebygging og behandling av underernæring, tidlig oppdagelse og behandling av sepsis, og tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Det arrangeres også et læringsnettverk for brukermedvirkning.

Programmet øker innsatsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i siste del av programmet. I 2017 satte fire ny kommuner i gang med konseptet pasient- og brukersikker kommune. Det skal i 2018 rettes oppmerksomhet mot ytterligere oppbygging av kompetanse i forbedringsarbeid og legge grunnlag for å sikre varige strukturer for arbeidet som er gjort i programmet. Det vil være behov for å videreføre arbeidet i programmet og sikre en nasjonal samordnet innsats på pasientsikkerhet også etter 2018.

Nasjonal kreftstrategi 2013–2017

Bedre og mer effektiv utredning og behandling av kreftsykdommer er et viktig satsingsområde. Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 trekker opp nasjonale målsettinger og delmål på flere viktige områder: en mer brukerorientert kreftomsorg, gode pasientforløp uten unødige forsinkelser, kreftforebygging, økt kreftoverlevelse og bedre livskvalitet for kreftpasienter og pårørende.

Gjennomføring av tiltakene i Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 vil være et viktig bidrag for å gjøre resultatene av norsk kreftbehandling bedre. Helsedirektoratet har utarbeidet en Nasjonal handlingsplan for oppfølging av den nasjonale kreftstrategien, med konkretisering av hvordan målene i kreftstrategien skal nås.

Partnerskap mot kreft ble etablert i 2013, bestående av Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, KS, brukerrepresentanter, Kreftregisteret og Kreftforeningen, og skal bidra til å sikre god og helhetlig samhandling og koordinering på kreftområdet.

Nasjonale handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft er avgjørende for at helse- og omsorgstjenesten skal oppnå det langsiktige målet om god kvalitet og kapasitet i tilbudet til kreftpasienter, og er samtidig et viktig verktøy for å etablere nasjonal likeverdighet i utredning og behandling av kreft. Handlingsprogrammene gjennomgås jevnlig for ev. behov for revisjon.

Totalt 18 Nasjonale handlingsprogram for kreft er utgitt av Helsedirektoratet ved utgangen av 2016. Seks handlingsprogram ble revidert og publisert i 2016 og ett nytt handlingsprogram ble publisert. Seks nye handlingsprogram er under arbeid i 2017. Det arbeides også med å innlemme seneffekter, rehabilitering og fastlegenes rolle i de nasjonale handlingsprogrammene. I den forbindelse utga Helsedirektoratet i 2017 en rapport om seneffekter etter kreftbehandling. Helsedirektoratet jobber med del to av denne rapporten. Det er også nedsatt en arbeidsgruppe som jobber med innhold knyttet til rehabilitering, og en nettverksgruppe som vil jobbe med arvelig kreft inn mot handlingsprogrammene og genetiske spørsmål generelt.

Pakkeforløp for kreft

Helsedirektoratet fikk som del av oppfølging av Nasjonal kreftstrategi 2013–2017, ansvar for utvikling av pakkeforløp for kreft, inkludert diagnoseveiledere til fastlegene, pasientinformasjon og en implementeringsplan for pakkeforløp i sykehusene. Pakkeforløp for kreft innebærer en nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i et behandlingsforløp skal ta. Det er utarbeidet et kodings- og monitoreringssystem for forløpstidene angitt i pakkeforløpene. Forløpstidene monitoreres gjennom et eget rapporteringssystem og offentliggjøres på regionsnivå.

I løpet av 2015 ble 28 pakkeforløp for kreft implementert i helsetjenesten. Alle pakkeforløpene og diagnoseveilederne ble revidert og publisert i nettversjon 1. september 2016. Pasientbrosjyrer for alle pakkeforløp er i 2017 oversatt og publisert på engelsk. I tillegg er pasientbrosjyrene for brystkreft, prostatakreft, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og den generelle pasientbrosjyren oversatt til samisk.

Det er utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer for å følge med på kvaliteten innenfor kreftbehandling, og bidra til forutsigbarhet og trygghet for pasienter og deres pårørende under utredning og behandling av kreft. Det ble i 2016 publisert 35 kvalitetsindikatorer for Gjennomføring av pakkeforløp kreft og Nye kreftpasienter i pakkeforløp. Av disse var 29 første gang publisert i 2016. Det er i 2017 satt i gang et arbeid med å definere og begrense kvalitetsindikatorer innen pakkeforløp for kreft. Enkelte kvalitetsindikatorer vil utfases, nye vil utvikles og enkelte kvalitetsindikatorer vil revideres. Resultat av dette vil bli mer brukervennlige og informative kvalitetsindikatorer for pakkeforløpene.

Pakkeforløp for psykisk helse- og rusområdet

Helsedirektoratet jobber nå videre med å utvikle pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling. Etter planen vil de første pakkeforløpene være klare for implementering i 2018. Etter innspill fra arbeidsgrupper, brukere og fagmiljø har Helsedirektoratet gjort noen endringer i antall pakkeforløp og rekkefølgen på når de ulike pakkeforløpene vil bli utarbeidet.

Det foreslås 5,3 mill. kroner til Helsedirektoratet sitt arbeid med utvikling av pakkeforløpene i 2018.

Beslutningsstøtteverktøy for pasienter

Beslutningsstøtteverktøy, eller samvalgsverktøy, kan hjelpe pasienter og pårørende med å tilegne seg kunnskap og kommunikasjonsferdigheter slik at de kan bli aktive deltakere i egen utredning, behandling og oppfølging. Verktøyet vil gi pasienter informasjon om ulike behandlingsalternativer, slik at pasienter, sammen med helsepersonell, kan treffe valg som er i tråd med deres verdier og preferanser.

Høsten 2016 ble det tilgjengeliggjort et beslutningsstøtteverktøy/samvalgsverktøy for prostatakreft på Helsenorge.no. Verktøyet er utarbeidet i et samarbeidsprosjekt mellom Kreftforeningen, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Dette verktøyet er basert på et verktøy som opprinnelig var utviklet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Beslutningsstøtteverktøyet, som nå betegnes som et samvalgsverktøy, er etablert på en generisk mal, og det er i løpet av 2016 og 2017 inkludert andre diagnoser, bl.a. bukspyttkjertelkreft, kronisk nyresvikt og overvekt.

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 går 4 mill. kroner til oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014). Midlene benyttes til prosessveiledning innenfor innovasjonsarbeid i kommuner som skal innføre og ta i bruk velferdsteknologi. Innomeds sekretariat og regionale innovasjonsrådgivere driftes av Sintef etter avtale (2015–2017). Avtalen forlenges ut 2018.

I 2016 ble det tildelt midler til seks nye forprosjekter. Det ble satt i verk syv hovedprosjekter og tre nye innovasjoner er implementert.

Innomed har vært en av partene i Nasjonal samarbeidsavtale om innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren 2013–2017 i den tiårige nasjonale satsningen med nasjonal samarbeidsavtale (2007–2017) om innovasjon og næringsutvikling i regi av Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Avtalen utløper i 2017. Samarbeidet mellom aktørene om innovasjon og næringsutvikling følges opp gjennom arbeidet med den kommende stortingsmeldingen om helseindustrien, oppfølgin-

gen av HelseOmsorg21-strategien og ses i sammenheng med oppdrag gitt til Helsedirektoratet om å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem, jf. del III, kap. 9 Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21. Helsedirektoratet deltar sammen med Helse- og omsorgsdepartementet i nasjonalt program for leverandørutvikling i regi av Direktoratet for forvaltning og IKT, NHO og KS, jf. omtale under kap. 769, postene 21 og 70.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Forvaltningen av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet er nå å anse som en fast forvaltningsoppgave i Helsedirektoratet og det foreslås derfor å flytte midlene knyttet til dette til ordinær driftspost. Det foreslås på denne bakgrunn at det flyttes 2,2 mill. kroner til kap. 740, post 01, jf. omtale der.

Norsk helsearkiv

Det er besluttet å etablere Norsk helsearkiv, organisert som en enhet i Arkivverket. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten. Norsk helsearkiv vil bl.a. være en stor satsning for å fremme medisinsk og helsefaglig forskning.

De nødvendige lovendringer er gjennomført, jf. Prop. 99 L (2011–2012) Endringar i helseregisterlova mv. (etablering av Norsk helsearkiv mv.) og Innst. 351 L (2011–2012). Helsearkivforskriften (Forskrift om Norsk helsearkiv og Helsearkivregisteret) er fastsatt ved kgl.res. 18. mars 2016.

Byggeprosjektet for digitaliseringsanlegg for Norsk helsearkiv på Tynset er startet opp med kostnadsrammen på 205,7 mill. kroner i prisnivå per februar 2017, jf. Prop. 129 S og Innst. 401 S (2016–2017). Bygget skal inneholde funksjoner for mottak, digitalisering, kassasjon, digital bevaring og formidling av pasientjournaler.

Riksarkivaren har, etter oppdrag fra Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, etablert en interimsorganisasjon for Norsk helsearkiv. Interimsorganisasjon har bl.a. som oppgave å:

- kartlegge og vurdere aktuelt papirbasert og elektronisk arkivmateriale mv som skal avleveres til Norsk helsearkiv
- legge til rette for digitalisering av papirbasert arkivmateriale
- utvikle/tilpasse IKT-systemer til bruk i Norsk helsearkiv

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 10 mill. kroner i 2018. Bevilgningen skal dekke interimsorganisasjonens utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjektleder, IKT-utstyr, pilotprosjekter for digitalisering og Arkivverkets øvrige driftsutgifter knyttet til interimsorganisasjonen.

Nødnett

Nødnett er det nye digitale radiosambandet for landets nød- og beredskapsetater. Nødnett skal gi nødetatene et avlyttingssikkert kommunikasjonsnett uavhengig av de kommersielle mobilnettene. For helsetjenesten består nødnettleveransen av utstyr og programvare for håndtering av radiokommunikasjon og telefoni til samtlige AMK-sentraler, akuttmottak, legevaktsentraler og leger i vakt. De regionale helseforetakene har gjennom Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) det praktiske ansvaret for utbygging og drift i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Første byggetrinn ble avsluttet i 2011, samme år som nasjonal utbygging ble vedtatt i Stortinget. Helsetjenestens innføring ferdigstilles i 2017 ved åpningen av nytt sykehus i Kirkenes. Erfaring med bruk av nødnett viser at teknologien, rutinene for bruk og opplæringsmodellene fungerer i samsvar med forutsetningene. Sluttbrukere peker på at systemet gir en mer effektiv samhandling og koordinering både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt med de øvrige nødetatene. Med bakgrunn i at innføringsprosjektet forventes å være ferdig og nødnett satt i drift i hele landet i 2017, er det ikke foreslått avsatt spesielle midler til sluttføring av prosjektet i budsjettet for 2018. Det foreslås å flytte 3 mill. kroner til kap. 740, post 01, til dekning av Helsedirektoratets faste forvaltningsoppgaver med nødnett.

Raskere tilbake

Helsedirektoratet har ivaretatt ansvaret for nasjonal koordinering av Helse- og omsorgsdepartementets del av ordningen Raskere tilbake. Raskere tilbake er blitt praktisert og utviklet i samsvar med ordningens formål og i dialog med relevante aktører. Helsedirektoratet har hatt ansvar for rapportering og analyser om status og utvikling av ordningen. Våren 2016 arrangerte Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Helsedirektoratet en nasjonal konferanse om Raskere tilbake. Direktoratet har i 2017 bistått de regionale helseforetakene i arbeidet med omlegging av Raskere tilbake-ordningen. Det vises til omtaler under kap. 732, postene 70, 72–77 og 79.

Sekretariatet for Nye metoder

Det foreslås å flytte 4,4 mill. kroner til kap. 732, post 70, knyttet til flytting av sekretariatet for Nye metoder. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70, og kap. 740, post 01.

Post 79 Tilskudd

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings- og kompetansehevende tiltak innenfor enkelte områder av helsetjenesten.

Økt rekruttering av blodgivere

Det gis tilskudd til økt rekruttering av blodgivere over posten. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og utbetales til Røde Kors. Tilskuddet foreslås videreført i 2018.

Norsk pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød

Norsk pasientforening gir medisinsk og juridisk bistand til pasienter og pårørende som søker hjelp. Landsforeningen uventet barnedød arbeider med forskning på og forebygging av uventet barnedød. Tilskuddene på til sammen 6,8 mill. kroner foreslås videreført i 2018.

Organdonasjon

Nasjonalt faglig nettverk for organdonasjon til transplantasjon (NFNOT) ble opprettet i 2015, med sekretariat i Helsedirektoratet. Oslo universitetssykehus HF har nasjonal behandlingstjeneste for organtransplantasjon. Antall organtransplantasjoner har økt fra 328 i 2005 til 456 i 2016, og realiserte organdonasjoner ved landets godkjente donorsykehus var 76 i 2005 og 107 i 2016. Det planlegges en kampanje i 2018 for å få mer oppmerksomhet om muligheten for å si ja til organdonasjon.

Stiftelsen organdonasjon

Det gis tilskudd til Stiftelsen organdonasjon. Stiftelsen driver opplysningsarbeid overfor befolkningen og media for at flest mulig skal ta stilling til organdonasjon. For å øke antall organdonorer vil det i 2018 settes i gang en nasjonal informasjonskampanje i regi av de regionale helseforetakene. Kampanjen skal gjennomføres i samarbeid med Helsedirektoratet og andre relevante aktører. Stiftelsen organdonasjon vil være en viktig bidragsyter i den nasjonale kampanjen. Det foreslås å videreføre tilskuddet til Stiftelsen i 2018.

Norsk ressursgruppe for organdonasjon (Norod)

Det gis tilskudd til Norod. Gruppen består av helsepersonell fra flere donorsykehus og fra transplantasjonsmiljøet ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Opplæring av helsepersonell i kommunikasjon med pårørende er en prioritert oppgave. Det foreslås et tilskudd til Norod i 2018 til dette arbeidet.

Barn som pårørende

I melding St. 30 (2011–2012), Se meg! ble det foreslått å styrke tilbudet til barn og unge med rusavhengige foreldre. I 2016 ferdigstilte Barns beste på oppdrag fra Helsedirektoratet en veileder for helse- og omsorgstjenestene når det gjelder oppfølging av barn som pårørende som implementeres fra 2017. Organisasjonene Barn av rusmisbrukere, Voksne for barn og Landsforeningen for barnevernsbarn fikk i oppdrag å lage videoer som skal formidle barnas stemmer, opplevelser og erfaringer som er beskrevet i levekårsstudien Barn som pårørende til personer med rusmiddelproblemer. Akershus universitetssykehus HF samlet på vegne av Helsedirektoratet inn og analyserte data fra chatterommet barsnakk.no. Rapporten mottas i 2017. I løpet av 2017 vil Helsedirektoratet motta en oppfølgingsrapport av multisenterstudien som kartlegger situasjonen 15 måneder etter hovedundersøkelsen. Barn som pårørende vil være et fokusområde i alle pakkeforløpene som utvikles innenfor psykisk helse og rus.

I 2009 ble det innført bestemmelser i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven som påla helsepersonell en plikt til å bidra til å ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn kan ha som pårørende til foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Stortinget vedtok i juni 2017 lovendringer som medfører at samme plikt skal gjelde for helsepersonell når mindreårige barn er pårørende til søsken som er pasienter med tilsvarende alvorlige helseproblemer som nevnt ovenfor, eller etterlatte etter foreldre og søsken som dør. Lovendringene skal bidra til å sikre at helsepersonell på en systematisk og god måte yter nødvendig hjelp og støtte også til disse utsatte og sårbare gruppene barn.

Ideelle organisasjoner, bl.a. Blå Kors, har utviklet modeller og tiltak som kan nå barn som er

pårørende. Det ble i 2016 gitt et tilskudd på 18,5 mill. kroner til Blå Kors og videreutvikling av Kompasset, samt etablering av to nye Kompassentre, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015–2016). Tilskuddet ble videreført med 18,6 mill. kroner i 2017. Det foreslås at tilskuddet til Blå Kors videreføres i 2018.

Onkologiske faggrupper

De onkologiske faggruppene organiserer legespesialistene innen de enkelte kreftformene. Faggruppene samler, vurderer og behandler forskningsinformasjon om de enkelte kreftformene. Dette formidles til de regionale helseforetakene og bidrar til lik behandling i Norge. Denne informasjonen danner også grunnlaget for de faglige anbefalingene som gjennom handlingsprogrammene utgis som nasjonale faglige retningslinjer. Medlemmene i de onkologiske faggruppene er involvert i forskning og skriver faglige artikler som bidrar til kunnskapsspredning nasjonalt og internasjonalt. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til tilskuddsordningen for de onkologiske faggruppene i 2018.

Kreftlinjen

Kreftlinjen er et informasjonstilbud, primært rettet mot kreftpasienter og deres pårørende, som driftes av Kreftforeningen. Tilbudet har som formål å drive rådgivning, veiledning og støtte til mennesker som er rammet av eller har spørsmål om kreft. Kreftlinjen har et tett samarbeid med, og gir faglig bistand, til Kreftforeningens 12 tilsluttede pasientforeninger. De som kontakter Kreftlinjen kan, som en del av Kreftforeningens rettighetstjeneste, også ved behov få bistand fra Kreftforeningens sosionomer og jurister/advokater. Det ble gitt et tilskudd på 1,8 mill. kroner til arbeidet med Kreftlinjen i 2017. Det foreslås et tilskudd på 2,5 mill. kroner i 2018.

Diabetesforbundet

Det foreslås å bevilge 9 mill. kroner til Diabetesforbundet, hvorav 2 mill. kroner til forebygging av diabetes blant innvandrerkvinner. Midlene skal i tillegg dekke utgifter til tiltak som Diabeteslinjen, motivasjonsgrupper og utdanning av ledere til motivasjonsgrupper.

Standard Norge

Standard Norge bidrar i standardiseringsarbeidet innenfor helseområdet og er nasjonal kontakt til internasjonale standardiseringsorganisasjoner. Det er økt aktivitet på området, spesielt ved arbeid med utvikling av standarder på området Health Care Services. Tilskuddet til Standard Norge bidrar med reisestøtte for norske eksperter som deltar i internasjonale arbeidsgrupper, samt til finansiering av tilhørende sekretariatsfunksjoner i Standard Norge. Midlene går til bl.a. utvikling av standarder på medisinsk utsyr, helsetjenestestandardisering og helseinformatikk. Arbeidet skal samordnes med Direktoratet for e-helses arbeid med standardisering på e-helseområdet.

Nasjonalt medisinsk museum

Nasjonalt medisinsk museum er integrert i Norsk teknisk museum, og er opprettet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Museet skal formidle medisinhistorie ved å dokumentere og bevare gjenstander, fotografier, arkivmateriale og bøker innenfor sitt felt, samt videreutvikle utstillinger. Tilskuddet foreslås videreført i 2018.

Nasjonal koordinering og fagutvikling av de kliniske etikkomiteer

Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, har ansvar for nasjonal koordinering og fagutvikling av de kliniske etikkomiteene ved helseforetakene. Senteret bistår komiteene ved etablering, tilbyr kompetanseutvikling, sørger for erfaringsutveksling og kvalitetssikring i arbeidet med komiteene og driver forskning på området. Senter for medisinsk etikk skal legge til rette for at de kliniske etikkomiteene skal kunne identifisere, analysere og bidra til at etiske problemstillinger knyttet til pasientbehandling blir best mulig håndtert i helseforetakene. Årsrapportene fra komiteene for 2016 viser at både somatikk og psykisk helsevern er involvert i sakene. Sakene er faglig, etisk og juridisk kompliserte. Pasientautonomi, samtykke, etikk ved livets slutt, møte med andre kulturer, alternativ behandling, meldeplikt og juss er eksempler på temaer komiteene har jobbet med. Det foreslås at tilskudd til Senter for medisinsk etikk for oppfølging av de kliniske etikkomiteene videreføres i 2018. Øvrig tilskudd til senteret er omtalt under kap. 761, post 21.

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	46 266	39 283	39 862
61	Tilskudd til kommuner	131 870	145 557	141 231
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	16 152	25 280	25 453
	Sum kap. 0783	194 288	210 120	206 546

Helse- og omsorgstjenesten er svært personell- og kunnskapsintensiv. Personell utgjør om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen. Både kompetanseutvikling og utdanning av helsepersonell er viktig for innholdet og kvaliteten i tjenestene. Tilstrekkelig og riktig kompetanse må sikres. Samtidig er tjenesten preget av endring og utvikling.

Grunnutdanningene, videre-, etter- og spesialistutdanningene må være innrettet mot å møte pasientenes og tjenestenes behov på en god måte. For å møte framtidige personell- og kompetanseutfordringer i tjenesten, må det sikres både breddekompetanse og spesialisert kompetanse for å ivareta og videreutvikle gode tjenestetilbud. Godkjenningsordningene må innrettes slik at sentrale målsettinger for den helhetlige helse- og omsorgstjenesten ivaretas.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

– 0,42 mill. kroner fra kap. 740, post 01, knyttet til fordeling av kompensasjon for pensjonspremie, jf. omtale der.

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 foreslås å flytte:

– 3 mill. kroner til kap. 762, post 63, knyttet til dekning av kommunenes utgifter til spesialisering av leger i allmennmedisin, jf. omtale der.
– 2,5 mill. kroner til kap. 2755, post 70, knyttet til styrking av utdanningsfond II, Den norske legeforenings fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning, jf. omtale der.

Det gis tilskudd til kommuner for leger i del 1 av spesialistutdanningen. Inntil 1. mars 2017 har de fleste norskutdannede leger gjennomført turnustjeneste etter fullført utdanning. Tjenesten har bestått av tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Utlysning av stillinger har foregått sentralt gjennom Helsedirektoratets turnusportal. Tilsetting av stillinger skjer lokalt.

Etter 1. mars 2017 og innføring av ny spesialistutdanning for leger, har turnustjenesten blitt innlemmet i spesialistutdanningen og utgjør første obligatoriske del (del 1) av legers spesialistutdanning. I 2017 har det blitt fastsatt nye læringsmål for tjenesten. Varigheten er fortsatt 18 måneder totalt. De første leger i spesialisering starter i del 1 høsten 2017.

Allmennleger må gjennomføre tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere selvstendig for trygdens regning. Gjennom veiledet tjeneste skal legen skaffe seg praktiske tilleggskunnskaper. Tilskuddet skal kompensere for kommunenes utgifter til leger under veiledning for å bli godkjent som allmennlege.

Post 79 Andre tilskudd

Helsepersonellregisteret og Legestillingsregisteret

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven.

Legestillingsregisteret (LSR) skal ivareta en nasjonal oversikt over legefordeling og spesialistutdanning av leger, og henter informasjon fra de regionale helseforetakenes lønns- og personal-

systemer, og fra fastlegeregistret. Målet er at registeret skal omfatte alle leger i helsetjenesten. I tillegg skal registeret inneholde oversikt over utdanningsinstitusjoner og utdanningsstillinger for de ulike spesialitetene.

Etter endringene i helseforvaltningen 1. januar 2016 er Helsedirektoratet eier og faglig forvalter av HPR og LSR, mens Direktoratet for e-helse forvalter plattformen som registeret benytter.

Det vil i framtiden bli behov for å integrere flere tjenester mot registrene. For å møte behovene er det nødvendig å videreutvikle integrasjonsløsninger og statistikkverktøy og sikre tilgjengelighet for eksterne brukere.

Helsepersonell utdannet i utlandet

Fra 2016 har Helsedirektoratet overtatt ansvaret for autorisering av helsepersonell, som skal sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse. Det er i 2016 behandlet mer enn 20 000 søknader om autorisasjon og lisens fra søkere over hele verden, i tillegg til 1 700 søknader om offentlig spesialistgodkjenning.

1. januar 2017 ble forskrift om ny godkjenningsordning for helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS og Sveits innført. Forskriften stiller krav om språktest og kurs i nasjonale fag for alle de 29 lovregulerte helseprofesjonene, og i legemiddelhåndtering og fagprøve for noen profesjoner.

Helsedirektoratet har inngått avtaler om kurs i nasjonale fag og fagprøver. Som språktest benyttes Bergenstesten nivå B2.

De nye kravene gir søkerne økte kostnader i forbindelse med autorisasjon, og det forventes en nedgang av søknader som kan føre til redusert tilgang på enkelte grupper.

Helsedirektoratet har i 2016 utviklet en digital løsning via Altinn som vil bedre kommunikasjons- og dokumentasjonsprosesser og gi søkerne bedre oversikt og forutsigbarhet.

Helsedirektoratet følger opp Norges implementering av WHOs globale retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Personell- og kompetansestatistikk

Statistikk og framskrivninger er viktig for arbeidet med å sikre helse- og omsorgstjenestene tilgang på tilstrekkelig personell med relevant kompetanse til å dekke behovene i årene framover. Statistisk sentralbyrå har utarbeidet beregningsmodellen Helsemod. Denne ble sist oppdatert i 2012, og har tidsperspektiv fram til 2035. Nasjonale framskrivninger må tolkes med forsiktighet, men siste Helsemod indikerer i hovedsak balanse mellom tilbud og etterspørsel fram til 2020. Framskrivningene viser imidlertid økende mangel på spesielt helsefagarbeidere, på lengre sikt også økende mangel på sykepleiere. Samtidig oppleves sårbarhet og rekrutteringsutfordringer innen visse personellgrupper, og i enkelte geografiske områder. For sykehusene gjelder dette særlig personell med spesialisert kompetanse som spesialsykepleiere og noen grupper legespesialister.

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. Helsedirektoratet er i dialog med byrået om nytt framskrivningsarbeid på helsepersonellområder.

Legenes spesialistutdanning

Legenes spesialistutdanning og spesialitetsstrukturen skal rettes inn mot framtidens helseutfordringer, ta inn over seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren. Forskrift for ny ordning for legens spesialistutdanning trådte i kraft 1. mars 2017. De første stillingene for leger i spesialisering, del 1, er besatt, med oppstart i september 2017. Del 2 og 3 i spesialiseringen vil starte i mars 2019.

Helsedirektoratet har, i tråd med sin forskriftsfestede rolle, besluttet læringsmålene for legenes spesialistutdanning, del 1. Arbeidet med læringsmål for del 2 og 3 er godt i gang, etter faginnspill fra Legeforeningens spesialitetskomiteer, og påfølgende høringsrunde. I tråd med Stortingets føringer, har Helsedirektoratet fått oppdrag om å ivareta de mindre sykehusenes behov for generalistkompetanse i dette arbeidet. Prioriterte oppgaver for 2018 er å ferdigstille arbeidet med spesialitetsstruktur og læringsmålene for del 2 og 3, og å ferdigstille opplegg for godkjenning av utdanningsvirksomheter.

Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin

Kvaliteten ved sykehusenes akuttmottak blir styrket ved etableringen av en egen legespesialitet i akutt- og mottaksmedisin. De nye spesialistene skal kunne arbeide ved små og store sykehus i alle deler av landet. Helsedirektoratet har utarbeidet læringsmålene for den nye spesialiteten innenfor rammer gitt av departementet. Spesialiteten skal kunne benyttes ved alle akuttmottak uavhengig av sykehusenes størrelse og beliggenhet.

Spesialiteten vil inngå i og er utformet med henblikk på ny struktur for spesialistutdanning av leger, slik den kommer fram av spesialistforskriften som trådte i kraft 1. mars 2017. Spesialistforskriften trer i kraft for utdanningens andre og tredje del 1. mars 2019. Leger i spesialisering (LIS) vil derfor ikke kunne starte i ordinært utdanningsløp for spesialiteten akutt- og mottaksmedisin før denne datoen. Det må imidlertid lages et opplegg slik at nåværende spesialister i «emergency medicine» og ferdige og nesten ferdige spesialister i generell indremedisin kan tilbys et skreddersydd opplegg med læringsaktiviteter, slik at kandidatene kan oppnå læringsmålene og få godkjenning som spesialister i akutt- og mottaksmedisin så snart som mulig etter 1. mars 2019. Dette har vært tatt opp med de regionale helseforetakene.

Kurs og veiledningstiltak

Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for del 1 av legenes spesialistutdanning, herunder til veiledere. Tilskuddet administreres av fylkesmannen. Det gis også tilskudd til reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanningen og til fysioterapeuter i turnus 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 2016. Det gis tilskudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar imot turnuskandidater over post 79. Det forventes at antall kandidater vil ligge på samme nivå de nærmeste årene.

Alternativ behandling

Formålet med bevilgningen er å sørge for kvalitetssikret informasjon som kan øke kunnskapen om bruk og ev. effekter av alternativ behandling, bidra til økt profesjonalitet og etisk bevissthet blant utøverne, samt bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Bevilgningen dekker utgifter til registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene (Altbas), tilskudd til Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam) og tilskudd til Nafkams avdeling Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (Nifab). Brønnøysundregistrene har siden 2004 hatt ansvaret for å utvikle og drifte registersystemet Altbas. Driften er hjemlet i forskrift, og registeret skal bidra til økt pasientsikkerhet og bedre forbrukerrettigheter, samt bidra til seriøsitet og forretningsmessig ordnede forhold.

Årsrapporten 2016 for Nafkam indikerer god måloppnåelse i forhold til senterets hovedoppgaver, samt tilskuddets mål og resultatkrav. Nafkam har hatt vesentlig flere konferansebidrag/faglige presentasjoner i 2016 sammenliknet med 2015 og samme nivå for tidsskriftspublikasjoner, mediebidrag og øvrige parametere.

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. De formidler viktig informasjon internasjonalt om lovregulering i Europa. Nafkam er også ansvarlig for en nettside for helsepersonell om kreft og alternativ behandling, og denne foreligger både i en engelsk og tysk utgave. Senteret har også hatt en rolle i overvåkning av markedet for nye mulige trusler mot pasientsikkerheten innen alternativ behandling, og har jevnlig varslet Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet om nye alternative behandlingsformer med alvorlige bivirkninger.

Departementet tar sikte på å overføre forskningsmidler fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet for kompetansesentre og sentrene 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 finansering. Det vises til nærmere omtale under del III, kap. 9 Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21.

Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden

Folketrygdens stønad til helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad til helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regionale helseforetak for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

Folketrygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og røntgeninstitutt, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester. Refusjonstakstene for lege-, fysioterapi- 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, Helseforvaltning.

Det vises til omtale i del III, 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	5 334 408	5 605 200	5 723 000	2,1
	Sum kategori 30.10	5 334 408	5 605 200	5 723 000	2,1

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
70–89	Andre overføringer	5 334 408	5 605 200	5 723 000	2,1
	Sum kategori 30.10	5 334 408	5 605 200	5 723 000	2,1

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
70	Spesialisthjelp	1 859 302	1 920 000	2 007 600
71	Psykologhjelp	277 122	287 000	305 600
72	Tannbehandling	2 341 064	2 507 000	2 411 600
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	856 920	891 200	998 200
	Sum kap. 2711	5 334 408	5 605 200	5 723 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til spesialist- og psykologhjelp, tannbehandling og private laboratorier og røntgeninstitutt etter folketrygdens kapittel 5.

Audiografer

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert rett til refusjon ved tilpasning og justering av høreapparat hos privatpraktiserende audiograf, jf. Innst. 40 S (2015–2016). For personer med hørselsutfordringer vil audiograftjenester ofte kun dekke en del av tjenestebehovet. Refusjonsrett for audiografer vil kunne bidra til å stykke opp tjenestetilbudet på en uheldig måte for pasientene. Kommuner og regionale helseforetak mottar i dag bevilgninger over statsbudsjettet for å finansiere sitt tjenestetilbud. En utvidelse av folketrygdens finansiering av tjenester som helseforetakene og kommunene har ansvar for, kan bidra til å uthule helseforetakenes og kommunenes ansvar. I dag utføres det meste av audiograftjenester i spesialisthelsetjenesten, enten i samarbeid med privatpraktiserende øre-nese-hals spesialister eller i sykehusene ved hørselssentralene. Privatpraktiserende audiografer vil kunne tilby tjenester som i dag ligger til spesialisthelsetjenesten, men også tjenester kommunene er ansvarlige for å tilby. Det vil skape uklarhet i om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for innholdet i tjenestetilbudet. Kostnads- og kvalitetskontrollen i tjenestetilbudet for personer med hørselsutfordringer kan bli svakere enn i dag. Ut fra en samlet vurdering vil refusjonsrett for audiografer ikke gi et bedre tilbud til pasientene.

Det er satt i verk flere tiltak for å forbedre tjenestetilbudet til personer med nedsatt syn og hørsel, jf. bl.a. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019. Etablering av primærhelseteam og oppfølgingsteam skal tilrettelegge for bedre oppfølging, økt tverrfaglighet og koordinering av tjenester. Kompetanseløft 2020 inneholder tiltak for å bedre ledelsen og øke kompetansen i kommunene, og regjeringen gir tilskudd til læringsnettverk for bedre pasientforløp for eldre og kronisk syke. Aktuelle tiltak som kan vurderes vil være systematiske etterkontroller etter tilpasning av høreapparat og ulike lærings- og mestringstilbud, prøveprosjekt med audiografer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og økt bruk av ambulerende audiografer fra spesialisthelsetjenesten. For å kunne gi et godt tilbud av helse- og omsorgstjenester til hørsels- og synshemmede, må kommunene vurdere behov for personell med fagspesifikk kompetanse. Samarbeid med brukerorganisasjoner kan bidra til å heve kvaliteten i tjenestene. Tilskudd til likepersonsarbeid foreslås videreført i 2018.

Post 70 Spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i medhold av folketrygdloven § 5-4, jf. omtale under kap. 2755, post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

Regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra regionale helseforetak, trygderefusjoner og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel

betale egenandel. Det skal ikke betales egenandel ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- behandling av barn under 16 år og ved psykoterapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år.
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette går fram av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

Tabell 4.15 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2015–2018 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
Kap. 2711, post 70	1 795	1 859	1 920	1 978
Volumvekst (anslag)	2,6 %	2,7 %	3 %	3 %

De regnskapsførte utgiftene økte med 64 mill. kroner fra 2015 til 2016, tilsvarende 3,6 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 2,7 pst. av veksten i 2016. Takstoppgjøret våren 2017 økte honorartakstene med vel 1,6 pst. Volumveksten i både 2017 og 2018 er anslått til om lag 3 pst. Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2017 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2018.

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 4.16 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2015–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Endring
Psykologer med avtale	229,7	240,4	4,7 %
Psykologer uten avtale	29,3	34,9	19,1 %
Avsetning til fond	1,7	0,9	-47 %
Sum kap. 2711, post 71	260,6	276,2	6 %

De regnskapsførte utgiftene til privatpraktiserende psykologer økte med 16 mill. kroner til 276 mill. kroner i 2016, eller med 6 pst. Utgiftsveksten i 2016 skyldes bl.a. takstoppgjøret i 2016, som ga et påslag på takstene på 2,7 pst. og en anslått volumvekst på 4,6 pst.

Tabell 4.17 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2015–2018 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
Kap. 2711, post 71	260,6	276,2	287,0	298,6
Volumvekst (anslag)	3,9 %	4,6 %	4 %	4 %

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2017 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2018.

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. 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 4.18 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2015–2018 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
Kap. 2711, post 72	2 330	2 341	2 507	2 417
Volumvekst (anslag)	8,5 %	1,8 %	3 %	3%

Fra 2015 til 2016 økte trygdens utgifter til stønad til tannbehandling med 11 mill. kroner, svarende til 0,5 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 168 mill. kroner til 197 mill. kroner, dvs. en økning med 17 pst. Ingen prisjustering av takster fra 2015 til 2016 i kombinasjon med omdisponering til andre prioriterte oppgaver innenfor tannhelsefeltet finansiert over kap. 770, kan langt på vei forklare den lave veksten i utbetalingene på 0,5 pst. fra 2015 til 2016. Utgiftsveksten per 1. juli 2017 er om lag 2 pst.

Takster for undersøkelse og behandling er ikke prisjustert siden 2014. I perioden 2014 til 2017 har prisene i det private tannlegemarkedet i gjennomsnitt økt med 2,6 pst. for de mest vanlige behandlingsformer. Dette iht. tannlegenes oppgitte priser på www.hvakostertannlegen.no. Det er grunn til å anta at fravær av prisjustering for de statlige takster, som ligger til grunn for folketrygdens stønadsordninger, har bidratt til denne begrensede prisveksten.

Takstene for stønad til tannbehandling fra folketrygden økes generelt med om lag 1,7 pst. i 2018. Dette er noe lavere enn forventet pris- og kostnadsvekst, og innebærer en innsparing for folketrygden på om lag 25,7 mill. kroner. Dette bidrar til at de statlige takstene ikke virker prisdrivende i markedet. Takstbeløpene for stønad til implantater, kroner og broer er betydelig høyere enn tilsvarende statlige takster i Sverige. Takstene ved slike behandlinger foreslås redusert ytterligere med 6 mill. kroner. Videre foreslås takster for framstilling av gipsmodeller (takst 702 Studiemodell, per kjeve, og takst 703 Soklet artikulerende modell, per sett) redusert med til sammen 10,2 mill. kroner. Ny teknologi kan erstatte slike arbeidsoperasjoner på en mer kostnadseffektiv og billigere måte.

Det foreslås presiseringer i vilkårene for stønadsordningen til tannbehandling for personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne. Praktiseringen av stønadsordningen har gått langt ut over det som har vært de forutsatte vilkår i regelverket for stønad. Presiseringen vil gjøre det mer tydelig hvilke tilstander som faller/ikke faller inn under ordningen, og dermed gjøre det mer forutsigbart for tannlegene og for pasientene. Slike presiseringer vil også forenkle Helfo sine kontroller av tannlegenes bruk av stønadsordningen. Det anslås at presiseringen av vilkårene vil

medføre en innsparing for folketrygden på om lag 30 mill. kroner. Samtidig foreslås det å styrke fylkeskommunenes tilbud til tortur- og overgrepsofre og til personer med odontofobi (stor angst for tannbehandling) med til sammen 10 mill. kroner. Dette vil også gi en bedre styring med bruken av midlene overfor målgruppen.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling pga. sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier og røntgeninstitutt ytes etter fastsatt regelverk.

Det er en målsetting at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Etter folketrygdloven § 5-5 ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Det kan likevel kreves trygderefusjon utover de ev. volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor.

Undersøkelser ved røntgeninstitutt må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Tabell 4.19 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2015–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Endring
Laboratorium	514	580	12,8 %
Røntgen	285	277	-2,8 %
Sum kap. 2711, post 76	799	857	7,3 %

Utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte med 58 mill. kroner, eller 7,3 pst. i 2016. Refusjonene for private laboratorier og røntgeninstitutt ble prisjustert med 0,8 pst. fra 1. januar 2017. Justeringen innebar en underregulering sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, tilsvarende 14 mill. kroner, som følge av en sterk og vedvarende vekst over flere år.

De aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet justeres med i gjennomsnitt om lag 1 pst. i 2018. Dette er noe lavere enn forventet pris- og kostnadsvekst på 2,7 pst. Underreguleringen må ses på bakgrunn av ønsket om å stimulere til økt effektivisering av laboratorie- og radiologiområdet.

Det ble i Prop. 1 S (2016–2017) varslet at det ble tatt sikte på å legge om finansieringssystemet for laboratorieanalyser fra 2018. Laboratorieanalyser fra ekstern rekvirent og polikliniske pasienter ved sykehusene gjennomføres av både offentlige laboratorier (sykehuslaboratorier og Folkehelseinstituttet) og private laboratorier som har avtale med regionalt helseforetak. Finansieringen av analysene skjer gjennom en kombinasjon av refusjonstakster og rammefinansiering (offentlige laboratorier) eller kjøpsbetaling (private laboratorier). Det er lite innslag av egenandeler. Av historiske årsaker er det forskjellige takstsystemer for offentlige (kap. 732, post 77) og private laboratorier (folketrygden, kap. 2711, post 76). Helsedirektoratet har laget et nytt refusjonssystem, som vil bli satt i verk fra 1. januar 2018. Refusjonssystemet er bygget opp med grunnlag i koder fra Norsk Laboratoriekodeverk som inneholder knapt 8000 analysekoder. Analysekodene samles i et mindre sett refusjonskategorier (jf. DRG-systemet). Omleggingen vil ikke omfatte fagområdet patologi. Det tas sikte på å inkludere patologi i det nye refusjonssystemet fra 2019. Laboratorierefusjon til både offentlige og private laboratorier utbetales fortløpende av Helfo. Det er en forutsetning at systemomleggingen i 2018 skal være budsjettnøytral både for kap. 732, post 77, og for kap. 2711, post 76. Helsedirektoratet vil følge utviklingen. Dersom forutsetningen om budsjettnøytralitet ikke blir oppfylt, vil det være aktuelt å justere enhetsprisen i forhold til det som er lagt til grunn for 2018. En slik justering vil kunne skje fortløpende gjennom året.

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
2751	Legemidler mv.	11 864 916	12 149 400	12 186 500	0,3
2752	Refusjon av egenbetaling	4 764 548	6 067 600	6 187 700	2,0
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	7 276 583	6 763 000	6 918 800	2,3
2756	Andre helsetjenester	625 413	680 000	723 000	6,3
	Sum kategori 30.50	24 531 460	25 660 000	26 016 000	1,4

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
60–69	Overføringer til kommune-forvaltningen	347 927	370 000	380 000	2,7
70–89	Andre overføringer	24 183 533	25 290 000	25 636 000	1,4
	Sum kategori 30.50	24 531 460	25 660 000	26 016 000	1,4

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
70	Legemidler	10 010 386	10 139 900	10 162 200
71	Legeerklæringer	5 669	6 000	6 000
72	Medisinsk forbruksmateriell	1 848 861	2 003 500	2 018 300
	Sum kap. 2751	11 864 916	12 149 400	12 186 500

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

– Helseforetakene får ansvar for finansiering av legemidler til behandling av alvorlig astma, legemidler til behandling av mastocytose, legemidler til behandling av hiv og hepatitt B og gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C. Bevilgningen reduseres med 786 mill. kroner og budsjettmidlene overføres til de regionale helseforetakene.

- Helseforetakene fikk fra 1. mai 2017 finansieringsansvaret for en gruppe kreftlegemidler. 292 mill. kroner knyttet til helårseffekt av ansvarsoverføringen overføres fra 2018 til kap. 732, postene 72–75.
- Bevilgningen reduseres med 35 mill. kroner knyttet til innsparing ved endring i apotekavanse.
- Bevilgningen økes med 3,2 mill. kroner knyttet til innlemming av fire forordninger om legemidler til barn i norsk rett.

Ut over forhold nevnt ovenfor anslås utgiftene til legemidler og medisinsk forbruksmateriell å øke reelt med om lag 1,2 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2017, hvor av om lag 160 mill. kroner skyldes netto økt anslag etter saldert budsjett.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Bevilgningen dekker også honorar til leger som fyller ut søknad om individuell refusjon av legemidler på blå resept på vegne av pasienter.

Post 70 Legemidler

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsakelig etter blåreseptordningen, jf. folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften. Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig 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 inntrer 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.

Endringer i blåreseptforskriften og legemiddelforskriften og heving av fullmaktsgrense for innvilgelse av forhåndsgodkjent refusjon for legemidler

Statens legemiddelverk fatter vedtak i saker om forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel. Departementet er klageinstans.

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). Endringene innebærer bl.a. at forhåndsgodkjent refusjon kan innvilges uten Stortingets samtykke, dersom det ikke vil lede til en vekst i utgifter til legemidler for folketrygden som overstiger 100 mill. kroner i minst ett av de første fem årene etter refusjonsvedtak, jf. legemiddelforskriften § 14-7. Denne grensen for framtidig utgiftsvekst omtales som fullmaktsgrensen.

I behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste sluttet Stortinget seg til forslaget om at bagatellgrensen skulle endre navn til fullmaktsgrense og heves til 100 mill. kroner, jf. Innst. 57 S (2016–2017). Samtidig med økningen av fullmaktsgrensen innføres det en ordning med krav til metodevurdering for alle nye legemidler innenfor blåreseptordningen. Dette vil si at det ikke kan ytes individuell stønad til nye legemidler som ikke er metodevurdert. Heving av fullmaktsgrensen for legemidler er en forutsetning for at de foreslåtte endringene i finansieringsordningene på folketrygden kan gjennomføres, uten at det i praksis hindrer rask tilgang til effektive legemidler.

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel i 2017 på 39 pst., men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept.

Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8.

Alderspensjonister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt for å betale egenandel på blå resept, hvis de får utbetalt en årlig pensjon som ikke overstiger minste pensjonsnivå. Også alders- og AFP-pensjonister som mottar særtillegg er fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Videre er uføretrygdede med minsteytelse, tilsvarende 2,48 ganger grunnbeløpet for enslige eller 2,28 ganger grunnbeløpet for gifte/samboende, fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Dette gjelder også for uføretrygdede der vedkommende før 2015 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 poliklinisk konsultasjoner, pasientreiser samt legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samlet ikke skal overstige 2205 kroner i 2017.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler på blå resept i 2016, over kap. 2751, post 70, var 10 mrd. kroner, en nedgang på 1,4 pst. fra 2015. Dette skyldes at trygden ble redusert med 1 211,5 mill. kroner pga. ansvarsoverføring til de regionale helseforetakene. Hvis egenandeler dekket av frikort tas med, var utgiftene 11,1 mrd. kroner i 2016. Det vises til nærmere omtale i del III 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Tabell 4.20 Folketrygdens utgifter til legemidler de siste fem årene (mill. kroner)

År	Utgifter	Endring	Endring i pst.
2012	8 081	391	5,1 %
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 %

Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2016 behandlet Legemiddelverket 92 søknader om forhåndsgodkjent refusjon etter § 2, hvorav 86 fikk innvilget refusjon eller endrede refusjonsbetingelser. 26 av søknadene gjaldt nye virkestoff, ny indikasjon eller ny formulering. I 20 av disse sakene ble det innvilget forhåndsgodkjent refusjon.

Overføring av legemidler til de regionale helseforetakene

Finansieringsansvaret for en gruppe kreftlegemidler ble overført til de regionale helseforetakene fra 1. mai 2017. 292 mill. kroner knyttet til helårseffekt av ansvarsoverføringen i 2017 overføres fra 2018 til kap. 732, postene 72–75.

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. 129 S (2016–2017) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017, jf. Innst. 401 S (2016–2017), ble det varslet at finansieringsansvaret vurderes overført for gjenværende legemidler i noen legemiddelgrupper/terapiområder der finansieringsansvaret allerede er overført, samt for terapiområder der det forventes nye legemidler som kan føre til konkurranse. Sistnevnte gruppe omfatter legemidler til behandling av hiv, hepatitt B, alvorlig astma og mastocytose (sjelden blodsykdom). Med henvisning til Prop. 129 S (2016–2017) foreslås det at de regionale helseforetakene, fra 1. januar 2018 får overført finansieringsansvaret for legemidler til behandling av alvorlig astma og legemidler til behandling av mastocytose. Fra samme dato foreslås videre en overføring av finansieringsansvaret for legemidler til behandling av hiv og hepatitt B, samt gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C, jf. omtale under kap. 732. Utgiftene til legemidler under folketrygden reduseres som følge av dette med 786 mill. kroner.

Apotekavanse

I Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen ble det varslet at regjeringen vil foreta en gjennomgang og vurdering av trinnprisordningen og apotekenes avanse i løpet av 2016. Statens legemiddelverk fikk i oppdrag å gjennomføre dette og leverte rapport til departementet 1. desember 2016. Følgende tiltak ble anbefalt:

- Oppheve gevinstdelingsmodellen
- Innføre minstepris for legemidler i trinnprissystemet på 50 kroner
- Justere apotekenes avansemodell ved å øke kronetillegget og redusere prosenttillegget, samt innføre et kjølevaretillegg

Oppheving av gevinstdelingsmodellen

Apotek er iht. legemiddelforskriften § 12-3 annet ledd forpliktet til å dele gevinst med sluttkunden ved rabatter på apotekenes maksimale innkjøpspris. Etter innføring av trinnprissystemet og etablering av integrerte apotek- og grossistkjeder, er denne bestemmelsen av liten betydning. I praksis representerer bestemmelsen en konkurranseulempe for selvstendige apotek som ikke har mulighet for å ta ut rabatten i grossistleddet. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at

bestemmelsen oppheves. Det anslås at tiltaket gir økte utgifter for folketrygden på 5 mill. kroner.

Innføring av minstepris på legemidler i trinnprissystemet

Det er i dag ingen formalisert minstepris på legemidler i trinnprissystemet. Trinnprismodellens innretning innebærer at små pakninger i dag kan få svært lav pris (ned mot 35 kroner). De lave prisene på flere småpakninger med trinnpris utgjør en risiko for at slike pakninger ikke markedsføres i Norge. Det kan føre til unødvendig bruk av store pakninger. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at det innføres en minstepris på 50 kroner. Det anslås at tiltaket ikke gir økte utgifter for folketrygden.

Endret apotekavanse – økt kronetillegg, redusert prosenttillegg, innføring av kjøletillegg

Apotekenes avanse ved salg av reseptpliktige varer er i dag 25 kroner tillagt et prosentpåslag på innkjøpsprisen (7 pst. for innkjøpspris inntil 200 kroner og 2,25 pst. over 200 kroner). Kostnadene ved resepthåndtering og ekspedering i apoteket avhenger ikke av legemidlets utsalgspris og prosenttillegget har derfor over tid blitt redusert mens kronetillegg har blitt økt. Det foreslås en ytterligere dreining i denne retningen med et kronetillegg på 29 kroner og et prosentpåslag på 2,25 pst. uavhengig av innkjøpspris. Det foreslås samtidig å innføre et ekstra tillegg for kjølevarer på 0,5 pst. Dette er primært begrunnet i økt risiko for kassasjon av kjølevarer i apotek. Tiltaket er anslått å gi en samlet innsparing for staten (legemidler på blåresept og h-resept) på 42 mill. kroner. Innsparingen fordeler seg med 7 mill. kroner på h-resept, som trekkes inn ved å redusere basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, og 35 mill. kroner på trygden. Tiltaket gir noe økt pasientbetaling, fordi legemidler på hvit resept ofte er billige legemidler.

EU-forordninger om legemidler til barn

EØS-komiteen besluttet 5. mai 2017 å innlemme fire forordninger om legemidler til barn (pediatriforordningen) i EØS-avtalen. Dette er fulgt opp med lov- og forskriftsendringer i legemiddel- og patentlovgivningen.

Formålet med det nye regelverket om legemidler til barn er å sikre bedre dokumentasjon av sikkerhet og effekt og å øke tilgjengeligheten av legemidler spesielt beregnet på barn. Dette gjøres ved å sikre at barn blir tatt med i utviklingsprogrammet for nye legemidler og at tilgjengelig informasjon blir kvalitetssikret. For å styrke insentivene til slik utvikling ble det samtidig vedtatt regler der patenthaveren fikk rett til seks måneders forlengelse av beskyttelsestiden for legemidler der det er gjennomført en godkjent plan for utprøving til barn.

Seks måneders forlengelse av det supplerende beskyttelsessertifikatet for legemidler som er utprøvd på barn vil utsette tidspunktet for generisk konkurranse og prisnedgang for disse legemidlene. Utsatt introduksjon av generisk konkurranse innebærer at mulig innsparing for folketrygden, sykehus og pasienter utsettes tilsvarende.

Ut fra tilgjengelig informasjon om mulige legemidler som kan få forlenget patent i 2018, er det anslått en kostnad for folketrygden, knyttet til innlemming av EU-forordningen, på 3,2 mill. kroner i 2018.

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 5,7 mill. kroner i 2016, mot 6 mill. kroner i 2015.

Post 72 Medisinsk forbruksmateriell

Bevilgningen omfatter utgifter til visse typer medisinsk forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens (urinlekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir solgt gjennom apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislistene 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 inn-

hold, 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 1 849 mill. kroner i 2016, mot 1 901 mill. kroner i 2015. Inklusive frikort var utgiftene 2 079 mill. kroner.

Avansen for stomiprodukter er høy sammenliknet med andre produktområder. Det foreslås på denne bakgrunn å redusere avansen på stomiprodukter fra 40 pst. til hhv. 25 pst. for hjelpemateriell og 37 pst. for andre stomiprodukter. Dette anslås å gi en årlig innsparing på om lag 21,7 mill. kroner.

Hjelpemateriellet er hovedsakelig produkter som benyttes i tillegg til hovedproduktene. Det er mange av produktene oppført som hjelpemateriell som kan benyttes til flere tilstander enn stomi da mange av produktene er mer generelle produkter som kompresser, hudfilm, barrierekremer og bandasjemateriell. Slike produkter har en avanse på 25 pst. for enkelte andre hjemmelspunkt.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
70	Egenandelstak 1	4 597 432	5 000 000	5 098 200
71	Egenandelstak 2	167 116	1 067 600	1 089 500
	Sum kap. 2752	4 764 548	6 067 600	6 187 700

Det foreslås å:

- øke egenandelstak 1 med 53 kroner fra 2205 kroner til 2258 kroner.
- øke egenandelstak 2 med 35 kroner fra 1990 kroner til 2025 kroner.
- øke egenandelene for lege-, psykolog-, og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser med 1,8 pst. Egenandelen for pasientreiser og opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli som svarer til en økning på knapt 0,9 pst. for året under ett.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til egenandelstak 1 og egenandelstak 2 etter folketrygdlovens kapittel 5.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet.

Det er Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, som har ansvaret for frikortordningene.

Det er innført en generell bagatellgrense for alle utbetalinger etter folketrygdloven kapittel 5 (helserefusjonsområdet). Stønader som utgjør mindre enn 200 kroner blir ikke utbetalt. Tilgodehavende beløp kan slås sammen og utbetales dersom de til sammen overstiger bagatellgrensen på 200 kroner. Retten til å kreve sammenslåing gjelder også på tvers av de ulike refusjonsområdene under kapittel 5.

Anmodningsvedtak

Nr. 108.51 (2016–2017), 5. desember 2016:

> «Stortinget ber regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2018 komme med en vurdering av å slå sammen egenandelstak 1 og egenandelstak 2 til et felles egenandelstak med en øvre ramme på 3000 kroner.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 1 (2016–2017) og Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017).

En sammenslåing av egenandelstakene vil påvirke antall frikort og utgiftsfordelingen av egenandelsutgiftene. Dersom nytt tak blir satt til 3000 kroner har Helsedirektoratet anslått besparelsen for folketrygden til om lag 230 mill. kroner i forhold til dagens utgifter ved egenandelstak 1 og 2. Det er i dette anslaget ikke tatt hensyn til ev. atferdsendringer og anslaget er usikkert.

En sammenslåing av frikort egenandelstak 1 og 2 vil føre til at noen brukere får merutgifter, noen får mindre utgifter, mens andre ikke vil få endrede utgifter til egenandeler. Tabell 4.21 under viser hvordan endringene fordeler seg gitt et sam-

menslått frikorttak på 3000 kroner mot dagens ordning med to egenandelstak.

Som det går fram av tabellen, er den største gruppen de som ikke vil få økte utgifter. Dette er personer som med dagens ordning verken har frikort egenandelstak 1 eller 2, og som heller ikke vil få frikort i ny ordning. Gruppen består av 2,2 millioner personer. Gruppen som vil få høyere utgifter er personer som i dag har frikort, og totalt betaler under 3000 kroner i egenandeler. Med ny ordning vil disse måtte betale 3000 kroner for å nå opp i frikortgrensen. Gruppen består av 1 million personer. De som vil få lavere utgifter av sammenslåingen er personer som har frikort i begge ordningene, eller totalt har betalt over 3000 kroner i egenandeler i begge ordningene. Gruppen består av 400 000 personer.

Tabellen viser at en sammenslåing vil gi mindre utgifter til kun en liten andel av de 3,6 millioner som betalte egenandeler i 2016. Tabellen viser også at maksimal økt utgift for de som må betale mer vil bli 1010 kroner (3000–1990 kroner på egenandelstak 2). Dette vil omfatte om lag 1 millioner personer. Om lag 400 000 personer vil få en mindre utgift på maksimalt 1195 kroner (4195 kroner (2205 kroner (tak 1) + 1990 kroner (tak 2) – 3000 kroner)).

Tabell 4.21 Pasientens endrede utgifter (frikorttak 3000 kroner)

Pasientens utgifter	Antall pasienter	Prosent-andel	Maks endret utgift	Pasient sum mer-utgifter mill. kr	Pasient gjennomsnitt merutgift
Mindreutgifter	380 078	10 %	-1 195	-325,9	-857
Uendret utgift	2 190 033	61 %	-	-	-
Merutgift	1 039 514	29 %	1 010	672,3	647

Personer som tidligere var omfattet av sykdomslisten for fysioterapi og som kun har egenandeler til fysioterapi og ingen eller lave tak 1-utgifter, vil med en sammenslåing av takene få høyere utgifter.

Av personer som får mindre utgifter ved en sammenslåing er 36 pst. menn og 64 pst. kvinner. 78 pst. av de som får lavere utgift hadde frikort egenandelstak 1 i 2016.

Av personer om får merutgifter ved en sammenslåing er 46 pst. menn og 54 pst. kvinner. 91 pst. av de som får en merutgift hadde frikort egenandelstak 1 i 2016.

Av personer som får uendrede utgifter er 50 pst. menn og 50 pst. kvinner. Ingen av de som får uendrede utgifter hadde frikort egenandelstak 1 i 2016.

Tabell 1.3 illustrerer hvem som påvirkes av sammenslåingen.

Tabell 4.22 Hvilke pasienter som påvirkes av sammenslått tak

	Pasient har tak 2-frikort	Pasient har ikke tak 2-frikort
Pasient har tak 1-frikort	Denne gruppen vil tjene på sammenslåing.	De fleste som har frikort tak 1 har ingen egenandeler under tak 2, og vil tape på sammenslåing.
Pasient har ikke tak 1-frikort	De aller fleste av de som har frikort tak 2, har egenandeler under tak 1. Hvis tak 1-egenandelene overstiger differansen mellom dagens tak 2 (1990 kroner) og nytt sammenslått tak, vil de tjene på sammenslåing.	Vil i hovedsak ikke bli berørt av sammenslåingen. Enkelte vil tjene på sammenslåing.

Forenklet kan en si at pasienter innenfor dagens tak 2-områder vil tjene på en sammenslåing av tak 1 og 2. Likeledes vil de fleste pasienter innenfor dagens tak 1-ordning tape på en sammenslåing av takene.

Det er ikke tatt hensyn til atferdsendring i de økonomiske anslagene. For flertallet, som i dag kun har frikort egenandelstak 1 og ikke har egenandeler innenfor tak 2, vil en sammenslåing gi høyere egenandelsutgifter. Et høyere egenandelstak vil kunne medføre redusert forbruk av tjenestene da befolkningen vil måtte finansiere en større andel av kostnadene selv.

Personer som får frikort egenandelstak 1 vil kunne oppsøke tjenestene under egenandelstak 2 i større grad hvis takene slås sammen. Det er imidlertid behov for henvisning og medisinske vurderinger for å utløse egenandel for behandlingsreiser til utlandet eller rehabiliteringsopphold. Når det gjelder fysioterapi har fysioterapeuten rolle som portvokter og vurderer og prioriterer behovet til sine pasienter. Det kan likevel ikke utelukkes at det vil bli økt etterspørsel etter fysioterapitjenester for personer som har egenandelsutgifter over et sammenslått tak. For tannbehandling er egenbetalingen høy i forhold til egenandelen. Det antas at dette medfører at innbyggerne ikke vil oppsøke tannbehandling mer enn helsefaglig nødvendig.

Da frikort egenandelstak 1 ble automatisert i 2010 medførte dette en betydelig økning av utgiftene. I hovedsak skyldtes dette et tidligere underforbruk i betydningen av at brukerne ikke hadde søkt om frikort, selv om de hadde utgifter til egenandeler ut over frikorttaket. Det er ikke grunnlag for å konkludere med at automatisering av egenandelstak 1 førte til atferdsendringer.

Hvis atferden blant pasientene endres som følge av sammenslåingen, vil ulike effekter kunne virke i ulik retning. De som bare har frikort tak 1 (flertallet) vil kunne få redusert forbruk av tak 1-tjenester som følge av økt tak, men vil samtidig kunne få økt forbruk av tak 2-tjenester. De som bare har tak 2-frikort vil kunne få redusert forbruk av tak 2-tjenester, men vil kunne få økt forbruk av tak 1-tjenester. Departementet har ikke grunnlag for å anslå størrelsen på de ulike effektene. I anslaget for besparelse for folketrygden er det ikke tatt hensyn til ev. atferdsendringer.

Egenandelsregisterforskriften gir ikke hjemmel til å koble egenandelsdata med andre registre slik at det kan gjøres analyser etter kjønn, alder, inntekt og egenandelsutgifter.

En ev. sammenslåing av egenandelstakene vil kreve tilpasninger i IKT-systemene som håndterer egenandeler og frikortordningene. Dette arbeidet vil senest måtte starte opp 1. april året før en ev. sammenslåing av takordningene kan settes i verk. Regjeringen anbefaler på bakgrunn av det ovenstående at ordningen med to egenandelstak videreføres i 2018.

Post 70 Egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, legemidler på blå resept og medisinsk forbruksmateriell samt pasientreiser. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

Fra 2017 er egenandelstaket 2205 kroner. Når utgiftstaket er nådd mottar brukeren automatisk et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret. De fleste refusjonskravene som går inn under egenandelstak 1 sendes nå inn elektronisk.

Det foreslås å øke egenandelstak 1 med 53 kroner fra 2205 kroner til 2258 kroner i 2018. Det foreslås også å øke egenandelene for lege-, psykolog-, og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser med 1,8 pst. Egenandelen for pasientreiser og opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli som svarer til en økning på knapt 0,9 pst. for året under ett.

Tabell 4.23 Utgifter dekket over egenandelstak 1 i 2015–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Endring
Legehjelp	2 158	2 413,9	11,9 %
Psykologhjelp	110,3	112,1	1,7 %
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 263	1 415,3	12,1 %
Pasientreiser	635,6	656,1	3,2 %
Sum kap. 2752, post 70	4 166,9	4 597,4	10,3 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 4 167 mill. kroner i 2015 til 4 597 mill. kroner i 2016, en økning på 10,3 pst.

I 2016 ble det utstedt 1 221 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen. De store egenandelsøkningene i 2016 sammen med uendret egenandelstak, resulterte i 81 000 flere frikort enn i 2015, en økning på 7,1 pst.

Tall fra Nav for 2015 viser at andelen av frikortkmottakere med alders- og uførepensjon er 54 pst. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket.

Det vises til omtale i del III 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Utførende helsepersonell

Det foreslås å flytte 0,4 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 knyttet til inkludering av nye helsepersonellgrupper i innsatsstyrt finansiering i 2018, og i grunnlaget for ordinær egenandel. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75, kap. 732, post 76, og kap. 732, post 77.

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 2017 er utgiftstaket 1990 kroner. Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 2.

Det foreslås å øke egenandelstak 2 med 35 kroner fra 1990 kroner til 2025 kroner i 2018. Det foreslås også å øke egenandelene for lege-, psykolog-, og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser med 1,8 pst. Egenandelen for pasientreiser og opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli som svarer til en økning på knapt 0,9 pst. for året under ett.

I 2016 mottok 45 170 frikort under egenandelstak 2. Dette er en økning på 0,7 pst.

Fra 2017 er det gjort flere endringer som påvirker egenandelstak 2-ordningen:

- Egenandelstak 2 automatisert. Det betyr at brukerne automatisk får tilsendt frikort i posten når egenandelstaket er passert.
- Egenandelstaket ble redusert med 680 kroner fra 2670 kroner i 2016 til 1990 kroner i 2017.
- Nedre aldersgrense for betaling av egenandeler som inngår i egenandelstak 2 ble økt fra 12 til 16 år.
- Sykdomslisten som gav fritak for egenandel ved fysioterapi ble avviklet.
- 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.

Som det går fram av Prop. 1 S (2016–2017) forventes en økning i antall frikortmottakere og utgifter på posten i 2017. I første halvår 2017 ble det

utstedt 155 000 frikort egenandelstak 2, og det ble utbetalt 318 mill. kroner i refusjon av egenandeler.

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tak 2 var 154 mill. kroner i 2015. I 2016 var utgiftene 166 mill. kroner, en økning på 7,8 pst.

Det vises til omtale i del III 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 342 (2016–2017), 19. desember 2016:

> «Stortinget ber regjeringen vurdere hvilke konsekvenser avviklingen av diagnoselisten får for studenter og pasienter med lav inntekt kombinert med kronisk sykdom, og komme tilbake til Stortinget med denne vurderingen i forbindelse med Prop. 1 S (2017–2018).»

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

De fleste studenter er i aldersgruppen 19–26 år. Tallgrunnlaget viser følgende for aldersgruppen 19–26 år:

- om lag 50 pst. av frikortmottakerne har fysioterapiegenandeler.
- økt bruk av fysioterapi i 2017 i forhold til 2016, både i antall personer og i antall behandlinger.
- for fysioterapibrukere med utvalgte diagnoser er det mindre reduksjon i antall behandlinger enn for de øvrige gruppene.
- en del studenter har tilbud om/ev. subsidiert helsetjeneste gjennom studentsamskipnader.

I tilgjengelig materiale kan det ikke identifiseres personer med lav inntekt eller kronisk sykdom. Det antas at aldersgruppen 67 år og over har lavere inntekt enn aldersgruppen 26–67 år og har størst andel av alle aldersgrupper med kronisk sykdom. I aldersgruppen 67 år og over er det:

- en reduksjon i bruk av fysioterapi i 2017 i forhold til 2016.
- for tidligere sykdomslistepasienter mindre nedgang i bruk av fysioterapi enn for andre aldersgrupper.

Informasjonsgrunnlaget for å vurdere konsekvensene av å avvikle diagnoselisten for de gruppene det spørres om er begrenset. Det er ikke hjemmel for å koble personidentifiserbare data fra egenandelsregistertet og Kuhr (Kontroll og utbetaling av helserefusjon). Derfor kan man ikke se på frikortutvikling for tidligere sykdomslistepasienter på individnivå. På grunn av manglende hjemmel er det heller ikke mulig å gjøre koblinger mot inntektsstatistikk, pensjonsytelser mv.

Tabell 1.5 viser frikortmottakerne fordelt på alder. I aldersgruppen 16–18 år er det kun unntaksvis at bruker ikke har fysioterapiegenandeler. I aldersgruppen 19–26 år er det imidlertid kun om lag 50 pst. av frikortene som har fysioterapiegenandeler. Dette har sammenheng med at man i denne gruppen har mange som når taket som følge av fjerning av visdomstenner og oppstart av betaling for tannbehandling f.o.m. fylte 18 år.

Tabell 4.24 Antall borgere med frikort fordelt på alder og om frikort inneholder fysioterapiegenandeler

	16–18 år	19–26 år	27–66 år	67 år+	Til sammen
Frikort	822	6 394	92 744	55 342	155 302
Med fysioterapi	787	3 276	72 683	48 461	125 207

Brukere som tidligere var fritatt for egenandel pga. sykdomslista, må fra 1. januar 2017 betale egenandeler opp til taket på 1990 kroner. En stor andel av fysioterapibrukerne har også utgifter til egenandeler under egenandelstak 1 kroner. Siden begge ordningene følger kalenderåret, får disse brukerne en opphopning av utgifter i begynnelsen av året, begrenset oppad til 4195 kroner (2205 kroner (tak 1) + 1990 kroner (tak 2)).

I årets første fem måneder var gjennomsnittlig egenandel per behandling for sykdomslistebrukere 162 kroner. Med én behandling per uke vil det ta om lag 13 uker å nå egenandelstaket, mens det med to behandlinger per uke, vil ta om lag 6,5 uker før taket på 1990 kroner er nådd. I disse ukene vil brukerne ha en utgift på om lag 320 kroner hver uke til fysioterapibehandling.

I de fem første månedene i 2016 var det en økning i antall fysioterapibrukere på 0,9 pst. og en reduksjon i antall regninger på 2,5 pst. Gjennomsnittlig antall regninger per pasient gikk ned fra 12,9 til 12,4. Fordeling på alder viser at det er en reduksjon både i antall brukere og antall regninger for ungdom 16–18 år og for brukere over 67

år, mens det er en økning både i antall brukere og antall regninger for brukere i aldersgruppene 19–26 år og 27–66 år. Samlet sett er det små endringer fra 2016 til 2017, men det er en klar tendens at behandlingsvolumet for aldersgruppene 16–18 år og 67+ går ned, mens det er en økning for de øvrige gruppene, og da særlig i aldersgruppen 19–26.

Tabell 4.25 Utvikling i forbruk for sykdsomslistebrukere i perioden januar–mai 2016 som også mottok behandling i samme periode i 2017.

	Jan–mai 2016 (antall brukere)	Jan–mai 2016 (antall regninger)	Jan–mai 2017 (antall regninger)	Endring	Jan–mai 2016 (antall regninger per bruker)	Jan–mai 2017 (antall regninger per bruker)
16–18 år	777	11 295	9 657	-14,5 %	14,5	12,4
19–26 år	2 176	35 644	30 937	-13,2 %	16,4	14,2
27–66 år	51 771	981 683	882 176	-10,1 %	19,0	17,0
67+	41 447	829 061	758 267	-8,5 %	20,0	18,3
Sum	96 171	1 857 683	1 681 037	-9,5 %	19,3	17,5
Gjennomsnitt per bruker		19,3	17,5	-9,5 %		

Antall sykdomslistebrukere første fem måneder i 2016 var 184 268. Dette utgjør 60 pst. av totalt antall fysioterapibrukere i samme periode. Av disse var det 96 171 som også mottok behandling i første fem måneder i 2017, dvs. 52 pst. Disse hadde i gjennomsnitt 19,3 regninger første fem måneder i 2016. I tilsvarende periode i 2017 utløste de samme brukerne i snitt 17,5 regninger. Dette er en reduksjon i antall regninger på 9,5 pst. Til sammenlikning utløste de 88 097 som ikke mottok behandling også i 2017 i gjennomsnitt 12,4 regninger første fem måneder i 2016.

For fysioterapibrukere med utvalgte diagnoser er gjennomsnittlig antall regninger per bruker redusert fra 20,6 behandlinger første fem måneder i 2016 til 18,8 regninger i samme periode i 2017. Det er en reduksjon på 8,9 pst. i antall regninger fra samme periode året før. Det er en nedgang i antall regninger for alle aldersgrupper, men nedgangen er klart størst i aldersgruppen 16–18 år. Gruppen 19–26 år skiller seg ut med en mindre reduksjon i antall behandlinger enn de øvrige gruppene.

Ut fra dette materialet ser det ut til avvikling av sykdomslista har medført noe redusert forbruk av fysioterapitjenester blant tidligere sykdomslistebrukere.

Det kan være ulike årsaker til at personer som fikk behandling i 2016 ikke har fått det i 2017. Den mest sannsynlige årsaken er at disse er ferdigbehandlet. Andre årsaker kan være dårlig økonomi, innleggelse i institusjon, død, manglende behandlingstilbud mv. Det er ikke grunnlag for å trekke konklusjon om i hvilken grad økonomi har vært avgjørende for at brukere avstår fra eller får mindre behandling.

Avvikling av sykdomslista og redusert egenandelstak 2 har bidratt til å redusere forskjellen i antall regninger per behandling mellom tidligere sykdomslistebrukere og de som har betalt egenandel. Dette var en forventet endring.

Det er lagt til grunn at studenter i hovedsak befinner seg i aldersgruppen 19–26 år. Undersøkelsen viser at andelen brukere i denne aldersgruppen er lav. Det var 15 067 brukere som fikk behandling i denne gruppen i første fem måneder i 2016, men dette økte til 16 301 i samme periode i 2017.

En del studenter får behandling av andre enn avtalefysioterapeuter. Mange studentsamskipnader har ordninger som gjør at studentene får støtte til å dekke helseutgifter. De ulike studentsamskipnadene har imidlertid ulike ordninger med tanke på hva de dekker og hvordan. Studentens utgifter til helsetjenester påvirkes av hvilken studentsamskipnad de er en del av.

Tallgrunnlaget for analysen er kun fem måneder, og tendensen i retning av redusert behandlingsvolum kan bli motvirket av endret forbruk når pasientene mottar frikort. Det er derfor for tidlig å trekke endelige konklusjoner om konsekvenser for forbruk på bakgrunn av tall fra første fem måneder etter at ny ordning trådte i kraft. Det er nødvendig med data for et helt kalenderår for å kunne gjøre bedre sammenlikninger knyttet til

tidligere års forbruk. Det vil uansett være vanskelig å måle om en endring av forbruket skyldes økonomi eller andre forhold.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	347 927	370 000	380 000
70	Allmennlegehjelp	4 621 657	4 845 000	4 996 000
71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 973 807	1 195 000	1 161 800
72	Jordmorhjelp	57 025	61 000	62 000
73	Kiropraktorbehandling	144 913	150 000	157 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	131 254	142 000	162 000
	Sum kap. 2755	7 276 583	6 763 000	6 918 800

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdlovens kapittel 5.

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner fra kap. 2755, post 72, Jordmorhjelp til kap. 732 Regionale helseforetak, knyttet til honorering av jordmødres beredskap for følgetjeneste og ansvaret for fødsel under transport.

Post 62 Fastlønnsordning fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fysioterapeuter (fastlønte fysioterapeuter). Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må sees i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for 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 fysioterapitjenesten mer fleksibel for de mindre kommunene og beholde kvalifisert personell, er det sendt på høring et forslag om å endre vilkår for fastlønnstilskudd. Det vises til omtale på kap. 762.

Ved avvikling av sykdomslisten (diagnoselisten) vil kommunene få økte egenandelsinntekter fra pasienter som ansatte fysioterapeuter behandler. Det vises til omtale under post 71.

Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2017 ble fastlønnstilskuddet økt til 197 400 kroner for 2017. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 348 mill. kroner i 2016, mot 329 mill. kroner i 2015, en økning på 5,8 pst. Utgiftsøkningen har sammenheng med en økning i antall fastlønte fysioterapiårsverk i kommunene og økninger i fastlønnstilskuddet de siste årene.

Det vises til nærmere omtale under del III 7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester og 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Post 70 Allmennlegehjelp

Bevilgningen dekker utgifter til undersøkelse og behandling hos lege etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene.

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over

kommunenes frie inntekter. Legevakttjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Takstene fastsettes i forhandlinger mellom staten, regionale helseforetak, KS og Den norske legeforening.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- behandling av barn under 16 år.
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- første legeundersøkelse hos allmennlege, herunder fastlege og legevakt, i forbindelse med seksuelle overgrep.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Tabell 4.26 Utgifter til allmennlegehjelp 2015–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Endring
Fastleger mv.	3 823,7	3 901,8	2,0 %
Legevakt	518,4	531,4	2,5 %
Avsetning til fond	184,6	188,5	2,1 %
Sum kap. 2755, post 70	4 526,7	4 621,7	2,1 %

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 4 527 mill. kroner i 2015 til 4 622 mill. kroner i 2016, 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 endres, f.eks. gjennom flere konsultasjoner som følge av flere fastleger/innbyggere eller særskilte situasjoner som pandemisk influensa mv. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Tabell 4.27 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2015–2018 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2016	Forslag 2017
Sum kap. 2755, post 70	4 527	4 622	4 845	4 896
Volumvekst (anslag)	2,8 %	0,6 %	3 %	3 %

Utgiftsveksten i 2016 skyldes en antatt volumvekst på om lag 0,6 pst., samt en økning i refusjonene til allmennleger som følge av takstforhandlingene om normaltariffen for leger.

Utgiftsveksten i 2017 skyldes en antatt volumvekst på om lag 3 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2018 en volumvekst i allmennlegetjenesten på 3 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2016 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2017.

Det vises til nærmere omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste, del III 7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester og 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

I forbindelse med beslutningen om å innføre et krav om spesialisering for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten foreslås det å omprioritere 2,5 mill. kroner fra kap. 783, post 21. Bevilgningen skal kunne disponeres i forbindelse med takstforhandlingene med legene for å styrke utdanningsfond II, Den norske legeforenings fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning.

Post 71 Fysioterapi

Bevilgningen dekker utgifter til fysioterapi etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir hvilke former for fysioterapi det kan gis stønad til, og de medisinske vilkårene for stønad. Det er et vilkår for å utløse refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen. Fra 1. januar 2018 er det ikke lenger behov for henvisning ved behandling hos fysioterapeut. Det vises til omtale under kap. 762.

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. Med automatiseringen av egenandelstak 2 fra 1. januar 2017 ble det innført krav om at fysioterapeutene må sende egenandelsopplysninger elektronisk over linje.

Pasienten betaler selv differansen (egenandel) mellom fysioterapeutens honorar og folketrygdens refusjonsbeløp. Fra 1. januar ble sykdomslisten (diagnoselisten) som ga fritak for egenandeler for fysioterapibehandling i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. avviklet. Pasienter med diagnoser som står på denne listen må da betale egenandeler. Formålet med endringen er å legge til rette for mer rettferdig fordeling og best mulig utnyttelse av fysioterapiressursene. Samtidig ble aldersgrensen for fritak for egenandeler økt fra 12 til 16 år og egenandelstak 2 redusert med 680 kroner fra 2670 kroner til 1990 kroner.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62. Bevilgningene kan benyttes gjensidig under den andre posten.

Tabell 4.28 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2015–2016 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Endring
Fysioterapeuter med avtale	1 862,9	1 916,8	3,2 %
Fysioterapeuter uten avtale[1]	27,6	25,5	-22,8 %
Avsetning til fond	30,7	31,5	2,4 %
Sum kap. 2755, post 71	1 921,2	1 973,8	2,7 %

[1] Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 921 mill. kroner i 2015 og 1 974 mill. kroner i 2016, en økning på 2,7 pst. Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale må sees i sammenheng med at antall utdanningskandidater som utløser refusjon kan variere fra år til år. Dette kan gi svingninger i refusjonsutbetalingene. Utgiftsendring kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres f.eks. gjennom antall konsultasjoner og antall utøvere av tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre type konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2016 totalt 4806 fysioterapiårsverk. Dette innebærer en økning i antall årsverk fra 2015 på 2,5 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere er 9,1 årsverk, en økning på 0,1 pst. fra 2015. Det er innen områdene diagnose, behandling og rehabilitering, annet forebyggende arbeid og fysioterapi innen institusjoner for eldre og funksjonshemmede at økningen er størst. Etablering av frisklivssentraler i kommunene har bidratt til økningen i det forebyggende arbeidet. Fysioterapeuter knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser en vekst på 27 årsverk fra 2015.

Tabell 4.29 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2015–2018 (mill. kr)

	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
Sum kap. 2755, post 71	1 921,2	1 973,8	1 195,0	1 116,8
Volumvekst (anslag)	3,8 %	1,5 %	2 %	2 %

Kommunenes oppsplitting av driftstilskudd i små enheter med forutsetning om fulltidsarbeid har tidligere bidratt til økt aktivitet i tjenesten, men også en utilsiktet forskyvning av finansieringsansvaret over på folketrygden. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at av i alt 3329 avtalehjemler i 2016 var 52 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler. 42,2 pst. av avtalehjemlene var i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 5,8 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2015 viser dette at kommunene har løftet deltidshjemlene slik at det er større samsvar mellom faktisk arbeidsvolum og hjemmelsstørrelse, noe som er en ønsket utvikling. I utgangspunktet skal en avtalehjemmel for fysioterapeutene være i samsvar med det omfang fysioterapeuten arbeider. Kommunene skal kun utlyse en deltidshjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapitjeneste. Det er fortsatt for stort avvik mellom avtalehjemmel og arbeidsomfang. Det ble derfor ved fastsetting av takstene per 1. juli 2013, fastsatt at kommunene ikke kan inngå nye driftsavtaler med fysioterapeuter med et mindre volum enn 50 pst. av en fulltidsavtale, dvs. 18 timer per uke hvis det ikke er spesielle grunner til det. Dette er hjemlet i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m., hvor det også er forskriftsfestet at det skal være samsvar mellom driftshjemler og arbeidsomfang.

Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel mv., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen.

Det vises til nærmere omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste, del III 7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester og 8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester.

Post 72 Jordmorhjelp

Bevilgningen dekker utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskontroller i helsestasjon utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger.

Utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad.

Regionale helseforetak fikk ansvar for beredskap for følgetjeneste og for selve følgetjenesten fra 2010. Folketrygden har siden 2010 likevel dekket enkelte tjenester utført av jordmor. Ansvarsforholdene mellom folketrygden og de regionale helseforetakene skal nå tydeliggjøres. Honorering av jordmødres beredskap for følgetjeneste er kostnadsberegnet til knapt 0,6 mill. kroner. Dette er et ansvar de regionale helseforetakene har hatt siden 2010, men som folketrygden har honorert. Ansvaret for fødsel under transport skal overføres til de regionale helseforetakene. Dette honoreres av folketrygden og er kostnadsberegnet til vel 0,4 mill. kroner. 1 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 2755, post 72, til kap. 732 Regionale helseforetak. Det vil høsten 2017 bli sendt på høring endringer i forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp, der det også vil bli foreslått å innføre en ny takst for sekundærjordmor ved planlagt hjemmefødsel.

Det ytes engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon etter folketrygdloven § 5-13. Stønadssatsen er 2680 kroner og foreslås økt til 2750 kroner i 2018, som er en økning på 2,5 pst.

Utgiftene i 2016 var 57 mill. kroner, mot 55 mill. kroner i 2015, en økning på 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.

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 mottar pasientene stønad til 5,6 behandlinger per kalender år. Folketrygden yter et tilskudd til fond til videre- og etterutdanning av kiropraktorer tilsvarende 5 pst. av trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 144,9 mill. kroner i 2016 mot 141,6 mill. kroner i 2015, en økning på 2,3 pst. Antall kiropraktorer som hadde oppgjør med Helfo økte med 5,6 pst., fra 806 i 2015 til 851 i 2016. Det var en økning på 1,7 pst. i antall konsultasjoner fra 1,85 millioner i 2015 til 1,88 millioner i 2016. Det var en økning i bruk av takst for samhandlingsmøter med annet helse- og sosialfaglig personell på 3,2 pst. fra 2015 til 2016 og en økning i bruk av takst for telefonsamtaler/skriftlig kommunikasjon med annet personell på 13 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 2016 utbetalte folketrygden 124,1 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 7,2 mill. kroner til ortoptisk behandling.

De samlede utgiftene økte fra 122 mill. kroner i 2015 til 131,3 mill. kroner i 2016, en økning på 8 pst.

Kap. 2756 Andre helsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
70	Helsetjenester i annet EØS-land	20 512	25 000	23 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.	429 578	445 000	485 000
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	175 323	210 000	215 000
	Sum kap. 2756	625 413	680 000	723 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet mv. og til utenlandsboende mv. etter folketrygdlovens kapittel 5.

Refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land ble satt i verk i 2011. Ordningen gjelder helsehjelp EU-domstolen karakteriserer som ikke-sykehusbehandling og gir norske pasienter større valgfrihet mht. om de vil motta helsehjelp i Norge eller i andre EØS-land. Refusjon gis for helsehjelp som pasienten ville fått på det offentliges bekostning (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår. Det vises videre til Stortingets behandling av Prop. 118 L (2012–2013) om bl.a. EUs pasientrettighetsdirektiv. Som ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet er forskriften utvidet til å omfatte sykehusbehandling fra 1. mars 2015.

Ordningen administreres av Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Pasienten må selv betale alle

utgifter til behandlingen, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfo belaster folketrygden for utgiftene til behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped, audiopedag og tannbehandling ved sykdom samt blåreseptordningen, jf. kap. 2756, post 70. Helfo sender krav om dekning av utgiftene for allmennlege-, fysioterapi-, jordmorhjelp til kommunene, tannbehandling, som i Norge ytes av den offentlige tannhelsetjenesten til fylkeskommunene samt spesialisthelsetjenester til regionale helseforetak, jf. kap. 720, post 70, og kap. 3720, post 03. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (ISF-refusjon og stønad fra folketrygden) for helsehjelp som pasienter får under denne ordningen. Kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak må dekke utgiftene til tjenestetypene innen sitt ansvarsområde fullt ut innenfor frie inntekter/basisbevilgning.

Det har vært en økning i refusjonskrav fra om lag 11 000 saker i 2015 til 11 200 saker i 2016 for ordningen totalt, en økning på 1,8 pst. Det ble i 2016 utbetalt refusjoner for i alt 61,6 mill. kroner, hvorav 47,2 pst. for fysioterapibehandling og 32,5 pst. for tannbehandling. Kostnadsøkningen skyldes i hovedsak at sykehusbehandling har hatt en større saksinngang og innvilgelser i 2016, og restansenedbygging på fysioterapiområdet. I løpet av første halvår 2017 har Helfo mottatt 6099 refusjonskrav etter folketrygdloven § 5-24a.

Ansvaret for helsehjelp i utlandet etter folketrygdloven § 5-24 og forordning 883/04 og helsehjelp i Norge etter forordning 883/04, ble overført fra daværende Arbeidsdepartementet i 2013.

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Posten dekker folketrygdens utgifter til helsehjelp i andre EØS-land (behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom, undersøkelse ved bestemte diagnoser og behandlingsformer samt blåreseptordningen).

Utgiftene var 21 mill. kroner i 2016 mot 18 mill. kroner i 2015, en økning på 16,7 pst. Rapportering fra Helfo viser at det i all hovedsak er blitt refundert utgifter til tannbehandling ved sykdom, jf. folketrygdloven § 5-6, på denne budsjettposten. Det er et begrenset antall saker innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

Post 71 Helsetjenester i utlandet mv.

Posten omfatter stønad til helsetjenester i utlandet for personer som er medlemmer i folketrygden og som omfattes av bestemmelsene i folketrygdloven § 5-24.

De grupper som kommer inn under stønadsreglene er bl.a. sjøfolk på norske skip i utenriksfart, norske statsborgere som er statens lønnede tjenestemenn i utlandet, norske studenter i utlandet og utsendte arbeidstakere. Turister omfattes ikke av reglene. Refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 har i hovedsak betydning for medlemmer i folketrygden som er bosatt eller oppholder seg over tid i land utenfor EØS-området og som har behov for behandling i oppholdslandet.

Nødvendige utgifter til ambulansetransport innad i behandlingslandet og til opphold og behandling i helseinstitusjon dekkes fullt ut. Det betales egenandel for behandling hos lege, tannbehandling for sykdom, fysioterapi, behandling hos psykolog og for viktige legemidler. Utgiftene refunderes av Helfo Utland.

Utenlandsboende pensjonister med rettigheter etter norsk folketrygd gis stønad etter de bestemmelser som gjelder for tilsvarende behandling i Norge, men med de særregler at utgiftene dekkes etter særskilte satser, og at utgifter til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget. For 2017 foreslås det maksimale stønadsbeløpet til 3810 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 utenrikstjenesten og krigspensjonister. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt forskrift som avskjærer retten til stønad til helsetjenester fra folketrygden for personer som er sikret rett til dette etter gjensidighetsavtale med annet land (f.eks. EØS-avtalen). Dette har gitt betydelig reduksjon i folketrygdens utgifter til helsetjenester i utlandet etter denne refusjonsordningen.

Posten omfatter også refusjon av utgifter til helsetjenester som medlemmer av folketrygden har mottatt i andre EØS-land og Sveits, etter EØS-avtalens forordning 883/2004.

Utgiftene var 430 mill. kroner i 2016 mot 458 mill. kroner i 2015, en reduksjon på 6,1 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 175 mill. kroner i 2016 mot 216 mill. kroner i 2015 en reduksjon på 19 pst.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
2790	Andre helsetiltak	201 271	235 000	234 000	-0,4
	Sum kategori 30.90	201 271	235 000	234 000	-0,4

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018	Pst. endr. 17/18
70–89	Andre overføringer	201 271	235 000	234 000	-0,4
	Sum kategori 30.90	201 271	235 000	234 000	-0,4

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2016	Saldert budsjett 2017	Forslag 2018
70	Bidrag	201 271	235 000	234 000
	Sum kap. 2790	201 271	235 000	234 000

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

- 4 mill. kroner til oppstartsveiledning i apotek.
- 10 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til gradvis avvikling av bidrag til legemidler.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til bidragsordningen, jf. forskrift om bidrag til visse helsetjenester.

Post 70 Bidrag

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Bidragsordningen består av om lag 20 forskjellige bidragsformål. Fullstendig oversikt over hvilke tilskuddsordninger som kommer inn under bidragsordningen går fram av rundskrivet til folketrygdloven § 5-22 Bidrag til spesielle formål. Rundskrivet er tilgjengelig via hjemmesidene til 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 1825 kroner i 2017. Egenandeler, døgnsatser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig. Beløpet for 2018 er 1858 kroner. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

Utgiftene på bidragsordningen var 201 mill. kroner i 2016 mot 186 mill. kroner i 2015.

Tjenester i apotek

Inhalasjonsveiledning i apotek finansieres over denne bevilgningen. Bevilgningen på 5 mill. kroner til en prøveordning med inhalasjonsveiledning av pasienter med astma og kols ble vedtatt i 2016. Helsedirektoratet har evaluert og vurdert ordningen. På bakgrunn av deres tilrådning foreslås ordningen videreført.

Oppstartsveiledning består av to oppfølgingssamtaler, mellom apotekfarmasøyt og pasienter, etter reseptekspedering. Det foreslås 4 mill. kroner til denne tjenesten i 2018 for pasienter som starter med et nytt legemiddel til behandling av enten høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler. Målet med tjenesten er å øke etterlevelse av behandlingen.

Oppstartsveiledning som en tjeneste i apotek innføres med følgende forutsetninger:

- Pasientens lege har det medisinske ansvaret for sine pasienter, og en oppfølging av pasienten bør styres fra pasientens lege.
- Pasientens lege kan rekvirere oppstartsveiledning fra apoteket til pasienter med hjerte- og karsykdommer og til de pasienter som skal starte opp behandling med perorale blodfortynnende legemidler, legemidler til behandling av høyt blodtrykk og/eller kolesterolsenkende statiner, og som er forventet å ha etterlevelsesutfordringer.
- Dokumentasjon av gjennomført oppstartsveiledning meldes fra apotek til pasientens lege.
- Alle landets apotek må kunne tilby oppstartsveiledning i apotekets åpningstid.

Det er lagt til grunn at oppstartsveiledning betales med 450 kroner per pasient (én samtale ved reseptekspedering og to oppfølgingssamtaler på apotek eller per telefon). Det er videre lagt til grunn at apotekene selv finansierer opplæringskostnader i apotek. Det forventes ikke at tjenesten kan startes opp i januar 2018 fordi apotekene trenger tid til opplæring og legene må bli kjent med tjenesten slik at de kan bestille tjenesten til aktuelle pasienter.

Avvikling av bidrag til legemidler

Stortinget har, jf. Innst. 57 S (2016–2017), sluttet seg til forslagene i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Prioriteringsmeldingen slår fast at vurderinger av nytte, ressursbruk og alvorlighet skal ligge til grunn for prioriteringsbeslutninger, for legemidler som ellers i helsetjenesten.

Bidragsordningen for legemidler innebærer at folketrygden yter stønad til legemidler der verken alvorlighet, nytte eller ressursbruk er vurdert. En videreføring av bidragsordningen vil derfor kunne undergrave intensjonen med blåreseptordningen. Ordningen ble foreslått avviklet i forslaget til endringer i regelverket for folketrygdens finansering av legemidler som har vært på høring.

En kartlegging utført av Helsedirektoratet i 2016 viser at det trolig er få av legemidlene som det i dag gis bidrag til, som oppfyller prinsippene for prioritering og som er aktuelle for blåreseptdekning. Mange av de som mottar bidrag for legemidler har allerede søkt og fått avslag om individuell stønad på blå resept for de samme legemidlene, bl.a. pga. manglende effektdokumentasjon.

Gjennom høringen er det kommet fram at flere er bekymret for at en fullstendig avvikling av ordningen fra 1. januar 2018, ville føre til at mange pasienter som i dag får dekket sine kostnader gjennom bidragsordningen, måtte dekke kostnadene selv. På bakgrunn av høringsinnspillene og andre tilbakemeldinger, legges det derfor opp til en mer gradvis avvikling av ordningen. Helse- og omsorgsdepartementet vil se nærmere på hvordan ordningen kan innrettes for å ivareta brukere som allerede får bidrag, og som ikke vil få behandlingen dekket av andre finansieringsordninger etter endringene i blåreseptordningen.

For 2018 foreslås det derfor at bidragsordningen avvikles for nye pasienter for å unngå at den undergraver intensjonen med blåreseptordningen. Forslaget om avvikling gjelder ikke bidrag til prevensjonsmidler og heller ikke legemidler til behandling av infertilitet. Innsparingen i 2018 anslås til om lag 10 mill. kroner.

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 2016 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 2017. Nedenfor redegjøres det for rapportering 2016 og status 2017 på de områdene som er trukket fram i 2016 og 2017, 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 helsetjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og kan indikere kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor viktig i den daglige driften av sykehusene og for pasientenes valg av behandlingssted. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, kommer til behandling uten ventetid. Om lag 70 pst. av alle døgn-opphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp.

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. Det er et mål at ventetiden reduseres. Regjeringen vil gjøre mer bruk av de private der dette kan bidra til å redusere ventetidene. Regjeringen innførte reformen fritt behandlingsvalg i 2015. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive, jf. omtale under kap. 732, postene 72 til 75. Fram til utgangen av 2016 ble 2000 pasienter behandlet gjennom ordningen, og det ble utbetalt 66 mill. kroner. I 2017 (januar t.o.m. august) har om lag 3000 pasienter fått behandling gjennom ordningen, og det er utbetalt 69 mill. kroner. Det er om lag 40 godkjente private leverandører. Regjeringen har gitt de offentlige sykehusene redskaper for å møte konkurransen som følger av fritt behandlingsvalg. De får mer betalt for å behandle flere pasienter, ved at innsatsstyrt finansiering ble økt til 50 pst. f.o.m. 2014. I tillegg er taket på hvor mange pasienter de kan behandle fjernet f.o.m. 2015. Finner sykehusene smartere måter å behandle flere pasienter på, blir de ikke stoppet av begrensninger på hvor mange pasienter de kan behandle. Andre tiltak er utvidet kjøp fra private aktører og innføring av pakkeforløp. De regionale helseforetakene og sykehusene har satt i gang flere tiltak for å redusere ventetiden. Flere sykehus har bedret aktivitetsplanleggingen og bruker ventelistene aktivt i planleggingen av driften.

Tabell 5.1 Ventetider og fristbrudd

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	68	59	66	62	67	58	75	66	69	60
Andel fristbrudd for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	4,4	1,2	2,5	1,5	2,6	1,0	5,4	2,4	3,8	1,4

Kilde: Norsk Pasientregister

Det har vært en positiv utvikling i ventetid og andel fristbrudd de siste årene og hittil i 2017. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått utredning og/eller behandling har gått ned fra 62 dager i første tertial 2016 til 56 dager i første tertial 2017. Andelen fristbrudd økte noe i første tertial 2017, sammenliknet med samme periode året før, men er likevel på et betydelig lavere nivå enn tidligere år.

Helsedirektoratet fikk i juni 2016 oppdrag om å utrede flere forhold knyttet til ventetidsregistrering. Bakgrunnen for oppdraget var bl.a. oppslag i media om registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten og forståelsen av regelverket. Rapporten ble publisert i mai 2017 og Helsedirektoratets vurdering er at ventetiden på nasjonalt nivå samlet sett går ned. Undersøkelsene viser at andelen pasienter som etter henvising til spesialisthelsetjenesten settes til utredning øker, og at dette kan i hovedsak forklares med medisinskfaglig utvikling og implementering av nytt regelverk gjennom prioriteringsveiledere. Helsedirektoratet peker også på vanskeligheter med å omsette detaljerte juridiske krav i medisinske vurderinger på en ensartet måte, endret regelverk, reviderte prioriteringsveiledere og uhensiktsmessig registrering av pasientrettigheter i pasientadministrative systemer som årsaker til økningen i andel frist til utredning. Helsedirektoratet kan ikke angi i hvilket omfang de nevnte faktorene bidrar enkeltvis til den samlede økningen i rett til utredning. Helsedirektoratets rapport tyder på at det er variasjon i praktiseringen av regelverket, men at praktiseringen er mer lik i dag enn tidligere. Rapporten gir ikke indikasjoner på at pasienter ikke får forsvarlige forløp. Departementet har satt i gang et utredningsarbeid for å vurdere ev. endringer i reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og registrering av ventetider.

Kreftbehandling

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle aktører på kreftområdet. Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft skal ivaretas i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer. God behandlingskvalitet skal ivaretas gjennom gode pasientforløp. Dette skal sikre at kreftpasienter unngår unødig venting på utredning og behandling. Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter. Det er utarbeidet en nasjonal handlingsplan for kreft 2015–2017 som følger opp strategien. Handlingsplanen konkretiserer hva som må gjennomføres for å nå de fem målene i Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013–2017.

Fra 2015 er det innført pakkeforløp kreft. Det er satt som mål at:

- Andel 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.

I 2015 ble 28 pakkeforløp for kreft implementert i spesialisthelsetjenesten. 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 77,1 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 69,9 pst. av pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid.

Tabell 5.2 Pakkeforløp kreft. Resultat per første tertial 2017

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp[1]	74,4	86,0	79,5	80,6	77,9
Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid[2]	66,5	74,6	76,5	69,5	69,9

[1] 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.

[2] 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 førstetertialtall 2017 fra Norsk pasientregister.

Kvalitetsindikatoren andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp viser at på landsbasis er 77,9 pst. av nye kreftpasienter innenfor 24 kreftformer inkludert i et pakkeforløp i første tertial 2017. 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 viser at på landsbasis i første tertial 2017 ble 69,9 pst. av pakkeforløpene for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. Helse Vest og Helse Midt-Norge når målet om at andelen pakkeforløp som er gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid skal være minst 70 pst. Helse Sør-Øst har en måloppnåelse på 66,5 pst. og Helse Nord har en måloppnåelse på 69,5 pst.

Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse

I oppdragsdokumentene for 2016 ble de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å levere utkast til indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av regioner, helseforetak, sykehus og behandlingsenheter på et mer detaljert nivå enn det som er mulig i dag. I oppdragsdokumentet for 2017 er de regionale helseforetakene bedt om å gi styringsmessig prioritet til oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved disse indikatorene. Arbeidet følges opp i 2018.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk

Det ble også i 2016 satt som mål til de regionale helseforetakene at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk, og at DPS og bup skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skulle måles på regionnivå, bl.a. gjennom endringer i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

For Helse Sør-Øst sin del ble kravet om høyere vekst i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk innfridd. Ventetiden gikk mer ned innen somatikk enn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern for voksne og for barn og unge, men ventetidene innen disse områdene var lavere enn ventetidene for somatikk. Aktivitet målt i polikliniske konsultasjoner viste en høyere vekst innenfor psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk, mens veksten innen psykisk helsevern for barn og unge var noe lavere enn for somatikk.

For Helse Vest er kravet om høyere vekst i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk ikke innfridd for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helse Vest RHF opplyser at dette skyldes at veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2014 og 2015 var svært stor. Veksten i årsverk var høyere for somatikk enn for psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men innen psykisk helsevern for barn og unge var veksten høyere enn for somatikk. Ventetidene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gikk mer ned enn for somatikk, mens ventetidene innen psykisk helsevern for barn og unge gikk mindre ned enn i somatikken. Aktivitet målt i polikliniske konsultasjoner viste en høyere vekst innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikken, den var lavere for psykisk helsevern for barn og unge og lik for psykisk helsevern for voksne.

I Helse Midt-Norge ble kravet om høyere vekst i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk innfridd. Målet for bemanning innfris for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vekst i polikliniske konsultasjoner har vært høyere for somatikk enn for psykisk helsevern. Ventetidene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling gikk mer ned enn for somatikk, mens ventetidene innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge gikk mindre ned enn i somatikken.

I Helse Nord ble kravet om høyere vekst i kostnader innfridd for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men ikke for psykisk helsevern for voksne og barn og unge. Ventetidene innen psykisk helsevern for voksne gikk mer ned enn for somatikk, mens ventetidene innen psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gikk mindre ned enn i somatikken. Kravet knyttet til økning i årsverk ble innfridd for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men ikke innen psykisk helsevern for voksne og barn og unge. Vekst i polikliniske konsultasjoner har vært høyere for psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk.

Alle helseforetakene melder at kravet har ført til en dreining i sykehusenes oppmerksomhet og aktivitet mot psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Fra 2017 er aktivitetsbasert finansiering av poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling lagt om ved at tjenestene er inkludert i ISF-ordningen. Dette innebærer et brudd som medfører at det må utvises varsomhet ved sammenlikning av poliklinisk aktivitet mellom 2016 og 2017. Statistisk sentralbyrå, som leverer enkelte grunnlagsdata til Samdatarapporten, leverer ikke sektorvise personelldata hvor fellespersonell er fordelt etter sektor fra 2016. Tallene for årsverk 2016 over er basert på informasjon fra de regionale helseforetakene.

Redusere tvang

Målet om reduksjon i antall tvangsinnleggelser for voksne i psykisk helsevern har blitt videreført i 2016. Det går fram av årlig melding fra de regionale helseforetakene at styringskravet fortsatt ikke er innfridd. Tvangsratene holder seg stabile, til tross for økt nasjonal oppmerksomhet og myndighetenes forsterkede oppfølging på tvangsområdet de senere år. Det vises for øvrig til omtale under Særskilte satsingsområder 2018 i kap. 732 Regionale helseforetak.

Økning i andel årsverk ved DPS i forhold til sykehus

Grad av måloppnåelse vedr. målet om prioritering av DPS i forhold til sykehus var forutsatt målt ved andel årsverk i DPS versus sykehus. Data var forventet med Samdatas DPS-rapport som skal publiseres i november. Statistisk sentralbyrå, som leverer enkelte grunnlagsdata til Samdatarapporten, leverer ikke sektorvise personelldata hvor fellespersonell er fordelt etter sektor fra 2016. Det kan derfor ikke gis tilfredsstillende rapportering på denne indikatoren. Det vurderes hvordan dette kan løses i framtiden.

Styrke desentralisert behandlingstilbud

Alle regionale helseforetak melder at tjenestene er ytterlige desentralisert gjennom økt vekt på polikliniske og ambulante tjenester og samarbeidstiltak med kommunene. Dette gjelder stort sett alle helseforetak.

Sikre videre drift av Team for behandling av tvangslidelser (OCD-team)

Alle regionale helseforetak melder at kravet om å sikre videre drift av OCD-teamene er innfridd.

Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i fengsler

Kravet om å etablere flere tilbud til innsatte er innfridd i Helse Sør-Øst ved etablering av team for sedelighetsdømte, oppstart av 2-årig kurs i fengselspsykiatri samt to intervensjonsprosjekter. Helse Vest har styrket tilbudene i Helse Fonna. Helse Midt-Norge og Helse Nord har ikke innfridd kravet, men Helse Nord viser til at kompetansen er planlagt styrket gjennom etablering av nytt regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i 2018.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andel sykehusinfeksjoner

Én kvalitetsindikator måler andel sykehusinfeksjoner blant alle innlagte pasienter på et gitt tidspunkt to ganger i året, og sier indirekte noe om hvor sannsynlig det er at du som pasient skal få en sykehusinfeksjon hvis du blir innlagt på sykehus. Landet sett under ett ble det satt som mål at andelen sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 pst. Dette ble oppfylt i målingen som ble gjennomført i mai 2016 (4,5 pst.), men ikke i målingen som ble gjennomført i november 2016 (4,9 pst.). I Helse Vest og Helse Sør-Øst hadde henholdsvis 3,8 pst. og 4,5 pst. av alle innlagte pasienter sykehusinfeksjoner i mai 2016. Andelen pasienter med sykehusinfeksjoner var på samme tidspunkt 6,4 pst. i Helse Midt-Norge og 5,7 pst. i Helse Nord.

Ikke korridorpasienter

Målet er at det ikke skal være korridorpasienter. De siste årene har det vært en gradvis reduksjon i andelen korridorpasienter. På landsbasis i 2016 ble det rapportert 1,3 pst. korridorpasienter. I 2015 var andelen 1,4 pst. Andelen gikk ned i alle helseregionene fra 2015 til 2016. I 2016 hadde Helse Midt-Norge lavest andel korridorpasienter med 0,6 pst. og Helse Vest høyest andel med 1,4 pst. Det er store forskjeller mellom de enkelte sykehusene.

Asylsøkere og flyktninger

De regionale helseforetakene ble i 2016 bedt om å bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene, slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger. Bakgrunnen var den økte tilstrømningen av asylsøkere høsten 2015. Samtlige regionale helseforetak opplyser at de bidrar med nødvendige spesialisthelsetjenester, særlig kompetansehevende tiltak og bistand knyttet til tuberkulose og traumer. Alle regioner kan melde om at de har etablert samarbeid med kommuner og bidrar med veiledning.

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7

De regionale helseforetakene fikk i 2016 i oppdrag å spre alle innsatsområder som er satt i gang i pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24–7 til relevante enheter/avdelinger. De regionale helseforetakene har rapportert på følgende tiltakspakker: Sjekkliste for trygg kirurgi med vekt på å forebygge postoperative sårinfeksjoner, samstemmig av legemiddellister, behandling av hjerneslag, forebygging av urinveisinfeksjoner, forebygging av infeksjon ved bruk av sentralt venekateter, samt forebygging av trykksår/liggesår, fall, selvmord og overdosedødsfall ved utskrivning av institusjon.

I Helse Sør-Øst har Vestre Viken full spredning og implementering av alle tiltakspakkene. Flere andre helseforetak har tilnærmet full spredning, mens Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold hadde lav spredning på flere av tiltakspakkene ved utgangen av 2016, sistnevnte grunnet innflytting i nytt sykehus. I 2016 etablerte Helse Sør-Øst et eget læringsnettverk for samstemmig av legemidler i samarbeid med pasientsikkerhetsprogrammet. Helse Sør-Øst påpeker at dette er et krevende innsatsområde som inkluderer samhandling mellom pasienter, fastleger og flere enheter på helseforetakene. Vestre Viken, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset har likevel full spredning av dette innsatsområdet.

Rapporteringen viser at Helse Vest er godt i gang med implementering av tiltakspakkene. Regionen har innført automatisert datainnhenting på flere av tiltakspakkene, og er i ferd med å få det på de øvrige. Det er lagt til rette for at små enheter kan følge egne resultater, og data aggregeres til alle ledernivåer for oppfølging. Samstemming av legemidler har lavest spredning. Her mangler 4 av 5 helseforetak i regionen spredning i alle relevante enheter. De øvrige tiltakspakkene har tilnærmet full spredning.

I Helse Midt-Norge har Helse Nord-Trøndelag best spredning, mens spredningen er spesielt lav i Helse Møre og Romsdal. Forebygging av urinveisinfeksjon og infeksjon ved sentralt venekateter har lav spredningsgrad i alle helseforetakene, og spesielt i Helse Møre og Romsdal.

Helse Nord har rapportert spredning på sykehusnivå framfor samlet på helseforetaksnivå. Ved utgangen av 2016 har Narvik sykehus ved Universitetssykehuset i Nord-Norge full spredning av alle relevante tiltakspakker bortsett fra samstemming av legemiddellistene. Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, har ikke full spredning på alle tiltakspakkene, men har forbedret seg sammenliknet med forrige måling. Nordlandssykehuset har lavest spredning av tiltakspakkene på de ulike innsatsområdene. Sykehuset Vesterålen har ikke satt i gang tiltakspakkene for å forebygge overdosedødsfall og forebygging av infeksjoner ved sentralt venekateter.

De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentet for 2017 bedt om gjenta rapporteringen av andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert. Målet er 100 pst. implementering. I tillegg fortsetter helseforetakene å kartlegge pasientskader ved bruk av metoden Global Trigger Tool (GTT).

Etablering av et antibiotikastyringsprogram i sykehus

For å møte utfordringen med antibiotikaresistens er det nødvendig å redusere bruken av bredspektrede antibiotika i sykehus. Gjennom oppdragsdokumentene for 2016 ble det fastsatt mål om 30 pst. reduksjon i bruk av fem grupper bredspektrede antibiotika innen utgangen av 2020 sammenliknet med 2012. For å oppnå dette fikk de regionale helseforetakene i 2016 også i oppdrag å sette i gang etablering av et antibiotikastyringsprogram i alle sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartements handlingsplan mot antibiotikaresistens. Som et ledd i etableringen skal de regionale kompetansesentrene for smittevern styrkes.

De regionale helseforetakene rapporterer for 2016 at arbeidet med å etablere antibiotikastyringsprogram er kommet godt i gang i alle regioner og at alle de regionale kompetansesentrene for smittevern er styrket. Forbruket av de fem mest brukte bredspektrede antibiotikaene er totalt redusert med 4,9 pst. siden 2012. Det er variasjon i reduksjonen mellom regionene. Reduksjonen er dårligst i Helse Midt-Norge med -1,3 pst. og best i Helse Nord med -11,3 pst. For at bruken skal nå målsetningen om en 30 pst. reduksjon innen 2020 må bruken betydelig mer ned. Arbeidet ble fulgt opp i oppdragsdokumentene for 2017.

Nye metoder

De regionale helseforetakene fikk i 2016 i oppdrag å gjennomføre konkrete tiltak som styrker de regionale helseforetakene sin kapasitet til å gjennomføre forhandlinger/anskaffelser, bidra til bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i systemet for nye metoder, og sikre at beslutninger som tas av Beslutningsforum implementeres i spesialisthelsetjenesten.

På legemiddelområdet har de regionale helseforetakene sammen med aktørene i system for Nye metoder gjennomført tiltak for å gjøre prosessen med metodevurderinger raskere. Slik skal beslutninger om innføring av nye legemidler i spesialisthelsetjenesten kunne tas så raskt som mulig etter at sykehuslegemidler gis markedsføringstillatelse. Statens legemiddelverk (SLV) avventer ikke bestilling fra Bestillerforum, men starter sine metodevurderinger ved dag 120 i søknadsprosessen for markedsføringstillatelse (MT) hos de europeiske legemiddelmyndighetene (EMA). I første Bestillerforum deretter gjennomgås saken, slik at en bestilling kan bekreftes eller avbestilles. Dette har bidratt til å holde saksbehandlingstiden hos aktørene stabil og i gjennomsnitt under fristen på 180 dager, til tross for en økning i antall oppdrag. Endringene gjør også vurdering av legemidler i system for Nye metoder mer forutsigbart og effektiv og har ført til at industrien leverer dokumentasjon raskere.

Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) som forhandler på vegne av de regionale helseforetakene er innlemmet i Sykehusinnkjøp HF. LIS er derved blitt del av et større innkjøpsfaglig miljø, som har bredere og bedre kompetanse på innkjøp. Beslutningsforum har utarbeidet et mandat med retningslinjer og kriterier for å foreta prisforhandlinger. For å effektivisere prosessene samarbeider LIS med SLV samtidig som metodevurderingene gjennomføres, slik at beslutningene ikke blir unødvendig forsinket. Legemidler som skal innføres i spesialisthelsetjenesten skal inngå i framtidige LIS-anbud så snart det er praktisk mulig.

Sekretariat for Nye metoder har regelmessig kontakt med ulike aktører, og samordner prosesser bla. i forberedelsene til møter i Bestillerforum. Det er en kontinuerlig forbedring av informasjonsflyt, og nettsidene til Nye metoder med aktuelle oversikter oppdateres fortløpende.

Implementering av beslutninger skjer ved at Helsedirektoratet oppdaterer og publiserer aktuelle retningslinjer og krefthandlingsprogrammer. Videre utarbeider LIS behandlingsveiledere ut fra

aktuelle anbud. Vedtakene i Beslutningsforum publiseres raskt på hjemmesiden til Nye metoder.

Sosialpediatere i alle barneavdelinger

I 2016 ble det satt som mål at det er ansatt sosialpediatere i alle barneavdelinger og at overgrepsutsatte barn som avhøres av Statens barnehus skal tilbys medisinske undersøkelser. Alle regioner rapporterer at det er ansatt sosialpediatere i helseforetakene eller det er laget planer for å bygge opp kompetanse og kapasitet, og det er laget samarbeidsavtaler med de statlige barnehusene.

I Helse Sør-Øst har de fleste helseforetakene ansatt sosialpediatere. Helse Sør-Øst jobber med en plan for å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.

I Helse Vest er det ansatt sosialpediatere i Helse Stavanger og Helse Bergen. Helse Fonna og Helse Førde henviser pasienter til barnehusene i Stavanger og Bergen.

I Helse Midt-Norge har alle helseforetak noe sosialpediatrisk kompetanse og det skal lages en plan for utvikling av tjenestetilbudet.

I Helse Nord har både UNN HF og Nordlandssykehuset ansatt sosialpediater og det er inngått avtale mellom UNN HF og Barnehuset i Tromsø og mellom Nordlandssykehuset og Barnehuset i Bodø. I Finnmarkssykehuset har en av overlegene fagansvar for sosialpediatri, og det er utarbeidet plan for utvikling av barneavdelingen der sosialpediatri er et av områdene.

Tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep

For 2016 ble det satt som mål at de regionale helseforetakene har ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. For helseforetak og kommuner som ikke hadde inngått slike avtaler per 1. januar 2016, ble endelig frist for avtaleinngåelse satt til 1. juli 2016. Helse Nord RHF skal sikre at tilbudet til samiske voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep er tilrettelagt samisk språk og kultur.

Alle regionene har enten overtatt ansvar for drift av overgrepsmottak eller, med noen få unntak, inngått avtaler med videreførte kommunale overgrepsmottak.

Helse Sør-Øst har overtatt ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep. De fleste helseforetak har inngått avtale om å videreføre robuste kommunale overgrepsmottak, ett helseforetak har etablert et nytt overgrepsmottak i helseforetaket og ett helseforetak har videreført allerede eksisterende overgrepsmottak i helseforetaket.

I Helse Vest er det inngått avtale om at Stavanger kommune drifter mottaket på vegne av Helse Stavanger. Helse Fonna har tatt over driften av voldtektsmottaket. Det er inngått en interimsavtale mellom Bergen kommune og Helse Bergen om overgrepsmottaket ved Bergen legevakt. Helse Førde har avtale med interkommunalt overgrepsmottak for voksne.

I Helse Midt-Norge har helseforetakene forlenget avtaler med kommunene eller overtatt ansvaret for drift av overgrepsmottak. Helse Møre og Romsdal har inngått avtale med Ålesund kommune om drift av overgrepsmottaket i Ålesund, som dekker hele Sunnmøre. I Kristiansund og i Molde har Helse Møre og Romsdal videreført driften. Helse Nord-Trøndelag har etablert overgrepsmottak i samarbeid med kommunene for felles arbeid rundt dette mottaket og mottak for Vold i nære relasjoner. I Sør-Trøndelag er mottaket for barn og unge organisert i et samarbeid med St. Olavs Hospital og kvinneklinikkens voldtektsmottak.

I Helse Nord har UNN HF inngått avtale med Harstad og Tromsø kommune om å videreføre eksisterende overgrepsmottak for alle kommunene i nedslagsfeltet til UNN. Nordlandssykehuset har inngått avtale med Bodø og Harstad kommune om å videreføre eksisterende mottak i Bodø og Harstad. Helgelandssykehuset Mo i Rana har opprettet tilbud til alle kommunene på Helgeland. I Finnmarkssykehuset ble overgrepsmottak etablert både i Klinikk Hammerfest og i Klinikk Kirkenes som dekker alle kommunene i Finnmark.

Det ble satt som mål at Helse Nord RHF skal sikre at tilbudet til samiske voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep er tilrettelagt samisk språk og kultur. Helse Nord rapporterer at tilbudet til samiske pasienter følges opp av Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS). Dette planlegges organisert i samarbeid med Samisk helsepark. Overgrepsmottak bygges opp både i Alta og Kirkenes i tillegg til det som har vært i Hammerfest. I tillegg er samisk tolkeprosjekt etablert.

Samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten

De regionale helseforetakene ble i 2016 bedt om å etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids-

og velferdsetaten, herunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler med Arbeids- og velferdsetaten. I alle regioner er det etablert samarbeidsavtaler med Nav i fylkene. Rapporteringen fra de regionale helseforetakene viser at det pågår samarbeid med arbeids- og velferdsetaten på flere områder, herunder knyttet til tiltak for personer med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser/kroniske og langvarige smertetilstander og oppfølging av unge og andre med redusert arbeidserfaring og behov for tilrettelegging. Det samarbeides mellom helse og Nav på ulike områder, bl.a. om sykemeldingspraksis, inkluderende arbeidsliv, Individuell jobbstøtte (IPS) og Jobbmestrende oppfølging (JMO), Raskere tilbake og spesialisthelsetjenesten som arbeidsgiver.

Uberettiget variasjon

De regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokumentet for 2016 i oppdrag i fellesskap å identifisere indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer. Det ble gitt som føring at det bør velges prosedyrer som utføres hos mange helseforetak. Det ble gitt føring om at de utvalgte indikatorene og prosedyrene skal gis styringsmessig prioritet fra 2017. Helse Nord RHF ble gitt i oppdrag å lede arbeidet.

Bakgrunnen for oppdraget var at det er dokumentert betydelig uberettiget variasjon i norsk helsetjeneste både gjennom helseatlasene som er utarbeidet og publisert av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord, samt resultater fra kvalitetsregistrene gjennom årlige publiseringer på www.kvalitetsregistre.no.

De regionale helseforetakene tolket oppdraget i lys av sørge for-ansvaret. I ansvaret for tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester til befolkningen i helseregionene ligger et ansvar for å tilby tjenester av riktig omfang og med god kvalitet.

Oppdraget resulterte i rapporten Indikatorer for måling av uberettiget variasjon, som ble utgitt av SKDE i november 2016. Rapporten anbefaler å vurdere innføring av ni faglige indikatorer innenfor fagområdene hjerteinfarkt, hjerneslag, brystkreft, leddproteser og hoftebrudd. Alle indikatorene henter sitt datagrunnlag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre og analyserer variasjon med utgangspunkt i både sykehus og befolkningen i sykehusområdene som analyseenhet.

Arbeidet med Helseatlas og rapporten med forslag til indikatorer ble fulgt opp i oppdragsdokumentet for 2017. De regionale helseforetakene skal bruke kunnskapen om uberettiget variasjon i sin styringsmessige oppfølging av helseforetakene, og skal under ledelse av Helse Nord RHF videreføre arbeidet med å dokumentere eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester.

Personell, utdanning og kompetanse

En av oppgavene til de regionale helseforetakene var å utvikle Nasjonal bemanningsmodell som et verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov i regionen og nasjonalt. De regionale helseforetakene rapporterer i årlig melding for 2016 at arbeidet i 2015 og 2016 i hovedsak har vært gjennomført på regionnivå og i samarbeid mellom regionene. Dette både for å utvikle selve modellen, utarbeide tilhørende metodikk og kvalitetssikre data. Scenariometodikk ble testet ut ved analyser på fagene øye, patologi og psykisk helsevern. Erfaringer fra arbeidet vil legge grunnlaget for en felles regional veileder som skal være klar primo 2017.

Departementet har bedt regionale helseforetak om å synliggjøre utdanningsaktiviteten i sykehusene og gi innspill knyttet til dimensjonering av utdanningskapasitet. Helse Nord vurderer at de har god oversikt over utdanningsaktiviteten. Helse Vest og Helse Midt-Norge har satt i gang arbeid som vil være klart i løpet av 2017. Helse Sør-Øst har ikke i tilstrekkelig grad tydeliggjort hvilke tiltak de har satt i verk for å få synliggjort utdanningsaktiviteten. Alle har på bakgrunn av vurderinger av personellbehov levert innspill til departementet om dimensjonering av utdanningskapasitet.

De regionale helseforetakene ble bedt om å tilrettelegge for kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning og videreutvikle tilbud ved bruk av e-læring, simulatortrening mv. Alle de regionale helseforetakene rapporterer om arbeid med kompetanseutvikling og systemer for dette, utvikling av e-læringstilbud og stor og positiv utvikling i bruk av simulering som læringsform. Kompetanseportal der ansatte har oversikt over opplæringskrav og -tilbud, noen med tidsfrister for gjennomføring, er implementert i Helse Vest og under implementering i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Sør-Øst rapporterer om systemer for kompetanseutvikling med kompetanseplaner for ansatte med tiltak i egen organisasjon, gjennom etterutdanning med interne kompetansehevende tiltak og som videreutdanning i samarbeid med UH-sektoren. Læringsportalen ble i 2016 gjort tilgjengelig på mobile enheter. Det skal etableres et

regionalt prioriteringsråd for å sikre prioritering av e-læring i sentrale innsatsområder. For å målrette kompetanseinnsatsen benytter Helse Vest framskrivingsmodeller og analyser av behov og kapasitet. Det skal opprettes en regional koordinerende enhet for simulering. Helse Midt-Norge har felles satsing på digital læring gjennom å utvikle innhold i regional læringsportal. Helse Nord rapporterer at mye opplæring foregår på felles e-læringsplattform og foretakene har egen e-læringskoordinator som samhandler i et regionalt nettverk.

Legenes spesialistutdanning og spesialitetsstrukturen skal rettes inn mot framtidens helseutfordringer, ta inn over seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren.

Ny forskrift om spesialistutdanning trådte i kraft 1. mars 2017 og iverksettingen er i gang. I tråd med oppdrag for 2017, har helseforetakene arbeidet med å legge til rette for oppstart for legene som starter i den nye spesialistutdanningens del 1, høsten 2017. Det legges opp til læringsaktiviteter i tråd med læringsmålene som er fastsatt for del 1, i tillegg til supervisjon og veiledning. Det er videre etablert regionale utdanningssentra ved landets regionsykehus. Sentrene skal ha oppgaver med teoriutdanningen, læringsaktiviteter mv. Samarbeid med universitetene skal være forankret i avtaler. De regionale helseforetakenes tverregionale prosjekt planlegger sykehusenes og spesialisthelsetjenestens videre arbeid med den nye ordningen i spesialistutdanningen. Dette skal sikre en nasjonal samordning.

Forskning og innovasjon

Forskning

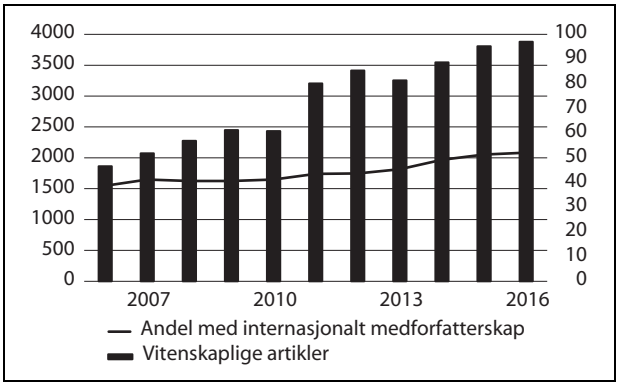
Samlede forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering (finansieringspoeng). Helse Sør-Øst hadde en andel på 62,7 pst. av de totale forskningspoengene, etterfulgt av Helse Vest med 19,2 pst., Helse Midt-Norge med 11,1 pst. og Helse Nord med 7,1 pst. Det ble registrert 3 880 vitenskapelige artikler fra helseforetakene i 2016 av totalt 18 579 vitenskapelige artikler publisert i universitets-, høyskole-, institutt- og helsesektoren og rapportert inn 292 avlagte doktorgrader, som er en mindre økning fra 2015. Antallet monografier og antologier utgjør en svært beskjeden andel av helseforetakenes samlede publisering, med totalt 80. Samlet sett har antallet vitenskapelige publikasjoner (tidsskriftsartikler, monografier og antologier) økt fra 3 547 i 2014 til 3 808 i 2015, og til 3 960 i 2016.

F.o.m. 2013 gis det uttelling for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU (finansieringspoeng). Indikatoren for ekstern finansiering har økt sin betydning betydelig fra 2014. Veksten i ekstern finansiering har fortsatt, og det var som i 2015 Oslo universitetssykehus som stod for mye av veksten. Helse Vest har hatt en nedgang i finansieringspoeng, mens i Helse Midt-Norge er antallet finansieringspoeng nesten firedoblet, men her var utgangspunktet svært lavt.

I 2016 hadde 52,1 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap (mål: over 40 pst.) og 22,1 pst. var publisert i ledende tidsskrifter (mål: over 20 pst.), jf. tabell 5.3.

Tabell 5.3 Internasjonalt medforfatterskap og publisering i ledende tidsskrifter, høyeste nivå i målesystemet (pst.)

	2016		2015		2014	
	Int.	Nivå 2	Int.	Nivå 2	Int.	Nivå 2
Helse Sør-Øst	53,7	23,4	52,5	22,2	50,1	21,7
Helse Vest	51,5	23,8	55,0	21,0	52,0	21,0
Helse Midt-Norge	43,6	20,3	47,0	21,1	41,0	18,0
Helse Nord	45,7	19,9	41,8	19,1	42,3	18,4
Totalt	52,1	22,1	51,3	21,1	49,2	18,4



Figur 5.1 Vitenskapelige artikler i de regionale helseforetakene, 2006–2016.

Det var forskningsaktivitet ved alle helseforetak i 2016. Universitetssykehusene stod for 81 pst. av rapporterte driftskostnader til forskning og 80 pst. av forskningsårsverkene i sektoren. Hovedtyngden av forskningen er pasientrettet forskning for å utvikle ny diagnostikk og behandling, og for å kvalitetssikre behandlingstilbudet. Den totale ressursbruken til forskning inkl. personell, infrastruktur og eksterne finansieringskilder i de regionale helseforetakene var på 3,7 mrd. kroner, om lag 2,7 pst. av totale driftskostnader. Av forskningsmidlene gikk om lag 12,5 pst. til psykisk helseforskning og 1,5 pst. til rusforskning.

For fjerde år på rad har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport, *Forskning og innovasjon til pasientens beste, Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2016*. Rapporten beskriver forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten.

Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinskteknisk utstyr er styrket ved universitetssykehusene. Ved flere universitetssykehus er det etablert testmiljøer, og det arbeides med å utnytte eksisterende fasiliteter bedre gjennom f.eks. distribuerte testfasiliteter ved Oslo universitetssykehus og samordning av biobankfasilitetene i Helse Vest. Det er etablert samarbeid med ulike aktører i alle regioner, inkludert industrien, lokale klyngemiljøer og kommunal sektor. Gjennom den nasjonale forskningsinfrastrukturen for kliniske studier, Norcrin, er det etablert et nettverk av kontaktpunkter for tidlig fase kliniske studier der alle seks universitetssykehus deltar. Helse Stavanger har ikke hatt tilgang til egne fasiliteter for tidlig fase studier, men er i gang med å etablere sin første kliniske forskningspost, som skal styrke kompetansen på slike studier ved foretaket. Industrien er invitert inn i Norcrin.

Statens helsetilsyn fører tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker ved helseinstitusjoner, universiteter, høyskoler og andre forskningsinstitusjoner. Det er ikke nye tilsynssaker ved helseforetakene i 2016. Statens helsetilsyn har i flere saker de siste årene vurdert at utprøvende behandling, enten med legemidler eller i form av en ny behandlingsmetode, skulle ha vært organisert som et forskningsprosjekt. To slike saker ble oversendt Statens helsetilsyn i 2016. Begge sakene gjelder utprøvende behandling ved en privat klinikk, hvor spørsmålet er om behandlingen burde vært organisert som forskningsprosjekt.

Innovasjon

Rapporten Forskning og innovasjon til pasientens beste, Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2016, presenterer innovasjonsprosjekter og nasjonale nøkkeltall for innovasjonsaktiviteten.

De fire regionale helseforetakene har i samarbeid gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015. Det tas sikte på å gjennomføres en første måling i 2018, og på implementering fra 2019.

De regionale helseforetakene har vært en av partene i Nasjonal samarbeidsavtale om innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren 2013–2017 i den tiårige nasjonale satsningen med nasjonal samarbeidsavtale (2007–2017) om innovasjon og næringsutvikling i regi av Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det nasjonale samarbeidsavtalen utløper i 2017. Samarbeidet mellom aktørene om innovasjon og næringsutvikling følges opp gjennom arbeidet med stortingsmeldingen om helsenæringen, oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien og ses i sammenheng med Helsedirektoratets oppdrag om å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem, jf. omtale av HelseOmsorg21 i kap. 9.

HelseOmsorg21

Spesialisthelsetjenesten gjennomfører en rekke aktiviteter innenfor alle strategiens satsingsområder. Alle helseforetak som rapporterer at de har utarbeidet strategiske dokumenter for forskning og/eller innovasjon melder at de har lagt HelseOmsorg21-strategien og regjeringens handlingsplan til grunn. Det vises for øvrig til omtalen av HelseOmsorg21 i kapittel 9.

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 2016 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 2016 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som fulgte av Prop. 1 S (2015–2016), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2016, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid, samt at det ble satt et tak for bruk av driftskreditt. Dette innebærer at drift og investeringer ved de regionale helseforetakene må håndteres innenfor bevilget ramme.

I perioden 2002–2016 er det akkumulerte korrigerte regnskapsmessige positive resultatet på nær 4,4 mrd. kroner og det akkumulerte ordinære regnskapsmessige årsresultatet på 4,2 mrd. kroner for de regionale helseforetakene. Forskjellen mellom resultatbegrepene skyldes unntaket for regnskapsmessige avskrivninger, som var høyere enn bevilgningen til gjenanskaffelse av bygg og utstyr på 10,3 mrd. kroner i perioden 2003–2007. Økte pensjonskostnader på til sammen 4,8 mrd. kroner ble unntatt fra resultatkravet i perioden 2006–2008 og i sin helhet kompensert i 2010. Samtidig ble det for 2014 stilt et positivt resultatkrav på 10,1 mrd. kroner som følge av håndtering av virkningen av levealdersjusteringen som ble innført for offentlige tjenestepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere.

Årsregnskapene for 2016 ble godkjent i felles foretaksmøte i juni 2017. Alle helseregioner oppnådde positive økonomiske resultater. Dette var åttende år på rad at de regionale helseforetakene samlet sett oppnådde positive resultater. Det ble i 2016 et samlet positivt resultat på 2 970 mill. kroner som er 234 mill. kroner høyere enn i 2015. De positive resultatene de senere årene må ses opp mot investeringsbehovene i årene framover og at foretakene tidligere har gått med underskudd. Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord kan vise til et samlet positivt avvik i forhold til styringskravet for perioden 2002 til 2016 mens Helse Sør-Øst har et akkumulert negativt avvik på i overkant av 700 mill. kroner.

Tabell 5.4 Akkumulert resultat 2002–2016 (mrd. kr)

Akkumulert regnskapsmessig overskudd	4,170
Unntak for udekkede regnskapsmessige avskrivninger	10,282
Positivt resultatkrav 2014	10,100
Akkumulert korrigert resultat	4,352

Tabell 5.5 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2016 (mill. kr)

	Helse Sør	Helse Øst	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
2002	-514	97		-313	24	-120	-826
2003	-697	-29		-524	-461	-262	-1 973
2004	-779	58		-531	-498	-175	-1 925
2005	-498	42		-182	-572	-165	-1 375
2006[1]	-307	-15		-405	-711	-433	-1 870
2007[2]			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
2008[3]			-425	-141	86	-221	-700
2009			-157	156	214	100	312
2010[4]			172	436	548	112	1 267
2011			-478	455	417	373	766
2012			211	565	524	437	1 737
2013			483	648	286	488	1 906
2014[5]			816	796	802	363	2 777
2015			1 046	680	393	617	2 736
2016			1 343	724	364	539	2 970
Akkumulert[6]			-718	2 274	1 406	1 391	4 352

1 For 2006 vises korrigert årsresultat justert for økte pensjonskostnader på til sammen 1 mrd. kroner som ble unntatt fra balansekravet.

2 For 2007 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål der det samlede ordinære årsresultatet ikke skulle være større enn -1,4 mrd. kroner. I tillegg er økte pensjonskostnader på til sammen 3,26 mrd. kroner unntatt fra dette resultatkravet.

3 For 2008 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål der 600 mill. kroner i økte pensjonskostnader ble unntatt fra et opprinnelig krav til økonomisk balanse.

4 For 2010 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål om et positivt resultat på samlet 4,8 mrd. kroner.

5 For 2014 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål om et positivt resultat på samlet 10,1 mrd. kroner.

6 Tabellen viser helseregionenes avvik mot styringskrav behandlet i årlige foretaksmøter.

Det positive resultatet i 2016 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 185 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 59 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 2 844 mill. kroner.

Tabell 5.6 Budsjettert økonomisk resultat i 2017 (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	561
Helse Vest RHF	313
Helse Midt-Norge RHF	221
Helse Nord RHF	335

De regionale helseforetakene har budsjettert med positive resultater på til sammen om lag 1,4 mrd. kroner i 2017. Det er for 2017 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. De budsjetterte resultatene må sees i sammenheng med de regionale helseforetakenes investeringsplaner.

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, slik at investeringer skjer i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Kostnader som følge av bruk, 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 2016 investerte helseforetakene for om lag 7,9 mrd. kroner i bygg og utstyr og immaterielle verdier. Hensyntatt av- og nedskrivninger samt salg og korrigeringer i balansen, innebar dette at verdien på helseforetakenes driftsmidler økte med 1,6 mrd. kroner i 2016.

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr. Verdien på sykehusenes bygg og utstyr har økt med 21,4 mrd. kroner fra 66,6 mrd. kroner i 2003 til 88 mrd. kroner i 2016. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord er den regionen med relativt størst økning i verdien av bygg og utstyr i perioden. Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til dagens drift og for å få en mer funksjonell bygningsmasse. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer. Samtidig må det settes av midler til ordinært vedlikehold.

Tabell 5.7 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2016

	2003	2015	2016	Endr. 15/16	Pst. endr. 15/16	Endr. 03/16	Pst. endr. 03/16
Helse Sør-Øst	36 913	45 892	45 709	-184	-0,4	8 795	23,8
Helse Vest	12 095	15 031	15 640	609	4,1	3 545	29,3
Helse Midt-Norge	9 001	13 729	13 528	-201	-1,5	4 527	50,3
Helse Nord	8 578	11 736	13 157	1422	12,1	4 580	53,4
Sum	66 587	86 388	88 035	1 646	1,91	21 447	32,2

Kilde: Samdata, spesialisthelsetjenesten, 2016

Økonomiske langtidsplaner

De regionale helseforetakene oppdaterer årlig økonomisk langtidsplan. De økonomiske langtidsplanene bygger på vedtatte strategier i de regionale helseforetakene, som igjen baseres på nasjonale strategier og føringer, og gjeldende økonomiske rammebetingelser.

De regionale helseforetakene forvalter betydelige beløp på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. Langsiktig planlegging og prioriteringer er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester. De regionale helseforetakene legger gjennom sine langtidsplaner til rette for at helseforetakene kan nå målene for pasientbehandlingen. Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling innen medisinsk teknologi og forventningene til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg og utstyr, IKT og annen viktig infrastruktur, samt

hvordan helseforetakene kan tilpasse tjenestene for å møte utfordringer innenfor de økonomiske rammene.

Det er gjennom god styring og god drift at helseforetakene legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling og forbedring av behandlingstilbudet. De regionale helseforetakene har ansvar både for drift og investeringer og må planlegge langsiktig og se dette i sammenheng.

Tabell 5.8 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2018–2021 (mill. kr)

	2018	2019	2020	2021	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	6 421	7 294	11 091	11 071	35 877
Øvrige bygningsmessige investeringer	1 594	1 959	1 700	2 163	7 417
Medisinskteknisk utstyr	1 548	1 793	1 846	1 843	7 030
IKT	2 049	1 928	1 653	1 347	6 978
Annet	712	554	565	525	2 356
Sum totale investeringer	12 325	13 528	16 855	16 950	59 658

Helseforetakenes langtidsplaner viser at de planlegger investeringer for nær 60 mrd. kroner i perioden 2018–2021. Planene forutsetter fortsatt effektivisering i helseforetakene, god økonomisk kontroll og forutsigbare rammebetingelser. Dersom én eller flere av disse forutsetningene ikke oppfylles vil dette kunne føre til utsettelse av investeringer og redusert handlingsrom.

Helse Sør-Øst

I perioden 2018–2021 planlegger Helse Sør-Øst å investere for 31,4 mrd. kroner, herav 3,7 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 4,2 mrd. kroner til 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

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:
- nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus inkl. medisinskteknisk utstyr
- ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus
- trinnvis utvikling av Gaustad og Aker ved Oslo universitetssykehus
- utbygging ved Sykehuset Telemark, Skien

I tillegg pågår det planleggingsarbeid for etablering av ny stråleterapikapasitet i regionen og etablering av protonbehandling i Norge, prosjekt for digital fornying og framtidig sykehusstruktur på Innlandet.

Helse Vest

I perioden 2018–2021 planlegger Helse Vest å investere for 14,5 mrd. kroner, herav 1,2 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 1,2 mrd. kroner til IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:
- nytt barne- og ungdomssykehus trinn 2 ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen
- oppgradering og modernisering ved Helse Førde
- oppgradering av sentralblokka ved Haukeland universitetssjukehus
- nytt sykehus i Stavanger

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:
- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna

I tillegg pågår det planleggingsarbeid med etablering av protonbehandling i Norge.

Helse Midt-Norge

I perioden 2018–2021 planlegger Helse Midt-Norge å investere for 8,7 mrd. kroner, herav 1,1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og om lag 1,5 mill. kroner i IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:
- nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal
- Helseplattformen

I tillegg pågår det planleggingsarbeid med etablering av protonbehandling i Norge og nytt senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital.

Helse Nord

I perioden 2018–2021 planlegger Helse Nord å investere for 5,6 mrd. kroner, herav 1,1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 1,1 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
- ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø
- nye Kirkenes sykehus ved Finnmarkssykehuset
- PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:
- nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset i Nord-Norge
- nybygg i Hammerfest, Finnmarkssykehuset
- utvikling av Helgelandssykehuset

I tillegg pågår det planleggingsarbeid med etablering av protonbehandling i Norge.

Andre saker

Det ble i juni 2017 inngått en avtale mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo universitetssykehus HF og Stiftelsen Det Norske Radiumhospital om eierskapet til eiendommer i tilknytning til Radiumhospitalet. Det Norske Radiumhospital ble i sin tid ble opprettet som en privat stiftelse, men driften av sykehuset ble allerede på 50-tallet overtatt av staten og senere overført til helseforetaket Oslo universitetssykehus. Stiftelsen Det Norske Radiumhospital eksisterer imidlertid fortsatt, og har hevdet et eierskap til sykehuseiendommen og øvrige eiendommer i tilknytning til Radiumhospitalet. Staten var ikke enig i dette, men med den inngåtte avtalen har stiftelsen overført det eierskapet de hevder å ha hatt til staten, mot at staten har forpliktet seg til å realisere et brystkreftsenter i tilknytning til klinikkbygget på Radiumhospitalet. Avtalen innebærer at stiftelsen aksepterer at sykehuseiendommen på Radiumhospitalet, med de bygg som står på den, overføres til staten. Midlene fra salg av øvrige eiendommer tilknyttet Radiumhospitalet brukes til å delfinansiere et brystkreftsenter i tilknytning til det nye klinikkbygget på Radiumhospitalet. Stiftelsen vil etter dette avvikles. Verdien i sykehuseiendommen og midlene fra eiendomssalg bindes til formålet kreftbehandling og kreftforskning i 30 år framover.

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2015 i oppdrag å vurdere om det er hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus HF. Saken ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF i juni 2017 med påfølgende behandling i foretaksmøte. Foretaksmøtet vedtok 29. juni 2017 at Kongsvinger sykehus overføres fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus f.o.m. 1. januar 2019 og at fødetilbudet skal videreføres som i dag.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) slo Stortinget fast at det fortsatt skal være en desentralisert sykehusstruktur i Norge. Stortinget sluttet seg til planens forslag til betegnelser på sykehus, som er regionsykehus, stort akuttsykehus, akuttsykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. Alle akuttsykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Stortinget gjorde i tillegg følgende anmodningsvedtak:

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.»

Oppdrag til de regionale helseforetakene om oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan ble gitt i foretaksmøte 4. mai 2016. Det ble gitt føringer om helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner i tråd med helse- og omsorgskomiteens Innst. 206

S (2016–2017) og Stortingets anmodningsvedtak ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Utviklingsplanene skal utarbeides i tråd med veileder, og skal ferdigstilles innen 1. desember 2018.

I tråd med anmodningsvedtak skal de regionale helseforetakene starte en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien til akuttsykehusene, der det ligger til rette for dette for å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene. Helseforetakene følger opp dette gjennom arbeidet med utviklingsplanene. Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har vedtatt å utvikle fagområdet ortopedi som hovedaktivitet innen kirurgisk døgnbehandling ved UNN Narvik, og Nordlandssykehuset er i gang med å øke ortopedisk aktivitet i Lofoten og Vesterålen. Sørlandet sykehus har inngått en intensjonsavtale med Stavanger universitetssykehus om overtagelse av elektive inngrep innen gynekologi og bløtdelskirurgi (både døgn- og dagkirurgi) ved Flekkefjord sykehus.

Avklaringer av akuttfunksjoner ble gjort i felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene 24. april 2017. Det ble lagt vekt på å avklare akuttfunksjonene for å sikre forutsigbarhet og ro rundt det videre arbeidet med utviklingsplanene.

Som oppfølging av et anmodningsvedtak fra Stortinget fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge. Departementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om dette.

De regionale helseforetakene har videre fått krav om at alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse, og at store akuttsykehus skal ha geriatrisk kompetanse. Det er presisert at avtalene mellom helseforetak og kommuner om akuttmedisinske tjenester skal være en del av ordningen med tvisteutvalg opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen.

Ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde Stortinget følgende anmodningsvedtak:

> «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Det ble samtidig vist til at vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, og at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. De regionale helseforetakene har rapportert om at alle helseforetakene vil sørge for stedlig ledelse ved alle sykehusene, i tråd med vedtaket.

Rapportering 2016–2017

De regionale helseforetakene rapporterte på framdriften i arbeidet med utviklingsplaner i oppfølgingsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet i august 2017. Alle de regionale helseforetakene har organisert arbeidet i tråd med veilederen og har tilfredsstillende framdrift i arbeidet. Utviklingsplanene baseres på felles nasjonal metodikk for framskrivninger av behov for kapasitet. Gjennomgang av basestrukturen for luftambulanser i Norge er satt i gang under ledelse av Helse Sør-Øst RHF.

Geriatrisk kompetanse er tilgjengelig i de fleste helseforetak, og det arbeides med å få dette på plass i alle. Psykologkompetanse er tilgjengelig så godt som i alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger.

De regionale helseforetakene rapporterte i årlig melding 2016 om at alle helseforetakene vil sørge for stedlig ledelse ved alle sykehusene, i tråd med Stortingets anmodningsvedtak.

6 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – oppfølging av NOU 2016: 25

Regjeringen oppnevnte et offentlig utvalg i oktober 2015 for å vurdere alternativer til dagens organisering av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Utvalget skulle også vurdere inndeling i helseregioner og antall helseforetak, samt organisering av eiendomsforvaltningen.

Organisering av eierskapet er ett av flere virkemidler i den strategiske styringen av spesialisthelsetjenesten. Organiseringen skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgjengelighet og kvalitet på spesialisthelsetjenester, gjennom effektiv utnyttelse av ressursene som Stortinget stiller til disposisjon. Kvinnsland-utvalgets utredning skulle også ta høyde for tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).

Utvalget avga innstilling 1. desember 2016. NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? hadde høringsfrist 3. mars 2017. Det kom inn om lag 90 høringsuttalelser.

Det vises til Prop. 129 S (2016–2017), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017. Kvinnsland-utvalget har vurdert mange ulike problemstillinger i tillegg til styringsmodell. Det gis her en samlet framstilling av retningen for den videre oppfølgingen.

Det ble vist til at regjeringen allerede har gjort viktige endringer i styringssystemet for å legge til rette for mer nasjonal styring og samordning. De politiske rammene for utviklingen er lagt gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Regjeringen vil fortsette arbeidet med å sikre mer nasjonal og folkevalgt styring gjennom nasjonal helse- og sykehusplan og styrke den nasjonale koordineringen gjennom de felles eide helseforetakene. Dette legger til rette for at sykehusene og de lokale helseforetakene kan få større handlefrihet til å utvikle tjenestetilbudet lokalt, i samarbeid med pasienter og brukere, kommunene og aktuelle lokale aktører.

6.1 Utvikling av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten

Kvinnsland-utvalget ble bedt om å vurdere tre alternativer til dagens organisering, som alle innebærer at de regionale helseforetakene avvikles. Alternativene var (1) færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet, (2) et nytt direktorat til erstatning for dagens regionale helseforetak, og (3) ett nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene. Utvalget mener at en modell med ett nasjonalt helseforetak er det beste alternativet av disse tre.

Flertallet i utvalget (13 av 16 medlemmer) mener at det fortsatt bør være et regionalt beslutningsnivå. Flertallet begrunner dette bl.a. med at regional forankring av beslutninger gir større legitimitet og at dette best sikrer hensynet til regional planlegging og dimensjonering av spesialisthelsetjenesten.

I mandatet var det åpnet for at utvalget også kunne vurdere andre modeller for organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Utvalget vurderte en modell der helseforetakene ikke er selvstendige rettssubjekter, men styres direkte av det regionale nivået. Det vil da ikke være styrer på helseforetaksnivå. Sykehusene vil være organisert i egne resultatenheter, kalt sykehusgrupper. Halvparten av Kvinnsland-utvalget støtter denne modellen.

Boks 6.1 De regionale helseforetakenes funksjon og oppgaver – sørge for ansvaret

De regionale helseforetakene har overordnet ansvar for å sette i verk den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Helsepolitikken er demokratisk besluttet gjennom Stortingets behandling av nasjonal helse- og sykehusplan, ved at det stilles vilkår for de årlige bevilgningene i oppdragsdokumentene og mer aktiv politisk styring gjennom foretaksmøter.

De regionale helseforetakene har sørge for-ansvaret som bl.a. innebærer ansvar for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste og at pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp oppfylles.

Tilbudet av spesialisthelsetjenester skal innrettes i tråd med overordnede helsepolitiske målsetninger og beslutninger, behovet i helseregionen og en effektiv forvaltning av tildelte ressurser.

De regionale helseforetakene har ansvar for finansieringen av spesialisthelsetjenestene innenfor de økonomiske rammene som Stortinget stiller til disposisjon. Finansieringsansvaret ligger hos det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

De regionale helseforetakene eier underliggende helseforetak og tilknyttede virksomheter. Sørge for-ansvaret kan oppfylles gjennom egne helseforetak, eller ved å kjøpe tjenester fra eller yte tilskudd til, private tjenesteytere, institusjoner og privatpraktiserende spesialister. I forbindelse med langsiktig planlegging skal de regionale helseforetakene vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom avtaler med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv.

De regionale helseforetakene skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten, og legge til rette for forskning og utdanning etter eiers retningslinjer. De regionale helseforetakene planlegger og styrer funksjonsfordeling, lokalisering, dimensjonering og investeringer for å ivareta et helhetlig regionalt tilbud.

For å kunne legge konkrete planer for spesialisthelsetjenestens framtidige innretning må regionene vurdere bl.a. endringer i befolkningens behov, teknologisk og medisinsk utvikling, investeringer og personellbehov. Gjennomføring forutsetter styringsevne og oversikt over styringskrav. De regionale helseforetakene må innhente styringsinformasjon om befolkningens behov, tilbud av tjenester og områder med svikt og fare for svikt for å evaluere om planene følges, om målene nås og om noe må korrigeres. De kan delegere oppgaver, men ikke delegere sørge for-ansvaret, til helseforetakene. De regionale helseforetakene er nivået som tar initiativ til og gjennomfører mange av de nødvendige omstillingene av tjenesten.

Høringsuttalelsene

Flertallet av høringsinstansene (64 av 93) støtter at det fortsatt bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået. Det er bare to høringsinstanser som tar til orde for en nasjonal styringsmodell. Flere høringsinstanser gir imidlertid uttrykk for at blant de tre modellene som var gitt i mandatet, støtter de utvalgets vurdering om at modellen med ett nasjonalt helseforetak er best, men ingen høringsinstanser tar til orde for denne modellen som sitt primære valg. Modellen der helseforetakene ikke videreføres som selvstendige rettssubjekter og styrene på HF-nivå ved det faller bort, får ingen støtte blant høringsinstansene. Et fåtall av høringsinstansene mener at statens eierskap må vurderes i lys av en framtidig regionreform, og noen mener at ansvaret for sykehusene bør tilbakeføres til folkevalgt regionalt nivå.

Mange høringsinstanser mener at det ikke er godtgjort at en annen organisasjonsmodell vil gi bedre styring av spesialisthelsetjenesten. De legger vekt på at endringer i organiseringen vil medføre betydelige omstillings- og implementeringskonsekvenser. Gitt kostnader og risiko må en derfor være sikker på at endringer i styringsmodellen er riktig virkemiddel for å løse utfordringene framover.

Regjeringen har gjort viktige endringer i styringen av spesialisthelsetjenesten

I den politiske plattformen for regjeringen Solberg ble det lagt til grunn at de regionale helseforetakene skulle legges ned når det var utarbei-

det en nasjonal helse- og sykehusplan. Målsettingen var å sikre mer nasjonal styring og mer enhetlige løsninger i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har allerede gjort viktige endringer i styringssystemet, med tydeligere politisk og faglig styring. Dette legger til rette for mer nasjonal samordning og mer målrettet innsats på flere områder:

- De politiske rammene for utviklingen er lagt gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) og det er med dette sikret sterkere nasjonal demokratisk styring av spesialisthelsetjenesten.
- Innen utgangen av 2018 skal alle helseforetakene og regionene lage utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035. Disse skal være grunnlaget for arbeidet i den neste helse- og sykehusplanen.
- Direktoratet for e-helse er opprettet for å bidra til felles innsats og nasjonal styring av IKT-utviklingen i sektoren.
- Det er etablert tre nye felleseide nasjonale foretak for å legge til rette for mer samordning mellom regionene; Nasjonal IKT HF, Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF.
- Mer aktiv politisk styring ved at flere saker er besluttet av statsråden i foretaksmøtet, bl.a. lokalisering av sykehusbygg.
- Styrene for foretakene er blitt profesjonalisert. Det vektlegges primært faglig kompetanse som avgjørende for utnevnelse til styreverv og ikke lenger partitilhørighet og politisk bakgrunn.
- Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan er styrket gjennom myndighet fra departementet. Dette omfatter bl.a. å fastsette nasjonale kvalitetskrav for behandlingstjenester i sykehus som skal ligge til grunn for planlegging og oppgavefordeling, og å godkjenne enkelte behandlingsfunksjoner.

Regjeringen har målrettet innsatsen på flere områder som har styrket spesialisthelsetjenesten, bl.a.:

- Målet om å redusere gjennomsnittlig ventetid til under 65 dager er nådd på nasjonalt nivå. For 2017 er målet at gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager. I første tertial 2017 var gjennomsnittlig ventetid 56 dager, en reduksjon på 7 dager fra samme periode året før – en reduksjon på 19 dager fra samme periode i 2013. Ved utgangen av første tertial 2017 var det om lag 65 000 færre ventende enn ved samme periode i 2013.
- Andel fristbrudd var 1,5 pst. i første tertial 2017, en reduksjon på 4,6 prosentpoeng sammenliknet med første tertial 2013.
- Fritt behandlingsvalg er innført for døgnbehandling innenfor rus og psykisk helsevern og enkelte tjenester innen somatikk. Fra 1. juli 2017 er også habilitering av barn og unge med hjerneskade inkludert i ordningen.
- Pakkeforløp for kreft er innført for 28 kreftformer. På landsbasis er målet nådd om at 70 pst. av nye kreftpasienter skal være i et pakkeforløp.
- Alvorlig syke pasienter har fått rett til kontaktlege.
- HelseOmsorg21-strategien ligger til grunn for satsing på forskning og innovasjon.
- Det ble i 2014 gjennomført kjøp av til sammen 200 nye behandlingsplasser innen rusbehandling (TSB).
- Opptrappingsplanen på rusfeltet er i rute, og opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering følges opp.
- Den gylne regel, som går ut på at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikken målt på helseregionnivå, er gjeninnført. Regelen er i stort blitt innfridd innen TSB, men det er fortsatt forbedringspotensial innen psykisk helsevern.

Regjeringen har også lagt fram følgende meldinger til Stortinget: Folkehelsemeldingen, Primærhelsetjenestemeldingen, Legemiddelmeldingen, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), Prioriteringsmeldingen og tre meldinger om Kvalitet og pasientsikkerhet, som gjør at Stortinget involveres i styringen i større grad enn før. Meldingen om evaluering av bioteknologiloven ble lagt fram i juni 2017.

Fortsatt nasjonal styring og samordning

De regionale helseforetakene har ansvaret for å sørge for helsetjenester til innbyggerne i regionen. Styringsbudskapet fra departementet er derfor i all hovedsak likelydende overfor de fire helseregionene og følges opp ved at helseregionene løser oppgavene i tråd med sitt sørge-for-ansvar innenfor de økonomiske rammer som Stortinget fastsetter. Regjeringen har gjort endringer på flere områder for mer nasjonal samordning, for å legge til rette for en demokratisk forankret, nasjonal politikk for sykehusene, sikre likeverdighet i tjenestetilbudet på tvers av regionene og oppnå mer effektiv ressursbruk. Samordning skjer bl.a. gjennom etablering av systemet for innføring av nye

metoder, gjennom faglig normering og myndighetsstyring fra Helsedirektoratet (herunder forvaltning av ISF-ordningen) ved at helseregionene samordner sin innsats knyttet til bl.a. forskning og kvalitetsregistre, gjennom utarbeidelse av Helseatlas, og ved felleseide foretak.

Regjeringens intensjoner om mer nasjonal samordning ble bl.a. adressert i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Regjeringen understreket der ønsket om i større grad å vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene. Dette begrunnet bl.a. styrking av Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan og mer regionovergripende samordning og organisering på utvalgte områder.

Kvinnsland-utvalget mener at de statlige styringsvirkemidlene gir Stortinget og regjeringen god mulighet til å styre spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener at det er viktig å sikre at nasjonal helse- og sykehusplan blir et reelt og hensiktsmessig verktøy for den nasjonale politiske styringen av spesialisthelsetjenesten, der de overordnede politiske rammene blir gitt av Stortinget gjennom behandling av nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år. Stortingets vedtak skal så operasjonaliseres gjennom eierstyring og myndighetskrav overfor spesialisthelsetjenesten.

Myndighetsstyring – Helsedirektoratets rolle

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) foreslo regjeringen å legge nye oppgaver til Helsedirektoratet, for å styrke direktoratets rolle som fag- og myndighetsorgan overfor spesialisthelsetjenesten og slik markere et tydeligere skille mellom faglige og politiske beslutninger. Stortinget trekker opp de overordnede rammene for hvordan spesialisthelsetjenesten skal utvikles. Disse følges opp gjennom faglige krav for å sikre likeverdig tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene, samt gi grunnlag for prioriteringer og beslutninger på alle nivåer i tjenesten.

Helsedirektoratet skal fastsette nasjonale kvalitetskrav for behandlingstjenester der dette er nødvendig for å sikre god kvalitet på tjenestene over hele landet. Kvalitetskravene skal ligge til grunn for helseregionenes og foretakenes planlegging og oppgavefordeling mellom sykehusene. Dette vil innebære sterkere nasjonal faglig styring av hvilke kvalitetskrav som skal gjelde for pasientbehandlingen på enkelte fagområder.

Helsedirektoratet har som ledd i sin faglige normerende rolle, også et lovpålagt ansvar for å fastsette nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer. Retningslinjer og indikatorer skal bidra til god praksis, redusere uberettiget variasjon i kvalitet, og bidra til forbedring av tjenestene.

Det har vært en stadig økning i antallet kvalitetsindikatorer, og per mai 2017 er det utviklet i alt 164 nasjonale kvalitetsindikatorer, hvorav de fleste fortsatt gjelder spesialisthelsetjenesten. Resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres fem ganger årlig på helsenorge.no.

Pakkeforløpene for kreft er utvidet til å dekke 28 kreftformer, og Helsedirektoratet har nå under utvikling pakkeforløp for hjerneslag, psykiske lidelser og rusavhengighet.

Ny modell for spesialistutdanning av leger, fastsatt i spesialistforskriften som trådte i kraft 1. mars 2017, legger et tydeligere, helhetlig myndighetsansvar til Helsedirektoratet. Legeforeningens skal bidra bl.a. ved at spesialitetskomiteene gir faglige råd til Helsedirektoratet. Dette vil legge til rette for at spesialitetsstruktur og spesialistutdanning sees i sammenheng med sykehusenes organisering og behandlingstilbud.

Boks 6.2 Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan er styrket

Helsedirektoratet skal:
- fastsette nasjonale kvalitetskrav for behandlingstjenester som grunnlag for planlegging og oppgavefordeling mellom sykehusene
- utarbeide nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer
- vedta fordeling av nasjonale tjenester og utvalgte regionale behandlingstjenester etter søknad fra regionale helseforetak
- innføre en ordning for nasjonal utlysning av nasjonale/regionale behandlingstjenester på fagområder der det er identifisert et behov
- utvikle pakkeforløp på nye områder
- ivareta myndighetsansvar for spesialistutdanningen for leger

Ved Stortingets behandling av Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) stilte Helse- og omsorgskomiteen seg bak forslaget om at det innføres nasjonale kvalitetskrav for utvalgte behandlingstilbud. Flertallet (H, Frp og V) støttet videre at godkjenning av få regionale behandlingstjenester som kan lokaliseres fra 0–3 steder i hver helseregion, også omfat-

tes av en godkjenningsordning. Flertallet merket seg at den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale behandlingstjenester legges til Helsedirektoratet, og at dette også vil omfatte godkjenningsordning av utvalgte regionale behandlingstjenester. Flertallet støttet intensjonen om at det skal være et skille mellom faglige og politiske beslutninger. Flertallet ba videre om at den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale behandlingstjenester vurderes i forbindelse med anbefalingen om ny styringsmodell som Kvinnsland-utvalget skal legge fram.

Departementet tilrår at den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale tjenester legges til Helsedirektoratet og at ordningen utvides til også å omfatte utvalgte regionale behandlingstjenester. Forslaget innebærer at Helsedirektoratet vil fatte endelig vedtak om fordelingen av nasjonale behandlingstjenester og utvalgte regionale behandlingstjenester innad i helseregionene etter søknad fra regionale helseforetak. I tillegg skal myndighetene kunne utlyse opprettelse av nye regionale eller nasjonale behandlingstjenester etter identifisert behov. Dette vil bidra til å sikre mer likeverdige behandlingstilbud og tilgjengelighet til spesialiserte tjenester og kompetanse som pasienter har behov for.

Nasjonal samordning – «variasjon» som inngang til forbedringsarbeid

Helsetjenester ytes i utgangspunktet til innbyggerne nær der de bor. Det betyr at de fleste typer av behandlinger blir utført på mange sykehus over hele landet. Det gjør det mulig å sammenlikne sykehusene. Slike sammenlikninger viser at det er stor variasjon – både i bruken av tjenestene, hvor effektivt tjenestene utføres, hvor tilgjengelig helsehjelpen er og hvilken kvalitet tjenestene har. Noen sykehus er mer effektive enn andre. Selv når sykehusene er like effektive, kan kvaliteten variere. Noen pasienter får kanskje behandling som ikke er nødvendig, eller en annen type behandling enn de kanskje trenger. Ventetid til helsehjelp kan også variere mye mellom sykehus.

Noe av denne variasjonen er naturlig og ønskelig eller skyldes forhold utenfor det enkelte sykehus sin kontroll. Dette kan f.eks. skyldes forskjeller i sykdomsbildet blant innbyggerne i ulike opptaksområder. For å nå målet om en likeverdig helsetjeneste er det nødvendig at variasjon som ikke er ønsket eller godt begrunnet reduseres. Samtidig gir kunnskap om variasjonen sykehusene store muligheter til å lære av hverandre. Sykehus som ikke utnytter kapasiteten så godt, må lære av sykehus som er mer effektive. Sykehus som leverer en tjeneste med høy kvalitet, skal lære bort til sykehus som ikke har like god kvalitet. Ved å sammenlikne seg med hverandre kan sykehusene få et bedre bilde av hva som er et rimelig nivå på bruken av definerte tjenester, f.eks. innen ortopedi. De regionale helseforetakene har de siste årene fått i oppdrag å identifisere indikatorer og publisere tall som måler variasjon – både i kapasitetsutnyttelse, forbruk, tilgjengelighet og kvalitet. Helseregionene skal bruke denne informasjonen i sin styring av sykehusene med sikte på å understøtte lokalt forbedringsarbeid. Helseregionene er også bedt om å utveksle erfaringer om metodikk og erfaringer for å redusere ventetid og uberettiget variasjon.

Gjennom arbeidet knyttet til variasjon som departementet har initiert, er det synliggjort hvordan nasjonal samordning av data og utveksling av erfaringer på tvers av regioner og sykehus kan identifisere utfordringer og muligheter for forbedring. Ansvaret for å gjennomføre omstillings- og endringsprosesser vil fortsatt ligge lokalt. Den nasjonale samordningen i dette arbeidet vil imidlertid være et viktig bidrag å identifisere og utnytte potensialet for læring på tvers i helsetjenesten.

Nasjonal samordning – private aktører og avtalespesialister

Kvinnsland-utvalget la til grunn at det offentlige også i framtida vil være hovedleverandør av helsetjenester, men at private leverandører vil være et viktig supplement til det offentlige. Utvalget mener at det bør synliggjøres i styringsdialogen på hvilken måte kjøp av tjenester fra private leverandører har vært vurdert i de løpende kapasitetsvurderingene, og det bør bli mer samordning og standardisering av innholdet i og utforming av avtalene. Praksis og rutiner for hvordan pasientene informeres og tiltak for å øke helsepersonellets kompetanse for ordningen med fritt behandlingsvalg bør også omtales.

De regionale helseforetakene leverte i juni 2017 forslag til tiltak for å bedre samhandlingen mellom sykehusene og private avtaleparter. Tiltakene skulle også inkludere private med godkjenning gjennom fritt behandlingsvalgordningen, særlig der det er vesentlige forskjeller i kapasitetsutnyttelsen mellom ulike institusjoner, og tilgjengeligheten derfor kan forbedres gjennom å utnytte disse forskjellene. De foreslåtte tiltakene innebærer bl.a. å videreutvikle etablerte samarbeidsarenaer og -rutiner mellom helseforetak og

private og å legge til rette for økt bruk av informasjonstjenestene for valg av behandlingssted blant pasienter og helsepersonell. Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene følger opp de foreslåtte tiltakene.

Stortinget slo gjennom behandlingen av prioriteringsmeldingen i 2016 fast at de foreslåtte prinsippene for prioritering skal gjelde for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at også pasientbehandling som gjennomføres av avtalespesialistene skal være underlagt disse prinsippene. Avtalespesialistene har imidlertid etter gjeldende regler ikke anledning til å vurdere og tildele pasientrettigheter. Det tas sikte på å gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av stortingsperioden (2017–2021). De regionale helseforetakene skal i løpet av høsten 2017 utrede og foreslå konkrete pilotprosjekter som skal prøve ut rettighetsvurdering i tilknytning til avtalespesialistpraksis.

Nasjonal samordning – oppfølging av felleseide selskaper

Samordning mellom regionene har også vært gjort gjennom etablering av selskaper/foretak som de regionale helseforetakene eier i fellesskap. Virksomheten i de felles eide selskapene er enten spesialisthelsetjenester eller støttefunksjoner som er nødvendige og sentrale forutsetninger for at det kan ytes spesialisthelsetjenester. Styring og oppfølging blir ivaretatt av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøter og oppfølgingsmøter. Departementets styring overfor de felleseide selskapene skjer gjennom krav i oppdragsdokumenter eller foretaksmøter i de regionale helseforetakene, som så har ansvar for gjennomføring.

Kvinnsland-utvalget vurderte om det ville bli mer effektiv styring av de felleseide selskapene hvis eierskapet ble overført til departementet. Utvalget konkluderer med at eierskapet til selskapene bør videreføres, og legger i denne sammenheng vekt på at det nivået som er ansvarlig for å sørge for spesialisthelsetjenester også bør ha ansvaret for eierstyringen av selskapene. Utvalget mener at rapportering og oppfølging bør inngå som en fast del av den etablerte styringsdialogen mellom departementet og de regionale helseforetakene.

Dette ble fulgt opp i foretaksmøtet i januar 2017 da det ble stilt krav om at de regionale helseforetakene må sørge for at de felleseide nasjonale foretakene har rammebetingelser som sikrer en utvikling i tråd med fastlagte mål og strategier. Det skal ved behov rapporteres på status for felleseide foretak i oppfølgingsmøter med departementet. Dette gjelder bl.a. ved beslutninger som har betydning for nasjonal samordning og nasjonale målsetninger, og ved ev. uenigheter av betydning for gjennomføring av samordnende tiltak.

Boks 6.3 Oversikt over felleseide selskaper

Luftambulansetjenesten HF, hovedkontor Bodø (2004)
Pasientreiser HF, hovedkontor Skien (2009)
Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, hovedkontor Gjøvik (2013)
Nasjonal IKT HF, hovedkontor Bergen (2014)
Sykehusbygg HF, hovedkontor Trondheim (2014)
Sykehusinnkjøp HF, hovedkontor Vadsø (2015)

Nasjonal samordning – IKT-området

Kvinnsland-utvalget mener det er behov for bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet. For å sikre samarbeid og utvikling i tråd med de nasjonale målene, foreslår utvalget at det gjøres en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene. Dette får støtte fra høringsinstansene. Samtidig legger utvalget vekt på at det er viktig å sikre gjennomføring av de igangsatte regionale utviklingsprosjektene. Det er også viktig å sikre drift av eksisterende (regionale) systemer fram til en nasjonal samordning realiseres.

For å øke sektorens gjennomføringsevne på IKT-området må den nasjonale samordningen i helse- og omsorgstjenesten styrkes. De samlede ressursene må benyttes mer effektivt.

Helse- og omsorgsdepartementet skal gjøre en samlet gjennomgang av roller, ansvar og oppgaver innenfor nasjonal IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren. Se nærmere omtale av IKT og digitalisering i del III, kapittel 10.

Utvikling av tjenestetilbud lokalt – helseforetakenes rolle

En viktig premiss for regjeringen for å utvikle spesialisthelsetjenesten videre, er at helseforetakene skal få større frihet til å innrette tjenestetilbudet med utgangspunkt i lokale behov og forutsetnin-

ger. Regjeringen har i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) slått fast at alle helseforetakene skal utarbeide utviklingsplaner i samarbeid med kommuner og andre aktuelle aktører i løpet av 2018. Planene skal ha tidshorisont fram til 2035, og være basert på felles metodikk for framskrivinger av kapasitetsbehov. Slik har regjeringen lagt til rette for at blir det lagt et felles rammeverk for den framtidige utviklingen. Helseforetakenes utviklingsplaner skal legge rammene for det totale helsetilbudet i regionen, og være grunnlaget for det som skal inngå i den neste nasjonale helse- og sykehusplanen som skal legges fram i 2019.

Når de overordnede rammene er lagt, kan sykehusenes oppmerksomhet i enda større grad rettes mot utviklingen av tjenestetilbudet lokalt. Dette skal skje i samarbeid med pasienter og brukere, ansatte, kommunene, private institusjoner, avtalespesialister og andre aktuelle aktører.

Kvinnsland-utvalget la vekt på behovet for å understøtte prinsippene i samhandlingsreformen og at dette bør gjenspeiles både i organisering og ledelse og styrenes kompetanse. Utvalget foreslår at styrene bør settes sammen slik at de samlet sett har helsefaglig kompetanse, kompetanse om primærhelsetjenesten og forvaltnings- og samfunnskompetanse, samt at nivået som har ansvaret for samordning og samarbeid med universitets- og høgskolesektoren bør ha medlemmer med tilknytning til denne sektoren. Departementet vil vurdere dette i forbindelse med valg av nye styrer. Utvalget legger også vekt på at det bør være enhetlig praksis som sikrer observatørstatus med møte-, tale og forslagsrett i styrene for lederne av brukerutvalgene. Det er nå gjennomført felles praksis i samsvar med dette i alle regioner.

Utvalget peker på at det bør være faste arenaer for samarbeid med kommunene i sykehusenes nedslagsfelt og at ansvaret for å inngå samhandlingsavtaler og å følge disse opp lokalt er klart definert. Departementet har også merket seg at utvalget viste til flere gode eksempler på modeller for samhandling der kommunene i sykehus-/helseforetaks-området har gått sammen om felles organisering for å bli en mer likeverdig part i samhandling og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) slo regjeringen fast at en viktig forutsetning er at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus internt i helseforetak og mellom helseforetak styrkes og blir mer forpliktene. Nettverkene skal bidra til å sikre god oppgavefordeling, samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger. Regjeringen vil arbeide for at flere oppgaver desentraliseres til mindre sykehus, når tjenesten kan leveres med god kvalitet. Regjeringen la videre til grunn at regionsykehusenes rolle i de faglige nettverkene i helseregionene og i de ulike pasientforløpene skal tydeliggjøres. Dette ble fulgt opp i foretaksmøte 4. mai 2016 der det ble lagt til grunn at i den videre utvikling av sykehustilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Det skal være team av sykehus akkurat som det skal være team av helsepersonell. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Store sykehus må f.eks. overlate oppgaver til mindre sykehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse.

Hvor stor frihet helseforetakene får, er bl.a. avhengig av hvor detaljerte styringskrav departementet stiller. Det er derfor en balansegang mellom politisk styring fra departementet og Stortinget, og graden av autonomi for helseforetakene.

Det bør arbeides videre med å identifisere områder med potensiale for mer lokal autonomi, samtidig som en sikrer at utviklingen skjer innenfor rammen av nasjonal helsepolitikk og faglige krav til tjenesten. Det vil bli sett nærmere på dette i tilknytning til arbeidet med neste nasjonal helse- og sykehusplan.

Ledelse og intern organisering

I forbindelse med Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) ble stedlig ledelse løftet fram som et sentralt begrep. Komitéens flertall (Ap, H, Frp, KrF og Venstre) fremmet følgende forslag som fikk tilslutning fra flertallet i Stortinget:

> «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

I foretaksmøte 4. mai 2016 med de regionale helseforetakene ble det gitt følgende føringer om stedlig ledelse:

> «Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan

gjorde følgende anmodningsvedtak: «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus.»

Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.»

Regjeringen har vedtatt ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft fra 1. januar 2017. Den nye forskriften er et sentralt virkemiddel som plasserer ansvar og beskriver helt grunnleggende krav som virksomheter i helsetjenesten må styre etter for å gi forsvarlige og gode helsetjenester, og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok. Det er også gitt klare føringer til de regionale helseforetakene om at pasient- og kvalitetssikkerhetsarbeid skal være en integrert del av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS), og det skal utvikles felles tiltak og indikatorer på området.

Kvinnsland-utvalget viser til at spørsmålet om stedlig ledelse er et stadig tilbakevendende tema i den politiske debatten og at det mangler dokumentert kunnskap om effekter av de ulike organisasjons- og ledelsesmodellene. Utvalget mener derfor at departementet bør vurdere om det er godt nok kunnskapsgrunnlag på området, eller om det er behov for å sette i gang et evalueringsarbeid for å gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller. Departementet vil følge opp dette på egnet måte.

Vurdering av framtidig organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten står overfor betydelige utfordringer framover. Det vil bli sterk befolkningsvekst i byene, særlig i hovedstadsområdet. I andre deler av landet vil det være utfordringer knyttet til befolkningsstagnasjon eller -nedgang, kombinert med en aldrende befolkning. I tillegg til økt ressursbehov som følge av den demografiske utviklingen, gir den medisinske og teknologiske utviklingen stadig flere behandlingsmuligheter som vil utfordre de økonomiske rammene og behovet for personell.

Hensikten med ev. å endre organisasjonsmodell for spesialisthelsetjenesten må være å få en modell som er bedre enn den vi har i dag. Regjeringen har gjort viktige endringer i styringssystemet for å legge til rette for mer nasjonal styring og samordning. Regjeringen har med dette lagt grunnlaget for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten med vekt på å styrke nasjonal normering og koordinering som virkemiddel for å oppnå mer likeverdige tjenester innenfor en regionalisert styringsmodell. Dette viser også at helseforetaksloven gir handlingsrom for ønsket politisk styring.

Det er ikke godtgjort at en annen styringsmodell vil imøtekomme kritikken som har vært rettet mot styringen av spesialisthelsetjenesten og de målsettingene som er angitt. Kvinnsland-utvalgets utredning, der et klart flertall går inn for at det fortsatt bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået, og synspunktene til flertallet av høringsinstansene, støtter vurderingen om at videreføring av dagens styringsmodell vil være den mest bærekraftige løsningen.

Erfaringer fra bl.a. gjennomføring av helseforetaksreformen og sammenslåingen av Helse Sør-Øst RHF viser at omfattende organisatoriske endringer krever mye lederressurser. Ledelses- og styringskraften framover bør innrettes mot å gjennomføre nødvendig omstilling og forbedring av tjenestene for å nå de helsepolitiske målene som skal møte de framtidige utfordringene. Departementet tilrår å videreføre dagens styringsmodell som det organisatoriske rammeverket for framtidig utvikling av pasientens helsetjeneste.

6.2 Regioninndeling

Kvinnsland-utvalget hadde som en del av sitt mandat å vurdere inndelingen i helseregioner. Utvalget avgrenset vurderingene til å gjelde Helsere-

gion Sør-Øst, og begrunner dette med at det har vært lite diskusjon om regioninndeling i de andre regionene.

Ved regionaliseringen av helsetjenesten på 70-tallet ble det lagt til grunn at det skal være ett regionsykehus i hver helseregion. Det er fire regionsykehus i Norge. Utgangspunktet har vært at befolkningens behov for tjenester i størst mulig grad skal kunne dekkes innenfor helseregionene. Helseregionene har en dekningsgrad som innebærer at 92–98 pst. av pasientene får behandling innen egen bostedsregion. Oslo universitetssykehus HF (OUS) har den største andelen av lands- og flerregionfunksjoner og dekningsgraden er derfor størst i Helseregion Sør-Øst (98 pst.). I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) har regjeringen slått fast at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner.

Om Helseregion Sør-Øst

Helseregion Sør-Øst ble opprettet i 2007. Flere utredninger og stortingsmeldinger hadde tatt opp utfordringene med mangelfull samordning og koordinering som følge av at grensene mellom Helseregion Sør og Helseregion Øst skilte nærliggende sykehus i hovedstaden.

Helseregion Sør-Øst har et befolkningsgrunnlag på om lag 2,85 mill. innbyggere og er stor sammenliknet med de andre helseregionene. Prognoser indikerer en befolkningsøkning i regionen fram mot 2030 på om lag 0,5 mill. innbyggere, tilsvarende 18,9 pst. Økningen er størst i opptaksområdene til Oslo-sykehusene og Akershus universitetssykehus, med en anslått vekst på om lag 25 pst. Andre helseforetak i regionen vil måtte tilpasse seg lavere befolkningsvekst og en relativt sett eldre befolkning. Det er kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus og i investeringsplanene for Oslo universitetssykehus HF er det bl.a. planlagt for etablering av et nytt stort akuttsykehus på Aker.

Oslo universitetssykehus HF er regionsykehus for Sør- og Østlandet og er sykehuset med flest nasjonale behandlingstjenester. Oslo universitetssykehus HF består av de tidligere foretakene Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Aker sykehus og Ullevål sykehus, og ble etablert etter flere års debatt om hvordan en best kunne utnytte fagmiljøene ved disse sykehusene. Vurderingen var at det beste ville være å samle fagmiljøene i ett helseforetak. Vel halvparten av aktiviteten ved Oslo universitetssykehus HF er knyttet til pasienter fra opptaksområdene til andre sykehus i Helseregion Sør-Øst.

Oslo universitetssykehus HF ivaretar flere viktige roller i Helseregion Sør-Øst. Sykehuset er en «motor» for fagutviklingen og har en svært sentral plass i fagråd og fagutvalg i regionen, i tråd med forutsetningene som regjeringen la til grunn i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Oslo universitetssykehus HF er den største bidragsyteren i regionen når det gjelder forskning, har store oppgaver innen utdanning av helsepersonell og i beredskapssammenheng har sykehuset en nøkkelrolle i koordinering og kriseledelse på vegne av Helse Sør-Øst RHF.

Kvinnsland-utvalgets vurdering

Utvalgets vurdering tar utgangspunkt i debatten om regionen, der det blir hevdet at regionen er uhensiktsmessig stor, og at dette har gitt et for stort kontrollspenn og lange styringslinjer. Utvalget framhever imidlertid at i et planleggingsperspektiv må størrelsen på regionen også vurderes i lys av at den dekker et område med stor befolkningskonsentrasjon. Organisering av dette området i én helseregion gir mulighet for å samordne pasienttilbud og vurdere funksjonsfordeling for et stort opptaksområde.

Et annet viktig element for vurderingen, er om det er ønskelig å etablere flere regionsykehus, eller øke egendekningen i andre helseforetak ved å fordele regionale behandlingsfunksjoner til flere sykehus slik at pasientene behandles andre steder enn i dag.

Et samlet utvalg mener at Oslo universitetssykehus HF bør opprettholdes som regionsykehus i regionen. En gjennomgang foretatt av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) viser at det er begrenset potensiale for å øke dekningsgraden i ev. nye regioner gjennom å fordele regionfunksjoner fra Oslo universitetssykehus HF til flere helseforetak. En ev. oppdeling av regionen kan derfor i liten grad knyttes til en anbefaling om å flytte deler av pasientbehandlingen, for slik å sikre pasientgrunnlag og høyere egendekning i ev. nye regioner. Oppsummeringen av evalueringen som Sintef har gjort av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst, tilsier at det ikke er forhold ved organiseringen av Helse Sør-Øst som har gitt negative utslag på driften. Dette støttes også av andre tall som illustrerer utviklingen i helseregionen de siste årene.

Utvalget vurderte tre alternative inndelinger av helseregionen, og konsekvensene av en ev. deling. Utvalget vurderte ett alternativ der Helseregion Sør-Øst deles i to regioner, og to alternativer for å dele Helseregion Sør-Øst i tre nye regio-

ner. Gitt utvalgets tilrådning om ikke å etablere flere regionsykehus, vil det ved en ev. deling av Helseregion Sør-Øst være én eller to regioner som ikke har eget regionsykehus. En viktig premiss er derfor at arbeidsdelingen mellom Oslo universitetssykehus HF og de andre helseforetakene i hovedsak bør være som i dag. Utvalget vurderte konsekvensene av en deling ut fra tre tilnærminger:

- vurdering opp mot kriterier for legitimitet, effektivitet, samhandling og medvirkning
- konsekvenser for økonomisk bæreevne og planlagte investeringer
- omstillings- og implementeringskonsekvenser

Vurdering opp mot kriterier for legitimitet, effektivitet, samhandling og medvirkning

Mindre regioner/flere regionale helseforetak vil kunne legge til rette for tettere styring og oppfølging av helseforetakene. Dette vil også kunne legge til rette for å få flere og mindre helseforetak, med kortere styringslinjer. Flere og mindre regioner kan bidra til høyere legitimitet gjennom flere styremedlemmer, flere arenaer for brukerinnflytelse og medvirkning fra ansatte, samt legge bedre til rette for samarbeid og samhandling med kommuner og helse- og omsorgstjenestene.

Pasientstrømmer på tvers av regiongrenser vil øke ved en deling, og regionen/regionene som ikke har regionsykehus vil bli sterkt avhengig av Oslo-regionen. Ved etablering av regioner uten regionsykehus vil det derfor måtte etableres mer omfattende avtaler mellom Oslo-regionen og den/de andre region(ene). Avtalene må understøttes av finansieringsordninger og administrativ oppfølging, som vil innebære mer byråkrati. Det vil være usikkerhet knyttet til om sykehusene vil være lojale til inngåtte avtaler. Dette må følges opp av eier. Usikkerhet om pasientstrømmer vil også gi usikkerhet knyttet til økonomistyring.

Konsekvenser for økonomisk bæreevne og planlagte investeringer

Helse Sør-Øst RHF står foran store investeringsprosjekter. Deling av regionen vil innebære usikkerhet om planlagt framdrift for disse. Gjennomføring av investeringer krever både tilgang på likviditet og økonomisk bæreevne for å betjene nåværende og framtidige låneopptak. Mindre regioner vil gi mindre muligheter for omfordeling av likviditet.

Oslo universitetssykehus HF har en spesiell rolle i regionen. En stor andel av pasientene bor i opptaksområdet til andre helseforetak. Helse Sør-Øst RHF har hatt en viktig rolle når det gjelder å fastsette rammebetingelsene for sykehuset. Dersom Oslo universitetssykehus HF skulle tilhøre en klart mindre region, er det sannsynlig at staten vil måtte ta et større ansvar for rammebetingelsene for dette sykehuset.

Omstillings- og implementeringskonsekvenser

Det vil være ledelses- og styringsmessig risiko forbundet med å gjennomføre en så omfattende omorganisering som en deling av regionen vil innebære. Endringer i regioninndelingen vil i en omstillings- og implementeringsfase også gi utfordringer knyttet til oppgjør av fordringer og gjeld. Dette kan innebære konsekvenser for rekkefølge og tidsplan for gjennomføring av framtidige investeringer.

Flertallet i utvalget (11 av 16) mener at regioninndelingen bør videreføres som i dag. Mindretallet ønsker å dele Helseregion Sør-Øst, fordi regionen skiller seg ut i størrelse på en slik måte at den framstår for dominerende i forhold til de tre øvrige helseregionene.

Høringsuttalelsene

To tredeler (61 av 91) av høringsuttalensene omtaler ikke regioninndelingen spesifikt, men flere høringsinstanser gir generelt uttrykk for at de ikke ønsker endringer i dagens organisering. Sju høringsinstanser, bl.a. Legeforeningen, tar eksplisitt til orde for at Helseregion Sør-Øst må deles. Flere av disse viser til at inndelingen i helseregioner bør følge inndelingen i nye folkevalgte regioner.

22 høringsinstanser støtter at dagens regioninndeling videreføres. Disse høringsinstansene er enige i vurderingene om at Oslo universitetssykehus HF bør opprettholdes som regionsykehus for hele regionen og legger vekt på at det ikke er hensiktsmessig med regioner uten regionsykehus. Helseforetakene i Helseregion Sør-Øst mener at regionen bør videreføres som i dag. F.eks. viser Akershus universitetssykehus HF til at det er etablert prosesser og fagnettverk som fungerer godt for hele regionen og at Oslo universitetssykehus HF sin betydning som regionsykehus tilsier at det er nødvendig å opprettholde et tett samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og de øvrige helseforetakene i regionen. Akershus universitetssykehus HF mener også at det er nødvendig med et beslutningsnivå som kan håndtere spørsmål om pasientstrømmer innad i

regionen. Videre at den store befolkningsveksten i Oslo og Akershus tilsier at utfordringene må håndteres samlet i hovedstadsområdet. Vestre Viken HF peker på at oppdeling av Helse Sør-Øst RHF ville kreve et omfattende avtaleverk mellom regionen uten og regionen med regionsykehus. En slik deling vil være ressurskrevende, og medfører ytterligere byråkratisering. I tillegg ville den være mindre egnet til å ivareta gode prosesser.

Vurdering

Departementet støtter Kvinnsland-utvalgets vurderinger om at Oslo universitetssykehus HF bør videreføres som regionsykehus for Sør-Østlandet. Mye av samlingen av fagområder ved Oslo universitetssykehus HF har vært gjort ut fra et faglig ønske om samling for å ha ett senter i Norge med stort nok volum for å bli gode, også i internasjonal sammenheng. Det å bygge opp fagmiljøer og infrastruktur er en prosess som tar mange år. Et nytt regionsykehus etablert på Sør-Østlandet ville bli en konkurrent til andre regionsykehus ved rekruttering av spesialisert helsepersonell og kunne skape utfordringer for fagmiljøene i andre deler av landet. Det er heller ikke geografiske hensyn som tilsier behov for mer desentralisering av regionale behandlingsfunksjoner, utover det som skjer gjennom faglig utvikling.

Kvinnsland-utvalget har belyst at det ville ha omfattende konsekvenser å dele Helseregion Sør-Øst og dette synet får støtte i høringsuttalelsene. Departementet legger bl.a. vekt på følgende:

- Deling av regionen vil gjøre det vanskeligere å planlegge pasientbehandlingen, som følge av at mange pasienter vil bli behandlet i en annen region enn der de bor. Dagens regionstruktur bygger på en god logikk i forhold til pasientstrømmer og arbeidsdeling mellom sykehus og helseforetak. Hoveddelen av pasientstrømmene går mellom regionsykehuset og de øvrige helseforetakene. Ved deling av regionen ville det måtte etableres mer omfattende styringsmekanismer og avtaler, med tilhørende administrative funksjoner, mellom regionen som har regionsykehus og den/de andre regionene.
- Hvis regionen blir delt, vil det bli stor ubalanse mellom regionen med regionsykehus og region(er) uten regionsykehus. Regionsykehusene har en sentral rolle i de faglige nettverkene i helseregionene og i de ulike pasientforløpene, og regjeringen har forutsatt i nasjonal helse- og sykehusplan at denne rollen skal tydeliggjøres. Det vil være risiko for at faglige drivkrefter bidrar til at flere sykehus enn det som er ønskelig, bygger opp regionale behandlingsfunksjoner. Dette vil kunne føre til at kompetanse trekkes til Sør- og Østlandsområdet fra andre deler av landet.
- Deling av regionen vil kunne svekke det regionale forskningssystemet og utdanningsaktiviteten. Universitetssykehusene og regionsykehuset er viktige nav i forskning og utdanning for hele helseforetaksgruppen. Særlig er deres rolle avgjørende for spesialistutdanning for leger der rotasjon til universitets-/regionsykehus i mange tilfeller er avgjørende for å kunne gjennomføre hele spesialistutdanningen.
- Deling av regionen vil gripe inn i de omfattende investeringsplanene som er lagt. Regionens samlede økonomi er lagt til grunn som forutsetning for de prioriterte byggeprosjektene, bl.a. Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF, og etter hvert Sykehuset Innlandet HF. Ved en oppdeling av regionen vil det bli en mindre økonomi med tilsvarende mindre finansielt handlingsrom for å håndtere store investeringsprosjekter enn hva som er tilfellet i Helse Sør-Øst. Investeringene ved Oslo universitetssykehus HF skal foregå over mange år, og foretaket skal håndtere gjeld over mange ti-år etter dette. Gitt deling av økonomien vil det i større grad enn i dag måtte bli et nasjonalt ansvar å sørge for rammebetingelser ved Oslo universitetssykehus HF. Erfaringene fra 1990-tallet med styring av statssykehusene (Radiumhospitalet og Rikshospitalet) indikerer at det kan være flere utfordringer knyttet til en slik løsning.
- Kostnader og risiko ved omstillingen vil være betydelig. Det vil gi utfordringer i en omstillings- og implementeringsfase knyttet til oppgjør av fordringer og gjeld mellom helseforetak og regionale helseforetak og mellom nye regioner og departementet. En hovedutfordring vil være knyttet til å synkronisere behovene for tilbakebetaling av fordringer med tilbakebetaling av gjeld, som også kan påvirke rekkefølge og tidsplan for gjennomføring av framtidige investeringer.
- Det vil bli en stor utfordring med organisering av IKT-området for å ivareta den regionale innretningen på det omfattende digitale fornyingsprosjektet og moderniseringen av IKT-infrastrukturen som er iverksatt.
- Det vil være ledelses- og styringsmessig risiko forbundet med å gjennomføre en så omfattende omorganisering som en deling av helseregionen vil innebære, uten at det er godtgjort

klare faglige gevinster. Det har tatt flere år å samle regionen og få resultater av dette. Deling av regionen vil være en langt mer komplisert prosess som må forventes å ta betydelig lengre tid å gjennomføre, og ta oppmerksomhet bort fra utviklings- og forbedringsarbeid.

Departementet mener at det er synliggjort få gevinster ved å reversere utviklingen og dele Helseregion Sør-Øst, men at store negative konsekvenser ved en deling tilsier at regioninndelingen med dagens fire helseregioner bør videreføres.

6.3 Eiendomsforvaltning

Som en del av mandatet utredet Kvinnsland-utvalget også eierskap til og forvaltning av bygg for de ulike organisasjonsmodellene som skulle vurderes. I rapporten har utvalget sett spesielt på områdene organisering, etablering av husleieordninger, krav til nivå på vedlikehold og tilstandsgrad for sykehusbygg og profesjonalisering av eiendomsfunksjonene.

Organisering

Dagens organisering av spesialisthelsetjenesten er basert på at det enkelte helseforetak eier sykehusbyggene, og selv er ansvarlig for å forvalte disse innenfor den samlede økonomiske rammen. Midler til vedlikehold må prioriteres opp mot løpende drift og investeringer. I de fleste helseforetakene er det etablert egne eiendoms- og driftsavdelinger som disponerer vedlikeholdsbudsjettet. Prioritering av midler til vedlikehold i det enkelte helseforetak er i stor grad knyttet opp mot den økonomiske bæreevnen. I alle regionene har de regionale helseforetakene en rolle når det gjelder koordinering og standardisering.

I enkelte helseforetak, bl.a. helseforetakene i Helseregion Midt-Norge og i Helse Bergen HF, er det etablert ordninger med internhusleie for å synliggjøre arealkostnader. Internhusleieordningen i Helse Bergen HF har som hovedformål å synliggjøre for leietaker hva det koster å bruke de ulike lokalene, og å allokere nødvendige midler til drift og vedlikehold. Leien skal være kostnadsdekkende og bygger ellers på de samme prinsippene som ordinære leieforhold i privat sektor. I husleieordningene i Helseregion Midt-Norge er det ikke en direkte kobling mellom fastsatt husleie og avsatte midler til drift og vedlikehold.

Helse Nord RHF utreder nå en modell med internhusleie i helseforetakene i regionen etter mal fra Helse Bergen HF. Helse Vest RHF tar sikte på å ta i bruk en modell med internhusleie i alle helseforetakene når nytt felles datasystem for eiendomsforvaltning er tatt i bruk.

Byggherreansvaret for store utbygginger er organisert noe ulikt mellom regionene. I Helseregion Sør-Øst har det regionale helseforetaket byggherreansvaret. I de andre regionene har det enkelte helseforetak byggherreansvar.

Utvalget peker på ulike tiltak som bør settes i verk for å få til bedre strategisk styring, finansiering og profesjonalisering av bygningsmassen i spesialisthelsetjenesten. Et flertall (11 av 16) mener det bør etableres egne eiendomsforvaltningsenheter på regionalt nivå. Tre medlemmer støtter en modell med ett nasjonalt helseforetak og mener derfor at det bør opprettes et nasjonalt eiendomsselskap. Høringsinstansene gir liten støtte til organisatoriske endringer i form av etablering av regionale- eller et nasjonalt eiendomsselskap. Ingen av helseforetakene som har uttalt seg om organisering av eiendomsforvaltningen, eller de regionale helseforetakene, tilrår regionale eiendomsselskap.

Departementet mener mulige fordeler med å organisere eiendomsforvaltningen i egne selskaper enten regionalt eller nasjonalt, kan være økt profesjonalisering, økt kostnadseffektivitet og sterkere kompetansemiljøer. Dette må ses opp mot ulemper som mer byråkratisering, mulig monopoldannelse og redusert påvirkning og kompetanse lokalt. Regjeringen har signalisert at den ønsker å gi større handlefrihet til de lokale helseforetakene. Etablering av nasjonale eller regionale eiendomsselskap vil ikke støtte opp om en slik ønsket utvikling. Departementet vil derfor ikke tilrå at det legges opp til å gjøre organisatoriske endringer i helseforetakenes eiendomsforvaltning.

Etablering av husleieordninger mv.

Flertallet i utvalget (14 av 16) tilrår etablering av en ordning med kostnadsdekkende husleie. Flere av høringsinstansene mener at etablering av husleieordninger kan være et mulig virkemiddel for mer effektiv arealutnyttelse. Det er imidlertid en forutsetning at ordningen innrettes slik at den gir riktige insentiver og har reelle konsekvenser for leietakerne. Flere av høringsinstansene påpeker at en kostnadsdekkende husleie vil flytte penger fra pasientbehandling til vedlikehold dersom det ikke følger med friske midler. Det blir også poengtert at internhusleie kan innføres innenfor dagens styringsregime og organisering.

Departementet støtter synspunktet fra utvalget om at etablering av internhusleie innenfor det enkelte helseforetaket kan være et mulig virkemiddel for mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene. Departementet mener at dette må utredes nærmere, herunder om dette skal gjøres til en obligatorisk ordning for alle helseforetak. Departementet vil understreke at internhusleie kan innføres innenfor dagens styringsregime og organisering.

Kvinnsland-utvalget viser til at deler av dagens bygningsmasse ikke er tilfredsstillende. De planlagte investeringene vil i seg selv bidra til å bøte på dette i årene som kommer, da det jevnt over er de helseforetakene med dårligst bygningsmasse som har satt i verk eller planlegger å oppgradere eller investere i nye bygninger.

Departementet mener at det innenfor dagens styringsmodell og de gitte budsjettrammene for spesialisthelsetjenesten, bør utredes hvordan det kan legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg.

Profesjonalisering av eiendomsfunksjonene

Utvalget ser et potensiale for å profesjonalisere eiendomsfunksjonene. Flertallet viser bl.a. til videreutvikling av Sykehusbygg HF som et viktig tiltak for å oppnå dette med sikte på at foretaket skal få et helhetlig ansvar for bygging og drift av helsebygg. Sykehusbygg HF kan legge til rette for standardisering, samordning, læring og erfaringsoverføring på viktige områder. De fleste høringsinstansene har ikke kommentert dette forholdet særskilt, men enkelte høringsinstanser påpeker at rollen til Sykehusbygg kan utvikles ytterligere for å legge til rette for standardisering, kunnskapsdeling og læring.

Departementet ser i likhet med utvalget et potensiale i å profesjonalisere eiendomsfunksjonene. Gjennom opprettelse av Sykehusbygg HF mener departementet at vi allerede har etablert en kompetent og effektiv organisasjon som også kan bygge opp kompetanse på de områder som utvalget peker på, spesielt innenfor forvaltning, drift og vedlikehold.

Departementet mener at Sykehusbygg HF bør gis en mer sentral rolle i strategiske analyser, systematisering av kunnskap og anbefalinger for å sikre en helhetlig utvikling av bygningsmassen som også omfatter eksisterende bygg. Det må imidlertid legges til rette for at helseforetaket gis tilstrekkelig myndighet og økonomisk grunnlag for å ta denne rollen. Dette kan gjøres med mer aktiv eierstyring innenfor dagens styringsmodell.

6.4 Gjennomgang av inntektsmodellen

Det er åtte år siden dagens inntektsmodell til de fire regionale helseforetakene ble innført, jf. Stortingets behandling av budsjettforslaget for 2009. Kommunenes inntektssystem revideres om lag hvert tiende år gjennom egne offentlige utvalg. Kvinnsland-utvalget mener at det er naturlig at det i løpet av kort tid settes i gang et arbeid med å oppdatere modellen for fordeling av basisbevilgningen.

Departementet mener at modellen som fordeler basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bør revideres. Departementet understreker at dette er en modell for fordeling av basisbevilgningen fra staten til helseregionene. Stortinget har gitt helseregionene et helhetlig ansvar for å levere helsetjenester til innbyggerne i sin region innenfor de økonomiske rammer Stortinget stiller til disposisjon. En ev. revidert modell for fordeling av basisbevilgningen må være i samsvar med denne ansvarsdelingen. Helseregionene har egne modeller for fordeling av bevilgningene ned på helseforetaksnivå som reflekterer behov og særtrekk i den enkelte region. For å sikre størst mulig legitimitet bør gjennomgangen gjøres av et offentlig oppnevnt utvalg, slik det ble gjort ved siste gjennomgang, jf. Magnussen-utvalgets NOU 2008: 2.

7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. De siste 20 årene har kommunene fått nye oppgaver, og samtidig hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper.

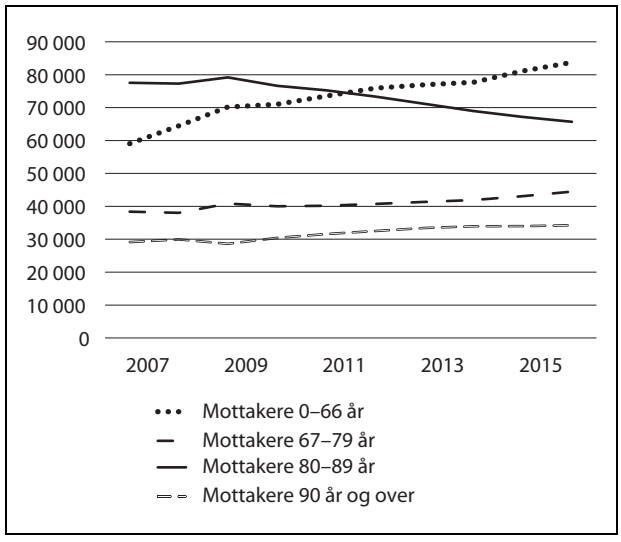
En rekke nye lover og reformer har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på kommunalt nivå. Økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten, omlegging av driften til kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet har også bidratt til at flere oppgaver enn tidligere blir løst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det ytes derfor stadig mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene. Samtidig er det i kommunene en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebasert behandling, tilrettelegging og oppfølging.

7.1 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. Foreløpige tverrsnittstall fra Iplos-registeret viser at det i alt var i overkant av 278 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester ved utgangen av 2016. Av disse mottakerne hadde nær 42 000 personer opphold i institusjon, og om lag 186 000 personer mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Nær 50 000 personer mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv. Antall personer som mottar tjenester er stadig økende. Tverrsnittstallene viser videre at nær to av ti tjenestemottakere bor i en institusjon eller i en bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. En av ti bor i en annen bolig som kommunen stiller til disposisjon, og noen av disse boligene har fast personell deler av døgnet. De aller fleste tjenestemottakerne, syv av ti, bor imidlertid i en vanlig bolig. Over halvparten av alle hjemmeboende tjenestemottakere bor alene.

Nesten to av tre mottakere av omsorgstjenester er kvinner, og i den eldste aldersgruppen 80 år og over er nesten tre av fire tjenestemottakere kvinner. Dette har bl.a. sammenheng med at gjennomsnittlig levealder er høyere for kvinner enn for menn, og at kvinner ofte har en lengre periode enn menn med alvorlig sykdom og funksjonssvikt mot slutten av livet. Andelen menn som mottar tjenester er imidlertid økende, noe som skyldes stigende levealder også for menn. I aldersgruppen 18–66 år er det nesten like mange menn som kvinner, og blant unge under 18 år er det flere gutter enn jenter blant mottakerne.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser videre at nærmere 356 000 unike personer mottok en eller flere kommunale omsorgstjenester i løpet av 2016. Det betyr at omsorgstjenestene betjener om lag 28 pst. flere brukere enn tverrsnittstallene ved årets utgang viser.



Figur 7.1 Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 2007–2016

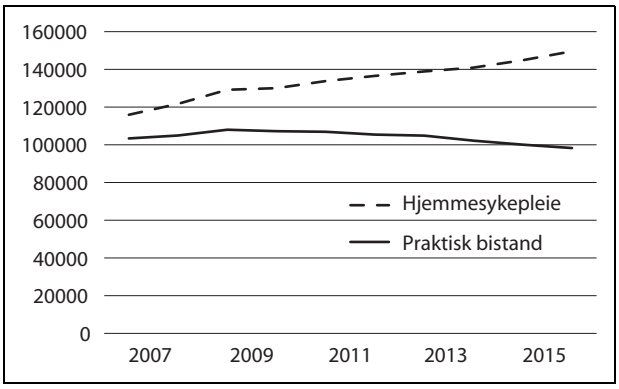
Merknad: mottakere er her beboere i helse- og omsorgsinstitusjoner og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De kommunale omsorgstjenestene har mottakere i alle aldre med et mangfold av behov, både mht. boform og tjenestetilbud. De fleste mottakere av omsorgstjenester er i aldersgruppen over 67 år. I

løpet av 2016 mottok om lag 145 000 unike personer over 80 år omsorgstjenester. I årene som kommer vil antall personer i aldersgruppen mellom 67 og 79 år øke. Dette vil være en utfordring for hjemmetjenesten spesielt. Morgendagens eldre vil likevel ha andre ressurser å møte alderdommen med i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og høyere utdanning sammenliknet med tidligere generasjoner. Erfaringstall fra de siste 20 år viser samtidig at tallet på eldre brukere i omsorgstjenestene ikke øker i takt med veksten i eldrebefolkningen.

Det har imidlertid over en periode på 20 år vært en tredobling av antall tjenestemottakere under 67 år. Mer enn hver tredje mottaker av omsorgstjenester er nå under 67 år. Undersøkelser viser at mange av de som mottar omsorgstjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Dette avspeiles i de endringene som skjer i tjenestetilbudet, hvor det kan ses en økt vekt på tjenestetilbudet utenfor institusjon.



Figur 7.2 Antall mottakere av hjemmesykepleie eller praktisk bistand 2007–2016

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De største endringene i de kommunale omsorgstjenestene skjer derfor i hjemmetjenestene. Det er først og fremst hjemmesykepleien som står for veksten, både ressursmessig og i antall brukere, mens praktisk og sosial bistand viser en nedgang. Tall fra Iplos-registeret viser at et sentralt utviklingstrekk er prioriteringen av kurative og medisinske tjenester framfor forebyggende tiltak, praktisk bistand og sosiale tjenester. Forebygging, habilitering/rehabilitering og tidlig innsats er sentrale mål både i samhandlingsreformen og i Omsorg 2020, som legger til grunn en faglig 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 SSB viser at det ved utgangen av 2016 var 3330 brukere som mottok tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA), mot 3146 brukere i 2015. Fra 1. januar 2015 ble det innført en rett til BPA for personer under 67 år med langvarig og stort behov for praktisk bistand. Rettigheten omfatter også personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Andelen tjenestemottakere som mottar tjenester organisert som BPA holder seg relativt stabil på rundt 1 pst. Det har likevel vært en økning i antall BPA-mottakere fra 2010 til 2016 på 660 personer, som tilsvarer en økning på om lag 25 pst.

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet og god kvalitet i allmennlegetjenesten. Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, legevakttjenesten og andre allmennlegeoppgaver, f.eks. i sykehjem og helsestasjon. Det ble utført om lag 14 millioner konsultasjoner hos allmennlege i årene 2012–2014 og om lag 14,1 millioner konsultasjoner i 2015. I 2016 ble det utført om lag 14,2 millioner konsultasjoner inkludert elektronisk konsultasjon. Det ble utført om lag 1,1 millioner konsultasjoner på legevakt i årene 2010–2013 og om lag 1,2 millioner konsultasjoner i 2014, 2015 og 2016. I følge en rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Årsstatistikk fra legevakt 2016, økte det totale antallet kontakter på legevakt fra om lag 1,6 millioner i 2006 til om lag 2 millioner i 2016. Det er en tendens til at antall konsultasjoner reduseres noe, mens økningen først og fremst skyldes økning i antallet telefonkontakter (Nklm rapport 3–2017).

Den kommunale fysioterapitjenesten omfatter fast ansatte fysioterapeuter og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter kommunen har avtale med. Det ble foretatt 8,3 millioner konsultasjoner hos avtalefysioterapeuter i 2016. Det var om lag 476 000 brukere av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i 2016. Av disse var om lag 55 pst. sykdomslistebrukere (brukere med rett til gratis behandling).

Det fødes rundt 60 000 barn hvert år. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktige forebyggende og helsefremmende tjenester for barn og unge mellom 0 og 19 år og deres familier. Tjenesten når ut til alle, og har tilnærmet 100 pst. oppslutning. Det har vært stort fokus på utvikling av tjenestene de siste årene, noe som har gitt resultater. De fleste barn fra 0–5 år blir fulgt opp på en helsestasjon. Siden 2011 har den delen som har fått hjemmebesøk innen to uker etter fødsel,

økt jevnt fra 78 pst. til 88 pst. i 2016. Antallet økte med 2500 fra 2015–2016 (5,1 pst.). Ved helsestasjonene ble helseundersøkelser utført for 98 pst. av nyfødte innen åtte ukers alder i 2016. 98 pst. fikk en helseundersøkelse ved to-tre-årsalderen, mens 96 pst. ble undersøkt ved fire-års alder (det vil si ingen endring fra 2015–2016). Skolehelsetjenesten gjennomfører helseundersøkelser av barn innen utgangen av første skoleår. 95 pst. ble undersøkt i 2016, en nedgang på 1 pst. fra 2015. I 2011 ble 89 pst. undersøkt.

Helsestasjonen er også en viktig aktør innen svangerskapsomsorgen. I 2015 var det 9224 gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi. Dette er 15 pst. flere enn i 2014 og en prosentvis endring på 11 fra 2011–2015. Antallet nyinnskrevne gravide for svangerskapsomsorg i regi av helsestasjonen var 50 399 i 2016, en økning på 2 pst. fra 2015.

7.2 Personell i helse- og omsorgstjenestene

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå har det i perioden 2007–2016 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 7.1 Antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2007–2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015[5]	2016
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	4 396	4 533	4 637	4 746	4 837	5 020	5 197	5 325	5 457	5 585
Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten[2,3]	3 002	3 063	3 096	3 611	3 747	3 875	3 870	3 978	4 086	4 475
Fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten[4]	4 255	4 334	4 220	4 288	4 296	4 429	4 535	4 596	4 690	4 806
Årsverk i omsorgstjenestene[2]	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180	132 694	134 324	135 433	137 950
Sum	129 842	133 139	135 435	138 872	141 782	144 504	146 296	148 223	149 666	152 816

1 Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidsstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra.
2 Leger og fysioterapeuter er ikke inkludert.
3 F.o.m. 2010 er antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten hentet fra register.
4 Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverktallene f.o.m. 2009.
5 Pga. endringer i Statistisk sentralbyrås datainnsamling fra 2015 er det brudd mellom 2014 og 2015 for omsorgstjenestene og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Allmennlegetjenesten

Tall fra Helsedirektoratet fra utgangen av juni 2017 viste at 93,9 pst. av fastlegepraksisene var basert på selvstendig næringsdrift, mens 6,1 pst. var fastlønte. Ved utgangen av mars 2016 var 4,2 pst. fastlønte. Dette kan tyde på at trenden siden innføringen av fastlegeordningen i 2001 med en reduksjon i andelen fastlønte fastleger er i ferd med å snu. Ved innføringen av fastlegeordningen var 10,2 pst. av praksisene fastlønte. Stadig flere fastleger arbeider i grupper med flere leger. Rundt 10 pst. av fastlegene antas i dag å arbeide alene, mot 18 pst. før innføringen av fastlegeordningen. 7,4 pst. av fastlegepraksisene er del av en fellesliste, dvs. at de har et felles ansvar for listepopulasjonen.

Ved innføringen av fastlegeordningen var 28,8 pst. av fastlegene kvinner. Andelen kvinnelige fastleger har gradvis økt til 41,9 pst. per juni 2017. Av økningen i antall fastleger fra utgangen av 2002 til utgangen av juni 2017 utgjorde kvinnelige leger 88,6 pst. (872 av 984 fastleger).

Tall fra Statistisk sentralbyrå for 2016 viser at den samlede årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde 5585 årsverk, en økning på 128 årsverk fra 2015 (2,3 pst.). Økningen fordeler seg med 97 årsverk til fastlegevirksomhet, en økning på 2,2 pst., og 20 årsverk til institusjoner for eldre og funksjonshemmede, en økning på 3,5 pst. Til sammenlikning økte andelen legeårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede med 7 pst. fra 2014 til 2015. Fra 2002 til 2016 økte antall årsverk i allmennlegetjenesten med til sammen 1434 (34,5 pst.), fra 4151 til 5585. Til sammenlikning økte antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten med til sammen 6297 (67,7 pst.) i samme periode, fra 9300 til 15 597 årsverk.

Tall fra Helsedirektoratet viser at det ved utgangen av andre kvartal 2017 var registrert 4687 fastleger i kommunene (4705 fastlegepraksiser). Dette er en økning på 984 fastleger fra utgangen av 2002. Av totalt 4788 fastlegehjemler var 83 ikke besatt. 0,7 pst. av befolkningen (45 527 innbyggere) sto på lister knyttet til disse hjemlene. Flertallet av disse listene er betjent av vikarer, ofte i korttidsvikariater. Antallet ubesatte fastlegehjemler er noe høyere enn de to foregående årene da antallet varierte fra 52 til 67 per kvartal. I noen områder av landet er det fortsatt betydelige utfordringer med å opprettholde stabiliteten i allmennlegetjenesten. Utfordringene har vært størst i de fire nordligste fylkene, på nordvestlandet og i enkelte innlandsområder. Per 30. juni 2017 var andelen ledige hjemler størst i Nordland med 7,6 pst. ubesatte hjemler. I Finnmark, Troms og Sogn og Fjordane var det hhv. 5,0 pst., 4,8 pst. og 4,7 pst. ubesatte hjemler. Hvert kvartal benytter rundt 1,5 pst. av innbyggerne seg av muligheten til å bytte fastlege.

Kommunen skal ha et system som sikrer ivaretakelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet, bl.a. gjennom legevakt og heldøgns medisinsk akuttberedskap. De fleste kommuner deltar i et interkommunalt legevaktsamarbeid. Antall legevakter/legevaktdistrikter er redusert de senere år. I 2016 var det 182 legevakter, hvorav 101 interkommunale og 81 kommunale. Til sammenlikning var det totalt 191 i 2014, 203 i 2012 og 241 i 2009. Det registreres også en utvikling med reduksjon i antall legevaktsentraler. I løpet av 2017 vil det være 100 legevaktsentraler. Til sammenlikning var det 165 i 2007, 145 i 2009, 116 i 2012, 109 i 2015 og 104 i 2016. Kommunen kan gjennom fastlegeavtalen tilplikte den enkelte fastlege å delta i organisert legevaktordning utenfor kontortid, og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretakelse av utrykningsplikten. Den enkelte fastlege har i tillegg ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggere på sin liste innenfor den åpningstid som er avtalt med kommunen.

Forebyggende helsetjenester

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. Grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er helsesøster, jordmor, lege og fysioterapeut. Det har vært en offensiv satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten siden 2014 og fra 2013–2016 økte antall årsverk i tjenesten med 648.

Kostra-tall fra Statistisk sentralbyrå for 2016 viser en samlet økning av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2015 til 2016 på 418 årsverk, fra 4499 til 4917. Antall helsesøsterårsverk økte med 118, fra 2469 til 2587. Den største økningen har vært i antall årsverk av andre sykepleiere med 164 årsverk eller 32,5 pst., antall jordmorårsverk med 39 eller 12 pst., og antall fysioterapeutårsverk med 27 eller 13,2 pst. Antall jordmorårsverk økte med 74 årsverk fra 2014 til 2016, fra 288 til 362 årsverk. Tallene skiller ikke mellom årsverk i hhv. helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet arbeider med å få en bedre oversikt over fordelingen av årsverk i de to deltjenestene.

Svangerskaps- og barselomsorg mv.

Kommunen skal tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Tjenestene er i hovedsak knyttet til helsestasjonsvirksomheten selv om et flertall av gravide kvinner også har en eller flere konsultasjoner hos sin fastlege. Svangerskaps- og barselomsorg ytes av leger, jordmødre og helsesøstre. Det er gjennomsnittlig 1,2 jordmorårsverk per kommune.

Fysioterapitjenesten

I følge Statistisk sentralbyrå er årsverksutviklingen for fysioterapeuter i kommunene i 2016 relativt stabil. Det er en økning på 116 årsverk for fastlønte fysioterapeuter og en reduksjon på 7 årsverk for avtalefysioterapeuter. Statistikken viser at det i 2016 var 9,1 årsverk per 10 000 innbyggere som er en økning på 0,1 pst. fra 2015. Det totale antallet årsverk for fysioterapeuter i kommunene var i 2016 på 4806. Av disse var 2694 årsverk avtalefy-

sioterapeuter og 1946 fastlønte inkludert 167 årsverk for turnuskandidater. 80 pst. av fysioterapeutårsverkene går særlig med til diagnostisering, behandling og rehabilitering. Årsverk som går med til forebyggende helsearbeid og innsats i institusjon viser en svak økning fra 2015. Det var en økning til 130 årsverk for fysioterapeuter i kommunale frisklivssentraler fra 103 i 2013 som var forrige årsverkstelling for denne funksjonen. Fysioterapeuter knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser en vekst på 27 årsverk fra 2015.

Kommunenes kostnader til fysioterapitjenesten er knyttet til lønn til ansatte og driftstilskudd til selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale. For fysioterapeuter med avtale skal det som utgangspunkt inngås 100 pst. driftsavtalehjemmel, dersom praksisen skal drives på heltid. Kommunene skal bare lyse ut deltidshjemler med minimum 50 pst. når dette samsvarer med det reelle tjenestebehovet. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller annet honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel o.l. er å anse som misligholdelse av driftsavtalen med kommunen. Mange avtalefysioterapeuter har over tid hatt deltidshjemler. Etter at regjeringen la om finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i 2009 og i 2010 i honorartarifforhandlingene, har kommunene løftet en rekke av disse deltidshjemlene. I 2016 hadde fortsatt 48 pst. av avtalefysioterapeutene deltidshjemler. Utviklingen går i retning av større hjemmelstørrelser. Det vises til omtale under kap. 2755, post 71.

Manuellterapeuter er fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi. Disse arbeider hovedsakelig i primærhelsetjenesten. Manuellterapeuter med driftsavtale med kommunen kan utføre undersøkelse og behandling mer rett til refusjon fra folketrygden uten at pasienten må gå til fastlegen eller annen henvisende instans. Manuellterapeuter kan heve forhøyede takster for sin virksomhet. I tillegg er manuellterapeuter og kiropraktorer gitt mulighet til å henvise pasienter til legespesialist, røntgenologisk undersøkelse, samt å sykmelde pasienter med muskel/skjelettplager i inntil 12 uker. Manuellterapeuter og kiropraktorer avlaster derfor fastlegene på muskel/skjelettområdet. Stortinget har vedtatt at fra 1. januar 2018 skal pasienter også kunne oppsøke annen fysioterapeut direkte uten henvisning fra lege.

I følge tall fra Kuhr (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) leverte 523 manuellterapeuter oppgjør til Helfo i 2016 mot 510 i 2015.

Fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi kan heve forhøyede takster for sin virksomhet. I 2016 leverte 327 fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi oppgjør til Helfo, mot 339 i 2015. Det ble innført en egen kompetansetakst i honorartarifforhandlingene 2011 for fysioterapeuter med særskilt kompetanse som er godkjent spesialist iht. Norsk Fysioterapeutforbunds spesialistordning eller med tilsvarende kompetanse. I 2016 var det 169 fysioterapeuter som kvalifiserte til bruk av denne taksten mot 148 i 2015.

Ergoterapeuter

I følge foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå fra 2016 viser årsverksutviklingen for ergoterapeuter en økning på 182 årsverk i kommunene. Antall ergoterapeuter er fortsatt lavt i Norge sammenliknet med andre nordiske land. Foreløpige tall for 2016 viser at det fortsatt er 85 kommuner som ikke har ergoterapeut i sitt tjenestetilbud.

Psykologer

I følge tall fra Sintef basert på kommunenes rapportering på årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har det vært en fortsatt betydelig økning i antall psykologer i disse tjenestene fra 2015 til 2016. Antall psykolog- og psykologspesialistårsverk rettet mot voksne økte med 28 pst. til 157 årsverk i 2016. For psykolog- og psykologspesialistårsverk rettet mot barn er økningen på om lag 6,5 pst., opp til 291 årsverk. Samlet rapporterer dermed kommunene om totalt 448 psykolog- og psykologspesialistårsverk i kommunale psykisk helse- og rustjenester.

Siden 2009 har det vært ytt tilskudd til kommuner som ansetter psykolog i helse- og omsorgstjenestene. I 2016 ble det ytt tilskudd til 377 psykologårsverk, og 265 kommuner og bydeler mottok i 2016 tilskudd til psykolog.

Det er et mål at den styrkede psykologkompetansen i kommunene skal bidra til et bedre helsefremmende og forebyggende arbeid, samtidig som flere lavterskel behandlingstilbud skal kunne etableres.

Omsorgstjenestene

I løpet av de siste 20 årene har årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene omtrent blitt fordoblet til dagens om lag 138 000 årsverk. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene. For 20 år siden gikk to tredeler av årsverkene til institusjons-

omsorg, og en tredel til hjemmetjenester. I dag er det hjemmetjenestene som utfører flest årsverk. Det er hjemmesykepleien som først og fremst er i vekst, sammen med andre fagtilbud utført av helse- og sosialpersonell med høgskole- og universitetsutdanning, mens hjemmehjelpstjenesten reduseres.

Veksten i omsorgstilbudet til eldre over 67 år har kommet i form av en noe styrket bemanningsfaktor i sykehjemmene, og ikke i form av vekst i hjemmetjenestetilbudet. Noe av årsaken kan ligge i at funksjonsevnen blant de yngste eldre (67–79 år) er blitt bedre etter hvert som levealderen har økt.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene med i overkant av 24 700 årsverk i 10-årsperioden 2007–2016.

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. 2016 økt med til sammen 247 årsverk. Dette tilsvarer nær en dobling av antall årsverk, og viser at kommunene har prioritert, og fortsetter å prioritere, en styrking av det medisinske tilbudet til beboere i institusjon, som i all hovedsak betyr beboere i sykehjem.

Tabell 7.2 Personellutviklingen i omsorgssektoren 2007–2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015[5]	2016
Årsverk i alt[1]	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180	132 694	134 324	135 433	137 950
Årsverk av leger i institusjon	320	343	383	405	427	472	502	533	570	590
Årsverk av fysioterapeuter i institusjon[2]	353	357	353	368	389	410	432	439	454	474
Årsverk per mottaker[3,4]	0,58	0,58	0,57	0,58	0,59	0,60	0,60	0,61	0,61	0,61
Årsverk per 1000 innbygger 80 år og over	541	552	561	571	582	592	601	609	619	624
Andel legemeldt sykefravær av årsverk totalt	9,1	9,0	9,4	9,1	8,5	8,9	8,5	8,7	-9,1	9,1

1 Årsverk er summen av hel- og deltidsstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trykket fra. Eksklusive leger og fysioterapeuter.

2 Tidsseriebrudd: Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstall f.o.m. 2009.

3 Mottakere er summen av antall plasser i syke- og aldershjem, samt antall brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand.

4 Tall f.o.m. 2007 er hentet fra Iplos-registeret. Kun brukere av praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) er inkludert.

5 Pga. endringer i Statistisk sentralbyrås datainnsamling fra 2015 er det brudd i statistikken mellom 2014 og 2015

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Psykisk helse- og rusarbeid

Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen i kommunenes innsats på rus- og psykisk helsefeltet. Kommunenes rapportering om psykisk helsearbeid for perioden 2007–2013 bygger på rapporteringsskjema som fylkesmennene innhenter fra kommunene. Sintef har sammenstilt datamaterialet for 2016, og analysert utviklingen fra 2007. Tilsvarende har Sintef sammenstilt og analysert utviklingen innen kommunalt rusarbeid.

Det har vært knyttet usikkerhet til kvaliteten på datamaterialet, og trolig har en hel del årsverk blitt rapportert både i psykisk helsearbeid og rusarbeid. Fra 2014 rapporteres det derfor samlet for begge fagområder. Dette representerer både en ønsket utvikling, mot å se fagområdene tettere i sammenheng, og gir også et riktigere bilde av kommunenes ressursbruk innen fagområdene.

Sammenstillingen innebærer et brudd i tidsserien for 2014, og at tallene for 2014 og 2015 ikke direkte kan sammenliknes med rapporteringen fra tidligere år. Sintef vurderte imidlertid at det trolig ikke var store endringer i årsverksinnsatsen fra 2013 til 2014. Fra 2015 til 2016 ser vi at den positive utviklingen fra 2014 til 2015 fortsetter. Antall årsverk i tjenester til barn og unge økte med 7,9 pst., mens det for voksne var en økning på 4,3 pst. Fra 2014 til 2016 økte årsverksinnsatsen for barn og unge med over 14 pst.

For psykisk helsearbeid var det fram til 2015 ikke store endringer i den samlede årsverksinnsatsen fra opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Dette til tross for at befolkningen økte betydelig i perioden. Det medførte i realiteten redusert kapasitet i tjenestene. Særlig bekymringsverdig var utviklingen innen arbeid rettet mot barn og unge vært, hvor det i perioden 2007 til 2013 var en ikke ubetydelig reduksjon i antall årsverk. Det er derfor svært gledelig at den positive utviklingen som startet i 2015 fortsetter inn i 2016, og at antall årsverk rettet mot barn og unge øker så vidt betydelig. Regjeringens satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sammen med et løft i rekrutteringen av psykologer til kommunene, vil fortsette å styrke det helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeidet rettet mot barn.

I 2016 var det totalt 14 633 årsverk innen kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, og en økning på 5 pst. sammenliknet med 2015 og på over 11 pst. sammenliknet med 2014.

I 2016 ble om lag 40 pst. av årsverkene innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne avsatt til tjenester i bolig med fast personell. 25 pst. av tjenestene til voksne går til behandling, oppfølging og rehabilitering mens 21 pst. går til hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende brukere. For barn og unge går om lag halvparten av årsverkene til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, mens 43 pst. går til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tabell 7.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid i perioden 2014–2016[1]

	2014	2015	2016
Voksne	10 429	11 063	11 534
Barn	2702	2873	3099
Total	13 131	13 936	14 633

[1] Det antas at en del personale har blitt rapportert både under psykisk helse og rus. Fra 2014 er rapporteringen for områdene slått sammen. Tallene før 2014 kan derfor ikke sammenliknes med rapporteringen fra 2014 og senere.

Kilde: Sintef

7.3 Botilbud

Kommunene tilbyr plasser i institusjon eller plass i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud. Både i perioden under og i perioden etter Handlingsplan for eldreomsorgen er det bygget et stort antall omsorgsboliger. Mange av disse er imidlertid ikke tilpasset personer med demens og kognitiv svikt, eller tilrettelagt for å kunne yte heldøgns tjenester.

Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift, mens foreløpige tall viser at sykehjemsplasser har hatt en økning fra om lag 35 500 i 1998 til nær 40 000 i 2016. Siden 1998 er i tillegg om lag halvparten av institusjonsplassene fornyet

eller skiftet ut, og standarden på institusjonsplassene har derfor økt. Bl.a. er nå de fleste institusjonsplassene i enerom.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2016 var over 23 000 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 2016 er den samlede dekningsgraden for plasser i institusjon og bolig med heldøgns bemanning for befolkningen 80 år og over på 29,5 pst. Samtidig er det en del mennesker som får et omfattende tjenestetilbud i eget opprinnelige hjem. Utviklingen av tjenestetilbudet i omsorgssektoren må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem. Det vises for øvrig til omtale av investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser under kap. 761, post 63.

I 2016 ble om lag 40 pst. av årsverkene innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne avsatt til tjenester i bolig med fast personell.

7.4 Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester

Tall fra Kostra (SSB) viser at kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenestene var om lag 124,9 mrd. kroner i 2016. Av dette utgjorde om lag 16,8 mrd. kroner utgifter til kommunehelsetjenester, om lag 107,4 mrd. kroner utgifter til omsorgstjenestene. Om lag 0,7 mrd. kroner er utgifter for kommunene knyttet til samhandlingsreformen. 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 2016. 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 2017 utbetalt i overkant av 9 mrd. kroner til kommunene gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester.

Kommunenes utgifter til rusmiddeltiltak og til psykisk helse inngår for en stor del i kommunenes samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester.

Statlige trygderefusjoner til helsetjenester i kommunene omfatter allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling, logopedisk og ortoptisk behandling og utgjorde 7,2 mrd. kroner i 2016. Nærmere omtale av utviklingen i trygderefusjoner er gitt under programområde 30. Brukerbetaling og egenandeler utgjør i tillegg en viktig del av finansieringen av helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 7.4 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mill. kroner) 2007–2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brutto driftsutgifter i kommunene[2]	243 000	267 074	289 891	303 712	321 473	343 157	363 157	379 198	388 936	410 086
Brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester	8 968	9 888	10 549	11 279	12 213	12 991	13 855	14 959	15 504	16 760
Brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester	62 957	70 473	74 823	78 575	83 242	90 213	94 457	100 929	101 759	107 432
Brutto driftsutgifter til samhandling						5 180	5 486	5 833	561	697

[1] Brudd i tidsserie: fra 2007 gjelder tallene kun for kommunekasse. F.o.m. 2008 er også kommunekonsern inkludert. Konsern omfatter også tall fra kommuneregnskapet og regnskapene fra kommunale foretak (KF/FKF) samt interkommunale samarbeid og interkommunale selskapet (IKS).

[2] Inkludert fylkeskommunale utgifter Oslo.

[3] Statens tilskudd til kommunal medfinansiering av somatiske tjenester ble avsluttet fra 2015.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

8 Utviklingstrekk i folketrygdens stønad til helsetjenester

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.

Trygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og røntgeninstitutt, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester. Refusjonstakstene for lege-, fysioterapi- og psykologtjenester blir fastsatt som resultat av de årlige takstforhandlingene eller høringsprosesser.

Innen tannhelse gis det stønad til tannregulering hos barn og unge, og til dekning av utgifter til tannbehandling til voksne som har særskilte sykdommer eller lidelser.

Legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept finansieres av folketrygden og pasientene.

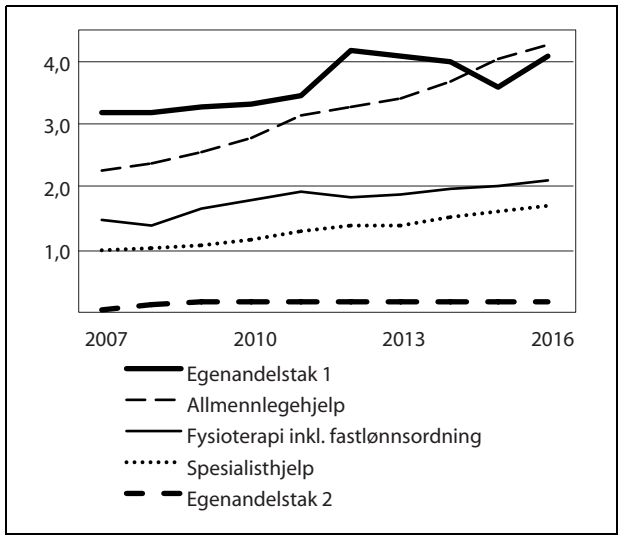
Over bidragsordningen gis det støtte til dekning av utgifter til enkelte helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover.

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 Helseforvaltning.

I 2010 ble egenandelstak 1 automatisert. Fra 1. januar 2017 ble egenandelstak 2 automatisert.

Fra 1. januar 2013 ble det innført en generell bagatellgrense for alle utbetalinger etter folketrygdloven kapittel 5 (helserefusjonsområdet). Stønader som utgjør mindre enn 200 kroner blir ikke utbetalt. Tilgodehavende beløp kan slås sammen og utbetales dersom de til sammen overstiger bagatellgrensen på 200 kroner. Retten til å kreve sammenslåing gjelder også på tvers av de ulike refusjonsområdene.

Utviklingstrekk



Figur 8.1 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelsordningene i perioden 2007–2016

Refusjon legetjenester

Utgifter til allmennlegehjelp omfatter refusjoner for behandling hos fastleger, ved legevakt og avsetning til fond. Refusjoner til allmennleger har økt fra 2 544 mill. kroner i 2007 til 4 527 mill. kroner i 2016, svarende til en nominell vekst på 77,9 pst., jf. figur 8.1.

Det vises til omtale av allmennlegetjenesten under kap. 762 Primærhelsetjeneste, kap. 2755, post 70, Allmennlegehjelp og del III 7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Refusjoner til behandling hos avtalespesialist har økt fra 1 051 mill. kroner i 2007 til 1 795 mill. kroner i 2016. Dette svarer til en nominell vekst på 70,8 pst. for hele perioden, jf. figur 8.1. Refusjonsutgiftene til avtalespesialister var stabile i begynnelsen av perioden, bl.a. knyttet til at det ble overført midler til helseforetakene for å øke spesialistenes driftstilskudd.

Det vises til omtale av avtalespesialister under kap. 2711, post 70, Spesialisthjelp.

Refusjon fysioterapi

Utgifter til fysioterapi omfatter i hovedsak refusjoner for behandling hos fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene og avsetning til fond. Folketrygdens utgifter til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, økte i perioden 2007 til 2016 fra 1 655 mill. kroner til 2 250 mill. kroner. Dette svarer til en nominell vekst på 36 pst. Refusjonsutgiftene til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, viser en økning fra 2 250 mill. kroner i 2015 til 2 321 mill. kroner i 2016, tilsvarende 3,2 pst., jf. figur 8.1.

Sykdomslisten (diagnoselisten) ble avviklet fra 2017. Om lag 55 pst. av brukere av den avtalebasert fysioterapitjenesten var sykdsomslistebrukere i 2016 (brukere med rett til gratis behandling). Samtidig økte aldersgrensen for fritak for egenandeler fra 12–16 år og redusert fra 2670 til 1990 kroner under tak 2-ordningen.

Det vises til omtale under kap. 762, kap. 2755, post 62, og 71 og del III 7 Utviklingstrekk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

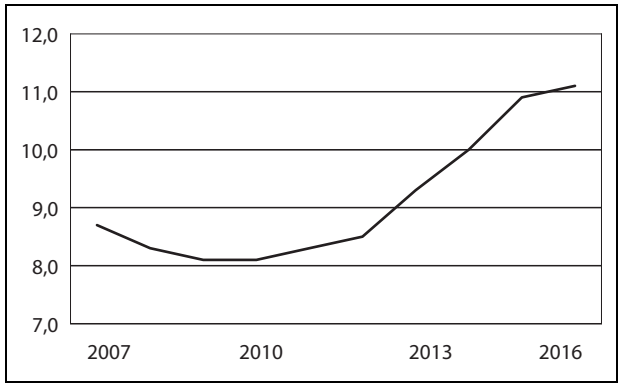
Refusjon legemidler på blå resept (inkl. egenandel på frikort)

Det ble refundert legemidler for 8,1 mrd. kroner til 2,4 millioner unike brukere i 2016 etter forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 2). I tillegg ble det gitt refusjon, med hjemmel i § 3, på 2,1 mrd. kroner til i om lag 139 000 unike brukere etter individuell søknad. Det ble gitt refusjon til behandling av smittsomme sykdommer for 499 mill. kroner etter § 4, til rundt 34 000 brukere.

Folketrygdens utgifter til legemidler over blåreseptordningen har økt fra 8,1 mrd. kroner i 2007 til 11,1 mrd. kroner i 2016, en nominell økning på 37 pst., jf. figur 8.2. I perioden 2006–2008 ble finansieringsansvaret for flere biologiske legemidler (TNF-hemmere og MS-legemidler) flyttet fra folketrygden til de regionale helseforetakene. I 2008 ble også flere legemidler flyttet fra bidragsordningen til blåreseptordningen. Korrigert for disse overføringene var utgiftene på blåresept stabile fra 2004 til 2008. Automatisk frikort ble innført i 2010 og dette førte til en utgiftsvekst ved at flere fikk dekket egenandeler over frikorttaket. De økte utgiftene i perioden 2012–2015 skyldes bl.a. nye legemidler til behandling av hepatitt C, kreft og forebygging av blodpropp. I 2014 ble finansieringsansvaret for enkelte kreftlegemidler overført til helseforetakene. Videre ble finansieringsansvaret for veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler, anemilegemidler og nye legemidler til behandling av hepatitt C overført helseforetakene i 2016. I 2017 ble finansieringsansvaret for en rekke kreftlegemidler og legemidler til behandling av pulmonal arteriell hypertensjon (PAH) overført.

Målt i definerte døgndoser (DDD) har forbruket av legemidler på blå resept økt med 38 pst. fra 1,3 mrd. DDD i 2007 til 1,8 mrd. DDD i 2016. Grunnen til dette er både vekst i antall innbyggere og i forbruk per innbygger.

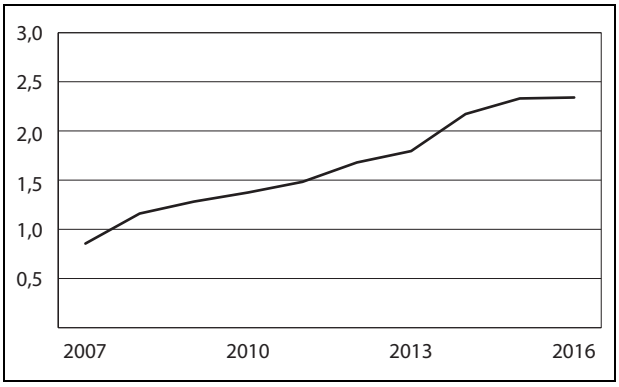
Det vises til omtale under kap. 2751, post 70.



Figur 8.2 Folketrygdens utgifter til blå resept inkludert næringsmidler og egenandeler på frikort for perioden 2007–2016

Refusjon tannbehandling

Folketrygdens utgifter til tannbehandling omfatter stønad til undersøkelse og behandling ved bestemte diagnoser og behandlingsformer.



Figur 8.3 Folketrygdens refusjoner til tannbehandling for perioden 2007–2016 (beløp i mrd. kroner)

Folketrygdens utgifter til tannbehandling på kap. 2711, post 72, økte fra 854 mill. kroner i 2007 til 2 341 mill. kroner i 2016, jf. figur 8.3. Nominelle utgifter er nær tredoblet i løpet av tiårsperioden. De største økningene i perioden 2004 til 2008 skyldes i stor grad nye stønadsordninger og flytting av stønader fra bidragsordningen på kap. 2790, post 70.

Posten har fått tilført midler på om lag 160 mill. kroner i forbindelse med reduksjon av ordningen med særfradrag ved store sykdomsutgifter i 2012 og 2013.

De to største utgiftsområder på tannbehandlingsområdet er tannregulering (kjeveortopedi) og periodontitt (tannkjøttbetennelse). Disse to områdene utgjorde samlet om lag 50 pst. av utbetalingene på posten i 2016.

Det vises til omtale under programkategori 10.70 Tannhelse og kap. 2711, post 72, Tannbehandling.

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Egenandelstak 1 ble innført i 1984 og omfatter egenandeler for:

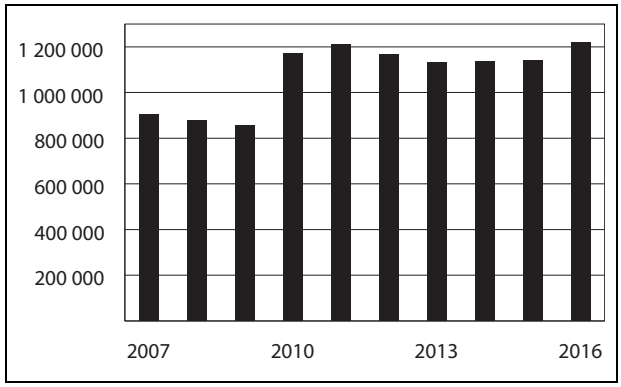
- undersøkelse og behandling hos lege, psykolog, i poliklinikk, i laboratorier og i røntgeninstitutt.
- reise i forbindelse med undersøkelse og behandling.
- viktige legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept.

Fra 2007 til 2016 har utgiftene over egenandelstak 1 økt fra 3 269,5 mill. kroner til 4 597,4 mill. kroner, jf. figur 8.1. Dette er svarer til en nominell vekst på 40,6 pst.

Utgiftsveksten har vært moderat i perioden 2007 t.o.m. 2009. Stabiliteten har sammenheng med at økningen i egenandelstak 1 og egenandeler for tjenester som omfattes av egenandelstak 1-ordningen stort sett har tilsvart hverandre. Fra 2009 til 2010 økte utgiftene fra 3 434 til 4 192 mill. kroner, en nominell vekst på 22,1 pst. Videre var det en økning i antall frikort fra 2010 til 2011. Denne veksten kan knyttes til at flere får frikort som følge av innføringen av automatisk frikortordning i 2010 og at man i innføringsåret fikk om lag 200 mill. kroner i ekstrautgifter grunnet raskere utbetalinger.

Folketrygdens utgifter ble redusert fra 4 192 mill. kroner i 2010 til 4 010 mill. kroner i 2012. Dette har i hovedsak sammenheng med at overgangskostnader ved automatisk frikort falt bort i 2012. I tillegg har reduksjonen sammenheng med innføring av e-resept. E-resept gir mulighet til å håndheve regelen om ikke å utlevere mer enn maksimalt tre måneders forbruk, og at alle kjøp innenfor tre måneders-perioden lettere ses under ett ved beregning av egenandel. Fra 2012 til 2013 har kostnadene blitt ytterligere redusert fra 4 010 mill. kroner til 3 589 mill. kroner i 2013, en reduksjon på 10,5 pst. Dette henger sammen med en feilføring av egenandeler på blåreseptordningen. Utgiftene økte fra 4 098,5 mill. kroner i 2014 til 4 166,9 mill. kroner i 2015, en økning på 1,7 pst.

I perioden fra 2007 til 2009 gikk antall frikort noe ned. I 2010 ble det utstedt 1 170 000 frikort. 2011 var det første ordinære driftsår etter innføring av automatisk frikort. Da ble det utstedt 1 212 000 frikort, en økning på 3,6 pst. fra 2010, jf. figur 10.4. I 2016 ble det utstedt 1 221 000 frikort, en økning på 7,1 pst. fra 2015.

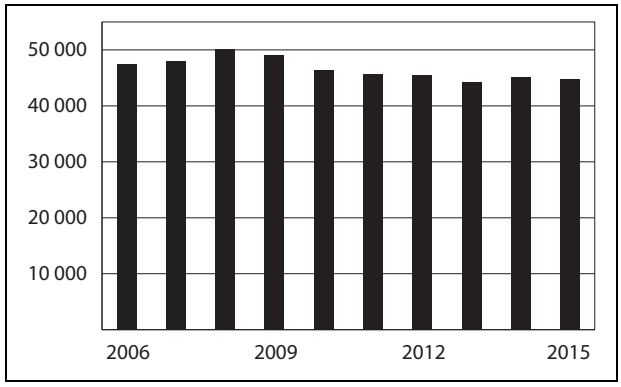


Figur 8.4 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2007–2016

I 2016 ble det utstedt 1 221 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen.

I 2015 var det 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.



Figur 8.5 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2007–2016

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Egenandelstak 2 ble innført i 2003 og omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi.
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling.
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak.
- behandlingsreiser til utlandet.

Utgiftene til egenandelstak 2 viser en økning fra 2007 t.o.m. 2010, fra 152 mill. kroner til 179 mill. kroner. I de senere årene har utgiftsveksten vært moderat. I 2014 var utgiftene til folketrygden 164 mill. kroner. I 2015 var utgiftene 166 mill. kroner, en økning på 1,2 pst., jf. figur 8.1.

I perioden fra 2007 til 2008 har antall frikort under egenandelstak 2 ligget på mellom 45 000 og 50 000, jf. figur 8.5. De siste årene har antall frikort gått ned. Fra 2011 til 2016 har antall frikortmottakere ligget mellom 44 000 og 46 000.

I 2016 mottok 45 170 frikort under egenandelstak 2. Dette er en økning på 0,7 pst. fra 2015.

I 2015 var 72 pst. av frikortmottakerene 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.

9 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 departementer. Ansvaret for å følge opp strategien ligger hos alle aktørene.

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 2016 hadde Rådet seks møter, og det er planlagt fem møter i 2017. De viktigste aktivitetene i 2016 og første halvdel av 2017 har dreid seg om følgende satsningsområder: kompetanseløft for kommunene, helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde, helsedata som nasjonalt fortrinn, god styring og ledelse, høy kvalitet og sterkere internasjonalisering og etablering av HelseOmsorg21-monitor. I mai 2017 gjennomførte sekretariatet for Rådet en spørreundersøkelsen om aktørenes oppfølging av strategien. Spørreundersøkelsen ble sendt til 74 institusjoner. De mottok i alt 22 besvarelser fra to universiteter, tre høyskoler, tre regionale helseforetak, seks helseforetak, to brukerorganisasjoner, en landsforening, ett institutt og fire forvaltningsorganer. Av de som besvarte, oppgir elleve at de deltok i undersøkelsen i 2016. Ni av disse har implementert nye tiltak siden 2016 og to av aktørene har planer om å implementere tiltak i 2017.

Regjeringens handlingsplan for oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien er regjeringens bidrag til å virkeliggjøre og følge opp visjonen i strategien om kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse på åtte departementers ansvarsområder. Handlingsplanen inneholder 40 tiltak innenfor de 10 prioriterte satsingsområdene. Flere av disse tiltakene er fulgt opp eller under gjennomføring, jf. tabell under.

I budsjettproposisjonen for 2018 foreslås det å prioritere videreføring av midler til Forskningssentre for klinisk behandling innen alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som ALS, MS, demens mv.

Tabell 9.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Mer brukermedvirkning	a. Innføre en hovedregel om brukermedvirkning i forskning finansiert av HOD.	HOD	Innført.
	b.Innføre behovsidentifisert forskning som et nytt virkemiddel i Forskningsrådet og i de regionale helseforetakene.	HOD	Innført.
	c. Evaluere omfang og effekt av brukermedvirkning i forskning.	HOD	Planlegges en evaluering av omfang i regi av RHF-ene.
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 profesjonsutdanningene og følge opp prosjektet Kvalitet i praksisstudier.	KD	KD følger opp dette nasjonalt i prosjektet Nytt styringssystem for helse- og sosialfagutdanningene. I tillegg har utdanningsinstitusjonene et eget ansvar for å følge opp tilrådinger fra prosjektene.
	b. Vurdere et mer omfattende, lovpålagt ansvar for kommunene til å ta imot praksisstudenter.	KD	I prosess.
	c. Utvikle en spesialistutdanning for leger rettet mot behov og utfordringer i framtida, der klinisk forskning kan inngå.	HOD	Fulgt opp.
	d. Gi universitet og høgskoler større handlefrihet til å føre en fleksibel personalpolitikk som gir ønsket kompetanse og god rekruttering ved å innføre en forskrift om innstegsstillinger. – Revidere forskrift om opprykk ved tilsettinger i universitets- og høgskolesektoren. – Vurdere å endre reglene for utrekning av tjenestetid for stipendiater.	KD	Revidering av forskrift om opprykk er fulgt opp. Endring av tjenestetid er sendt på høring.
Strategisk kunnskapsbasert styring	a. Etablere HelseOmsorg21-monitor.	HOD	Lansert november 2016.
	b. Kartlegge barrierer og handlingsrom for samarbeid mellom UH-sektoren og helseforetakene.	HOD/KD	Rapport fra kartlegging overlevert departementene desember 2016, se omtale under.

Tabell 9.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	a. Vurdere hvordan stimuleringstiltakene i opptrappinga av langtidsplanen kan bidra til å styrke norsk deltakelse i helseforskning i Horisont 2020 og Era.	KD	Styrket generelle virkemidler og spesielt helse.
	b. Innrette nasjonale virkemidler slik at de virker mobiliserende og kvalifiserende for deltakelse i Horisont 2020.	HOD/KD	Ferdig.
	c. Styrke den grunnleggende fremragende forskningen.	KD	Styrket de generelle virkemidlene.
	d. Øke bevilgningene til forskingsinfrastruktur, i tråd med den varsla opptrappingen i langtidsplanen for forskning og høyere utdanning.	KD	Styrket FRIPRO, INFRA, SFF med mer i 2016.
	e. Vurdere en ny senterordning for klinisk forskning i Forskningsrådet.	HOD	Bevilget midler i 2017 for senter for ALS, MS, demens mv. Viderefører midlene i budsjett for 2018. Se omtale under kap. 780, post 50.
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, sendt på høring med frist 14. november.
Helsedata som nasjonalt fortrinn	a. Revidere forskriftene som er hjemlet i helseregisterloven.	HOD	I prosess.
	b. Vurdere en samlet forskrift for de store befolkningsbaserte helseundersøkelsene.	HOD	I prosess.
	c. Vurdere mulige ordninger for å finansiere større datainnsamlinger gjennom befolkningsbaserte helseundersøkelser.	HOD	Utredningsoppdrag gitt NFR.
	d. Delfinansiere datainnsamling i Hunt 4.	HOD	Ferdig. Fulgt opp i budsjett 2016.
	e. Vurdere etablering av et personidentifiserbart register over legemiddelbruk og et register over psykiske lidelser og rus.	HOD	I prosess, sendt på høring med frist 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	Ekspertgruppe levert anbefalinger sitt forslag 30.06.17. Rapporten er sendt på høring.

Tabell 9.1 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	Ferdig. Program etablert i 2016.
	b. Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke infrastrukturen for utprøving og testing av ny diagnostikk og medisinsk utstyr.	HOD	Oppdrag gitt 2016.
	c. Opprette nytt program i Forskningsrådet for god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering.	HOD	Program etablert i 2016.
	d. Videreutvikle nettsidene med pasientrettet informasjon om kliniske studier på helsenorge.no.	HOD	Lansert november 2015. Oppdrag gitt til RHF-ene juni 2017 om å sikre at informasjonen på nettsiden er komplett og oppdatert.
	e. Etablere en nasjonal database for kliniske studier.	HOD	I prosess. Cristin leder prosjektet.
	f. Etablere et forskingsnettverk innenfor tannhelse.	HOD	Utredningsoppdraget ferdigstilles i 2018.
	g. Innføre partikkelbehandling i Norge gjennom etablering av protonsenter.	HOD	I prosess. Konseptfase.
Kunnskapsløft i kommunene	a. Bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene.	HOD	I prosess, jf. omtale i budsjett 2017.
	b. Vurdere å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).	HOD	Lovproposisjon om KPR vedtatt i Stortinget våren 2016. Ny forskrift vedtatt 25. august, trer i kraft 1. desember d.å.
	c. Gi nasjonale og regionale kompetansesenter for helse- og omsorgstjenestene utenfor spesialisthelsetjenesten et samfunnsoppdrag om forskning og kunnskapsstøtte.	HOD	I prosess. Sentrene fått nytt samfunnsoppdrag.
	d. Opprette et nytt forskingsprogram i Forskingsrådet, Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet, som skal styrke kunnskapen om folkehelse i kommunene.	HOD	Ferdig. Program etablert i 2016.

Tabell 9.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Effektive og lærende tjenester	a. Øke omfanget av følgeforskning og tjenesteinnovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene.	HOD	Løpende oppdrag.
	b. Følgeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft for å se effektene av endringene.	HOD	Oppdrag gitt NFR i 2016, utlyst 2017.
Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	a. Styrke de generelle virkemidlene i den næringsrettede forskings- og innovasjonspolitikken i 2016.	NFD	Skattefunn, Bia, Forny og fou-kontraktsordningen styrket.
	b. Styrke arbeidet med standardisering innenfor e- helse og velferdsteknologi.	HOD	I prosess.
	c. Legge til rette for at den offentlige helse- og omsorgstjenesten har effektiv dialog med markedet om de behovene markedet har.	NFD	Ny lov om anskaffelser vedtatt.
	d. Legge til rette for mer bruk av innovasjonsfremmende anskaffelsesmetoder.	NFD	I prosess.
	e. Styrke Nasjonalt program for leverandørutvikling i 2016.	NFD	Styrket med 10 mill. kroner i 2016.
	f. Legge til rette for et mer helhetlig og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøer og matnæringen – innenfor mat, ernæring og helse.	HOD	I prosess. Følges opp i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021).

Nedenfor følger en særlig synliggjøring av fem av områdene som er fulgt opp i regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21.

Kunnskapsløft i kommunene

Kunnskapssystem for forskning rettet mot kommunale tjenester

I løpet av de siste 10–15 årene er det etablert flere sentre som primært har forskning som oppgave og som mottar tilskudd til forskning fra Helsedirektoratet og andre direktorater/departementer. Målet for regjeringen er å utvikle et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre nærliggende tjenester basert på prinsippene om at forskningen skal være uavhengig, av høy vitenskapelig kvalitet, nyttig og reflektere brukernes og tjenestenes behov for ny kunnskap. Departementet vil legge til rette for at forskningsmiljøene blir robuste, kompetente og flerfaglige, og at det etableres god samhandling med brukerne av tjenestene og med kommunesektoren. Videre skal ressursutnyttelsen være effektiv. På sikt er målet at miljøene når opp i både nasjonale og internasjonale konkurransearenaer for forskningsmidler.

Forsknings- og kompetansesentre med forskningsaktivitet vil omfattes av den omleggingen som skisseres under. Som varslet i Prop. 1 S (2016–2017) vil departementet, i tråd med anbefalingene fra Forskningsrådet, legge finansieringen av forskningen ved sentrene inn under de ordinære ordningene i Forskningsrådet. Departementet vil legge til rette for en gradvis overgang over flere år fra en fast bevilgning til at en større andel av midlene styres mot resultatbasert finansiering. F.o.m. 2018 blir det etablert enhetlige forskningsindikatorer og rapporteringsrutiner for forskningsaktivitet til forsknings- og kompetansesentrene. Den gradvise overføring av forskningsmid-

ler fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet vil skje f.o.m. 2019 uten at midler omfordeles. Omfordeling skjer først fra 2020. Overføringen vil i hovedsak basere seg på rapporteringssystemet som innføres fra 2018. Midlene omfordeles innenfor rammen til sentrene ut i fra forskningsaktivitet basert på sentrenes forskningsindikatorer fra 2018/ 2019.

Departementet arbeider med å gi en bedre oversikt over forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Etablering av enhetlige forskningsindikatorer for forsknings- og kompetansesentrene er en viktig del av dette. NIFU har på oppdrag fra Forskningsrådet gjennomført en kartlegging og analyse av forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene som en del av utviklingen av HelseOmsorg21-monitor. Kartleggingen viser at forskning knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester ser ut til å være økende og at antallet vitenskapelige artikler er nær firedoblet i løpet av siste 10-årsperiode.

Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

Regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre utgjør en viktig del av nasjonale myndigheters satsning på å styrke kompetansen i helse og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte i 2016 i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet nytt samfunnsoppdrag og oppgaver for 21 av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Samfunnsoppdraget for sentrene er undervisning, veiledning, informasjon og nettverksarbeid. I tillegg kan sentrene delta i praksisnær og praksisrelevant forskning. Sentrene skal samarbeide med relevante kompetansesentre og tjenester.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene til sentrene og har satt i verk en rekke tiltak som skal sikre kommunene og de utøvende tjenestene bedre kjennskap til sentrenes virksomhet og likeverdig tilgang til kunnskaps- og kompetansesentrene. Ev. sammenslåing av sentrene vurderes på et senere tidspunkt basert på effekten av de tiltak Helsedirektoratet har satt i verk. De enkelte sentrene er nærmere omtalt under aktuell kapittel og post under programområde 10.60.

Departementet la i september 2017 fram en forskningsstrategi for tannhelse som er utarbeidet i samarbeid med sentrale aktører, se nærmere omtale kap. 770.

Regjeringens satsing på kompetanse er sentralt for å styrke kunnskapsgrunnlaget i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, se nærmere omtale av Kompetanseløftet 2020.

Strategisk kunnskapsbasert styring – HelseOmsorg21-monitor

HelseOmsorg21-monitor ble lansert vinteren 2017 og viser statistikk om forsknings- og innovasjonsaktiviteter innenfor helse og omsorg i Norge. Formålet er å samle relevant statistikk på ett sted og gi et godt kunnskapsgrunnlag for beslutninger på alle nivåer. I monitoren finnes interaktive figurer som viser statistikk om bl.a. økonomiske og personalmessige ressurser, hvilke sykdommer det forskes på, forskningsresultater, og hvilke sykdommer som er utbredt i befolkningen. Monitoren skal utvikles over tid slik at den dekker alle aktører. Norges forskningsråd har ansvar for utvikling av HelseOmsorg21-monitoren.

En innføring av klassifikasjonssystemet for helseforskning, Health Research Classification System (HRCS), i helseforetak, universiteter, høyskoler og forskningsinstitutter vil bidra til å bedre statistikken om helseforskning nasjonalt og vil kunne gi institusjonene informasjon om hvordan forskningsaktiviteten fordeler seg innen ulike forskningsaktiviteter og helsekategorier. For å få et best mulig statistikkgrunnlag er det ønskelig at HRCS benyttes på en så stor andel av helseforskningen som mulig, det vil si at alle institusjoner som driver helseforskning omfattes av klassifiseringen. Hittil har HRCS blitt benyttet på prosjektnivå. Nå er det ønskelig å klassifisere den delen av helseforskningen som finansieres over institusjonenes grunnbevilgninger. Først da vil en kunne få et fullstendig bilde av forskningsinnsatsen. Norges forskningsråd har derfor fått i oppdrag å gjennomføre en pilot for å kartlegge forskningsinnsatsen ved 12 utvalgte institusjoner fra de tre forskningsutførende sektorene med HRCS i 2017. Arbeidet knyttes opp til målingen av ressursbruk til forskning i helseforetakene og til innhentingen av FoU-statistikk i universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren for 2017. Framgangsmåten og metoden for HRCS-kartleggingen klargjøres, beskrives og forberedes høsten 2017. Målingen av ressursbruk til forskning i helseforetakene har t.o.m. 2016 blitt gjennomført hvert år. Som følge av at denne nå utvides med HRCS-kartlegging, legges denne om til å bli hvert annet år, tilsvarende som for universitets- og høyskolesektoren.

Strategisk kunnskapsbasert styring

Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ga de regionale helseforetakene og universitetene i oppdrag juni 2015 å beskrive ev. barrierer for samarbeid mellom universiteter og helseforetak og foreslå konkrete løsninger lokalt, regionalt og nasjonalt. Departementene oppnevnte en arbeidsgruppe med rektor Anne Husebekk ved Universitetet i Tromsø (UiT) – Norges arktiske universitet, som leder. Gruppens mandat pekte i første rekke mot barrierer knyttet til sektorenes samarbeid om helseforskning, og rapportens statusbeskrivelse og løsningsforslag har derfor vektlagt dette. Samhandling knyttet til utdanningssamarbeid er også kort berørt. Gruppen leverte sin rapport desember 2016. Den inneholdt 20 anbefalinger som retter seg mot universitetene, universitetssykehusene, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, eller begge departementer. Departementene er i gang med å vurdere anbefalingene. Departementene har gitt de regionale helseforetakene og universitetene likelydende oppdrag for 2017 om å følge opp rapporten innenfor sitt ansvarsområde. Videre har departementene, i tråd med rapportens anbefaling, etablert et samarbeidsforum for samordning mellom universiteter med medisinutdanning og helseforetak. Samarbeidsforumet skal drøfte aktuelle problemstillinger og legge til rette for samhandling og samarbeid mellom universitetene og de regionale helseforetakene om helseforskning og utdanning. Det består av rektorene ved de fire universitetene med medisinutdanning, de administrerende direktørene ved hvert av de fire regionale helseforetakene og administrerende direktør i Norges forskningsråd. I tillegg deltar statssekretærene med ansvar for forskning fra begge departementer og ekspedisjonssjefer for aktuelle avdelinger fra de to departementene.

Effektive og lærende tjenester

Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag å utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon, samt utrede organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene. Oppdraget ble i 2016 slått sammen med oppdrag til Helsedirektorat om å utarbeide en innovasjonsmodell i tråd med Be Healthy – Be Mobile prosjektet i regi av WHO og ITU (den internasjonale Tele-kommunikasjonsunionen).

Første versjon av veilederen for tjenesteinnovasjon ble oversendt departementet i september 2017 og skal gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet leverte et foreløpig svar på oppdraget om et helthetlig nasjonalt innovasjonssystem i januar 2017. Med utgangspunkt i den foreløpige rapporten utredes organisering mot et mer helhetlig innovasjonssystem.

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 og Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med en stortingsmelding.

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.

Helse- og omsorgsdepartementet styrker gjennomføringen av den nasjonale helseregisterstrategien for å lette tilgangen til og kopling av helsedata til forskning og andre formål som er viktig for befolkningen og pasientene. Direktoratet for e-helse har fra 2017 fått ansvar for å etablere et helsedataprogram som skal bidra til en mer effektiv organisering av de viktigste utviklingsoppgavene i strategien.

En sentral oppgave for Direktoratet for e-helse er å etablere en plattform for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata. 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.

Helsedatautvalget som ble satt ned i 2016 for å utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata, leverte sine anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2017. Departementet har sendt utvalgets rapport på høring. Se nærmere omtale av utvalgets anbefalinger under kap. 701, post 21.

10 IKT og digitalisering

Bedre utnyttelse av informasjonsteknologi (IKT) er nødvendig for å realisere pasientens helsetjeneste. For å nå målet om én innbygger – én journal er det nødvendig med en mer felles nasjonal IKT-utvikling. Flere felles løsninger setter krav til sterkere nasjonal styring og nye samarbeidsmodeller. Personvern og informasjonssikkerhet er også et viktig område som setter krav til ledelse og styring.

Personvern og informasjonssikkerhet

Personvern er grunnleggende ved behandling av helseopplysninger. Det viktig å ivareta innbyggernes tillit til at helseopplysninger blir behandlet og lagret på en trygg og sikker måte. Godt personvern og god informasjonssikkerhet er en forutsetning for digitalisering. Dette stiller krav til både teknologi, prosesser og mennesker. Behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell. Samtidig skal vernet mot at opplysninger gis til uvedkommende ivaretas, pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning sikres. Et viktig aspekt ved personvernet knytter seg til den enkeltes kontroll med hvilke opplysninger om ham eller henne som er tilgjengelige for andre. I helse- og omsorgssektoren er det derfor lagt særlig vekt på konfidensialitetsaspektet ved personvern. Dette har sammenheng med den sterke taushetsplikten som gjelder for helsepersonell.

Personvern er imidlertid mer enn hensynet til konfidensialitet. Et formål med personvernlovgivningen er også å sikre at personopplysninger blir brukt på rett måte. Viktige personvernhensyn er at opplysninger skal være korrekte og oppdaterte, og tilgjengelige for rett person til rett tid. Rett bruk av informasjon er avgjørende for god pasientsikkerhet og forsvarlig og effektiv helsehjelp. Manglende tilgang til oppdaterte og korrekte opplysninger om pasienten kan føre til dårligere pasientbehandling og i verste fall feil behandling eller skade. Godt personvern krever at alle hensynene ivaretas.

Det er virksomhetenes ledelse som har ansvar for å etablere og opprettholde tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Virksomhetens leder er ansvarlig for at bestemmelsene i personopplysningsforskriften følges. Den som har det daglige ansvaret skal fastlegge hvordan arbeidet med informasjonssikkerhet i virksomheten skal organiseres og gjennomføres slik at det kommer klart fram hvem som er ansvarlig på alle nivåer, og hva de er ansvarlig for.

Helsetjenesten er helt avhengig av private leverandører innenfor IKT-området. Dette gjelder bl.a. for leveranser av programvare, maskinvare og medisinsk-teknisk utstyr. Slike leverandører har en sentral rolle i å tilpasse og innføre nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten, gjennomføre nødvendig service og vedlikehold og å bistå i drift og forvaltning. Det må sikres at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører etterleves. Helse- og omsorgstjenesten må gi og styre tilganger til personell fra leverandørene for å kunne få utført nødvendige oppgaver.

Helse Sør-Øst RHF har de siste årene jobbet med å modernisere IKT-infrastrukturen for å legge til rette for teknologisk utvikling og styrket sikkerhet knyttet til IKT-systemer og medisinsk teknisk utstyr. Det ble vedtatt å gjøre dette gjennom en tjenesteutsetting av modernisering og drift av IKT-infrastruktur. I forbindelse med opplæring ble det avdekket flere svakheter i styring av tilgang for IKT-driftspersonell fra den eksterne leverandøren. Selv om det ikke er noen indikasjon på at data er på avveie, stilte Helse Sør-Øst prosjektet i bero i juni 2017 og utreder alternative framgangsmåter høsten 2017.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag å identifisere og foreslå gode rutiner for å sikre at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører etterleves. Direktoratet skal som en del av oppdraget utarbeide en overordnet status for bruk av nasjonale og internasjonale leverandører som kontinuerlig eller episodisk arbeider inn mot virksomhetenes datasystemer. Sluttrapport for dette oppdraget skal leveres 1. november 2017.

Gjennomgang av roller, ansvar og oppgaver innenfor IKT

IKT-området i helse- og omsorgssektoren har de siste årene gått igjennom en endring fra virksomhetsintern utvikling av IKT til mer regionalt og sentralt utviklede fellesløsninger. Det er behov for å sikre at eierskap, drift og forvaltning av felles nasjonale løsninger både i dagens og i framtidige løsninger i større grad basert på en bærekraftig modell. I tillegg er spørsmålet om organisering av roller og ansvar på IKT-området viktig i arbeidet med én innbygger – én journal.

Kvinnslandutvalget foreslo i innstilling NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten at det gjennomføres en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene i spesialisthelsetjenesten, herunder Nasjonal IKT HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, Norsk Helsenett SF og Direktoratet for e-helse.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid for å se på roller, ansvar og oppgaver innenfor nasjonal IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren. En helhetlig gjennomgang må inkludere alle aktører, også kommunale og private, sine roller og ansvar. En slik gjennomgang berører mange aktører, det er derfor behov for å dele opp arbeidet. Som et første steg er det valgt å se på Direktoratet for e-helses roller og ansvar, samt de regionale helseforetakenes samordning på IKT-området.

Direktoratet for e-helse fikk i 2017 i oppdrag å vurdere egen myndighetsrolle og vurdere etablering av en nasjonal tjenesteleverandør. Videre fikk direktoratet i oppdrag å gjøre en komparativ analyse av de regionale helseforetakenes arbeid på IKT-området. Rapporten oppdaterte den samme analysen fra 2014. Rapporten viser at de regionale helseforetakenes samarbeid på IKT-området i spesialisthelsetjenesten i større grad beveger seg fra hverandre enn å konvergere. Direktoratet for e-helse er i forlengelsen av dette bedt om å vurdere mulige tiltak for bedre samordning.

De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet i januar 2017 i oppdrag å utarbeide en felles plan for utvikling av nye tjenester og løsninger som er av nasjonal betydning og som har overføringsverdi mellom de regionale helseforetakene. Videre skal de sørge for en felles plan og koordinert utvikling av elektronisk pasientjournal og pasientadministrative systemer.

Oppdragene skal leveres Helse- og omsorgsdepartementet i november 2017, og inngå som underlag i departementets videre arbeid.

11 Tilstandsvurdering for samfunnssikkerhet og beredskap innenfor helse- og omsorg

I Meld. St. 10 (2016–2017) Risiko i et trygt samfunn presenteres 14 tverrsektorielle samfunnsfunksjoner som er kritiske for samfunnssikkerheten. Dette er områder hvor flere departementer har ansvar for samfunnsfunksjoner som er gjensidig avhengig av hverandre. Departementene må derfor samarbeide for å ivareta samfunnssikkerheten. For hver av de 14 samfunnsfunksjonene er det utpekt et hovedansvarlig departement som skal sikre nødvendig koordinering og samordning mellom berørte departement.

Inndelingen i 14 kritiske samfunnsfunksjoner og plassering av ansvar hos et hovedansvarlig departement er et sentralt virkemiddel for å styrke den tverrsektorielle samordningen i arbeidet med samfunnssikkerheten. Det er etablert et system for å utarbeide status og tilstandsvurderinger for de 14 samfunnskritiske funksjonene. Status og tilstandsvurderingene skal belyse hvilken evne samfunnet har til å opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner dersom de utsettes for ulike påkjenninger. Det skal utarbeides tilstandsvurderinger for samtlige 14 funksjoner i løpet av fire år.

For budsjettåret 2017–2018 presenteres status og tilstandsvurdering for funksjonene Styring og kriseledelse (Justis- og beredskapsdepartementet), Helse og omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet) og Kraftforsyning (Olje- og energidepartementet).

11.1 Samfunnsfunksjonen helse og omsorg

Departementet har ansvar for samfunnsfunksjonen Helse og omsorg, som består av helsetjenester, omsorgstjenester og folkehelsetiltak inkludert atomberedskap. Helse- og omsorgstjenester omtales samlet. Atomberedskap omtales under folkehelsetiltak.

Samfunnssikkerhet og beredskap innenfor området bygger på den daglige helse- og omsorgstjenesten og det daglige folkehelsearbeidet. Den daglige tjenesten, forebygging, beredskapsplanlegging og øvelser, er grunnlaget for å forhindre og redusere konsekvenser av hendelser. Dette er i tråd med prinsippene om ansvar, nærhet, likhet og samvirke, som gjelder for samfunnssikkerhets-, beredskaps- og helseberedskapsarbeidet i Norge.

Formålet med helseberedskapen er å verne befolkningens liv og helse samt sørge for medisinsk behandling, pleie og omsorg til berørte personer i fredstid, kriser og krig.

Helse- og omsorgstjenester og folkehelseområdet er to selvstendige områder, samtidig som de henger sammen. Folkehelseområdet er hovedsakelig forebyggende mens tjenesten hovedsakelig er skadereduserende. I det videre beskrives først de to områdene hver for seg. Deretter følger en samlet beskrivelse av status/tilstand, overordnet risikovurdering og oppfølging.

Helse- og omsorgstjenesten

Helsetjenester omfatter virksomhet som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende formål, og i stor grad utføres av autorisert helsepersonell.

Omsorgstjenester innbefatter virksomhet som har som formål å ta seg av mennesker som ellers ikke vil være i stand til å ivareta egne behov, f.eks. pga. sykdom eller annen svekkelse av fysisk eller psykisk art.

– Helse- og omsorgstjenesten må, ved ulike typer påkjenninger, evne å tilby tjenester som er nødvendige for å unngå død, varig nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter i hjemmet og i institusjon.

Den enkeltes rettigheter til tjenestene er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet.

Statlig eide regionale helseforetak har ansvar for å sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. I tillegg til å drive sykehusene har de regionale helseforetakene oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. De løser sine pålagte opp-

gaver ved at sykehus eid av de regionale foretakene utfører oppgavene, eller ved at tjenestene tilbys av private etter avtale.

Spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes av staten og private, reguleres av lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Lovens formål er bl.a. å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Loven skal også bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet. De tjenestemessige forpliktelsene for helseforetakene framkommer særlig av spesialisthelsetjenesteloven. Etter denne er det de regionale helseforetakene som skal sørge for at befolkningen får dekket sitt behov for spesialisthelsetjenester, mens de underliggende helseforetakene forutsettes å sørge for at tjenesteytingen er i samsvar med kravene i lovgivningen og de rammer som settes av de regionale helseforetakene.

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunene eller private som har avtale med kommunene, reguleres av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Loven har bestemmelser som slår fast kommunens overordnede ansvar for slike tjenester. Loven har bl.a. bestemmelser om at alle personer i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester og regulerer hva kommunen skal tilby for å oppfylle sitt ansvar på området.

Omsorgstjenestene grenser mot og overlapper sosiale tjenester. Utsatte grupper er avhengige av støtte og oppfølging av Arbeids- og velferdsetaten og i noen tilfeller kan også frivillige organisasjoner spille en viktig rolle.

Folkehelseområdet

Folkehelsearbeidet skal beskytte befolkningens liv og helse ved å forebygge sykdom og skade. Arbeidet omfatter atomberedskap, smittevern, miljørettet helsevern, mattrygghet og trygg drikkevannsforsyning. Forsyning av drikkevann og legemidler omtales som noe helse- og omsorgtjenestene og folkehelseområdet er avhengig av.

- Folkehelsetiltak må evne å verne om befolkningens liv, helse og miljø ved sykdomsutbrudd og andre hendelser med farlige stoffer
- Atomberedskapen må evne å håndtere atomhendelser og til å sørge for hurtig iverksetting av tiltak for å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser

Folkehelseloven har som formål å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven regulerer miljørettet helsevern som omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Smittevernloven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smittevern-tiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.

Norsk atomberedskap er konstitusjonelt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet forvalter atomenergiloven, som regulerer konsesjoner, løyver og tilsyn. Organisering av atomberedskapen er forankret i lov om strålevern og bruk av stråling. Atomberedskapsorganisasjonen består av Kriseutvalget for atomberedskap, kriseutvalgets rådgivere og sekretariat samt fylkesmennene og Sysselmannen på Svalbard. Formålet med atomberedskapsorganisasjonen er å stille ekspertise til rådighet og sørge for rask koordinert iverksetting av tiltak for å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser ved atomhendelser, både ulykker og hendelser som følge av tilsiktede handlinger i fredstid og ved sikkerhetspolitiske kriser/krig. Mandatet omfatter også hendelser som ikke har direkte konsekvenser på norsk territorium, men som berører nordmenn eller norske interesser. Kriseutvalget for atomberedskap har i en akuttfase fullmakt til å beslutte og sette i verk konsekvensreduserende tiltak. Følgende etater oppnevner en representant med vararepresentant til Kriseutvalget for atomberedskap: Statens strålevern, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret, Helsedirektoratet, Kystverket, Mattilsynet, Politidirektoratet og Utenriksdepartementet.

11.2 Status/tilstand i helse og omsorg

Helse- og omsorgssektorens arbeid med å forhindre hendelser og redusere konsekvensen av dem bygger på den daglige tjenesten, oversikt over risiko, forebygging, planlegging og erfaring fra øvelser og hendelser. Nasjonal helseberedskapsplan klargjør roller og ansvar. Helsedirektoratet

får som regel delegert fullmakt til å koordinere sektorens innsats i kriser. De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen og skal ved kriser om nødvendig legge om og utvide driften. Kommunene har ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen. Kommunene har også ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade – herunder sørge for smittevern, miljørettet helsevern, trygt drikkevann, mattrygghet og strålevern. I tillegg til overordnet planverk er det spesialiserte kompetansemiljøer og planer på enkeltområder.

Departementet leder helseforvaltningen, forvalter regelverk om kommunale helse- og omsorgstjenester og eier 4 regionale helseforetak. Helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet ivaretas hovedsakelig av offentlige myndigheter og tjenester.

Helse- og omsorgssektorens samfunnssikkerhetsarbeid er organisert i:

- En sentral helseforvaltning, med myndighets-, fag- og tilsynsorganer, og ansvar for forvaltning av helse- og omsorgstjenester og folkehelseområdet. De mest sentrale er Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Statens strålevern, Direktoratet for e-helse, Statens helsetilsyn, Statens legemiddelverk og Mattilsynet.
- Fylkesmannen med regional helseforvaltning og som bindeledd mellom sentralt og lokalt nivå.
- Kommunene med ansvar for helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid.
- De regionale helseforetakene med sørge for ansvar for spesialisthelsetjenester – gjennom helseforetak.
- Norsk helsenett HF og Helsecert – nasjonalt senter for informasjonssikkerhet.
- En legemiddelforsyningskjede organisert gjennom apotek og grossister.

Departementet forvalter sitt ansvar gjennom regulering av kommunal, statlig og privat virksomhet i regelverk, budsjett- og tilskuddsforvaltning, organisering, styring, planer og tilsyn. Samfunnssikkerhet og beredskap er integrert i departementets og sektorens styringssystem. Lov- og planverk klargjør roller og ansvar og pålegger kommuner, regionale helseforetak, sykehus og staten å utarbeide beredskapsplaner. Vannverk og Mattilsynet har tilsvarende planplikt. Krav til beredskap følger av helseberedskapsloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, smittevernloven, strålevernloven, folkehelseloven og matloven.

Forskrift 881 av 23. juli 2001 Om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid inneholder bl.a. bestemmelser om:

- Krav til risiko og sårbarhetsanalyser i § 3. Virksomheten, f.eks. en kommune eller et sykehus, skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe seg oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger. Analysen skal ta utgangspunkt i kommunen eller sykehusets art og omfang, omfatte selve virksomheten, dens ansvarsområde og lokale forhold som innvirker på dens sårbarhet. Avdekket risiko og sårbarhet skal reduseres ved forebyggende og skadebegrensende tiltak.
- Krav til beredskapsplanene i § 4. Virksomheten, f.eks. kommunen eller sykehuset, skal ha beredskapsplan, som gjør den i stand til å håndtere hendelser og kriser som innebærer en ekstraordinær belastning på kommunen/sykehuset og som kan kreve omstilling av ordinær drift for å kunne øke kapasiteten. Beredskapsplanen skal også inneholde tiltak som gjør at virksomheten er i stand til å yte sine tjenester ved hendelser som reduserer dens yteevne, som f.eks. strømbrudd, brudd på vannforsyning, brudd i IKT system, ødelagte lokaler pga. brann, flom, ras, mv.

Tilsyn med at offentlige og private aktører følger regelverket er integrert i tilsynsvirksomheten til Statens helsetilsyn, helsetilsynet i fylket, Strålevernet, Mattilsynet, Arbeidstilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Nasjonal sikkerhetsmyndighet. Fylkesmannen har etter kommuneloven kapittel 10 A ansvar for å samordne statlig tilsyn med kommuner og fylkeskommuner.

Beredskapen bygger på generiske beredskapsplaner. Nasjonal helseberedskapsplan, som er under revidering, er en generisk plan som klargjør roller og ansvar for beredskapsforberedelser og krisehåndtering ved alle typer kriser. Det er etablert tydelig fullmaktstruktur i sektoren. Helsedirektoratet får som hovedregel delegert fullmakt til å koordinere helsetjenestens innsats ved kriser. I tillegg til overordnet planverk er det spesialiserte planer og kompetansemiljøer innenfor enkeltområder, bl.a. for atomberedskap, smittevern og pandemiberedskap.

Den nasjonale helseberedskapen er forankret i internasjonalt samarbeid om forebygging, analyse, overvåking, varsling og sykdomsbekjempelse, bl.a. innenfor FN, Verdens helseorganisasjon (WHO), Det Internasjonale Atomenergibyrået (IAEA), EU, NATO og Norden. Nordisk

helseberedskapsavtale fra 2002 gjelder bl.a. gjensidig informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer.

Ansvar, roller og samarbeid er testet ved flere hendelser. Evalueringer, kommisjoner og tilsyn har funnet forbedringspunkter, men har konkludert med at sektorens beredskap er hensiktsmessig organisert og at krisehåndteringen har fungert.

11.3 Overordnet risikovurdering

Den følgende risikovurderingen er overordnet og bygger på erfaringer fra hendelser og rapporter om risiko- og sårbarhet i sektoren og omfatter følgende områder:
- masseskadehendelser
- smittsomme sykdommer og farlige stoffer (CBRNE-hendelser)
- avhengighet til kritiske innsatsfaktorer og infrastruktur

Risikoforholdene er vurdert med utgangspunkt i scenarier og hendelsestyper som sektoren må være forberedt på møte. Hendelsestypene er bl.a. hentet fra Helsedirektoratets rapport Overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger i helse- og omsorgssektoren og Nasjonal strategi for CBRNE-beredskap 2016–2020.

Opprettholdelse av liv og helse er avhengig av den enkeltes atferd, og påvirkes av hendelser utenfor helse- og omsorg og folkehelseområde. Arbeidet med å ivareta egne kritiske samfunnsfunksjoner må derfor ikke forstås som et totalansvar for å sikre befolkningens liv og helse. Helse- og omsorgstjenesten og folkehelseområdet er avhengig av hverandre. Hendelsestyper for områdene er derfor omtalt samlet.

Masseskadehendelser

WHO definerer masseskadehendelser, Mass Casualty Incidents (MCI) som følger:

> «An incident which generates more patients at one time than locally available resources can manage using routine procedures. It requires exceptional emergency arrangements and additional or extraordinary assistance.»

Masseskadehendelser kan forekomme både ved naturkatastrofer og ulykker og tilsiktede hendelser (terror, sabotasje, væpnet konflikt). Skadepanoramaet ved tilsiktede hendelser er beslektet med det som følger av ulykker. Masseskader og terror omtales derfor samlet. Det er sannsynlig at masseskadehendelser vil skje i framtiden. Masseskadehendelser kan få alvorlige konsekvenser for de skadde om hendelsen inntreffer langt fra akuttmedisinske ressurser fordi transporttid til sykehus med traumesenter kan være livskritisk. I følge NOU 2015: 17 Først og fremst viser flere studier at risikoen for å dø etter traumer er større i tynt befolkede områder enn i tett befolkede områder, særlig knyttet til transportulykker.

Ansvar for å redusere sannsynligheten for slike hendelser ligger stort sett utenfor sektoren. Et unntak er at helsektoren stiller helsekrav til yrkesutøvelse og førerrett for transportmidler. Risiko for tilsiktede hendelser kan i liten grad påvirkes av sektoren.

Smittsomme sykdommer og farlige stoffer (CBRNE-hendelser)

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. Slike hendelser kan forårsake tap av liv og/eller skade på helse, miljø, materielle verdier og andre samfunnsinteresser. CBRNE-hendelser kan forekomme både ved naturkatastrofer og ulykker og tilsiktede hendelser (terror, sabotasje, væpnet konflikt). Store CBRNE-hendelser skjer ikke ofte i Norge, men dersom de inntreffer kan det medføre alvorlige konsekvenser for liv, helse, miljø, materielle verdier og viktige samfunnsfunksjoner. Hendelser av en slik art vil være krevende og kan medføre et behov for både lokal, regional, sentral og internasjonal bistand og koordinering. De kan utarte seg som en masseskadehendelse.

Kjemikaliehendelser

Nasjonal strategi for CBRNE beredskap 2016–2020 beskriver utfordringsbildet. Det framkommer at store kjemikaliehendelser kan ha sektorovergripende konsekvenser og at det er behov for samordning mellom ulike sektorer og nivåer. Påvisning av ukjente kjemikalier krever kompetanse, måleinstrumenter, prosedyrer og trening. Hendelser på kjemikalieområdet har vist at nødetatene har varierende tilgang til beskyttelses- og deteksjonsutstyr og kompetanse til å påvise ukjente stoffer. Det er derfor behov for samarbeid mellom nødetatene og spesialiserte kompetansemiljøer som ved behov raskt kan stille kompetanse og kapasitet til rådighet for å fastslå hvilke

kjemikalier befolkningen eller miljøet er eksponert for. Det er også behov for kompetansemiljøer som gir råd om tiltak og behandling.

Pandemier og andre smitteutbrudd

I DSBs nasjonale risikobilde framkommer det at influensapandemi er den hendelsen som medfører høyest risiko. Dette samsvarer med helsesektorens egne analyser. Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa legger til grunn at halvparten av befolkningen kan bli smittet, og halvparten av disse igjen syke. Dette vil trolig bety en rekke dødsfall utover det normale i de mest sårbare gruppene, og dramatiske virkninger for arbeidsliv, skoler og barnehager, mv. Helse- og omsorgssektoren vil trolig selv bli sterkt rammet, fordi medarbeidere her blir smitteeksponert langt utover et gjennomsnittlig nivå. Ved en alvorlig pandemi kan det oppstå knapphet på bl.a. vaksiner, legemidler, helsepersonell. Det må da foretas strenge prioriteringer for å opprettholde kapasitet og slik redusere konsekvensene for befolkningen så mye som mulig. I Helsedirektoratets rapport er det i tillegg til pandemi pekt på at store cruiseskip og passasjerferger, som seiler langs norskekysten, kan innebære en risiko. Dersom det oppstår noro- eller rotavirusinfeksjoner eller annet med tilsvarende virkning, kan et svært stort antall mennesker bli syke samtidig, i en situasjon der tilgangen til helsehjelp kan være svært begrenset. Dette vil særlig gjelde om skipet befinner seg utenfor en liten kommune med lang avstand til sykehus.

Antibiotikaresistens

Internasjonalt har det vært økende rapportering av tilfeller der pasienter har en infeksjon med bakterier som er motstandsdyktige mot tilgjengelige antibiotika. Det fryktes at multiresistente bakterier skal få fotfeste slik at tilgjengelige behandlingsmetoder ikke lenger vil fungere.

Norge har i internasjonal sammenheng et moderat problem med antibiotikaresistens. I Norge har man så langt kunnet kontrollere forekomsten av antibiotikaresistens ved iherdige og omfattende smitteverntiltak i helseinstitusjoner og i landbruket. Økt antibiotikabruk, reisevirksomhet, import av mat og spredning av resistente bakterier i matproduksjonen kan imidlertid endre situasjonen. Smittepresset kan etter hvert bli så stort at tiltakene ikke lenger er effektive.

Kombinasjonen av økende forekomst av resistens og stopp i utvikling av nye antibiotika er årsaken til at WHO og andre internasjonale organer (ECDC) mener at antibiotikaresistens er en alvorlig trussel for framtidig medisinsk behandling.

Strålehendelser

Atomberedskapen i Norge er basert på seks dimensjonerende scenarier: stort utslipp via luft til Norge fra anlegg i utlandet, lokalt utslipp fra anlegg i Norge, lokal hendelse uten stedlig tilknytning, lokal hendelse som utvikler seg over tid, stort marint utslipp og hendelse i utlandet med konsekvenser for nordmenn eller norske interesser. Norge har god beredskap for å møte disse scenarioene. Med utgangspunkt i Nasjonal strategi for CBRNE-beredskap 2016–2020 utformes det nå et syvende scenario med kjernefysisk detonasjon nær eller på norsk territorium.

Avhengigheter til kritiske innsatsfaktorer og infrastruktur

Lengre bortfall av strøm, vann og IKT vil få konsekvenser for helse- og omsorgstjenesten. Strøm er nødvendig for medisinsk utstyr, oppvarming, drift av IKT- løsninger. Strøm er nødvendig for produksjon av sterilt vann. Helse- og omsorgsinstitusjoner skal ha nødstrømløsninger. I følge Helsedirektoratets rapport har helseinstitusjonene aggregater med begrenset kWh-kapasitet, og begrenset varighet dersom en ikke har system for drivstofftilførsel. Et langvarig strømbortfall kan bli kritisk og kan medføre en omfattende omlegging av drift og relokalisering, kanskje i et større område. Rapporten peker på at det er usikkert i hvilken grad kommunal sektorer vedlikeholder og tester aggregater. Samtidig pekes det på at utvikling av batteriteknologi kan bidra til å redusere sårbarheten på området.

Helse- og omsorgsinstitusjoner er avhengig av vann til en rekke prosesser, som vask og hygiene, framstilling av væske som inngår i behandling, matlaging og drikkevann. Bortfall vil fort bli et hygieneproblem i hele samfunnet. Ved svikt i vannforsyning er helseinstitusjonene avhengig av kommunens reservevannløsninger. Hoveddelen av Norges befolkning mottar vann fra store vannforsyningssystemer med god kvalitet og beredskapsplaner. Om lag 85 pst. av vannverkene, som leverer vann til minst 50 fastboende personer, har rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplan etter helseberedskapsloven og matloven. En del mindre vannverk har mangler i sine beredskapsplaner og enkelte større vannverk mangler tilstrekkelig reservevannforsyning. For øvrig er den viktigste utfordringen gammelt og dårlig ledningsnett.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har nylig utført en analyse av Norges forsyningssikkerhet av matvarer. Trygg og tilstrekkelig matforsyning kan svekkes av bl.a. ulike typer forurensning, ulykker eller terrorhendelser som ødelegger produksjon og forsyningsveier. Problemer i matforsyningskjeden kan ramme befolkningen generelt og pasienter og pleie- og omsorgstrengende spesielt. Den foreliggende analysen viser imidlertid at risikoen er lav for at det skal skje noe på dette området som gir langvarige og helsekritiske problemer.

Stengte veier og driftsstans i offentlige transportmidler, kan hindre pasienter i å komme rettidig til sykehus, og hindre personell å komme på jobb. Transportsektoren kan også rammes av strømbrudd, som kan gi stengte pumper og bortfall av drivstofforsyning. Et langvarig brudd kan bl.a. ramme ambulansetjenesten.

Markedet for produksjon og omsetning av legemidler har endret seg vesentlig i de senere år. Legemiddelforsyningen fungerer i hovedsak godt i Norge med systemer for å overvåke og følge med på forsyninger. Mangel på legemidler er imidlertid et økende problem, og andre vestlige land opplever tilsvarende utfordringer. Mange av de mest brukte legemidlene produseres ikke lenger i Norge, og det er en tendens til at omsetningsleddene i mindre grad har store lagre. Det kan være vanskelig å øke produksjonskapasiteten raskt ved økt etterspørsel. Dermed oppstår det hyppigere mangel på legemidler, og det reiser spørsmål om utøvende helsetjeneste i større grad bør bygge opp nasjonale og lokale lagre, samt inngå lageravtaler med grossister. Ebola-epidemien viste f.eks. at en plutselig økt internasjonal etterspørsel etter avansert beskyttelsesutstyr ikke ble møtt av en tilsvarende rask leveranse eller produksjonsøkning. Legemiddelgrossistene har i dag en forsyningsplikt til apotekene som innebærer at de må lagerføre minst to måneders normalt forbruk, og apotekene har leveringsplikt. Det foreligger en rapport fra de regionale helseforetakene om nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten. I følge Helsedirektoratet er det mer usikkert i hvilken grad kommunene har utført analyser av behov knyttet til medisinske tilstander for andre smittesituasjoner enn influensa, den demografiske utviklingen og ev. anslag mot produksjon og omsetning.

Oppsummering av risikovurderingen

Erfaring og risikovurderinger viser at helsesektoren blir berørt av de fleste større ulykker og katastrofer. De fleste scenariene som er omtalt i Nasjonalt risikobilde 2014 og senere Krisescenarioer fra DSB vil ha konsekvenser for liv og helse. AMK, legevakt, ambulanse og sykehus håndterer daglig hendelser. Kunnskapen og erfaringen akuttetatene og helsepersonell får i håndtering av ulykker og hendelser er, sammen med beredskapsplanlegging, trening og øvelser, fundamentet for helsetjenestens håndtering av større katastrofer.

Terrorangrepet mot regjeringskvartalet og på Utøya 22. juli og katastrofen i Japan i 2011, mot Statoil i Algerie 2013, orkanen på Vestlandet 2011, Ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015 og situasjonen med økte asylankomster til Norge 2015 er eksempler på hendelser hvor det er tatt i bruk beredskapsplanverk i helsesektoren. Evalueringene etter disse hendelsene har påpekt læringspunkter, samtidig som de har konkludert med at hovedinnretningen på helseberedskapen i Norge er god. Justis- og beredskapsdepartementets tilsyn med Helse- og omsorgsdepartementet i 2015 viste samme bilde, ingen avvik men enkelte forbedringspunkter som følges opp.

Hendelser helsesektoren ikke «møter daglig» vil være mer krevende å håndtere. Det kan omfatte masseskade ved terrorhendelse langt fra sykehus med betydelig akuttkapasitet. Det gjelder hendelser med radioaktiv stråling, pandemi, koppeutbrudd og kjemikaliehendelser. Helse- og omsorgstjenesten er også sårbar ved langvarig strømbrudd, hvor en ikke har supplerende drivstofforsyning til nødstrømaggregater. Tilsvarende gjelder svikt i IKT, forsyning av vann, legemidler og materiell.

11.4 Pågående og planlagte tiltak

Tiltak mot masseskader

Evalueringen etter terrorangrepet 22. juli 2011 er i all hovedsak fulgt opp. Gjenstående tiltak følges opp av Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Det gjennomføres fortsatt tiltak i tjenesten for å heve kompetansen på oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiserende hendelser. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har gjort en stor innsats for å gi de som ble rammet et verdig og godt tilbud. Samtidig som mange har fått støtte og behandling, har flere opplevd å ikke få hjelpen de trengte. Oppfølging av overlevende og pårørende etter 22. juli er fortsatt prioritert. Det vises til omtale under kap. 765, post 75.

Helsetjenesten arbeider med flere tiltak for å redusere konsekvenser av masseskader som inn-

treffer langt fra sykehus med betydelig akuttkapasitet. Nødnettet er bygget ut og bedrer kommunikasjonen i helsetjenesten og med de andre nødetatene. Det er utviklet veiledere og retningslinjer for akuttmedisin og prehospitale tjenester. Eksempler er Prosedyre for pågående livstruende vold (Plivo)), masseskadetriage, organisering på skadested og nasjonal traumeplan. Helsetjenesten jobber også med en nasjonal plan for håndtering av brannskader og er med i et arbeid for håndtering av masseskadehendelser med brannskader i Europa. Beredskap for å håndtere masseskader er også et delprosjekt i Program for å videreutvikle totalforsvaret og øke motstandsdyktigheten i samfunnskritiske funksjoner 2017–2020, som ledes av Justis- og beredskapsdepartementet. Det er fortsatt viktig at helsetjenesten øver Plivo og andre rutiner sammen med andre nødetater på usikret skadested.

Tiltak mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer (CBRNE-hendelser)

Det er etablert systemer for overvåkning, måling og analyse, samt varsling og tiltak for å forebygge og møte CBRNE-hendelser. Folkehelseinstituttet og Strålevernet har fageksperter som kan bistå kommuner og andre ved slike hendelser. Det er etablert en nasjonal behandlingstjeneste for personer utsatt for kjemiske og biologiske agens, radioaktiv stråling og eksplosiver. Tjenesten har spisskompetanse på stråleskader, radiologiske skader, biologiske og kjemiske skader. Tjenesten er tillagt Helse Sør-Øst RHF og etablert ved Oslo Universitetssykehus HF.

Helse- og omsorgsdepartementet følger opp CBRNE-beredskapen i tråd med Meld. St. 10 (2016–2017) Risiko i et trygt samfunn – Samfunnssikkerhet og Nasjonal strategi for CBRNE-beredskap 2016–2020, og Meld. St. 19 (2014–2015), Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, jf. Innst. 380 S (2014–2015).

Bestemmelser om helseberedskap ved miljøhendelser ble fastsatt i forskrift. Styrking av atomberedskapen, herunder innkjøp og drift av nytt utstyr for å bedre målekapasitet, videreføres i 2018. Fra 1. juli 2017 er Statens strålevern igjen egen etat, jf. Prop. 129 S (2016–2017), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017, jf. Innst. S. nr. 401 (2016–2017).

Beredskap mot pandemier og bioterror følges også opp i tråd med Meld. St. 16 (2012–2013) Beredskap mot pandemisk influensa. Ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa ble fastsatt 2014. Denne vil bli supplert av en Nasjonal plan mot alvorlig smittsomme sykdommer og en ny versjon av Nasjonal beredskapsplan mot kopper. 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.

Departementet vil, som ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for CBRNE-beredskap 2016–2020, fastsette rammer for et kriseutvalg for biologiske hendelser med utgangspunkt i modellen for atomberedskap. Et Kriseutvalg for biologiske hendelser vil bli ledet av Helsedirektoratet, ha et smittevernfaglig sekretariat ved Folkehelseinstituttet, og faglige rådgivere fra berørte etater. Formålet er å få bedre tverrsektoriell koordinering av beredskap og håndtering av biologiske hendelser. Kriseutvalget for atomberedskap, med rådgivere og fullmakter, videreføres.

Som ledd i oppfølgingen av den norske ebolainnsatsen mot ebolautbruddet i 2014–2015 er det i 2017 startet en toårig pilot for å etablere helseteam, som skal kunne stilles til disposisjon for internasjonal innsats via EUs krisehåndteringsmekanisme. Piloten ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, de regonale helseforetakene, DSB, Forsvaret og frivillige organisasjoner. Regionale helseforetak følger opp tiltak som gjelder spesialisthelsetjenesten. Spørsmål om hvordan kommunene ivaretar sitt ansvar gjennomgås som en del av en revisjon av smittevernloven.

Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015–2020 understreker behovet for befolkningsrettede informasjonstiltak og tiltak i matforsyningskjeden. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2016 følger opp strategien. Noen av de viktigste tiltakene som følger av handlingsplanen er veiledning til legene, redusert gyldighetstid på antibiotikaresepter, antibiotikastyringsprogram i sykehus, befolkningsrettet kampanje om antibiotikaresistens.

Tiltak mot svikt i kritiske innsatsfaktorer og infrastruktur

Kommuner, regionale helseforetak og helseforetak har som ledd i sin beredskapsplanlegging plikt til å utarbeide beredskapsplaner for å sikre innsatsfaktorer og infrastruktur de trenger for å yte tjenesten. De skal ha systemer for å sikre tilgang på personell, legemidler og medisinsk utstyr, IKT/ECOM-tjenester, mat, vann- og strømforsyning også i kriser. Beredskapen skal omfatte tjenester som etter lov eller avtale blir utført av pri-

vate. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 28. oktober 2016 har til formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Helseforetakene har rapportert at de har beredskapsplaner for IKT, vann- og strømforsyning. Målsettingen til de regionale helseforetakene er at helseforetakene har prosesser for risikoerkjennelse og for å håndtere risiko i ordinær drift – risikostyring. Regionene arbeider kontinuerlig med å forbedre rutiner og metodikk for risiko- og sårbarhetsanalyser og håndtering av sårbarhet. I tillegg vil helseforetakene ha beredskapsplaner for svikt innen disse områdene, som de øver internt. Det forventes at en mer systematisk ROS-metodikk også vil framheve trening og øvelse som risikoreduserende tiltak og bidra til at dette systematiseres i helseforetakenes drift.

Helsedirektoratets avtale med grossist om nasjonalt beredskapslager av legemidler for primærhelsetjenesten er fra 1. januar 2016 erstattet av at legemiddelgrossistene har beredskapslager av legemidler til bruk i primærhelsetjenesten for minst to måneders ordinær omsetning av legemidlene som går fram av vedlegg til grossistforskriften. Det vises her til Meld. St. 28 (2014–2015), Legemiddelmeldingen, Riktig bruk – bedre helse. Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Helsedirektoratet forvalter avtaler med grossister om beredskapslagre av antivirale legemidler og jod, samt utstyr og materiell. Et ledd i myndighetenes styrking av legemiddelberedskap er at Legemiddelverket er gitt i oppdrag å utarbeide forslag til endringer i regelverk for å håndtere rasjonering og prioritering ved truende eller etablert svikt i legemiddelforsyningen. Legemiddelberedskapen er også en del av den nordiske helseberedskapsavtalen.

Forebygging og beredskap på drikkevannsområdet følges opp i tråd med Meld. St. 19 (2014–2015), Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, jf. Innst. 380 S (2014–2015). Nasjonale mål for drikkevann følges opp i en egen gjennomføringsplan. 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 det etablert et nettverk for kompetansestøtte til vannverk for å styrke vannverkenes evne til å håndtere kritiske situasjoner. Mattilsynet er bedt om å prioritere tilsyn og bruke strengere virkemidler overfor kommuner og vannverk som ikke oppfyller reglene. Forsyning av vann er også et delprosjekt i Program for å videreutvikle totalforsvaret og øke motstandsdyktigheten i samfunnskritiske funksjoner 2017–2020, som ledes av Justis- og beredskapsdepartementet.

12 Internasjonalt samarbeid

Enhver har rett til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende, ifølge FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Det viktigste virkemiddelet for å oppnå dette, og et hovedmål for den norske innsatsen i internasjonalt helsesamarbeid, er universell helsedekning: at alle mennesker har tilgang til og råd til å benytte seg av grunnleggende helsetjenester. Samtidig deltar Norge i internasjonalt helsesamarbeid for å fremme norske helsepolitiske interesser. Sentrale arenaer for dette arbeidet er FN, Verdens helseorganisasjon, EU, Europarådet, OECD, nordiske samarbeidsarenaer, samarbeidet i Barents-regionen og Den nordlige dimensjon.

Forente nasjoner (FN)

I september 2016 arrangerte FN et høynivåmøte om antimikrobiell resistens (AMR). Kun to ganger tidligere i FNs historie er et helsetema behandlet på denne måten, noe som understreker alvoret i den internasjonale situasjonen med en raskt økende resistensutvikling mot en rekke antibiotika som er av kritisk betydning for folkehelsen. Norge følger opp dette arbeidet både gjennom FNs generalforsamling, FNs særorganisasjoner og andre kanaler.

Helse- og omsorgsministeren deltok som kommissær i FNs høynivåkommisjon for helsearbeidere og økonomisk vekst i 2016. Kommisjonens anbefalinger følges fra 2017 opp bl.a. gjennom en tverrsektoriell femårig handlingsplan som er felles for WHO, ILO og OECD. Allmenn tilgang til helsepersonell er avgjørende for oppnåelsen av universell helsedekning. Norge vil fortsette å prioritere dette arbeidet som et viktig element i å jobbe for universell helsedekning.

FNs økonomiske kommisjon for Europa (UNECE) sitt arbeid for en multisektoriell eldrepolitikk følges opp av Norge. I september 2017 ble den fjerde ministerkonferansen avholdt.

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer Norges internasjonale arbeid med narkotikaspørsmål, herunder oppfølgingen av FNs generalforsamlings spesialsesjon om narkotikaspørsmål (UNGASS), og deltar i det styrende organet for FNs narkotikasamarbeid, FNs narkotikakommisjon (CND). Norge gir økonomisk støtte til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC).

FNs bærekrafts- og utviklingsmål

FNs globale bærekrafts- og utviklingsmål, vedtatt i september 2015, preger den globale utviklingsagendaen som overbygning og ramme, også på helsefeltet, fram mot 2030. 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.

På nasjonalt plan er innsatsen knyttet til mål tre om helse, som dreier seg om å sikre og fremme god helse og livskvalitet for alle, uansett alder. Arbeidet er konsentrert om følgende delmål: 3.3 om smittsomme sykdommer, 3.4 om ikkesmittsomme sykdommer og psykisk helse, 3.5 om forebygging og behandling av misbruk, 3.9 om å redusere sykdom og død forårsaket av forurensing og farlige kjemikalier og 3a om styrket gjennomføring av tobakkskonvensjonen. I tillegg følges andre helserelaterte bærekraftsmål, som ernæring (under bærekraftsmål to) og rent vann og gode sanitærforhold (under bærekraftsmål seks), opp gjennom folkehelsearbeidet. For øvrig vil oppfølgingen av de øvrige bærekraftsmålene også ha innvirkning på folkehelsen, f.eks. gjelder dette i stor grad bærekraftsmål 10 om lik tilgang for alle til helsetjenester og bærekraftsmål 12 om ansvarlig medisinbruk for å motvirke antibiotikaresistens.

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. Helse- og

omsorgsdepartementet leder delegasjonen til møtene i WHOs styrende organer. Helsedirektøren er delegasjonsleder ved fravær av politisk ledelse.

Nyvalgt generaldirektør, Dr. Tedros, fortsetter reformagendaen i WHO for å sikre bedre styring og finansiering. Et eget spor gjelder styrking av WHOs og medlemslandenes kapasiteter i helsekriser. For 2018 vil konsolidering av det man har gjennomført og fortsatt oppfølging være svært viktig. Det er en kjerneutfordring å skape internasjonal vilje til finansiering av WHOs kriseprogram og helsekrisefondet (Contingency Fund for Emergencies, CFE). Helsesystemstyrking på landnivå, inkludert gjennomføring av Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), er også en viktig komponent i dette arbeidet.

IHR 2005 gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, bl.a. ved pandemier og grenseoverskridende kjemikaliehendelser. Gjennom IHR-forskriften er IHR 2005 fra januar 2017 gjennomført i norsk rett. Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for IHR 2005 i Norge.

Høynivåmøtet om antimikrobiell resistens (AMR) i FNs generalforsamling 2016 ga ytterligere tyngde til WHOs handlingsplan mot AMR fra 2015. 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 2018 som et ledd i arbeidet for universell helsedekning.

WHO vedtok i 2012 et mål om 25 pst. reduksjon i prematur dødelighet som følge av ikkesmittsomme 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 WHOs tobakkskonvensjon. Regjeringen har startet et arbeid med ratifisering av protokollen mot ulovlig handel med tobakksvarer. Protokollen forventes å tre i kraft i 2018.

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).

Norge deltar også aktivt i arbeidet i Codex Alimentarius, FAO og WHOs felles organisasjon, hvor internasjonale standarder på matområdet utarbeides og vedtas. Norge ble i 2015 valgt inn i Eksekutivkomiteen for Codex Alimentarius. Mattilsynet er norsk kontaktpunkt for Codex Alimentarius og ivaretar norsk deltakelse i Eksekutivkomiteen.

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 ikkesmittsomme 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.

Norge deltar i miljø- og helseprosessen i regi av WHOs europaregion (WHO EURO), herunder gjennomføring av WHO EURO/UNECE-protokollen 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. Siste partsmøte ble avholdt i november 2016 og Norges engasjement videreføres for perioden 2016–2019.

Norge har bidratt til oppfølgingen av Parmaerklæringen om miljø og helse fra 2010, og har deltatt i forberedelsene til WHOs 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.

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.

Norge har bidratt i utviklingen av WHOs Strategi for fysisk aktivitet i Europa som ble vedtatt av regionalkomiteen i september 2015 og bidrar aktivt i oppfølgingen. Norge bidrar i pågående utvikling av WHOs globale handlingsplan for fysisk aktivitet.

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).

EU og EØS

Mål for 2018 er å fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet. Norge deltar i EFTAs og Europakommisjonens arbeidsgrupper på helse- og mattrygghetsområdet.

EUs tobakksproduktdirektiv trådte i kraft 20. mai 2016 for EU-landene. Hovedinnholdet i direktivet er nye og større helseadvarsler, forbud mot smakstilsetninger i røyketobakk, utvidede rapporteringsforpliktelser, et nytt merkings- og sporingssystem for å hindre ulovlig handel samt regulering av e-sigaretter. Prosessen med å innlemme direktivet i EØS-avtalen er påbegynt og forventes sluttført i 2018. Norge deltar som observatør i EUs regulatoriske komité og ekspertgruppe på tobakk.

Kommisjonen har foreslått nytt regelverk for veterinære legemidler og medisinfôr. Formålet er å bidra til økt beskyttelse av menneskers og dyrs helse. Forslaget inneholder en rekke tiltak for å regulere antibiotikabruken i legemidler, som advarselsmerking på pakninger, at dokumentasjon for risikoen for antibiotikaresistens skal vedlegges søknaden, forbeholde bruken av visse typer antibiotika til mennesker og reseptplikt. Norske myndigheter arbeider for å ivareta norske interesser på området. Norge har fra sommeren 2016 en utsendt nasjonal ekspert på antibiotikaresistens i Europakommisjonen.

EU la fram sin nye One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance 29. juni 2017. Handlingsplanen skal bidra til styrket innsats i EU-landene mot antibiotikaresistens. Norge har vært aktive i prosessen som har ledet fram til handlingsplanen og deltar i EUs One Health Network on Antimicrobial Resistance.

Regelverket på matområdet utgjør kvantitativt sett den største andelen av rettsaktene i EØS-avtalen.

En ny kontrollforordning, som skal bidra til en mer helhetlig og bedre kontroll med matproduksjonskjeden, ble vedtatt i EU 15. mars 2017. Det arbeides med å innlemme denne i EØS-avtalen. Norge deltar i regelverksprosessene i EU ved utarbeidelsen av utfyllende regelverk som følger av den nye kontrollforordningen. Målet er å få en mer helhetlig og bedre kontroll med matproduksjonskjeden. Norge deltar også aktivt i revisjonen av regelverk for næringsmidler til særskilte ernæringsmessige behov. Videre arbeides det med å innlemme i EØS-avtalen EUs forordninger om genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer. Europakommisjonens påbegynte og planlagte gjennomganger (Refit) av regelverket på mattrygghetsområdet følges kontinuerlig. Norge deltar i EUs Høynivågruppe for ernæring og fysisk aktivitet.

I mars 2017 la Europakommisjonen fram en rapport om innholdsmerking av alkoholholdige produkter, siden alkohol hittil har vært unntatt fra det generelle kravet om merking med ingrediensliste og næringsdeklarasjon. I rapporten gir Kommisjonen bransjen ett år på å utvikle felles bransjestandarder for slik merking. Hvis bransjen ikke lykkes med dette, vil Kommisjonen i neste omgang vurdere å foreslå regelverk på området. Norge arbeider for oppheving av unntaket, jf. anmodningsvedtak nr. 429 (2014–2015).

Norge tar del i medlemsstatenes arenaer for oppfølging av alkoholpolitiske spørsmål, gjennom deltakelse i Komiteen for nasjonal alkoholpolitikk og tiltak (CNAPA).

Norske fagmyndigheter deltar i Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA) og EU-byrået for godkjenning av legemidler, European Medicines Agency (EMA).

Videre er Norge medlem i EUs narkotikaovervåkingssenter, The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Senteret samler inn og analyserer data, driver utviklingsarbeid for å forbedre sammenliknbarheten av data på tvers av grenser, og formidler og distribuerer informasjon.

Som ledd i oppfølgingen av den norske innsatsen mot ebolautbruddet i 2014–2015 er det etablert en toårig pilot for å etablere norske Emergency Medical Teams, som skal kunne stilles til disposisjon for internasjonal innsats via EUs krisehåndteringsmekanisme. Pilotprosjektet ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, regionale helseforetak, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret og frivillige organisasjoner.

Norge deltar i EUs Helsesikkerhetskomité (HSC). HSC utvikler bl.a. felles standarder og krisehåndteringsverktøy og har nettverk for informasjon og varsling. Videre deltar Norge i EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC) i Stockholm. ECDC ivaretar smittevernovervåkning, varsling og vitenskapelig basert rådgivning til landene om håndtering av sykdomsutbrudd. Europaparlaments- og rådsbe-

slutning 1082/2013/EU skal styrke EUs beredskap for og håndtering av alvorlig grensekryssende helsetrusler, og er inntatt i EØS-avtalens protokoll 31. Varslingspliktene i dette vedtaket er gjennomført i norsk rett gjennom IHR-forskriften, og Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for varslinger til og fra Europakommisjonen. Norge deltar i komitologikomiteen som er etablert under dette regelverket, og som er kompatibelt med Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005).

Norge deltar i EUs tredje helseprogram for 2014–2020. Helseforvaltningen er representert i programkomiteen og i gruppen av nasjonale kontaktpunkt, og norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter og Joint Actions (samarbeid mellom landenes myndigheter på bestemte saksområder). Norge skal fra 2018 lede EUs arbeidspakke for migrasjon og helse.

Norge deltar i EUs forsknings- og innovasjonsprogram Horisont 2020. Helse, demografisk endring og livskvalitet er en av de sju samfunnsutfordringene som er særlig prioritert. Videre deltar Norge i totalt ti fellesprogrammer i EU (Joint Programming Initiatives), og av disse er tre særlig rettet mot helse: nevrodegenerative sykdommer og Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens og mat og helse (HDHL). Fellesprogrammene er medlemslandenes initiativ, og Kommisjonen skal støtte opp under arbeidet ut fra sitt mandat og kompetanse. Se også kap. 780, post 50.

Helse har vært et stort samarbeidsområde under EØS-midlene 2009–2014, bl.a. innenfor folkehelse og vold i nære relasjoner. En ny avtale mellom EU og Norge for perioden 2014–2021 ble undertegnet i mai 2016. Helsesamarbeidet er videreført som samarbeidsområde også under den nye avtalen.

Europarådet

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter. Europarådet har 47 medlemstater med en samlet befolkning på 820 millioner, hvorav 28 land er medlemmer av EU. EU er en viktig partner for å sikre samsvar mellom Europarådets og EUs mekanismer for ivaretakelse av grunnleggende rettigheter, demokrati og rettssikkerhet.

Retten til helse er forankret i Den europeiske sosialpakten. Norge deltar i de mellomstatlige komiteene og i helsefaglige ekspertfora. Komiteen Bioethics (DHBIO) arbeider med områdene rettigheter og vern av pasienter og forskningsdeltakere, veiledning for aktører på biomedisinområdet, genetiske undersøkelser, medisinsk- og helsefaglig forskning, transplantasjon, bruk av tvang innen psykisk helsevern, beslutningsprosesser ved livets slutt, bruk av biobanker, utfordringer ved nye teknologier mv.

Europarådets konvensjon mot ulovlig handel med menneskeorganer (The Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs) ble vedtatt i juli 2014. Norge ratifiserte konvensjonen høsten 2017. Formålet med konvensjonen er å forebygge og bekjempe organhandel. Dette skal skje gjennom å kriminalisere alle sider av organhandel, beskytte ofre for organhandel og 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 narkotikaspørsmål. Norge har formannskapet i Pompidougruppen for perioden 2015 til 2018, og vil arbeide for at menneskerettighetsdimensjonen tydeliggjøres i den regionale og internasjonale narkotikapolitikken, og har også satt samarbeid med sivilt samfunn på dagsorden. Gruppen var en viktig forberedelsesarena fram mot FNs spesialsesjon (UNGASS) om narkotika våren 2016.

Europarådets direktorat for kvalitet av legemidler (EDQM) fungerer som sekretariat for den europeiske farmakopékommisjonen som har ansvaret for utviklingen av den europeiske farmakopeen (Ph. Eur.) som ble vedtatt av Europarådet i 1964. Farmakopeen beskriver standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår legemidler. EDQM ble opprettet i 1994 ut fra et felles ønske i EU og Europarådet om å utvikle et europeisk nettverk mellom kontrollaboratoriene i de nasjonale legemiddelmyndighetene.

Nordisk Ministerråd

Helse- og omsorgsdepartementet ivaretar samarbeidet under Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk (MR-S) og Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk (MR-FJLS). Disse to ministerrådene arbeider for at landene skal oppnå en nordisk merverdi ved at utvalgte oppgaver belyses og løses på nordisk nivå for å øke nordisk kompetanse og konkurransekraft. I økende grad blir dette arbeidet også satt

inn i et europeisk og globalt perspektiv. Samarbeidet i MR-S konsentrerer seg om utvikling og bærekraft i de nordiske velferdssamfunn. Kjerneoppgavene for MR-FJLS er å fremme bærekraftig utnyttelse av naturressurser og genetiske ressurser.

Det norske formannskapet i 2017 viderefører Finlands utadrettede program og fokuserer på Norden i endring og Nordens evne til å møte de utfordringer dette medfører og påvirke utviklingen. Norges formannskapsprogram har tre hovedspor: Norden i omstilling, Norden i Europa og Norden i verden. De nordiske helse- og sosialministrene diskuterte på MR-S bl.a. mulige konsekvenser av Brexit for landenes velferdssystemer.

Helse- og omsorgsdepartementet deltar i treårige formannskapsprosjekter som skal understøtte det norske formannskapsprogrammet.

Prosjektet Nordisk forskningssamarbeid for bedre helse ledes av Helse- og omsorgsdepartementet og har som formål å bidra til bedre helse gjennom å forenkle, forbedre og effektivisere det nordiske forskningssamarbeidet på kliniske studier og helseregistre. Det er etablert en referansegruppe for prosjektet som ledes av Helse- og omsorgsdepartementet med deltakelse fra de nordiske landene. Prosjektet består av tre delprosjekter. Det første delprosjektet, som er lagt til Helse- og omsorgsdepartementet, skal utrede om det er mulig å redusere ressursbruken for etikkgodkjenninger i Norden, slik at det blir enklere for forskere i de nordiske landene å samarbeide om forskning på helsedata og klinisk pasientrettet forskning. Det to neste prosjektene er Nordforsk gitt i oppdrag å gjennomføre. Det første av disse skal videreutvikle det nordiske samarbeidet om kliniske studier gjennom Nordic Trial Alliance, med vekt på persontilpasset medisin. Det siste prosjektet skal utrede juridiske, teknologiske og organisatoriske muligheter og barrierer med sikte på å foreslå konkrete løsninger for å gjøre helsedata tilgjengelig for forskning på tvers av nordiske land.

Helse- og omsorgsdepartementet leder også formannskapsprosjektet En felles nordisk kommunikasjonsplan for å motvirke antibiotikaresistens. Norden har et lavt forbruk av antibiotika sammenliknet med mange andre land, særlig til husdyr og fisk, men vi kan likevel bli bedre. Særlig er det behov for målrettet og kunnskapsbasert informasjon om den nære sammenhengen mellom antibiotikabruk og antibiotikaresistens og hvilke følger økt antibiotikaresistens kan få for folkehelsen.

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 i tråd med One Health-tilnærmingen i den nordiske ministererklæringen og regjeringens strategi.

Målet er å øke bevisstheten i befolkningen, i helsetjenesten, i landbruket og i oppdrettsnæringen om trusselen antibiotikaresistens utgjør for mennesker i Norden slik at bruken av antibiotika i de nordiske landene reduseres til et nødvendig minimum.

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, som leder dette treårige prosjektet. Målet for prosjektet 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. Det er stor interesse for prosjektet i små og mellomstore byer i Norden.

I løpet av formannskapsåret arrangerer Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet en rekke konferanser og møter innen aktuelle områder for nordisk helse- og sosialsamarbeid, som toppmøte om barn og unges psykiske helse, velferdsteknologi, folkehelse og alkohol, legemiddelsamarbeid mm.

Innenfor matområdet arrangerer Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet i formannskapsåret seminarer og møter på områder som antibiotikaresistens, matsvinn, risikobasert tilsyn, jod i kostholdet, samt bærekraftig kosthold og matproduksjon.

Relatert til AMR-oppfølgingen globalt og i Europa ble en nordisk One Health-strategigruppe mot antibiotikaresistens opprettet i 2016. Gruppen skal styrke det nordiske samarbeidet og koordinere de nordiske lands innsats mot antibiotikaresistens i europeiske og globale organer. Helse- og

omsorgsdepartementet deltar i strategigruppen. I juni 2017 ble det arrangert et nordisk seminar om antibiotikaresistens i Ålesund i forbindelse med ministermøtet som også EUs helsekommissær deltok på. Dette ledet fram til en ministeruttalelse med tre felles nordiske innsatsområder som det er enighet om å fronte fra nordisk side. Nordisk Råds hvitbok om antibiotikaresistens, framlagt våren 2017, vil bli behandlet i strategigruppen.

Sektoren mottok i 2014 rapporten Det framtidige nordiske helsesamarbeidet med 14 forslag til innsatsområder og tiltak. Folkehelse er et prioritert område for det nordiske samarbeidet. Landene arbeider aktivt med oppfølgingen av forslagene. Det gjenstår å behandle tre forslag: om pasientmobilitet, velferdsteknologi og e-helse.

Siden 2012 har et nordisk-baltisk nettverk på drikkevannsområdet vært i aktivitet med årlige møter knyttet til aktuelle tema med felles interesse. Nettverkets arbeid har også koblinger til arbeidet under Verdens helseorganisasjon/ UNECEs protokoll om vann og helse (se ovenfor under omtale av WHO) og norske nasjonale mål for vann og helse.

Den nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet

Mål for 2018 er å ivareta norsk deltakelse i helsesamarbeidet under Barentsregionen og Den nordlige dimensjon, å følge samarbeidet som gjelder helse under Arktisk råd samt videreføre det bilaterale helsesamarbeidet med Russland.

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. Barentssamarbeidet vektlegger særlig hiv/aids og tuberkulose, men også ikke-smittsomme sykdommer og ulike tiltak for utsatte barn og unge.

I 2018 har Norge formannskapet i Barents helsesamarbeid (Joint Working Group on Health and Social Issues – JWGHS) sammen med den russiske republikken Komi. Gjennom vårt formannskap vil vi lede prosessen med utarbeidelse av et nytt Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram.

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. 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). Helse- og omsorgsdepartementet har som mål å ivareta helsepolitiske hensyn i prosesser for internasjonale handelsavtaler.

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.

Norge og Moldova inngikk i mai 2014 en helseavtale for perioden 2014–2020. Formålet med avtalen er å utveksle informasjon om helsetjenester innenfor folkehelse, primærhelse og helsesystemer. Det vil også arbeides for besøk fra helsepersonell i landene for å utveksle kompetanse, og samarbeid mellom landenes folkehelseinstitutter. Arbeidsprogrammet for samarbeidet vil evalueres i løpet av 2017, og innsatsområder hittil har vært 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. Aktuelle temaer for samarbeidet med Kina er e-helse, AMR, luftforu-

rensing, primærhelsetjenesten, forskning og innovasjon.

Norge og Colombia innledet i 2017 samtaler om en bilateral helsesamarbeidsavtale med vekt bl.a. på kunnskapsutveksling innen primærhelsetjeneste og kvalitet i helsesektoren.

Norge er partner og bidragsyter til European Observatory on Health Systems and Policies sammen med Sverige, Finland, Spania og Hellas, WHOs Europakontor, Verdensbanken, The European Investment Bank, Open Society Institute, London School of Economics samt London School of Hygiene & Tropical Medicine. Formålet er, gjennom sammenliknende studier, å gjøre kunnskap og erfaringer fra ulike helsesystemer tilgjengelig som grunnlag for politikkutforming.

13 Administrative fellesomtaler

13.1 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 miljøpolitiske målene kan bli nådd. Videre har sektorstyresmaktene ansvar for å gjennomføre tiltak innenfor egne områder som trengs for å kunne nå målene i klima- og miljøpolitikken. For en omtale av regjeringens samlede klima- og miljørelevante saker, se Prop. 1 S (2017–2018) for Klima- og miljødepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet følger opp regjeringens mål om å utvikle et mer helsefremmende miljø og beskytte befolkningen mot miljøfarer som støy, luftforurensning, miljøgifter, stråling, dårlig inneklima, risiko for skader og ulykker, og mat- og vannbårne sykdommer, jf. Meld. St.19. (2014–1015), Folkehelsemeldingen. Oppfølgingen av meldingen omfatter tiltak for at hensynet til befolkningens helse og trivsel skal få større plass i utviklingen av steder, nærmiljø og lokalsamfunn, herunder at det skal legges til rette for helsefremmende transportløsninger. Som oppfølging av Folkehelsemeldingen er det også utarbeidet en ny tverrdepartemental handlingsplan for kosthold, hvor også miljø- og bærekraftperspektivet er med. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, samt fylkesmennene, er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåking av miljøforurensning.

Statens strålevern ivaretar direktoratsoppgaver for Klima- og miljødepartementet innenfor området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. Strålevernet har videre ansvar for faglig utredningsarbeid, tilsyn med radioaktiv forurensning og for å koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljø, samt internasjonale oppgaver.

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter statens eierskap av de regionale helseforetakene. Departementet har i sitt styringsbudskap til de regionale helseforetakene bedt om at spesialisthelsetjenesten foretar en helhetlig tilnærming til klima- og miljøutfordringene. Miljøarbeidet i spesialisthelsetjenesten koordineres gjennom et 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. De regionale helseforetakene forvalter store eiendomsmasser med energikrevende sykehusbygg. Helseforetakene har over tid arbeidet med planer for å fase ut oljefyr i sine bygg. Per 31. desember 2016 gjenstod 21 bygg hvor bruk av oljefyring som grunnlast fortsatt benyttes, og det er lagt planer for utfasing av nesten alle disse innen utgangen av 2018. Helse- og omsorgsdepartementet har også stilt krav om at helseforetakene intensiverer sine tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje innen utløpet av 2018. Helseforetakene har fire 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 tre siste anleggene er i bygg som vil bli utrangert etter 2020.

13.2 Fornye, forenkle og forbedre

Sykehus

I oppdragsdokumentene for 2016 ble de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å levere utkast til indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av

regioner, helseforetak, sykehus og behandlingsenheter på et mer detaljert nivå enn det som er mulig i dag. I oppdragsdokumentet for 2017 er de regionale helseforetakene bedt om å gi styringsmessig prioritet til oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved disse indikatorene. Arbeidet følges opp i 2018. Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å utrede og planlegge en løsning for nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) i NPR med sikte på etablering av en nasjonal KPP-database fra 1. januar 2018. De regionale helseforetakene skal sørge for at alle helseforetak leverer data inn til den nasjonale databasen. Det forutsettes at de regionale helseforetakene legger til rette for at KPP anvendes i det lokale forbedrings- og planarbeidet i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal i løpet av høsten redegjøre for departementet for status for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene. KPP vil gi bedre informasjon om kostnader i helsetjenesten, og på sikt kunne bidra til mer effektiv ressursbruk. Det ble fra 1. januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Bakgrunnen for innføringen er at merverdiavgiften skaper en konkurranseulempe når helseforetak blir belastet merverdiavgift ved kjøp av tjenester fra private virksomheter, men kan produsere tilsvarende tjenester med egne ansatte uten merverdiavgift.

E-helse

Regjeringen jobber for å fornye, forenkle og forbedre innen IKT og e-helse.

Det langsiktige målet er én innbygger – én journal. Regjeringen har gitt sin tilslutning til en utviklingsretning mot en felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosesstøtte og pasient-/brukeradministrasjon. Realiseringen av én innbygger – én journal vil være omfattende og har et langt tidsperspektiv. Utviklingen vil skje stegvis. Første steg på veien er Helseplattformen i region Midt-Norge. Det er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner i regionen om en helhetlig løsning for pasientjournal og pasientadministrasjon.

Det er store nasjonale satsinger på velferdsteknologi og mobil helseteknologi gjennom nasjonalt velferdsteknologiprogram. Foreløpige gevinstrealiseringsrapporter viser økonomiske besparelser. Kommunene rapporterer om økt omsorgskapasitet og bærekraft. For spesialisthelsetjenesten har effekten av kommunenes satsing på velferdsteknologi vært færre liggedøgn og reinnleggelser.

Helse- og omsorgsdepartementet har styrket den strategiske styringen av helseregisterfeltet for å effektivisere arbeidet med å modernisere og samordne helseregistrene og sikre tettere koordinering med sentrale e-helsetiltak. I 2017 har Direktoratet for e-helse på oppdrag fra departementet etablert et nytt helsedataprogram for å følge opp de viktigste utviklingsoppgavene i den nasjonale helseregisterstrategien. Programmet skal prioritere utvikling og bruk av fellesløsninger på tvers av registrene og etablering av en plattform for å gjøre tilgjengelig og analysere helsedata. Ekspertutvalget som ble satt ned i 2016 for å vurdere konkrete organisatoriske, tekniske og juridiske tiltak for å bedre dagens system for tilgang til helsedata, leverte sine anbefalinger til departementet juni 2017. Departementet har sendt rapporten på høring.

Legemidler

I Melding om prioritering, Meld. St. 34 (2015–2016) foreslår regjeringen flere endringer for vurdering og finansiering av legemidler. Alle legemidler som finansieres av offentlig helsetjeneste skal metodevurderes. Finansieringsansvaret skal i hovedsak følge behandlingsansvaret, i praksis skal spesialisthelsetjenesten få ansvar for flere legemidler. Det legges også til rette for bedre bruk av anbud og forhandlinger.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Regjeringen vil tilrettelegge for å styrke kommunenes innovasjonsevne og ta i bruk nye løsninger, arbeidsmetoder og teknologi. Regjeringen vil styrke effektiviteten gjennom økt kompetanse, faglig omstilling, sterkere kommunal ledelse og bedre planlegging. Satsingen på hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering, Kompetanseløft 2020, velferdsteknologiprogrammet og etablering av flerfaglige team er sentrale tiltak som bidrar til faglig omstilling og mer effektiv utnyttelse av ressursene.

Tjenestesenter for IKT, anskaffelser og arkiv

Norsk Helsenett SF fikk i 2016 i oppdrag å etablere tjenestesenter for IKT, anskaffelser og arkiv for alle etater i den sentrale helseforvaltningen. Tjenestesentret er brukerfinansiert. Tjenestesentret ble etablert i Oslo med virkning fra 1. januar 2017 og skal være fullt etablert i 2018.

Etablering av Statens strålevern

F.o.m. 2016 ble antall etater i den sentrale helseforvaltningen redusert fra femten til elleve, og arbeidsfordelingen mellom etatene gjennomgått. Som del av omorganiseringen ble Statens strålevern innlemmet som selvstendig etat under Helsedirektoratet. Høsten 2016 ble det vurdert å fullintegrere Statens strålevern som divisjon i Helsedirektoratet for å tydeliggjøre organisasjonsansvaret. I den forbindelse ble det gjort en juridisk gjennomgang av Norges konvensjonsforpliktelser på strålevern- og atomområdet. Gjennomgangen viste at en fullintegrering kan være vanskelig å forene med landets internasjonale forpliktelser. Statens strålevern ble følgelig skilt ut fra Helsedirektoratet og reetablert som selvstendig etat under Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2017. Strålevernet er pålagt å ta i bruk DFØs fullservicemodell og Tjenestesenteret i Norsk Helsenett SF. Det vises til omtale under kap. 747, post 01, i Prop. 129 S (2016–2017), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017, jf. Innst. S 401 S (2016–2017).

Etablering av Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

Ved Stortingets behandling av Prop. 68 L (2016–2017) ble lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten vedtatt. Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer, etter at Undersøkelseskommisjonen er opprettet. Regjeringen foreslår å bevilge midler til opprettelse av Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten i 2018.

Etableringen av en undersøkelseskommisjon vil være et viktig tiltak i arbeidet med å forebygge uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelseskommisjonen skal ha en selvstendig stilling og vil ikke være tilknyttet helse- og omsorgstjenesten, tilsynsmyndighetene, Helsedirektoratet eller andre instanser i helseforvaltningen. Det vises til nærmere omtale under kap. 749.

Virksomhetsoverdragelse, Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI)

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for ny organisatorisk forankring av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (Nakmi). Departementet tar sikte på at virksomheten overdras fra Oslo universitetssykehus til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. januar 2018, jf. Prop. 129 S (2016–2017). For å utnytte kompetansen og kapasiteten best mulig vil det være hensiktsmessig å samle fagmiljøene som driver forsknings-, utviklings- og formidlingsarbeid og som har kompetanse på sammenfallende tema, under en felles organisatorisk enhet. Både i Innvandrerhelsestrategien 2013–2017, Primærhelsetjenestemeldingen og Folkehelsemeldingen beskrives helseutfordringene for innvandrere. Utfordringene høsten 2015, med økt asylankomst, synliggjorde kommunenes, helseforetakenes og andre aktørers behov for kompetanse om asylsøkeres og innvandreres helse. Den nye organiseringen vil bidra til en faglig styrking ved å skape et større og mer robust fagmiljø og gi tettere faglig samarbeid.

Virksomhetsoverdragelse, Sekretariatet for nye metoder

Sekretariatsfunksjonen for Nye metoder ble opprettet i 2013 ved etablering av system for Nye metoder. Sekretariatet er organisatorisk plassert i Helsedirektoratet. Sekretariatets hovedfunksjon i dag er å understøtte de regionale helseforetakene ved Bestillerforum RHF, som er oppdragsgiver for oppgaver sekretariatet skal ivareta for drift og utvikling av systemet for Nye metoder. I tillegg ivaretar sekretariatet informasjonsformidling innad i systemet og utad til berørte aktører og brukere, samt har ansvar for en overordnet koordinering av arbeidsprosesser mellom aktørene i systemet. Med bakgrunn i at sekretariatet i dag i hovedsak understøtter drift og utvikling av system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, har Helse- og omsorgsdepartementet besluttet å overføre sekretariatet for Nye Metoder fra Helsedirektoratet til de regionale helseforetakene ved Helse Sør-Øst RHF fra 1. januar 2018. Det vises til omtale under kap. 732, post 70, kap. 740, post 01, og kap. 781, post 21.

Virksomhetsoverdragelse, Overføring av medisinsk utstyr

Helsedirektoratet er i dag fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge og fører tilsyn med produkter, produsenter og andre omsettere, samt tekniske kontrollorgan. Helsedirektoratets forvaltningsoppgaver knyttet til området medisinsk utstyr skal overføres til Statens legemiddelverk fra 1. januar 2018.

Den teknologiske utviklingen på området har, siden EØS-regelverket ble vedtatt på begynnelsen av 1990-tallet, gått svært fort. Dette er også bakgrunnen for at et nytt regelverk for medisinsk utstyr ble vedtatt av EU-parlamentet 5. april 2017.

Departementet mener at det er naturlig å se en overføring av feltet fra Helsedirektoratet til Legemiddelverket i sammenheng med innføringen av nytt regelverk. Departementet har videre lagt vekt på at området medisinsk utstyr ligger under legemiddelverkene i Danmark og Sverige, og at det samme gjelder i stort sett alle andre EU-land også.

13.3 Oppfølging av likestillingslovens krav om å gjøre rede for likestilling

Lovens formålsbestemmelse er å fremme likestilling uavhengig av kjønn. Dette gjelder på alle samfunnsområder herunder helsesektorens virkeområde. 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 kjønnsspesifikk 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 tjenesteutøvelsen.

Som en del av oppfølgingen av Likestillingsmeldingen (2015–2016) har Helsedirektoratet fått i oppdrag å sikre at kjønnsspesifisitet inngår i alle faglige retningslinjer og veiledning der dette er relevant. Et eksempel på en publikasjon hvor dette temaet er godt løftet er Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, Kjønnsspesifikk tilnærming, minoriteter og seksuell orientering i rusbehandling. Helsedirektoratet skal også vurdere kjønnsrelaterte forskjeller ved legemiddelbruk.

Direktoratet vil framover, basert på bl.a. likestillingsmeldingen, se nærmere på hvordan man kan få på plass en overordnet felles metodikk for å sikre likestilling mellom kjønnene ute i tjenestene, f.eks. ved bruk av kvalitetsindikatorer og andre måleparametre i helseregistre.

Helsedirektoratet utarbeider noe statistikk hvor kjønnsperspektivet inngår som en av flere dimensjoner. Dette gjelder bl.a. for pasientforløp ved behandling av psykiske problemer og/eller ruslidelser. Menn og kvinner benytter behandlingstilbudet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i ulik grad. Menn og kvinner er ulikt fordelt i diagnosegruppene og i tillegg utgjør menn samlet sett mer enn 2/3 av pasientpopulasjonen i TSB. Kjønnsspesifikk statistikk er dermed av betydning for å få et mer nyansert bilde av tilgjengeligheten av helsetjenestene. I forbindelse med utredningen av et nytt kommunalt pasient -og brukerregister (KPR) ble det gjennomført analyser basert på data fra psykisk helsevern og TSB, samt data om pasientenes kontakt med fastlege eller legevakt i samme periode (Kuhr). Basert på dette datamaterialet ble det utarbeidet forløpsindikatorer som presenteres på direktoratets nettsider, hvor man kan velge å få presentert forløpsindikatorene etter kjønn. Et annet eksempel hvor kjønn er en dimensjon i statistikken er innenfor tema bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, hvor det vises forbruksrater etter kjønn og aldersgrupper for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Helsedirektoratet har i tillegg tre nasjonale kvalitetsindikatorer som er inndelt i kjønn, alle innen fem års overlevelse etter hhv endetarmskreft, tykktarmskreft og lungekreft. Det vil være aktuelt å formidle kvalitetsindikatorene på kjønn, men dette forutsetter statistiske vurderinger av størrelsene av gruppene. I 2016 var hovedfokuset å utvikle og publisere nasjonale kvalitetsindikatorer.

Helsedirektoratet har ingen faste indikatorer fra NPR som belyser kjønnsperspektivet, men i publiseringsløsningene (aktivitetsdata for somatikk og ventelistestatistikk, samt klinisk relevant tilbakemelding fra NPR) ligger kjønn som en dimensjon. Det er dermed mulig å vurdere ventelisteinformasjon så vel som informasjon om pasient og behandling ved å filtrere på kjønn.

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. I rapportering om Turnus for leger – Statusrapporter for søknadsrunder gis det hvert halvår oversikt over kjønnsfordelingen på søkere til turnusstillinger. Fordelingen viser at blant søkerne til turnusstillinger er det per i dag om lag 60 pst. kvinner og 40 pst. menn. Fordelingen i andel kvinner/menn som ansettes er omtrent tilsvarende. Rapport IS-2554 Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten fra 2016 beskriver bl.a. fordeling av leger etter kjønn og om utvikling av kvinneandelen blant leger innen de ulike spesialite-

tene. Rapporten utgis hvert år. Pr. i dag er om lag 60 pst. av alle leger i spesialisering (LIS) kvinner, mens for ferdige spesialister/overleger er andelen kvinner om lag 40 pst. Dersom utviklingen fortsetter, vil det etter hvert bli en overvekt av kvinner også blant ferdige spesialister/overleger. Det er ønskelig å se nærmere på hvilken betydning den økende kvinneandelen har bl.a. for rekruttering til de ulike spesialitetene, for legers arbeidstid, pasienttid og andre forhold.

Menn i helse er et nasjonalt rekrutteringsprogram med 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 samarbeider tett med deltakende kommuner, Nav lokalt, fylkeskommune og fylkesmann. Gjennom programmet rekrutteres 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. Ved utgangen av 2016 var modellen spredt til 55 kommuner fordelt på 11 fylker. I de fleste fylkene starter flere kull. To av fylkene inngikk avtale høsten 2016, og starter med sine første kull i 2017. Siden oppstarten i 2014 har 77 menn tatt fagbrev i helsefag. De fordeler seg på 54 i Sør-Trøndelag, 14 i Nord-Trøndelag og 9 i Buskerud. Spredningen avhenger av tett oppfølging lokalt og godt samarbeid mellom de deltakende aktørene. I Trondheim kommune inngår Menn i helse i ordinær drift. Prosjektet har ifølge Helsedirektoratet gitt kjønnsperspektivet stor oppmerksomhet og antas å bidra til økningen i andelen menn i omsorgssektoren. Statistikk fra SSB viser at andel årsverk utført av menn i brukerrettede omsorgstjenester økte fra 10 pst. i 2007 til 13 pst. i 2016. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Se kap. 761, post 21, for nærmere omtale.

Helsepersonellregisteret (HPR) er et register over alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven, og veterinærer med autorisasjon eller lisens etter dyrehelsepersonelloven. Registeret inneholder også informasjon om kjønn. HPR kan f.eks. brukes til å se på kjønnssammensetningen av tilstrømmingen til helseyrkene og spesialiseringene over tid.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner styrer for de regionale helseforetakene. Styrene oppfyller lovens krav til minimum 40 pst. representasjon av begge kjønn, og per 2017 er to av fire styreledere kvinner. Spesialisthelsetjenesten er en sektor med høy kvinneandel og bør ha et særlig ansvar for å bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere. Helse- og omsorgsdepartementet ba i foretaksmøtet i januar 2016 de regionale helseforetakene om å bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. Det er satt i verk en rekke tiltak i helseforetakene for å stimulere andel kvinnelige toppledere i helseforetakene. For nasjonalt topplederprogram for helseforetakene har det vært et mål å balansere deltakelsen mellom kjønnene, og per 2016 har om lag 60 pst. av deltakerne i programmet vært kvinner.

Regjeringen er opptatt av å utvikle en heltidskultur i helsetjenesten og derigjennom redusere bruken av deltid. Departementet har i foretaksmøtene med de regionale helseforetakene stilt krav om at arbeidet med utviklingen av en heltidskultur videreføres, og at flest mulig medarbeidere tilsettes i faste hele stillinger. Dette er en viktig forutsetning for å lykkes med å utvikle pasientens helsetjeneste. 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. Arbeid for å øke bruken av faste, hele stillinger sammen med å øke nærværet (redusere sykefraværet) er noen av de tiltakene som er høyt prioritert i sykehusene. Hele faste stillinger er rekrutteringsfremmende både blant kvinner og menn. De regionale helseforetakene skal samarbeide med arbeidstakerorganisasjonene i arbeidet for å etablere en heltidskultur. Å etablere en heltidskultur er et langsiktig arbeid som vil medvirke til å øke kvinners generelle stillingsprosent i helseforetakene. Dette er viktig i et likestillingsperspektiv som også understøtter kvalitetsperspektivet i spesialisthelsetjenesten.

Resultatene fra det systematiske arbeidet som spesialisthelsetjenesten har gjort gjennom de siste årene viser en positiv effekt på flere områder. Siden 2011 har bruken av deltid blitt redusert med omkring 20 pst. i alle de fire regionale helseforetakene. Reduksjonen i bruken av deltid fortsetter, samtidig som andelen medarbeidere i hele stillinger øker og stadig flere får økt stillingsprosent. 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 13.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2016 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	2/7
Avd.direktør mv.	17/7
Fagdirektør	9/9
Underdirektør	11/4
Spesialrådgiver	10/6
Seniorrådgiver	62/36
Rådgiver	15/2
Seniorkonsulent	9/2
Førstekonsulent	4/1
Totalt	139/74

Statistikken bygger på personaladministrative data. I 2016 er 22,7 pst. av ekspedisjonssjefer/departementsråd kvinner. Av avdelingsdirektører er 70,8 pst. kvinner. I 2015 var 25 pst. av ekspedisjonssjefer/departementsråd kvinner.

Tabell 13.2 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	6,2 pst.
Menn	1,5 pst.
Totalt	4,6 pst.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde i 2016 et gjennomsnittlig fravær som følge av sykdom på 4,6 pst., som er en liten økning fra foregående år.

Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse ble opprettet 1. januar 2016. Ved utgangen av 2016 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 2016 kun én ansatt i deltidsstilling av totalt 306 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. I 2017 er 67 pst. av de ansatte kvinner. Det er en nedgang på ett prosentpoeng i forhold til året før. I lederstillinger er kvinneandelen nå 60 pst., tre prosentpoeng lavere enn sist år. Instituttet har nå en kvinneandel på 67 pst. i senior fagstillinger (forsker 1110 og 1183, overleger og seniorrådgivere), det er en oppgang på tre prosentpoeng fra siste år. Den største utfordringen for likestilling har vært å øke andelen kvinner blant seniorforskerne, slik at det over tid samsvarer med den høye andelen kvinner blant stipendiater og postdoktorer (75 pst.). Andelen kvinner har økt både i senior fagstillinger og blant stipendiater og postdoktorer. Instituttet er opptatt av at kvinner og menn får like muligheter for meritterende oppgaver.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet hadde ved utgangen av 2016 en kvinneandel på 67 pst. Dette er to prosentpoeng mer enn i 2015. Til tross for særlige tiltak i lokale forhandlinger har menn gjennomgående høyere lønn enn kvinner. Den høyeste kvinneandelen er i lønnsgruppene saksbehandlere, kontorstillinger og rådgivere, mens gruppa spesialstillinger har den laveste kvinneandelen. Når det gjelder overtid har 29 pst. av de ansatte arbeidet overtid i 2016, 28 pst. av kvinnene og 30 pst. av mennene. 33 pst. av de ansatte avviklet velferdspermisjon i 2015, 35 pst. av kvinnene og 27 pst. av mennene.

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. Kjønnsfordelingen i Helseklage var ved utgangen av 2016 på 69 kvinner og 25 menn. I ledergruppen var det ved utgangen av 2016 60 pst. kvinner (seks) og 40 pst. menn (fire). 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 forfremmelse og utvikling.

Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning hadde ved utgangen av 2016 totalt en kvinneandel på 69 pst. (mot 70 pst. i 2015). Andelen kvinner i lederstillinger er 67 pst. Kjønnsfordelingen speiler det faktum at det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Norsk pasientskadeerstatning. For å øke tallet på mannlige ansatte i stillingskategorier der andelen av menn er lav, oppfordrer etaten i sine stillingsannonser alle kvalifiserte kandidater om å søke, uavhengig av kjønn.

Statens helsetilsyn

Helsetilsynet hadde ved utgangen av 2016 en kvinneandel på 68 pst. I stillingsgruppen ledere (avdelingsdirektør, underdirektør og fagsjef) er 65 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 enn generell lønnsutjevning mellom kvinner og menn de siste årene. Statens helsetilsyn har en relativt stor andel ansatte over 62 år og i 2016 utgjorde denne aldersgruppen 15 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, og har kontinuerlig fokus på å oppnå en jevn kjønnsfordeling. Kvinnelige ansatte utgjør 72 pst. av arbeidsstokken, og i toppledergruppen er 60 pst. kvinner. Mellomledergruppen har en kvinneandel på 84 pst. Legemiddelverket har kontinuerlig fokus på arbeidet med å tydeliggjøre sin livsfasepolitikk og å benytte virkemidler for å unngå redusert arbeidstid og ulønnet permisjon. For å sikre god praksis og utvikling på dette området gjennomfører etaten årlige interne undersøkelser hvor bl.a. likestilling og mangfold er berørt.

Statens strålevern

Strålevernet hadde ved inngangen til 2017 en kvinneandel på 47,6 pst. Ledergruppen består av tre kvinner og tre menn. På seksjonssjefsnivået er det syv kvinner og en mann. I gjennomsnitt tjener kvinner 4,5 pst mindre enn menn; denne forskjellen er uforandret over tid. Det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori. Hovedårsaken til lønnsforskjellen er færre kvinner i overordnede stillinger, dette gjelder forskerstillinger og tekniske stillinger. Andelen av midlertidig tilsetting i Strålevernet er liten, det gjelder for både menn og kvinner. Det er ingen større forskjell i bruken av deltidsstilling eller i uttak av foreldrepermisjon. Sykefraværet er i snitt i overkant av tre pst og uendret over tid.

13.4 Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF mottok i 2016 lønn på 2 243 808 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 5 034 kroner. Lønn til administrerende direktør inkluderte lønnsoppgjør for både 2015 og 2016. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 494 685 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.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF mottok i 2016 lønn på 2 323 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 19 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 624 000 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 2016 lønn på 1 825 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 157 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 322 000 kroner. Ledende ansatte skal omfattes av 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 månedslønner.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF mottok i 2016 lønn på 1 994 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 110 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør

utgjorde 160 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom administrerende direktør må fratre sin stilling eller stillingen bortfaller som følge av omorganisering, har han rett til ordinær lønn i 12 måneder ut over avtalt oppsigelsestid.

Administrerende direktør i Norsk Helsenett SF mottok i 2016 lønn på 1 625 063 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 26 431 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 296 367 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.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet ble ansatt i 2016 med avtale om årslønn på 2 300 000 kroner. Administrerende direktør tiltrådte stillingen 1.november 2016 og mottok lønn på 383 000 kroner i 2016. Andre godtgjørelser beløp seg til 31 000 kroner i 2016. Vinmonopolet innførte i 2007 en lederpensjonsordning som finansieres over drift. Total pensjonskostnad for nåværende administrerende direktør i 2016 var 38 000 kroner. Administrerende direktør har en etterlønnsavtale på 12 måneder.

14 Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 189 (2007–2008), 3. desember 2007

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

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). Hjemmel for å stille krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav til kommunale helse- og omsorgstjenester er tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Den videre oppfølging har blitt sett i sammenheng med arbeidet med Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester, som ble lagt fram desember 2012. I tråd med uttalelser i meldingen sendte Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2013 på høring forslag om endring av forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene slik at det innføres et krav om lokalpolitisk behandling. Departementet har gjennomgått høringsuttalelsene og har i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, som ble lagt fram 7. mai 2015, uttalt at departementet vil utrede tiltak for å sikre lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav. Kommunelovutvalget foreslo i NOU 2016: 4 Ny kommunelov, å lovfeste en ordning som innebærer at rådmannen/administrasjonssjefen skal rapportere til kommunestyret om internkontroll og om resultater fra statlig tilsyn minst en gang i året. En slik ordning vil langt på vei være begrunnet i de samme hensyn som lå til grunn for anmodningsvedtaket om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav. Departementet har kommet til at videre oppfølging av saken bør sees i sammenheng med arbeidet med ny kommunelov. Kommunal- og moderniseringsdepartementet tar sikte på framlegging av forslag til ny kommunelov i løpet av 2018.

Vedtak nr. 556 (2008–2009), 19. juni 2009

> «Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Ot.prp. nr. 83, jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen la fram saken om legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur i Prop. 1 S (2015–2016) og i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Det er utarbeidet forskrift om ny ordning for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning mv. Denne trådte i kraft 1. mars 2017, og med oppstart i stillinger for leger i spesialisering, del 1, i september 2017.

Vedtak nr. 408 (2011–2012), 1. mars 2012

> «Stortinget ber regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Innst. 207 S (2011–2012).

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet i løpet av 2017 gi en vurdering av, og anbefalinger om ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise. Stortinget sluttet seg i forbindelse med behandlingen av Prop. 71 L (2016—2017) 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.

Vedtak nr. 26 (2013–2014), 26. november 2013

> «Stortinget ber regjeringen vurdere rammevilkårene for ideelle organisasjoner som leverer helsetjenester i henhold til avtale med regionale helseforetak, herunder forhold knyttet til pensjon.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2013–2014), jf. Innst. 11 S (2013–2014).

Mange ideelle organisasjoner utøver et svært viktig samfunnsarbeid for offentlige myndigheter. Regjeringen ønsker å videreføre og videreutvikle samarbeidet med ideell sektor om leveranser av helse- og sosialtjenester. På denne bakgrunn har regjeringen utarbeidet en tiltaksplan som tar sikte på å bedre rammevilkårene for de ideelle tjenesteleverandørene på helse- og sosialområdet. Regjeringen har tatt initiativ til å videreutvikle samarbeidsavtalen med ideell sektor til også å omfatte kommunal sektor. KS har blitt brakt inn som en ny part i samarbeidsavtalen om leveranser av helse- og sosialtjenester, siden mange av de tjenestene som de ideelle aktørene tilbyr også blir levert etter avtale med en kommune. Avtalen skal bl.a. sikre god dialog mellom partene. Regjeringen, KS og ideell sektor skal ha jevnlige møter for å drøfte aktuelle problemstillinger rundt leveranser av helse- og sosialtjenester.

Regjeringen nedsatte den 10. april 2015 et ekspertutvalg for å utrede grunnlaget for en ev. statlig dekning av ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader. Utvalget avga sin utredning NOU 2016: 12 Ideell opprydding – Statlig dekning av ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader til Kulturdepartementet 15. august 2016.

Regjeringen foreslår å etablere en tilskuddsordning til dekning av ideelle virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning, med en bevilgning på 27 mill. kroner i 2018. Det vises til nærmere omtale av ordningen under kap. 732, post 70.

Vedtak nr. 494 (2014–2015), 9. april 2015

> «Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:53 S (2014–2015), jf. Innst. 221 S (2014–2015).

Regjeringen tar sikte på i løpet av 2018 å sende på høring 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.

Vedtak nr. 22 (2015–2016), 12. november 2015

> «Stortinget ber regjeringen komme tilbake med forslag til lovendring som inkluderer ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste i kommunene.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, jf. Innst. 40 S (2015–2016). Vedtaket er fulgt opp gjennom Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen, der det bl.a. foreslås å endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at ergoterapeut lovfestes som del av den kjernekompetanse som enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester iht. loven. Ved kgl.res. av 16. juni 2017 nr. 777 er det besluttet at lovendringen hva gjelder ergoterapeut skal settes i kraft fra 1. januar 2020.

Vedtak nr. 93 (2015–2016), 3. desember 2015

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at det fastsettes regler for medikamentgjennomgang ved alle sykehjem.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 28 (2014–2015), jf. Innst. 151 S (2015–2016).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom at krav til medikamentgjennomgang i sykehjem ble forskriftsfestet i legemiddelhåndteringsforskriften (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp). Kravet gjelder fra 1. januar 2017.

Vedtak nr. 437.2 (2015–2016), 12. januar 2016

> «Stortinget ber regjeringen om å legge til rette for at helsepersonell blant beboere på mottak rekrutteres slik at kommunene kan bruke asylsøkere med helsefaglig utdanning som norsk helsepersonells medhjelper.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk, jf. Innst. 399 S (2015–2016). Justis- og beredskapsdepartementet har 22. august 2017 sendt på høring forslag til endringer i forskrift 15. oktober 2009 nr. 1286 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsforskriften). Det foreslås bl.a. en ny

§ 1-1 b i forskriften som gir utvidet adgang for asylsøkere til å utføre frivillig, vederlagsfritt arbeid. Etter at slike forskriftsendringer er gjennomført, vil Helse- og omsorgsdepartementet ved rundskriv informere om adgangen til å benytte asylsøkere med helsefaglig utdanning som norsk helsepersonells medhjelper.

Vedtak nr. 520 (2015–2016), 1. mars 2016

> «Stortinget ber regjeringen sikre en god oppfølging for dem som er dømt til særreaksjon på grunnlag av gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, for å sikre god tilbakeføring til samfunnet og forhindre at den kriminelle aktiviteten vedvarer etter at særreaksjonen er opphørt.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016).

Erfaringer, bl.a. fra Mas-prosjektet (Mellom Alle Stoler), viser at stabil bosituasjon i egnede boliger og tett individuell oppfølging fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten bør vektlegges. Betydningen av tverretatlig samarbeid, bl.a. mellom politi og helsetjeneste, er påpekt. Tverrfaglige team som ACT/Fact-team (Flexible assertive community treatment) har vist seg å være nyttig for mange innen målgruppen. Vedtaket følges opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet vil ta disse erfaringene med i arbeidet med oppfølgingen av den aktuelle gruppen med dom til særreaksjon.

Vedtak nr. 521 (2015–2016), 1. mars 2016

> «Stortinget ber regjeringen starte en evaluering senest tre år etter at lovendringen er trådt i kraft.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016).

Evaluering vil foretas ved samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidet med evalueringen vil etter planen starte i 2018.

Vedtak nr. 522 (2015–2016), 1. mars 2016

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at det føres årlig statistikk over hvor mange som dømmes til særreaksjon på grunnlag av gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig/særlig plagsom art, hvilke tiltak som har vær prøvd før domfellelse, og over hvilken behandling og oppfølging disse får.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.), jf. Innst. 179 L (2015–2016).

Informasjonen som registreres av koordineringsenheten for å ivareta statistiske formål er bl.a. ansvarlig regionalt helseforetak og lokalt helseforetak/sykehus, behandlingsnivå, om pasienten behandles med eller uten døgnopphold, hoveddiagnose, rusavhengighet og mottatte opplysninger om rømninger. Det føres imidlertid ikke generell statistikk og det innhentes derfor ikke informasjon om hvilke tiltak som er prøvd før domfellelse eller behandlingstiltak. Informasjon om behandlingstiltak vil ligge i pasientjournalene. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at evaluering og ev. forskningsprosjekter må belyse forhold man ønsker kunnskap om, utover det som går fram av koordineringsenhetens database.

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 foretaksmøtet i 2016 i oppdrag å gjennomgå basestrukturen i Norge. Helse Sør-Øst RHF ble i oppdragsdokument for 2017 tildelt 10 mill. kroner til prosjektering av luftambulansebase Innlandet, jf. Innst. 11 S (2016–2017). Prosjektering av luftambulansebase Innlandet må inngå som en del av de regionale helseforetakenes samlede gjennomgang av basestrukturen. De regionale helseforetakenes arbeid med gjennomgang av basestruktur for luftambulansetjenesten nasjonalt og i Innlandet, skal etter planen være ferdig innen utgangen av 2017. Regjeringen kan derfor tidligst komme tilbake til Stortinget med sak om basestrukturen i 2018.

Vedtak nr. 627 (2015–2016), 28. april 2016

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

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

Oppfølgingen av vedtaket vil bli vurdert etter at man har innhentet erfaringer med tilbud om gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler til kvinner i lar, jf. at det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017 framgår 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.

Vedtak nr. 628 (2015–2016), 28. april 2016

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

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017 framgår 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.

Vedtak nr. 658 (2015–2016), 18. mai 2016

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av dokument 8:24 S (2015–2016) om et løft for norske biobanker, jf. Innst. 240 S (2015–2016). Vedtaket er fulgt opp gjennom mandatet til helsedatautvalget som Helse- og omsorgsdepartementet satte ned i juni 2016 for å utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata. Utvalget ba Biobank Norge, som nasjonal forskningsinfrastruktur på området, om å:

- vurdere og definere hvilke særlige behov næringslivet har
- vurdere og definere hvilke organisatoriske, juridiske og tekniske tiltak for å møte næringslivets behov
- beskrive trender, markedsmuligheter og gode eksempler på bruk av helsedata som grunnlag for innovasjon og næringsutvikling

En arbeidsgruppe under Biobank Norge leverte en rapport til helsedatautvalget 1. april 2017 som inngår som en del av grunnlagsmaterialet for helsedatautvalgets anbefalinger. Helsedatautvalget leverte 30. juni 2017 sine anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten er sendt på høring med frist 1. desember 2017. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget med forslag til videre prosess når høringen er gjennomført.

Vedtak nr. 786 (2015–2016), 7. juni 2016

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen har lagt fram Ungdomshelsestrategien og strategien for god psykisk helse, hvor helsefremmende og forebyggende tiltak løftes fram. Regjeringen vil bl.a. videreutvikle program for folkehelse, tilrettelegge for bedre kunnskap om barn og unges helse og livskvalitet herunder hvordan sosiale medier påvirker barn og unge. Regjeringen vil også innføre livsmestring og folkehelse som tverrfaglig tema i læreplanverket for Kunnskapsløftet.

Vedtak nr. 787 (2015–2016), 7. juni 2016

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen har lagt fram Ungdomshelsestrategien og strategien for god psykisk helse, hvor helsefremmende og forebyggende tiltak løftes fram. Regjeringen vil bl.a. videreutvikle program for folkehelse, tilrettelegge for bedre kunnskap om barn og unges helse og livskvalitet herunder hvordan sosiale medier påvirker barn og unge. Regjeringen vil også innføre livsmestring og folkehelse som tverrfaglig tema i læreplanverket for Kunnskapsløftet.

Vedtak nr. 839 (2015–2016), 9. juni 2016

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

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

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 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 er et alternativ. Medikamentfrie alternativer for barn og unge blir omtalt i aktuelle pakkeforløp. Helsedirektoratet vil tilrettelegge for at medikamentfrie alternativer synliggjøres i faglig veiledning, bl.a. i håndbok for bup-feltet som er under utarbeidelse.

Vedtak nr. 840 (2015–2016), 9. juni 2016

> «Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ. I utformingen av strategien skal barn og unges erfaringer og råd inkluderes.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen Dokument nr. 8:43 S (2015–2016), jf. Innst. 346 S (2015–2016).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at regjeringen 25. august 2017 la fram en strategi for befolkningens psykiske helse; Mestre hele livet, hvor barn og unge er særskilt omtalt.

Vedtak nr. 108.27 (2016–2017), 5. desember 2016

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

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

Det legges til grunn at dagens tilskudd sammenholdt med varslet plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens fra 2020, vil bidra til at kommunene bygger ut et tilstrekkelig tilbud de to påfølgende årene. Kommunene har sterke økonomiske insentiver til å bygge ut dagtilbud til demente, da dette kan bidra til å utsette bruk av dyre tjenester, avlaste pårørende, i tillegg til å gi bedre livskvalitet til brukere. Regjeringen vurderer at det ikke er behov for å øke tilskuddssatsen for å stimulere til raskere oppbygging av dagaktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens.

Vedtak nr. 108.28 (2016–2017), 5. desember 2016

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at overgrepsutsatte barn som avhøres av Statens barnehus skal tilbys medisinske undersøkelser.»

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

Vedtaket er fulgt opp ved at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag 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. I 2017 ble de regionale helseforetakene tildelt 13,2 mill. kroner til å styrke tilbudet om medisinske undersøkelser i Statens barnehus. Det foreslås å øke tilskuddet med 7 mill. kroner i 2018, slik at samlet tilskudd blir 20,5 mill. kroner.

Vedtak nr. 108.29 (2016–2017), 5. desember 2016

> «Stortinget ber regjeringen forsikre seg om at det ikke stilles uforholdsmessig strenge krav til hvem som kan få lov til å gi tilbud til pasient-

reiser, for eksempel knyttet til avstand og reisetid, og at Dødehavsklinikken kan gis anledning til å gi tilbud på lik linje med andre tilbydere.»

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

Vedtaket er fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF for 2017 framgår at Helse Sør-Øst RHF skal sørge for behandlingsreiser til utlandet for pasienter fra hele landet, og sikre at kravene til f.eks. avstand og reisetid ikke skal hindre Dødehavsklinikken å inngi tilbud på lik linje med andre leverandører av behandlingsreiser. Dette innebærer at det verken i kvalifikasjonskrav eller tildelingskriterier skal stilles uforholdsmessige strenge krav til avstand og reisetid.

Vedtak nr. 108.51 (2016–2017), 5. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2018 komme med en vurdering av å slå sammen egenandelstak 1 og egenandelstak 2 til et felles egenandelstak med en øvre ramme på 3000 kroner.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 1 (2016–2017) og Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp gjennom en vurdering i Prop. 1 S (2017–2018) Helse- og omsorgsdepartementet, del II, kap. 2752, post 70, Egenandelstak 1.

Vedtak nr. 108.54 (2016–2017), 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 behandling av Meld. St. 1 (2016–2017) og Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp gjennom at regjeringen 25. august 2017 la fram en strategi for befolkningens psykiske helse; Mestre hele livet, hvor barn og unge er særskilt omtalt.

Vedtak nr. 108.55 (2016–2017), 5. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen sikre at det ansettes sosialpediatere ved alle barneavdelinger på norske sykehus.»

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

I oppdragsdokumentet for 2016 ble de regionale helseforetakene bedt om å ansatte sosialpediatere i alle barneavdelinger og å sørge for at overgrepsutsatte barn som avhøres av Statens barnehus skal tilbys medisinske undersøkelser. Alle regioner rapporterer at det er ansatt sosialpediatere i helseforetakene eller det er laget planer for å bygge opp kompetanse og kapasitet, og det er laget samarbeidsavtaler med de statlige barnehusene. I 2017 er de regionale helseforetakene 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. Dette er en del av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. De regionale helseforetakene har i 2017 utarbeidet planer for oppbygging av kompetanse og kapasitet innen sosialpediatri og arbeider nå med å følge opp disse.

Vedtak nr. 108.56 (2016–2017), 5. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen om en rask oppfølging av NOU 2016:12 – Ideell opprydding, slik at behandling kan skje i Stortinget i vårsesjonen 2017.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S Tillegg 5 (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp gjennom omtale i Prop. 129 S (2016–2017) om kompensasjon av ideelles pensjonskostnader og forslag i Prop. 1 S (2017–2018) om å etablere en tilskuddsordning til dekning av ideelle virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning, med en bevilgning på 27 mill. kroner i 2018. Det vises til nærmere omtale i Prop. 1 S (2017–2018) Helse- og omsorgsdepartementet, under kap. 732, post 70.

Vedtak nr. 108.62 (2016–2017), 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 Tillegg 5 (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i felles foretaksmøte 10. januar 2017 ble bedt om å utrede to protonsentre i Norge. Utredningen skal planlegge for byggingen av ett senter innen 2022, og videre etappevis utbygging, avhengig av kapasitetsbehov og utvikling i behandlingsteknologi. Plassering av sentrene blir ev. i Oslo og Bergen. Fristen ble satt til 23. oktober 2017. Det vises til nærmere omtale i Prop. 1 S (2017–2018) Helse- og omsorgsdepartementet, under kap. 732, post 81.

Vedtak nr. 125 (2016–2017), 9. desember 2016

> «Stortinget ber regjeringen om å gjøre unntak i forskrift etter tobakksskadeloven §§ 17 tredje ledd og 24 fjerde ledd for godteri som kan minne om tobakksprodukter, men som klart ikke er egnet til å bli forvekslet med eller promotere tobakk. Det skal ikke gjøres unntak for mer realistiske imitasjoner.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 142 L (2015–2016), jf. Innst. 101 L (2016–2017). Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom endring forskrift 15. desember 1995 nr. 989 om forbud mot tobakksreklame mv. § 7b, jf. kongelig resolusjon av 16. juni 2017.

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- omsorgssektoren som er organisert og drevet av ideell virksomhet. Det vises til omtale i Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet, del II, kap. 761 der det framgår hvordan vedtaket er fulgt opp.

Vedtak nr. 307 (2016–2017), 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), jf. Innst. 3 S (2016–2017). Regjeringen vil komme nærmere tilbake til saken i løpet av stortingsperioden.

Vedtak nr. 341 (2016–2017), 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. 1S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017). Kontaktpunktet for tverretatlig legemiddelinformasjon ble etablert i 2006 og har representanter fra Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt om at forslag til langsiktig løsning for informasjon om legemidler til barn innlemmes i deres utredning om helsepersonellets behov når det gjelder legemiddelinformasjon. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. Kontaktpunktet har frist til å levere sin rapport 1.desember 2017. Departementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Vedtak nr. 342 (2916–2017), 19. desember. 2016

> «Stortinget ber regjeringen vurdere hvilke konsekvenser avviklingen av diagnoselisten får for studenter og pasienter med lav inntekt kombinert med kronisk sykdom, og komme tilbake til Stortinget med denne vurderingen i forbindelse med Prop. 1 S (2017–2018).»

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom en vurdering i Prop. 1 S (2017–2018) Helse- og omsorgsdepartementet, under kap. 2752, post 71, Egenandelstak 2.

Vedtak nr. 420 (2016–2017), 10. januar 2017

> «Stortinget ber regjeringen utrede hvordan datostemplingen på matvarer kan forbedres for å redusere matsvinn.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:9 S (2016–2017), jf. Innst. 108 S (2016–2017).

Holdbarhetsmerking av matvarer er regulert i matinformasjonsforskriften. Regelverket er harmonisert i EU/EØS. Riktig holdbarhetsmerking på mat har betydning for å minimere matsvinn i verdikjeden. Vedtaket følges opp ved at Norge deltar aktivt i EUs arbeid med sikte på å redusere matsvinn. Mulige endringer i reglene om holdbarhetsmerking er en del av dette arbeidet.

En del matvarer som frisk frukt og grønt og bakervarer som normalt spises innen 24 timer etter produksjon, er unntatt fra kravet om holdbarhetsmerking. I Norge er det mat som er unntatt fra kravet om holdbarhetsmerking som utgjør den største delen av den maten som kastes.

Vedtaket er videre fulgt opp gjennom den avtalen som regjeringen og den norske matbransjen i 2017 undertegnet om reduksjon av matsvinn. I følge avtalen skal både matbransjen og myndighetene bl.a. bidra til at påvirke forbrukerne til å kaste mindre mat. Dette vil bli fulgt opp med tiltak med sikte på å heve kunnskapen i befolkningen om holdbarhetsmerking, oppbevaring av mat og trygg bruk av matrester.

Vedtak nr. 600 (2016–2017), 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) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp bl.a. gjennom at Helsedirektoratet i 2014 publiserte Retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold der det anbefales at helsepersonell som ledd i svangerskapsomsorgen stiller alle gravide spørsmål om vold, både nåværende og tidligere erfaringer. Videre anbefales at kvinnen bør spørres flere ganger gjennom svangerskapet ved tilstander assosiert med vold i nære relasjoner. Retningslinjen gir også anbefalinger om hvordan det kan spørres. Ved avdekking av vold skal helsepersonellet vurdere hvilket personell som bør kontaktes, samarbeide tverrfaglig og sikre individuell oppfølging. Det vises også til oppfølging av anmodningsvedtakene 601 og 620.

Vedtak nr. 601 (2016–2017), 25. april 2017

> «Stortinget ber regjeringen iverksette tiltak som bidrar til at plikten til å tilby hjemmebesøk etter fødsel følges opp.»

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom regjeringens store satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten i perioden 2014–2017. I 2017 ble det totalt bevilget litt over 1 mrd. kroner til tjenesten, hvorav 734,4 mill. kroner gjennom kommunenes frie inntekter. Midlene gir kommunene mulighet til å styrke tjenesten med den kompetansen det er behov for, f.eks. jordmor- og helsesøsterkompetanse.

Vedtak nr. 614 (2016–2017), 25. april 2017

> «Stortinget ber regjeringen øremerke midler til de kommunale tjenestetilbudene gjennom økt psykologkompetanse og helsestasjonsvirksomhet.»

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

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom forslag i Prop. 1 S (2017–2018) om å øremerke 155

mill. kroner til rekruttering av psykologer i 2018, jf. omtale under kap. 765, post 60. Stortinget sluttet seg tidligere i år til regjeringens forslag om å lovfeste kommuners plikt til å ha psykologkompetanse. Regjeringen tar sikte på at kravet trer i kraft fra 2020. I Prop.1 S (2017–2018) foreslås det videre å øremerke 250 mill. kroner til helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2018, jf. omtale under kap. 762, post 60.

Vedtak nr. 615 (2016–2017), 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) Opptrappingsplan 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) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Siden dette målet berører innretningen av eksisterende tilbud, er det nødvendig å utrede hvordan endringen skal realiseres. Regjeringen kommer tilbake til dette i arbeidet med oppfølgingen av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021).

Vedtak nr. 617 (2016–2017), 25. april 2017

> «Stortinget ber regjeringen sikre at voldserfaringer og erfaringer fra personer som er utsatt for vold og overgrep, inngår i arbeidet med Pakkeforløp for psykisk helse og rus, ved utredning, tiltak og behandling.»

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

Det framgår av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) at regjeringen vil sikre at volds- og overgrepserfaringer inngår i arbeidet med pakkeforløp for psykisk helse og rus, ved utredning, tiltak og behandling. Stortingets vedtak blir fulgt opp gjennom et prosjektarbeidet i tilknytning til pakkeforløp psykisk helse og rus. Det er etablert en egen ressursgruppe for å sikre ivaretagelse av vold, overgrep og andre traumatiske erfaringer i pakkeforløpene. Ressursgruppen består av 30 representanter fra brukerorganisasjoner og relevante kompetansemiljøer på feltet. De skal gi innspill og råd som omhandler både kartlegging/avdekking, utredning og tiltak/behandling og omhandler både de som har vært utsatt for vold/overgrep og/eller de som utøver vold – både barn, unge og voksne.

Vedtak nr. 619 (2016–2017), 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) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

I tråd med Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) vil regjeringen 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. På oppdrag fra departementet har Helsedirektoratet gitt Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å utrede kunnskapsgrunnlaget for behandling av utøvere og utsatte for vold og overgrep jf. Prop. 129 S (2016–2017) og Innst. 401 S (2016–2017).

Vedtak nr. 620 (2016–2017), 25. april 2017

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

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

Vedtaket er fulgt opp gjennom Helsedirektoratets nylig publiserte retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, der det gis en anbefaling om bruk av hjemmebesøk som oppfølgingstilbud til familier med utvidede behov og det anbefales at barn registreres i oppfølgingsgrupper. Det

er utviklet systemer for å nå utsatte familier og/eller familier som ikke møter når de blir innkalt. Har helsepersonellet grunn til å tro at et barn blir mishandlet eller utsatt for alvorlig omsorgssvikt, inntrer opplysningsplikten til barnevernet. Videre vil avvergelsesplikt etter kjønnslemlestelsesloven inntre når det foreligger en begrunnet mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje. Uavhengig av reglene om taushetsplikt vil helsepersonell i slike situasjoner ha en meldeplikt til barnevernet eller politiet. Det vises for øvrig til oppfølging av anmodningsvedtak nr. 734 (2016–2017).

Vedtak nr. 732 (2016–2017), 13. juni 2017

> «Stortinget ber regjeringen inkludere forholdene ved norske sykehjem i sine rapporter til internasjonale menneskerettighetsorganer.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:56 S (2016–2017), jf. Innst. 279 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom at Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering til internasjonale menneskerettighetsorganer vil rapportere om forholdene ved norske sykehjem og om den eldre andelen av befolkningen der det er naturlig.

Vedtak nr. 734 (2016–2017), 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).

Med endring av dagens praksis vises til at flere barn som er utsatt for vold og overgrep må fanges opp enn det som er tilfelle i dag. Vedtaket vil bli fulgt opp ved å følge utviklingen gjennom SSBs Kostra-data fra tjenesten som legges fram årlig. Gjennom disse tallene kan man følge med på bl.a. hvor stor andel barn som mottar hjemmebesøk innen to uker, hvor stor andel nyfødte som får utført helseundersøkelse innen åtte ukers alder og hvor stor andel barn som gjennomgår en helseundersøkelse ved to-treårsalder. Nylig vedtatte endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven som tydeliggjør tjenestenes ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget vil i tillegg gjøre kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep mer egnet som tilsynstema.

Vedtak nr. 770 (2016–2017), 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).

Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere og komme med forslag til kompenserende tiltak. Direktoratet skal gjøre dette i samarbeid med utdanningsinstitusjoner som har erfaring med ordninger med kompletterende tiltak.

Departementet har også gitt direktoratet i oppdrag å gjøre vurderinger av muligheter for å få på plass ev. ordninger for personer med utdanning i psykologi fra Elte-universitetet i Ungarn. Direktoratet er i denne forbindelse i kontakt med aktuelle norske utdanningsinstitusjoner om muligheten for å lage ordninger med kompenserende tiltak for den aktuelle gruppen.

Vedtak nr. 847 (2016–2017), 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 tar sikte på i løpet av 2018 å gjøre de nødvendige forberedelser som må være på plass for at kommuner som ønsker det, etter søknad og etter avklaring med aktuell fylkeskommune, kan få tillatelse til å

overta ansvaret for tannhelsetjenesten fra 2020. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med en orientering i statsbudsjettet for 2019.

Vedtak nr. 848 (2016–2017), 8. juni 2017

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at prøveordningen som starter i 2020, i de kommunene som ønsker å overta tannhelsetjenesten, følgeevalueres frem til 2023. Basert på erfaringene i prøvetiden og endringer i kommunestruktur etter 2020, kan en videre utvidelse til flere kommuner tidligst skje etter 2023.»

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

Helse- og omsorgsdepartementet vil etablere en evaluering som skal følge prøveordningen fram til 2023.

Vedtak nr. 849 (2016–2017), 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 viser til omtalen av oppfølgingen av anmodningsvedtakene 847 og 848 og vil komme tilbake til anmodningsvedtaket i senere budsjettframlegg.

Vedtak nr. 850 (2016–2017), 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 forutsetter at en prøveordning er vedtatt, satt i verk og evaluert. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer det slik at oppfølgingen av vedtak nr. 850 må sees i sammenheng med oppfølging av vedtak 848. Erfaringer fra prøveordningen vil først kunne foreligge ved utgangen av 2023. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med en egen sak når erfaringene fra prøveordningen foreligger.

Vedtak nr. 851 (2016–2017), 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 budsjettsammenheng.»

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. Jf. omtalen under anmodningsvedtak 850.

Vedtak nr. 920 (2016–2017), 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).

For 2016 ble det satt som mål at de regionale helseforetakene har ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder har inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. Helse Nord RHF skal sikre at tilbudet til samiske voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep er tilrettelagt samisk språk og kultur. Alle regionene har enten overtatt ansvar for drift av overgrepsmottak eller, med noen få unntak, inngått avtaler med videreførte kommunale overgrepsmottak.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport over status for overtakelsen. Den konkluderer med at tilbudet er blitt bedre og

at det går riktig vei, men at det fortsatt er en del mangler. Bl.a. har ikke alle mottak etablert beredskapsvakt og baserer seg fortsatt på ringeliste for leger og sykepleiere. Den rettsmedisinske kompetansen varierer mellom mottakene, det samme gjelder psykososial oppfølging. Tilbudet følges opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Vedtak nr. 934 (2016–2017), 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 gjennom videreføring av ulike tiltak og planer. Det har på traumeområdet vært en flerårig satsning på å bygge opp kunnskap og kompetanse i tjenestene. Dette arbeidet fortsetter, bl.a. gjennom tiltak i Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) og regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2016). I sistnevnte plan er det et eget tiltak om å gi opplæring til helse- og omsorgspersonell i deres arbeid med å identifisere og følge opp ofre for menneskehandel. De fem regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal gi veiledning og bidra til kompetanseheving av tjenesteytere knyttet til traumer, vold og overgrep, flyktningehelse og tvungen migrasjon. RVTS-ene skal bl.a. gjennomgå aktuelle kurs og tiltak, som de tilbyr tjenestene i dag, og vurdere hvordan informasjon og kunnskap om menneskehandel kan tas inn i eksisterende opplegg.

Vedtak nr. 992 (2016–2017), 19. 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 S (2016–2017), jf. Innst. 451 S (2016–2017).

Helse- og omsorgsdepartementet vil høsten 2017 starte arbeidet med å utarbeide mandat for et offentlig utvalg, og vurdere utvalgets sammensetning.

Vedtak nr. 993 (2016–2017), 19. juni 2017

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at helseforetakene og sykehusene prioriterer tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismespekterforstyrrelser (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).

Helse- og omsorgsdepartementet vil høsten 2017 starte arbeidet med å utarbeide mandat for et offentlig utvalg som skal foreslå egnede og konkrete tiltak som styrker autismefeltet, og vurdere utvalgets sammensetning.

Tiltak for å sikre tidlig diagnostisering og oppfølging av barn med autisme i et samarbeid mellom helseforetak og kommuner, vil være et sentralt tema for hva utvalget skal vurdere.

Vedtak nr. 1001 (2016–2017), 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. S. 461 S (2016–2017).

Regjeringen vil høsten 2017 starte arbeidet med utvikling av handlingsplanen med sikte på framlegging av en egen handlingsplan for fysisk aktivitet og hvor mål og strategier i handlingsplanen inngår som del av den kommende stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken, jf. også Meld. St. 34 (2012–2013) og Innst. S 478 (2012–2013).

Vedtak nr. 1010 (2016–2017), 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).

Regjeringen fastsatte 22. mai 2014 Nasjonale mål for vann og helse iht. WHO/UNECEs Protokoll for vann og helse. Økt utskiftingstakt av ledningsnett for drikkevann og avløpsvann er to av de viktigste tiltakene for å nå målene. Dette er fulgt opp med tydeligere krav om drift og vedlikehold av ledningsnett i ny drikkevannsforskrift gjeldende f.o.m. 2017. Utvikling av ny teknologi vil kunne bidra til enklere og billigere rehabilitering av gammelt og dårlig ledningsnett. Dette er fulgt opp med en særskilt bevilgning til opprettelse av Nasjonalt kompetansesenter for vann- og avløpsinfrastruktur ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. En norsk modell for et program for teknologiutvikling i vannbransjen vil bli utredet i samarbeid med relevante departementer og i dialog med bransjen og lagt fram for Stortinget på egnet vis.

Vedtak 1117 (2016–2017), 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 er fulgt opp gjennom forslag i Prop. 1 S (2017–2018) til utforming av en tilskuddsordning til dekning av ideelle virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning, med en bevilgning på 27 mill. kroner i 2018. Det vises til nærmere omtale i Prop. 1 S (2017–2018) Helse- og omsorgsdepartementet, under kap. 732, post 70.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2017–2018) om statsbudsjettet for år 2018 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et framlagt forslag.

Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2017–2018) statsbudsjettet for budsjettåret 2018 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	236 340 000	236 340 000
701		E-helse, helseregistre mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	256 341 000	
	70	Norsk Helsenett SF	147 244 000	
	71	Medisinske kvalitetsregistre	38 699 000	442 284 000
702		Beredskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	24 656 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	3 853 000	28 509 000
703		Internasjonalt samarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	8 079 000	
	71	Internasjonale organisasjoner	57 817 000	65 896 000
709		Pasient- og brukerombud		
	01	Driftsutgifter	68 632 000	68 632 000
		Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		841 661 000
		Folkehelse mv.		
710		Vaksiner mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	270 580 000	270 580 000
712		Bioteknologirådet		
	01	Driftsutgifter	9 549 000	9 549 000
714		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79*	149 955 000	
	60	Kommunale tiltak, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	87 102 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	70	Rusmiddeltiltak mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	119 941 000	
	74	Skolefrukt mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	20 335 000	
	79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	58 243 000	435 576 000
717		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	9 995 000	
	70	Tilskudd	57 789 000	67 784 000
		Sum Folkehelse mv.		783 489 000
		Spesialisthelsetjenester		
732		Regionale helseforetak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	19 626 000	
	70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	703 180 000	
	71	Kvalitetsbasert finansiering, *kan overføres*	540 310 000	
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, *kan overføres*	51 977 819 000	
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, *kan overføres*	18 324 281 000	
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*	13 863 582 000	
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, *kan overføres*	12 401 532 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	36 130 946 000	
	77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, *overslagsbevilgning*	3 136 492 000	
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, *kan overføres*	1 172 479 000	
	80	Kompensasjon for merverdiavgift, *overslagsbevilgning*	6 414 149 000	
	81	Protonsenter, *kan overføres*	20 540 000	
	82	Investeringslån, *kan overføres*	2 857 520 000	
	83	Opptrekksrenter for lån f.o.m. 2008, *overslagsbevilgning*	60 800 000	
	86	Driftskreditter	157 000 000	147 780 256 000
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	14 778 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	126 504 000	
	72	Kjøp av opptrening mv., *kan overføres*	2 812 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	6 162 000	150 256 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01	Driftsutgifter	57 715 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	16 925 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	2 706 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	83 199 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	15 686 000	176 231 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		148 106 743 000
		Sentral helseforvaltning		
740		Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	1 175 518 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	30 641 000	
	60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	80 000 000	
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	48 887 000	1 335 046 000
741		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	197 932 000	
	70	Advokatutgifter	38 219 000	
	71	Særskilte tilskudd	20 514 000	256 665 000
742		Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	140 219 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	23 038 000	163 257 000
744		Direktoratet for e-helse		
	01	Driftsutgifter	219 770 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	200 600 000	420 370 000
745		Folkehelseinstituttet		
	01	Driftsutgifter	1 060 803 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	141 575 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	12 185 000	1 214 563 000
746		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	297 085 000	297 085 000
747		Statens strålevern		
	01	Driftsutgifter	92 189 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	17 670 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	8 295 000	118 154 000
748		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	133 342 000	133 342 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
749		Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten		
	01	Driftsutgifter	20 000 000	20 000 000
		Sum Sentral helseforvaltning		3 958 482 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	133 051 000	
	60	Kommunale kompetansetiltak, *kan overføres*	16 651 000	
	61	Vertskommuner	928 286 000	
	62	Dagaktivitetstilbud, *kan overføres*	280 681 000	
	63	Investeringstilskudd, *kan overføres*	4 038 857 000	
	64	Kompensasjon for renter og avdrag	834 500 000	
	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, *overslagsbevilgning*	1 274 183 000	
	67	Utviklingstiltak	69 500 000	
	68	Kompetanse og innovasjon	387 387 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	17 007 000	
	72	Landsbystiftelsen	78 724 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	23 704 000	
	75	Andre kompetansetiltak	11 314 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	109 791 000	8 203 636 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	123 667 000	
	50	Samisk helse	5 568 000	
	60	Forebyggende helsetjenester	310 006 000	
	61	Fengselshelsetjeneste	167 418 000	
	63	Allmennlegetjenester	94 672 000	
	64	Opptrappingsplan habilitering og rehabilitering	91 736 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	41 778 000	
	73	Seksuell helse, *kan overføres*	54 130 000	
	74	Stiftelsen Amathea	20 378 000	909 353 000
765		Psykisk helse og rusarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 72*	104 126 000	
	60	Kommunale tjenester, *kan overføres*	401 976 000	
	62	Rusarbeid, *kan overføres*	472 418 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	71	Brukere og pårørende, *kan overføres*	149 393 000	
	72	Frivillig arbeid mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	336 832 000	
	73	Utviklingstiltak mv.	148 092 000	
	74	Kompetansesentre, *kan overføres*	305 447 000	
	75	Vold og traumatisk stress, *kan overføres*	206 403 000	2 124 687 000
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	14 906 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	2 935 000	17 841 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		11 255 517 000
		Tannhelse		
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	34 933 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	269 193 000	304 126 000
		Sum Tannhelse		304 126 000
		Kunnskap og kompetanse		
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	321 288 000	321 288 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 79*	63 277 000	
	79	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	65 797 000	129 074 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	39 862 000	
	61	Tilskudd til kommuner	141 231 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	25 453 000	206 546 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		656 908 000
		Spesialisthelsetjenester mv.		
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	2 007 600 000	
	71	Psykologhjelp	305 600 000	
	72	Tannbehandling	2 411 600 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	998 200 000	5 723 000 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.		5 723 000 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Legehjelp, legemdler mv.		
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	10 162 200 000	
	71	Legeerklæringer	6 000 000	
	72	Medisinsk forbruksmateriell	2 018 300 000	12 186 500 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Egenandelstak 1	5 098 200 000	
	71	Egenandelstak 2	1 089 500 000	6 187 700 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.		
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	380 000 000	
	70	Allmennlegehjelp	4 996 000 000	
	71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 161 800 000	
	72	Jordmorhjelp	62 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	157 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	162 000 000	6 918 800 000
2756		Andre helsetjenester		
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	23 000 000	
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	485 000 000	
	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	215 000 000	723 000 000
		Sum Legehjelp, legemdler mv.		26 016 000 000
		Andre helsetiltak		
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag	234 000 000	234 000 000
		Sum Andre helsetiltak		234 000 000
		Sum departementets utgifter		197 879 926 000

Inntekter:

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Diverse inntekter		
3701		E-helse, helseregistre mv.		
	02	Diverse inntekter	71 534 000	71 534 000
3703		Internasjonalt samarbeid		
	02	Diverse inntekter	2 044 000	2 044 000
3710		Vaksiner mv.		
	03	Vaksinesalg	96 742 000	96 742 000
3714		Folkehelse		
	04	Gebyrinntekter	2 361 000	2 361 000
3732		Regionale helseforetak		
	80	Renter på investeringslån	286 000 000	
	85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	465 000 000	
	90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	632 000 000	1 383 000 000
3740		Helsedirektoratet		
	02	Diverse inntekter	19 202 000	
	03	Helsetjenester i annet EØS-land	47 921 000	
	04	Gebyrinntekter	42 723 000	
	05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	69 503 000	
	06	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	80 000 000	259 349 000
3741		Norsk pasientskadeerstatning		
	02	Diverse inntekter	6 451 000	
	50	Premie fra private	17 928 000	24 379 000
3742		Nasjonalt klageorgan for helse-tjenesten		
	50	Premie fra private	2 435 000	2 435 000
3745		Folkehelseinstituttet		
	02	Diverse inntekter	180 835 000	180 835 000
3746		Statens legemiddelverk		
	02	Diverse inntekter	15 587 000	
	04	Registreringsgebyr	90 302 000	
	05	Refusjonsgebyr	3 093 000	108 982 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
3747		Statens strålevern		
	02	Diverse inntekter	19 369 000	
	04	Gebyrinntekter	8 302 000	27 671 000
3748		Statens helsetilsyn		
	02	Diverse inntekter	1 525 000	1 525 000
		Sum Diverse inntekter		2 160 857 000
		Skatter og avgifter		
5572		Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70	Legemiddelomsetningsavgift	68 000 000	
	72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 900 000	
	73	Legemiddelkontrollavgift	159 000 000	
	74	Tilsynsavgift	3 770 000	235 670 000
		Sum Skatter og avgifter		235 670 000
		Renter og utbytte mv.		
5631		Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85	Statens overskuddsandel	70 900 000	
	86	Utbytte	2 000	70 902 000
		Sum Renter og utbytte mv.		70 902 000
		Sum departementets inntekter		2 467 429 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 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 post 01 og 21	kap. 3740 post 02 og 04
kap. 740 post 70	kap. 3740 post 03
kap. 740 post 60	kap. 3740 post 06
kap. 741 post 01	kap. 3741 post 02 og 50
kap. 742 post 01	kap. 3742 post 50
kap. 745 post 01	kap. 3710 post 03
kap. 745 post 01 og 21	kap. 3745 post 02
kap. 746 post 01	kap. 3746 post 02
kap. 747 post 01 og 21	kap. 3747 post 02 og 04
kap. 748 post 01	kap. 3748 post 02

Merinntekt som gir grunnlag for overskridelse skal også dekke merverdiavgift knyttet til overskridelsen, og berører derfor også kap. 1633, post 01, for de statlige forvaltningsorganene som inngår i nettoordningen 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

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 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	260 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Omsorgstjeneste	
	63	Investeringstilskudd	9 790,5 mill. kroner
	79	Andre tilskudd	1 mill. kroner

Andre fullmakter

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.
2. Helse- og omsorgsdepartementet i tilknytning til oppgjørsordningene for h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg kan føre 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
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:
Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Xpress AS – 10/2017

